

TESIS DOCTORAL



Universidad
de La Laguna

El Acogimiento Residencial Infantil en Tenerife: perfiles atendidos, programas de intervención y evaluación de resultados

Patricia González Navasa

Dirigida por:
Dr. Eduardo Martín Cabrera

San Cristóbal de La Laguna, 2018

TESIS DOCTORAL



Universidad
de La Laguna

El Acogimiento Residencial Infantil en Tenerife: perfiles atendidos, programas de intervención y evaluación de resultados

Patricia González Navasa

San Cristóbal de La Laguna, 2018
Programa de Doctorado en Psicología

Dirigida por:
Dr. Eduardo Martín Cabrera

A mi padre.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas personas y entidades que han permitido que esta Tesis se pudiera llevar a cabo.

A la Unidad de Infancia y Familia (UIF) del Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) del Cabildo Insular de Tenerife, puesto que gracias a la firma de un convenio de colaboración con la Universidad de La Laguna, he podido realizar esta investigación. Gracias también a sus trabajadores, con quienes compartí muchas horas y quienes siempre apoyaron esta causa. Gracias por animarme a terminar “lo imposible”.

A la Dirección General de la Protección a la Infancia y a la Familia del Gobierno de Canarias, cuya colaboración y financiación en parte de esta Tesis me ha permitido realizar este trabajo y dedicar gran parte de mi tiempo a la investigación.

A mi Director D. Eduardo Martín Cabrera, por confiar en mí desde el primer momento y sobre todo por el cariño que ha puesto en esta Tesis. Gracias por tu implicación, tu paciencia y tu sabiduría. Gracias por tener espacio para mis dudas y por ser “guía y dirección” en todo momento.

A mi familia, gracias por el apoyo incondicional cada día de mi vida. Gracias por enseñarme a ser constante y paciente y a no desanimarme nunca. Y sobre todo, gracias porque nunca estoy sola.

Por último, no quisiera olvidarme de aquellos que, sin saberlo, ayudaron a que esta investigación se pudiera realizar. Gracias a los protagonistas de todas y cada una de estas historias. Gracias porque me han enseñado a valorar lo realmente importante de la vida.

Santa Cruz de Tenerife, Julio 2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	1
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	7
Capítulo 1. El papel del Acogimiento Residencial en el sistema de protección infantil actual.....	9
1.1. Evolución histórica del Acogimiento Residencial	10
1.2. Desarrollo normativo.....	14
1.3. Estado actual de las medidas de amparo	23
1.3.1. Canarias	28
Capítulo 2. El Acogimiento Residencial en la actualidad	31
2.1. Perfiles atendidos	31
2.2. Tipos de recursos y red de centros de protección.....	38
2.2.1. Red de centros en Canarias y Tenerife	40
2.3. Criterios y estándares de calidad	44
2.3.1. Toma de decisiones sobre el plan de caso	52
2.3.2. Proyecto Educativo Individualizado.....	54
Capítulo 3. Efectos del Acogimiento Residencial en los jóvenes atendidos.....	57
Capítulo 4. Retos actuales del Acogimiento Residencial	71
4.1. Los problemas educativos	71
4.2. Los problemas emocionales, conductuales y de salud mental	75
4.3. La atención a los extutelados.....	81
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	89

SEGUNDA PARTE: TRABAJO EMPÍRICO	93
Capítulo 5. Estudio 1	95
5.1. Objetivos	95
5.2. Muestra.....	95
5.3. Instrumentos	96
5.4. Procedimiento.....	100
5.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos	100
5.6. Resultados	100
5.6.1. Descripción del perfil del caso	101
5.6.1.1. Sexo	101
5.6.1.2. Edad actual	101
5.6.1.3. Edad de ingreso	101
5.6.1.4. Situación administrativa	102
5.6.1.5. Motivo de ingreso	102
5.6.1.6. Tiempo de estancia en AR.....	104
5.6.1.7. Plan de caso	105
5.6.1.8. Número de centros.....	106
5.6.1.9. Reingreso	107
5.6.1.10. Primer plan de caso	107
5.6.2. Descripción de la situación familiar	109
5.6.2.1. Problemática del padre y de la madre.....	109
5.6.2.2. Situación de pareja de los padres.....	110
5.6.2.3. Contactos con la familia de origen	111
5.6.2.4. Hermanos en el mismo centro	112
5.6.3. Descripción de la problemática personal, escolar y social del menor	113
5.6.3.1. Discapacidad.....	113
5.6.3.2. Salud física	113
5.6.3.3. Salud mental y atención especializada	114
5.6.3.4. Consumo de tóxicos	117
5.6.3.5. Contexto escolar	118
5.6.3.6. Medidas judiciales	120
5.7. Discusión.....	121

Capítulo 6. Estudio 2	131
6.1. Objetivos	131
6.2. Muestra.....	131
6.3. Instrumentos	131
6.4. Procedimiento.....	132
6.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos	132
6.6. Resultados	133
6.6.1. Variables del caso.....	134
6.6.2. Variables sobre la situación familiar	137
6.6.3. Variables sobre la problemática personal, escolar y social del menor	141
6.6.4. Regresiones logísticas.....	144
6.6.4.1. Regresión logística para reunificación familiar.....	144
6.6.4.2. Regresión logística para separación definitiva	146
6.6.4.3. Regresión logística para preparación para la vida independiente	148
6.7. Discusión	151
 Capítulo 7. Estudio 3	 159
7.1. Objetivos	159
7.2. Muestra.....	159
7.3. Instrumentos	159
7.4. Procedimiento.....	160
7.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos	161
7.6. Resultados	164
7.6.1. Análisis de frecuencias sobre los recursos del PEI.....	164
7.6.2. Relación entre los recursos del PEI y el plan de caso	166
7.6.3. Relación entre los recursos del PEI y el sexo.....	168
7.6.4. Relación entre los recursos del PEI y la edad del menor.....	170
7.6.5. Relación entre los recursos del PEI y el tiempo de estancia en AR ...	172
7.7. Discusión	174
 Capítulo 8. Estudio 4	 183
8.1. Objetivos	183
8.2. Muestra.....	183
8.3. Instrumentos	183

8.4. Procedimiento.....	185
8.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos	186
8.6. Resultados	189
8.6.1. Sexo	189
8.6.2. Edad actual	189
8.6.3. Edad de ingreso	190
8.6.4. Edad de baja.....	191
8.6.5. Tiempo de estancia en AR.....	191
8.6.6. Reingreso	192
8.6.7. Número de centros.....	192
8.6.8. Situación de convivencia en el momento de la mayoría de edad	192
8.6.9. Unidad familiar actual y régimen de la vivienda.....	193
8.6.10. Situación de pareja e hijos	194
8.6.11. Relación con familia de origen	194
8.6.12. Relación con educadores	195
8.6.13. Red de apoyo social	196
8.6.14. Situación académica	197
8.6.15. Situación laboral	198
8.6.16. Ingresos económicos.....	199
8.6.17. Independencia económica.....	199
8.6.18. Satisfacción vital.....	200
8.6.19. Valoración del acogimiento.....	200
8.6.20. Opinión de los extutelados sobre el proceso de egreso	201
8.7. Discusión	201
Capítulo 9. Conclusiones finales	211
9.1. Conclusiones	211
9.2. Limitaciones	213
9.3. Propuestas de futuro	214
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	217
ANEXOS	247

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de uso del AR y AF	28
Tabla 2. Motivos de protección según reciente estudio.....	35
Tabla 3. Número de centros y de plazas de AR en Canarias.....	42
Tabla 4. Red de centros en Tenerife	43
Tabla 5. Estándares de calidad en AR	48
Tabla 6. Ejemplos de variables del registro acumulativo del SERAR	97
Tabla 7. Variables incluidas en el estudio 1	99
Tabla 8. Distribución de la muestra en función de la edad y el sexo	101
Tabla 9. Distribución de la muestra en función de la edad de ingreso	102
Tabla 10. Motivos de ingreso	103
Tabla 11. Tipos de malos tratos.....	104
Tabla 12. Distribución de la muestra en función de los cambios de plan de caso	106
Tabla 13. Distribución de la muestra en función del número de centros	107
Tabla 14. Primer plan de caso en función de la variable reingreso	108
Tabla 15. Problemática en el padre y en la madre.....	110
Tabla 16. Situación de pareja de la familia	111
Tabla 17. Contactos con la familia de origen	111
Tabla 18. Grado de minusvalía.....	113
Tabla 19. Enfermedades crónicas.....	114
Tabla 20. Profesionales que prestan la atención psicológica.....	115
Tabla 21. Frecuencia de diagnósticos psicológicos.....	117
Tabla 22. Consumo de sustancias tóxicas	118
Tabla 23. Estudios que cursan	119
Tabla 24. Rendimiento académico	120
Tabla 25. Distribución de las medidas impuestas.....	121
Tabla 26. Variables predictoras	132
Tabla 27. Tabla de contingencia con las variables sobre el perfil del caso.....	136
Tabla 28. Tabla de contingencia con las variables sobre la problemática familiar	139
Tabla 29. Tabla de contingencia con las variables de la problemática personal, social y escolar del menor.....	143

Tabla 30. Regresión logística para el plan de caso de reunificación familiar: variables sobre el perfil del caso	145
Tabla 31. Regresión logística para el plan de caso de reunificación familiar: variables familiares	145
Tabla 32. Regresión logística para el plan de caso de separación definitiva: variables sobre el perfil del caso	146
Tabla 33. Regresión logística para el plan de caso de separación definitiva: variables familiares	147
Tabla 34. Regresión logística para el plan de caso de separación definitiva: variables sociales y personales.....	147
Tabla 35. Regresión logística para el plan de caso de preparación para la vida independiente: variables sobre el perfil del caso	148
Tabla 36. Regresión logística para el plan de caso de preparación para la vida independiente: variables familiares	149
Tabla 37. Regresión logística para el plan de caso de preparación para la vida independiente: variables sociales y personales.....	149
Tabla 38. Grado de acuerdo inter-jueces para cada categoría	163
Tabla 39. Distribución de la muestra en función del plan de caso	164
Tabla 40. Distribución de los recursos del PEI en función del plan de caso.....	167
Tabla 41. Distribución de los recursos del PEI en función del sexo	169
Tabla 42. Distribución de los recursos del PEI en función de la edad del menor	171
Tabla 43. Distribución de los recursos del PEI en función del tiempo de estancia.....	173
Tabla 44. Grado de acuerdo entre jueces.....	186
Tabla 45. Variables incluidas en el estudio 4	188
Tabla 46. Distribución de la muestra en función de la edad.....	190
Tabla 47. Distribución de la muestra en función del tiempo de estancia en AR.....	191
Tabla 48. Número de centros en que estuvieron	192
Tabla 49. Dónde estaba cuando cumplió los 18	193
Tabla 50. Unidad de convivencia actual de los jóvenes extutelados.....	193
Tabla 51. Número de familiares con los que se relaciona	195
Tabla 52. Frecuencia de los contactos con educadores	195
Tabla 53. Extensión de la red de apoyo	197
Tabla 54. Frecuencia de los diferentes tipos de empleo (n= 16).....	198

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Evolución del número total de menores en AR y AF.....	25
Gráfica 2. Número de menores con medida de AR, AF extensa y AF ajena	25
Gráfica 3. Comparación de la tasa de menores en AR	29
Gráfica 4. Evolución de las medidas de protección en Canarias	30
Gráfica 5. Porcentaje de menores en AR por grupos de edad en España.....	33
Gráfica 6. Porcentaje de menores en AR por grupos de edad en España y Canarias.....	41
Gráfica 7. Tiempo de estancia en AR.....	105
Gráfica 8. Distribución en función del plan de caso actual	105
Gráfica 9. Distribución de la muestra en función de la presencia de hermanos en el mismo centro	112
Gráfica 10. Frecuencia de uso de los recursos del PEI.....	165
Gráfica 11. Distribución de la muestra en función de la edad de ingreso	190
Gráfica 12. Distribución de la muestra en función de la edad de baja	191
Gráfica 13. Distribución de la muestra en función de los contextos que configuran la red de apoyo social	196
Gráfica 14. Ingresos económicos.....	199
Gráfica 15. Distribución de la muestra en función de la puntuación sobre el nivel de satisfacción vital	200
Gráfica 16. Distribución de la muestra en función de la valoración del acogimiento..	200
Gráfica 17. Distribución de la muestra en función de las categorías de respuesta sobre el proceso de egreso del sistema.....	201

PRESENTACIÓN

El acogimiento residencial (de ahora en adelante AR) se ha convertido en los últimos años en una medida altamente especializada con la que atender a aquellos casos de niños, niñas y adolescentes¹ declarados en desamparo para los que no existe una alternativa familiar de acogida, o para los que existiendo no es aconsejable por tener una problemática difícilmente abordable desde un contexto familiar.

Lejos quedan ya los tiempos de las grandes residencias con acogimientos indiscriminados, y con un gran número de niños y niñas de corta edad atendidos desde un modelo en el que predominaban las largas estancias. El esfuerzo realizado por las administraciones para potenciar las alternativas familiares ha ido encaminando el AR a la atención, durante estancias más cortas que en el pasado, de jóvenes mientras se trabaja para la reunificación con la familia de origen, para buscar otras alternativas, o para preparar al joven para la mayoría de edad. Además, dentro de una de sus modalidades, es el recurso que da respuesta a aquellos casos bajo la tutela de la administración pública con graves problemas emocionales y/o conductuales y que requieren un tratamiento intensivo y altamente especializado.

Aunque cada vez está más claro que las alternativas familiares son las más adecuadas para aquellos menores que son separado de su familia de origen, sobre todo en el caso de los más pequeños, lo cierto es que el AR, a pesar de ser un recurso bajo sospecha y con una imagen no muy buena en la opinión pública, sigue siendo un recurso muy necesario y del que no podemos prescindir, porque sin él no podríamos atender a un número considerable de niños, niñas y adolescentes en desamparo.

El volumen de investigación sobre AR en el ámbito internacional ha sido notable en las últimas décadas. En cambio, aunque se observa un número mayor de estudios en los últimos años, en el panorama nacional el AR no ha despertado tradicionalmente un gran interés entre los investigadores, salvo algunas excepciones. No obstante, los grandes cambios que ha experimentado este recurso en los últimos años hacen necesario desarrollar trabajos encaminados a conocer con mayor profundidad la realidad actual del AR en nuestro país. Esta tesis doctoral pretende ser una pequeña contribución en este sentido.

¹ En aras de simplificar la lectura, a lo largo del texto se utilizará el género gramatical masculino para referirse a ambos sexos indistintamente. Igualmente, por el mismo motivo, se utilizarán indistintamente las palabras menor, niño o joven como sinónimo de infancia.

En la primera parte de esta tesis doctoral, el marco teórico, se hará un recorrido por el conocimiento actual sobre AR. En el capítulo 1 nos centraremos en analizar la evolución histórica de este recurso, así como los cambios normativos que han ido configurando lo que el AR es en la actualidad. En el segundo capítulo, nos detendremos a comentar la foto actual de este recurso, indagando en cuáles son los perfiles atendidos, qué tipos de centros, así como los criterios y estándares con los que se trabaja. En el capítulo 3 profundizaremos en el análisis de los efectos que tiene en los niños, niñas y adolescentes la estancia en los centros de protección. Y para finalizar con esta primera parte teórica, en el capítulo 4 nos centraremos en comentar cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el AR en la actualidad.

Los capítulos 5, 6, 7 y 8 recogen los cuatro estudios que componen la parte empírica de esta tesis. Cada uno de estos estudios pretende responder a una de las cuatro preguntas de investigación que nos hemos hecho, y que son las siguientes:

1.- *¿Quiénes son los menores que son atendidos en la red de recursos residenciales?* Pretendemos trazar el perfil del usuario del AR, quiénes son, cuánto tiempo están, para qué están en AR, cuál es su problemática, etc.

2.- *¿Qué variables determinan la toma de decisión con respecto al plan de caso?* Pretendemos conocer en qué basan los profesionales la toma de decisiones para determinar si se trabaja para reunificar al menor con su familia, para separarlo definitivamente, o si lo que se pretende es trabajar su emancipación.

3.- *¿Qué recursos se activan desde los programas de AR para trabajar con los menores?* El AR actualmente se encuentra abierto a la comunidad, y en el trabajo con los menores se activan múltiples recursos comunitarios para alcanzar los objetivos propuestos con cada menor.

4.- *¿En qué situación se encuentran los jóvenes extutelados que pasaron un tiempo de su vida en AR y que actualmente ya son mayores de edad?* Dónde están, cómo están, qué hacen. Además, queremos conocer su opinión sobre cómo creen que se les debería haber ayudado en su proceso de egreso y transición a la vida adulta.

Así, una vez conocido el perfil atendido en la actualidad (estudio 1), pretendemos realizar una evaluación de proceso, a través del análisis de las variables que determinan el plan de caso, y de los recursos que se activan en los programas de

intervención (estudios 2 y 3). Y por último, realizamos una evaluación de producto, analizando la situación de los que ya abandonaron el AR y alcanzaron la mayoría de edad (estudio 4).

Continuaremos con las conclusiones y las principales limitaciones de esta tesis doctoral, así como con las propuestas de líneas de trabajo futuras. Finalizaremos con las referencias bibliográficas consultadas.

Aunque uno de los perfiles que acoge actualmente el AR es el de los menores extranjeros no acompañados, no los hemos incluido en nuestro trabajo. El motivo fundamental de esta decisión es que se trata de un perfil muy específico y que requiere una respuesta diferente al resto de los menores acogidos, por lo que creemos que requerirían un trabajo para ellos solos. Así, por ejemplo, en esta tesis tendrían muy difícil encaje en los estudios 1 (en el que se analiza la situación sociofamiliar) y 2 (ya que los planes de caso, y las variables que los pueden determinar, no son comparables con los del resto).

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. El papel del Acogimiento Residencial en el sistema de protección infantil actual

El AR es una de las medidas de protección a la infancia que se utiliza cuando un niño/a o adolescente ha sido separado de su familia de origen y no existe la opción de ser acogido por una familia. Durante el tiempo que dura esta medida de amparo, la tutela del menor es asumida por la Administración Pública y el menor pasa a vivir en un entorno residencial, donde permanecerá hasta que sus circunstancias familiares mejoren, se encuentre otra alternativa o hasta que cumpla la mayoría de edad.

El sistema de protección a la infancia tiene como objetivo la protección y el desarrollo integral de la infancia, atendiendo a la cobertura de sus necesidades básicas y protegiendo sus derechos, respetando siempre el *interés superior del menor* en las decisiones que se tomen en relación a éstos. Este concepto, que inspira el funcionamiento de los sistemas de protección a la infancia, constituye el eje central sobre el que se organizan todas las medidas y actuaciones de protección. Consiste en garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos para los menores y su desarrollo integral. Según el Comité de los Derechos del Niño, el interés superior del menor es un concepto triple: en primer lugar, se trata de un derecho fundamental de aplicación directa que debe ser respetado, en segundo lugar, es un principio interpretativo según el cual se elegirá en cada situación aquella interpretación que convenga más a los intereses del menor y en tercer lugar, es también una norma de procedimiento, según la cual todas las decisiones que afecten a los menores deberán tomarse incluyendo una estimación de las posibles repercusiones. Este concepto de *interés superior del menor* es la piedra angular sobre la que giran los sistemas de protección y la medida de amparo de AR sobre la que se profundizará a continuación.

El sistema de protección a la infancia ha ido evolucionando durante las últimas décadas y se ha desarrollado gracias a los importantes cambios legislativos que se han producido a nivel nacional e internacional. Nuestro actual sistema de protección regula las actuaciones que deben llevarse a cabo ante situaciones de desprotección infantil. Según la gravedad de las mismas, éstas pueden ser catalogadas como situaciones de *riesgo*, que no requieren la separación familiar del menor o situaciones de *desamparo*,

en las que la gravedad es mayor y se requiere una medida de separación del menor de su familia de origen.

El AR es una de las medidas de amparo que se pueden tomar ante casos de menores en desamparo que necesitan protección por diversos motivos (imposible ejercicio de los deberes parentales, incumplimiento o inadecuado cumplimiento de los deberes establecidos para la guarda de los menores). Esta medida, junto a las medidas de acogimiento familiar, ha ido evolucionando en las últimas décadas hasta encontrar su lugar en nuestro actual sistema de protección a la infancia y a la familia.

1.1. Evolución histórica del Acogimiento Residencial

Tradicionalmente, la medida de amparo de AR venía siendo la única medida disponible para aquellos menores que no podían vivir con sus familias de origen por alguna causa. Esta medida de amparo ha experimentado cambios sustanciales desde que comenzó a desarrollarse el sistema de atención a la infancia hasta nuestros días.

A partir del siglo XVI comienzan a aparecer las primeras instituciones orientadas a la atención de menores. Estas residencias de protección daban cobijo a todos los niños abandonados y cubrían sus necesidades básicas hasta aproximadamente los 7 años, edad a partir de la cuál podían valerse por sí mismos (Del Valle y Fuertes, 2000). En esos momentos, las residencias albergaban, como medida inmediata de protección a muchos niños de forma indiscriminada, acogiendo en una misma residencia a los casos de niños abandonados, con niños que habían sufrido malos tratos, niños con enfermedades, huérfanos, niños cuyas familias carecían de recursos económicos, etc. (Fuertes y Del Valle, 2001).

En estas *macrorresidencias*, permanecía un gran número de menores y la educación que recibían se basaba en un estilo poco o nada individualizado y en la adquisición de normas. Quienes ofrecían cuidado y atención en estas instituciones únicamente se centraban en la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación e higiene, descuidando el desarrollo socioafectivo del menor y los aspectos relacionales de su personalidad. Por ello, el resultado de largos años de internamiento en estos centros era una enorme falta de habilidades sociales y de eficacia en el medio social (Del Valle, Álvarez y Bravo, 2003).

Se trataba de centros caracterizados por enfoques basados en el alejamiento y la marginación del menor y que permanecían cerrados y aislados del resto de la sociedad. Para comprender mejor el funcionamiento de este modelo, Del Valle y Fuertes (2000) recogen sus principales características:

- *Acogimiento poco discriminado*: Estas residencias albergaban a niños con todo tipo de problemáticas: niños maltratados, abandonados, menores cuyos padres no disponían de recursos para su cuidado, etc. En ese entonces, no se destinaban esfuerzos reales de protección a través de alternativas familiares que permitieran frenar la institucionalización de los niños, llegando a encontrar un 61% de menores de tres meses de edad que vivían en estas residencias (Rubio Larrosa, 1985).
- *Instituciones autosuficientes*: En estas instituciones, poco o nada integradas en la comunidad, se ofrecía protección a los niños y niñas y la cobertura de todas sus necesidades sin que tuvieran que salir del centro. Se trataba de centros cerrados donde los menores realizaban todas las actividades sin utilizar los recursos externos. Por tanto, era frecuente encontrar dentro de estos centros autosuficientes escuelas, médicos, psicólogos, peluqueros, zapateros, etc.
- *Cuidados básicos y modelo basado en la instrucción*: En el modelo que imperaba durante estos años, se pretendía únicamente que aquellos que vivieran en las residencias aprendieran y respetaran las normas del centro. Frente al modelo actual, durante muchos años la educación de los menores se limitaba a la mera *instrucción* y a la adquisición de normas. Las habilidades básicas de socialización y lo afectivo y relacional no tenían cabida en estas macro residencias, por lo que el resultado, tras años de institucionalización, era desesperanzador.
- *Falta de profesionales*: Sin perjuicio de lo anterior, en estas macro residencias no había profesionales especializados en la atención integral de los menores. Quienes trabajaban dando cobijo a los niños y niñas ocupaban el rol de cuidador, dando respuesta únicamente a las necesidades más básicas de los menores

A partir de los años cuarenta se suceden una serie de estudios que tratan de poner en evidencia la situación de los niños, especialmente de los más pequeños, que

viven en las instituciones y los trastornos que sufren. Uno de los pioneros en abordar este tema fue Spitz (1945, 1946a, 1946b). Su concepto de *hospitalismo* ha sido uno de los más utilizados para referirse a los problemas que se generan por la institucionalización de los niños durante los primeros meses de vida.

Posteriormente, fue Bowlby (1951) quien desarrolló el concepto de *privación maternal*. Este autor hablaba de la importancia del cuidado materno en las primeras etapas de la vida y definió la privación maternal como la falta de este contacto del niño con la madre. Sin embargo, Bowlby matizó que la privación maternal podía darse, no solo en el contexto institucional, sino también en un hogar en el que la madre convive con el niño pero es incapaz de proporcionarle el cuidado que requiere. Según este autor, “...el efecto de esta privación resultará relativamente leve si al niño lo atiende alguien con quien se ha encariñado y en quien confía, pero puede ser grave si la madre adoptiva, aun cuando sea amable, le es extraña” (Bowlby, 1951, p. 14).

A raíz de estas investigaciones comenzó a desarrollarse todo un cuerpo de conocimiento que permitió identificar los problemas del modelo anterior y avanzar hacia un modelo de AR más normalizado.

En España, a partir de la década de los 80 y a la misma vez que se producía la transferencia de las competencias en materia de protección a la infancia a las Comunidades Autónomas, comienzan a originarse una serie de cambios en el modelo de atención residencial. Asimismo, se comienza a dar valor a las necesidades evolutivas del niño y no sólo a las de cuidado básico y se avanza hacia la idea de construir hogares más pequeños y lo más parecidos posible a una familia (Bravo y Del Valle, 2009).

Esta transición del modelo de *macroinstituciones* al de hogar o *minirresidencia*, se caracterizó por los siguientes cambios (Fuertes y Del Valle, 2001):

- *Cierre de las grandes instituciones*: El establecimiento de un nuevo modelo de atención residencial basado en el establecimiento de objetivos y la intervención individualizada con los menores era incompatible con la existencia de estas macro residencias. Esto ha hecho que se hayan ido sustituyendo por pisos más pequeños que acogen a un número menor de niños, lo que se traduce en una atención mucho más individualizada.

- *Aparición de los servicios sociales de familia e infancia:* Otro de los cambios sustanciales que ha tenido lugar es la sustitución del concepto de “protección de menores” al de “atención a la infancia y a la familia”. Actualmente son los Servicios Sociales quienes atienden toda la problemática de la infancia y la adolescencia y quienes desarrollan actuaciones en los casos de verdadera necesidad, desarrollando intervenciones familiares y ofreciendo ayudas económicas, entre otras funciones. Con esto, se asume la idea de que “...no hay problema infantil sin problema familiar y, por lo mismo, no hay solución para los niños sin soluciones familiares” (Del Valle y Fuertes, 2000).
- *Profesionalización:* En los últimos años se ha desarrollado la profesión de educador social y otras con un perfil relacionado y que se identifica con una metodología de trabajo basada en técnicas de programación y evaluación psicopedagógicas. Con esto, actualmente observamos una atención de los menores que viven en AR mucho más profesional, que cubre adecuadamente las necesidades específicas derivadas de la situación que viven.
- *Normalización e integración:* Con el objetivo de eliminar los efectos de desarraigo del menor al ingresar en una institución, se procuró que todos los menores que vivían en AR utilizaran los recursos comunitarios, tal y como hacían sus iguales. Para ello, se suprimieron las escuelas que existían dentro de las macro instituciones así como otros servicios profesionales (médicos, psicólogos, etc.). En este nuevo modelo de atención residencial, los menores utilizan los recursos comunitarios existentes, favoreciendo su integración en la sociedad y la normalización de su situación.
- *Centrados en los derechos del niño:* La Convención de los Derechos de los Niños (CDN) aprobada por la ONU en 1989, reconoce a los niños como sujetos de derechos. Por ello, todas las alternativas de protección que se tomen en caso de declararse una situación de desamparo, deben respetar los derechos básicos recogidos en la Convención.

Tras este profundo proceso de transición, se produce el cambio de atención residencial en grandes instituciones a una atención en hogares más pequeños mucho más reducidos en número y capacidad. Este modelo trataba de crear entornos

sustitutivos de las familias para educar a los menores durante el tiempo que hiciera falta, llegando en muchos casos hasta la mayoría de edad (Bravo y Del Valle, 2009). Sin embargo, este modelo familiar basado en una atención y educación integral al menor, sufrió un segundo proceso de transición durante los años 90, lo que supuso un nuevo rumbo del AR.

Según Bravo y Del Valle (2009), en su revisión del AR, esta medida dejó de ser un recurso para la crianza de menores sin hogar y pasó a ser una medida temporal al servicio del sistema de protección, que persigue la integración familiar como solución definitiva.

En la década de los 90 el AR comienza a alejarse del modelo anterior y de las largas estancias en los centros de protección y pone el foco en una atención residencial mucho más especializada: la aparición de nuevas problemáticas, como la llegada de Menores Extranjeros No Acompañados (MENAs), la necesidad de un enfoque más terapéutico y el impulso de las medidas de acogimiento familiar ha provocado el desarrollo de una atención residencial mucho más individualizada para la atención de diferentes necesidades (Bravo y Del Valle, 2009).

De forma paralela a la evolución histórica que se ha explicado en líneas anteriores, a lo largo de las últimas décadas se han ido produciendo cambios a nivel legislativo que han permitido la evolución del sistema de protección y de las diferentes medidas de amparo. En el siguiente apartado se expondrán aquellas normas nacionales e internacionales que se han desarrollado en los últimos años en el ámbito de la protección a la infancia y que han configurado el rol que juega el AR en la actualidad.

1.2. Desarrollo normativo

El primer documento internacional sobre los derechos de la infancia fue la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Sociedad de Naciones (predecesora de la Organización de las Naciones Unidas) en 1924. Esta Declaración es un texto histórico que reconoce por primera vez la existencia de derechos para los niños. Este texto, traducido posteriormente a varios idiomas, recogía cinco principios fundamentales sobre las necesidades de los niños y niñas: desarrollo, alimentación y cuidado, socorro, protección y educación.

Tras la Segunda Guerra Mundial, la creación de UNICEF y tras la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se recupera el interés por la infancia y se aprueba por la Asamblea General de las Naciones Unidas la *Declaración Universal de los Derechos del Niño* (1959). Esta declaración recoge 10 principios que amplían los derechos de la declaración anterior. Incluye una definición de *niño*, su derecho a tener nombre y nacionalidad y la comprensión y el amor de los padres, entre otros. Asimismo, en este documento aparece por primera vez el concepto de *Interés superior del niño* (Dávila y Naya, 2006; 2008; Ocón, 2006).

Probablemente, el hito más destacado en el ámbito de la infancia y sus derechos, fue la aprobación de la Convención de los Derechos de los Niños (CDN) por la ONU el 20 de noviembre de 1989, ratificada por España poco después, siendo el tratado internacional que más adhesión y apoyo ha recibido a lo largo de la historia.

A partir de dicho tratado se comenzó a reconocer a los niños como sujetos de derecho, siendo uno de los primordiales el derecho de todo niño a crecer en una familia y a ser cuidado por sus progenitores siempre que no vaya en contra del interés superior del niño. La Convención supuso el punto de inflexión en materia de infancia a nivel internacional. A partir de entonces, los Estados Partes comenzaron a materializar lo dispuesto en este tratado en normativa específica a favor de la infancia y en cada país se promulgaron leyes que cumplieran con la Convención de 1989.

En ese documento se recogen aspectos muy importantes y que tuvieron efecto inmediato en nuestro país. En primer lugar, en el artículo 1 se define como *niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad*. En consecuencia, todos los menores de dieciocho años de edad son titulares de todos los derechos recogidos en la CDN y tienen derecho a medidas especiales de protección.

Además, en el artículo 2 de la CDN se establece que los Estados Partes *respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sin discriminación de ningún tipo*. Según esto, los países firmantes deben poner a disposición de los menores todos los mecanismos necesarios para garantizar los derechos de la infancia y ofrecer la protección y el cuidado necesario para su adecuado desarrollo.

El interés superior del niño (recogido en el artículo 3 de esta Convención) representa uno de los pilares sobre el que se sustenta el sistema de protección infantil en nuestro país. Esto supone que todas las medidas que se tomen en relación a la protección de los menores, debe atender, de forma primordial, al interés superior del niño. Por tanto, la normativa que se promulgó posterior a la Convención, gira entorno a este principio.

También este documento es piedra angular de los programas de protección que la ley estableció posteriormente en nuestro país. Siguiendo el artículo 9 de esta Convención, *los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando tal separación es necesaria en el interés superior del niño*. En este artículo se basan muchas de las medidas y los programas familiares que tienen lugar en nuestro país en materia de protección infantil.

La normativa estatal y autonómica vigente establece que, siempre que no vaya en contra del interés superior del niño, debe procurarse la no separación de los padres y madres de sus hijos. Asimismo, es derecho de los menores y sus familias que los órganos competentes trabajen por la pronta reunificación familiar (en caso de haberse producido una separación) y garantizar el mantenimiento de la relación entre ambos (art. 10).

Por último, el artículo 19 de la Convención establece que *los Estados Partes adoptarán las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño de toda forma de perjuicio o abuso, trato negligente o malos tratos*. Además, el artículo 20 recoge la obligación del Estado de *proporcionar protección especial a los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar*, asegurando su colocación en un establecimiento adecuado para el interés superior del menor.

Estos dos últimos artículos de la CDN constituyen la base sobre la que se asienta el sistema de protección a la infancia y en particular, los programas de AR.

Además de la Convención, la Carta Europea de los Derechos del Niño (1992), establece en su apartado 7.9 que *los Estados deberán garantizar al menor la protección y los cuidados necesarios, así como unos recursos mínimos dignos, fomentando y*

facilitando la prestación de estos cuidados por parte de personas o familias dispuestas a ello (...).

A raíz de lo anterior, comenzaron a instaurarse en Europa nuevos modelos de protección a la infancia basados en políticas de apoyo a la familia y a la parentalidad positiva. El Consejo de Europa publicó la Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, lo que supuso el fomento de nuevos modelos de trabajo basados en la responsabilidad parental y en el apoyo a las familias con necesidades parentales. El objetivo de estos programas era evitar la separación de su familia interviniendo en el núcleo familiar, siempre que esto no fuera en contra del interés superior del menor (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

Tras la exposición de los principales documentos internacionales que han impulsado la evolución de los sistemas de protección en Europa, a continuación se explicará cuál ha sido la evolución en nuestro país durante las últimas décadas y cuáles han sido los principales hitos a nivel legislativo.

En España, este proceso de transformación comenzó más tarde debido a los años de dictadura franquista. Desde 1978, con la aprobación de la Constitución comenzó a instaurarse un nuevo marco político en materia de protección a la infancia. En ésta se recoge el deber de los padres de prestar asistencia de todo orden a sus hijos (art. 39.3), la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección de la familia y, en particular, la protección integral a los hijos (art. 39.1 y 2) y el reconocimiento a los niños de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos (art. 39.4).

El citado art. 39 de la Constitución atribuye tanto a los padres como a los poderes públicos la responsabilidad de prestar asistencia y protección a los menores y de asegurarles el disfrute de sus derechos y el pleno desarrollo de su personalidad. De esta forma, la familia es la primera responsable de la guarda del menor, de su crianza y formación, pero es obligación de las Administraciones Públicas velar para que esto se cumpla y, en caso de que se constate una situación de vulnerabilidad, brindar al menor y a la familia el apoyo, la asistencia y la protección necesaria (Palma del Teso, 2006).

La entrada en vigor de la Ley 21/1987, de 11 de Noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil en materia de adopción, supuso el

inicio de un profundo proceso de transformación del sistema de protección infantil en España y que dejó los principios que, según González (2001), debían inspirar el sistema general de protección a la infancia:

1. *Principio de reinserción en la propia familia.* Este principio, que fue matizado posteriormente en la reforma de 1996, hacía referencia al principio de salvaguarda del interés superior del niño, fundamento necesario en cualquier sistema de protección.
2. *Principio de mantenimiento de la unidad familiar.* Según este principio, debía procurarse que la guarda de los hermanos se entregara a la misma institución o persona.
3. *Proscripción de la institucionalización.* Hace referencia a la temporalidad de la guarda y a la necesidad de revisar cada seis meses la situación de los menores en situación de desprotección.
4. *Desjudicialización de las medidas de protección.* Con la entrada en vigor de la Ley 21/87 se reforzó el papel de las administraciones públicas con competencia en materia de protección infantil y se redujo la intervención judicial.
5. *Intervención de otras personas.* Según este principio, queda limitada la intervención del niño en la constitución del acogimiento y de la adopción, para cuando éste tenga doce años cumplidos o cuando tenga suficiente juicio, aunque no queda regulada la intervención de otras personas en la constitución de las diferentes medidas.

Asimismo, este nuevo marco legislativo y la transferencia de las competencias en materia de protección a la infancia generó dos importantes cambios en el sistema de protección y que se señalan a continuación (De Paúl, 2009):

- A. *Desjudicialización:* Las Comunidades Autónomas pasaron a ser las responsables de valorar los escenarios de protección pudiendo declarar en situación de desamparo de un menor. A su vez, si se declara la situación de desamparo, pueden asumir la tutela de forma automática (tutela administrativa), sin perjuicio de que esta decisión se pueda recurrir y sea necesaria la entrada del sistema judicial (tutela judicial).

B. *Descentralización*. Las competencias fueron transferidas a las Comunidades Autónomas y éstas se encargaban de desarrollar lo dispuesto en la Ley. Esto ha dado lugar a que, con el paso del tiempo, se hayan dado desequilibrios en el número y la diversidad de recursos debido al desarrollo diferente que se ha dado en cada territorio.

Posteriormente, la Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, desarrolla las medidas de protección y los cambios introducidos en la Ley 21/87 y refleja el nuevo enfoque sobre la estructura del derecho a la protección a la infancia.

La Ley 1/1996 establece en su artículo 11.2 los principios rectores de la actuación de los poderes públicos, que son los siguientes:

- a) Supremacía del interés del menor: los servicios de protección deben dirigir sus esfuerzos a proteger la integridad del niño y a ofrecerle un contexto estable y seguro por encima de cualquier otro interés.
- b) El mantenimiento del menor en el medio familiar de origen salvo que no sea conveniente para su interés.
- c) Su integración familiar y social: en caso de que haya sido separado de su familia debe procurarse una pronta reintegración en familia de origen y en el contexto social.
- d) La prevención de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.
- e) Sensibilizar a la población ante situaciones de indefensión del menor, reconociendo que es deber de todo ciudadano participar en la protección del menor y notificarlo siempre que tenga la sospecha de que pueda estar en riesgo de padecer algún daño.
- f) Promover la participación y la solidaridad social.
- g) La objetividad, imparcialidad y seguridad jurídica en la actuación protectora garantizando el carácter colegiado e interdisciplinar en la adopción de medidas.

Ya en la citada Ley 1/1996 se hace referencia al concepto de *desamparo*, establecido en el artículo 172 del Código Civil, en el que se considera situación de desamparo como *la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible cumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la*

guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

Por último, la reciente Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, incluye algunas novedades respecto a la normativa vigente hasta el momento (Moreno-Torres, 2015).

En primer lugar, esta Ley modifica el artículo 18 sobre actuaciones en situación de desamparo y añade a la definición anterior que *la situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores no podrá ser tomada en cuenta para la valoración de la situación de desamparo*. Además, se establece que en ningún caso se separará a un menor de sus progenitores por razón de una discapacidad del menor o de los progenitores.

De forma particular, según esta nueva Ley, se entenderá que existe una situación de desamparo cuando se dé alguna o algunas de las siguientes circunstancias con la suficiente gravedad que supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor:

- a) Abandono del menor, porque falten las personas a quienes corresponda el ejercicio de la guarda o porque éstas no quieran o no puedan.
- b) Finalizado el plazo de guarda voluntaria, bien cuando sus responsables legales se encuentren en condiciones de hacerse cargo de la guarda del menor y no quieran asumirla, o bien cuando, deseando asumirla, no estén en condiciones para hacerlo.
- c) Cuando se produzcan malos tratos físicos graves, abusos sexuales o negligencia grave en el incumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud o cuando exista un consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de otro tipo de conductas adictivas por parte del menor con el conocimiento, consentimiento o la tolerancia de los progenitores. También se entiende que existe desamparo cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido por maltrato prenatal.
- d) Riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas. Asimismo, cuando esta falta esté condicionada por un

trastorno mental grave o por un consumo habitual de sustancias con potencial adictivo, se valorará como un indicador de desamparo la ausencia de tratamiento por parte de los progenitores o la falta de colaboración durante el mismo.

- e) El incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno o de las condiciones de vida familiares.
- f) La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución.
- g) La ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada adecuadamente al centro educativo y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar durante las etapas de escolarización obligatoria.
- h) Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor consecuencia del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia.

Además de éstas, la Ley 26/2015 incluye otras modificaciones de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor. Algunas de las más importantes son:

1. Se introduce un nuevo capítulo III en el título I, en el que se recogen los deberes del menor, y se les reconoce como titulares de derechos y también de deberes (particularmente en los ámbitos familiar, escolar y social).
2. En el Artículo 11, se incluye dentro de los principios rectores de la actuación de los poderes públicos, la protección contra la violencia de género o en el ámbito familiar (además de otras formas de violencia ya contempladas). En estrecha relación con esto, el artículo 12 establece que se garantizará el apoyo necesario para aquellos menores que estén bajo la patria potestad, guarda o tutela de una víctima de género o doméstica. Los poderes públicos se encargarán de procurar la permanencia de los menores con ésta así como su protección, atención especializada y recuperación.
3. En el Artículo 18 de esta nueva Ley se establece por primera vez en una norma de carácter estatal por la que el consumo habitual de sustancias

con potencial adictivo por parte de los progenitores puede ser valorado como causa de desamparo.

4. En el Artículo 19 se establece la duración máxima de dos años de la guarda de menores solicitada por los progenitores.
5. El Artículo 21 recoge y refuerza la previsión de prioridad del acogimiento familiar frente al residencial. No se acordará el AR para menores de tres años salvo en supuestos de imposibilidad, debidamente acreditada.
6. Se incluye por primera vez, en el Artículo 22 bis, la obligación por parte de las Entidades Públicas a llevar a cabo programas específicos de preparación para la vida independiente para aquellos menores que estén bajo una medida de protección, en una situación de especial vulnerabilidad, desde dos años antes de su mayoría de edad. Estos programas deberán propiciar el seguimiento socioeducativo, alojamiento, inserción socio-laboral, apoyo psicológico y ayudas económicas.
7. En materia de adopción, se crea la figura de adopción abierta, que permite al adoptado tener relación con su familia de origen a través de visitas o comunicaciones, lo que ha de ser acordado por el juez. También se refuerza el derecho de acceso a los orígenes de las personas adoptadas.

En la Comunidad Autónoma de Canarias, la norma de referencia es la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores. Actualmente esta Ley se encuentra en proceso de adaptación a la legislación nacional. Su finalidad y objeto es garantizar la atención integral a los menores respetando en todo momento sus derechos reconocidos por la Constitución, los tratados y convenios ratificados por el Estado Español, especialmente la Convención de los Derechos de los Niños y la Carta Europea de los Derechos de los Niños que el Parlamento Europeo aprobó en 1992.

La citada Ley regula las funciones y competencias de cada administración. Según ésta, se atribuye a la Comunidad Autónoma de Canarias la función de planificación, coordinación e inspección de los servicios, centros y prestaciones para garantizar la atención integral a los menores en todo el ámbito de esta comunidad; además de la potestad legislativa y reglamentaria en materia de protección y reeducación de los menores. Se atribuye a los cabildos insulares la prestación de servicios especializados en la prevención, la ejecución de las medidas de amparo y la

gestión de los centros y servicios públicos de acogida de carácter insular. Por último, se atribuye a los municipios de Canarias las funciones de información, promoción, prevención, detección e integración socio-familiar de los menores.

Posteriormente se desarrolló el Decreto 40/2000, de 15 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento de los centros de atención a menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma Canaria. En este documento se establecen los diferentes tipos de centros de atención a menores, la capacidad máxima de los mismos y la organización y funcionamiento de los mismos.

En los párrafos anteriores se ha realizado un recorrido a lo largo de la historia para explicar cómo ha sido la evolución del sistema de protección a la infancia en España, y cuáles son los pilares legislativos sobre los que se asienta nuestro actual sistema. El modelo anterior de acogimiento indiscriminado en grandes residencias ha quedado atrás gracias a la entrada en vigor de documentos internacionales que han puesto el foco en los derechos de los niños y en sus necesidades. La Convención de los Derechos del Niño de 1989 supuso un cambio sustancial en la manera de entender la protección a la infancia y subyace a la normativa estatal vigente en materia de protección. Las Leyes de referencia en nuestro país delimitan el concepto de desprotección, estableciendo dos niveles de gravedad: riesgo y desamparo, y regulan las medidas de actuación ante ambas situaciones.

Durante los últimos años, se han establecido de una forma clara y concreta cuáles son los motivos que conllevan a la declaración de desamparo de un menor, las diferentes medidas que se pueden adoptar y los criterios para la elección de una u otra medida, priorizando las alternativas familiares frente al AR.

Tras la descripción del proceso de transformación y de los hitos normativos y legislativos más importantes en materia de protección a la infancia, en las siguientes páginas se profundizará en el estado actual de las medidas de amparo en nuestro país.

1.3. Estado actual de las medidas de amparo

Como hemos visto hasta ahora, el sistema de protección infantil actual es el resultado de un proceso de modernización que ha dado lugar a un nuevo modelo en el que se han desarrollado nuevas medidas de amparo. En este apartado se profundizará

sobre el desarrollo de estas medidas y se comprobará si se ha logrado la evolución que se esperaba en relación a las alternativas familiares.

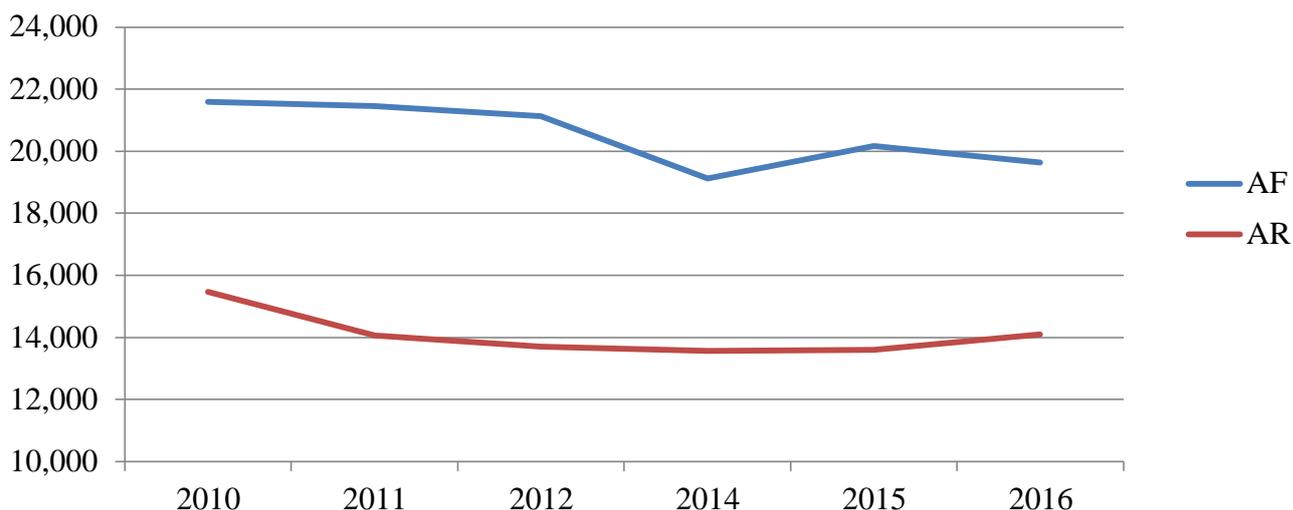
Los datos del Observatorio de la Infancia (2017) ofrecen valiosa información sobre la evolución que han experimentado las medidas de protección a la infancia en España, y sobre cuál es el estado actual en cuestión de números.

Actualmente (datos del año 2016) en nuestro país hay 43,902 menores con medida de separación familiar, y que son atendidos por el sistema de protección a la infancia. Esta cifra ha sufrido un ligero aumento en comparación con la de años anteriores (42,628 en 2015 y 42,867 en 2014).

Respecto a las dos principales medidas de amparo que se pueden tomar ante casos de separación familiar, éstas son el AR y el acogimiento familiar (de ahora en adelante, AF). Los datos muestran que, en términos absolutos, el AF es la principal medida de protección adoptada desde hace años (habiendo 19,641 menores a 31 de diciembre de 2016). Sin embargo, si lo que se analizan son las altas, el mayor número de altas de AR (11,381 altas) durante el año 2016 frente al número de altas de AF (4,269) parecen señalar la tendencia de una baja estancia en centros residenciales y una preferencia a medio o largo plazo por los AF (Observatorio de la Infancia, 2017).

En la gráfica 1, se puede observar la evolución del total de menores con medida de AR y AF en los últimos años.

Gráfica 1. Evolución del número total de menores en AR y AF

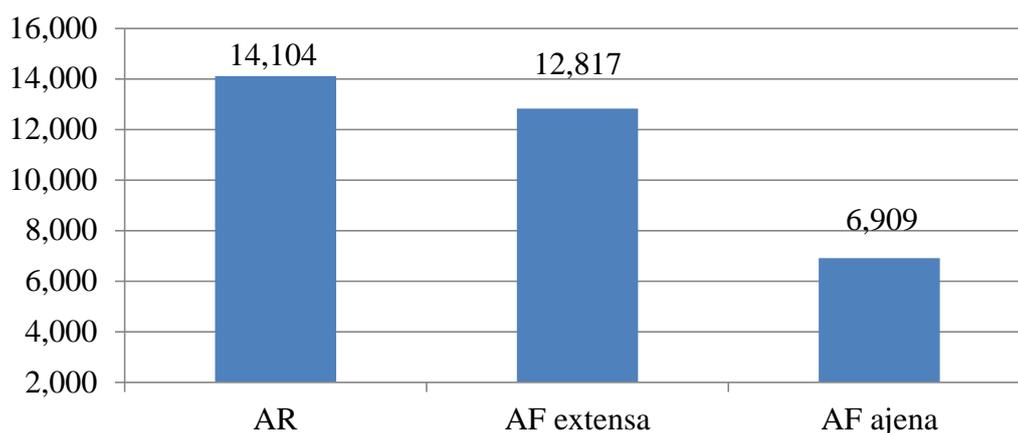


Nota: No hay datos del año 2013

Esta información sobre las medidas de amparo debe ser completada con los datos sobre el tipo de familia en los AF. A pesar de que se trata de la medida más utilizada en términos generales, el 65% de estos acogimientos se llevan a cabo en familia extensa, siendo sólo el 35% acogidos por familia ajena (6,909 menores en el año 2016).

Por tanto, si se desagregan los datos en función del tipo de familia acogedora, se observa que el AR juega un papel fundamental en nuestro actual sistema de protección a la infancia, llegando a acoger a 14,104 menores en hogares de protección a 31 de diciembre de 2016 (gráfica 2).

Gráfica 2. Número de menores con medida de AR, AF extensa y AF ajena



Los datos anteriores y las estadísticas sobre las medidas de protección a la infancia que publica cada año el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad permiten realizar un seguimiento de estas medidas en cuanto a cifras se refiere. Sin embargo, se ha profundizado poco sobre las características de los procesos de acogimiento familiar y sus dificultades. Esto facilitaría el desarrollo de una visión global y ajustada de nuestro actual sistema de protección y del papel que juegan las diferentes medidas de amparo.

Como se puede observar en la gráfica anterior, existe una amplia mayoría de AF en familia extensa frente a familia ajena. En España, el acogimiento con personas ajenas a la familia de origen cuenta con una escasa tradición como medida de amparo de menores, ocupando el tercer lugar muy por detrás del AR y del AF en familia extensa.

En los últimos años, se han publicado investigaciones acerca del acogimiento en familia ajena, lo que ha permitido conocer más acerca de los perfiles de las familias acogedoras, las características de los menores y el proceso de acogimiento (Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas, 2003; Bernedo, Fuentes y Fernández, 2008; Lumbreras, Fuentes y Bernedo, 2005; Montserrat, 2008; Palacios y Jiménez, 2007).

Según los resultados encontrados en una evaluación más reciente, sobre el acogimiento en familia ajena realizada en nuestro país, esta medida sigue una línea de acogimientos más o menos permanentes, con una alta estabilidad y permanencia, donde los niños y niñas acaban siendo adoptados o se quedan a vivir hasta que cumplen la mayoría de edad (López, Montserrat, Del Valle y Bravo, 2010). Según estos autores, este hecho supone que aquellas familias que se involucran en un AF en familia ajena, no estén disponibles para nuevos acogimientos debido a la estabilidad de los mismos.

Asimismo, esta investigación mostró un alto porcentaje de ruptura del proceso de acogimiento. Uno de cada cuatro menores acogidos por familia ajena (26%) experimentaba una ruptura y volvía al centro residencial. Unido a esto, es de destacar que sólo un 7% de las familias estudiadas estaba repitiendo la experiencia de acoger, quedando reducido su ciclo de acogida a un solo caso. Como conclusión de este estudio, los autores indican que la estabilidad de los acogimientos que se constituyen, el alto porcentaje de rupturas y la poca disponibilidad de estas familias para repetir la experiencia, unido a la enorme dificultad para captar familias de acogida, impide una mayor expansión y desarrollo de esta medida (López, Montserrat *et al.*, 2010).

Probablemente un aspecto esencial que haría aumentar el número de familias acogedoras es el desarrollo de programas de apoyo y de fomento del AF. En muchas Comunidades Autónomas hay proyectos dirigidos a promover el acogimiento por parte de familias ajenas, sin embargo, parece que aún hay camino por recorrer. El apoyo a las familias acogedoras antes de que llegue el menor así como durante el proceso y tras la finalización del mismo es fundamental para que éstas puedan repetir la experiencia como acogedores.

Respecto al AF en familia extensa, ésta es una modalidad que sí goza de una amplia tradición en nuestro país. Tal y como muestran los datos, más de 12,800 menores conviven actualmente con abuelos, tíos u otros miembros de la familia extensa. En este punto hay que destacar que muchos de éstos se producen al margen de los servicios de infancia (acogimiento *de hecho*). Es decir, son acogimientos que se han establecido de forma “natural” y no como medida de amparo tras una valoración adecuada del caso. Esto apoya la idea de que los servicios de protección a la infancia aún deben esforzarse por regularizar los AF de hecho y responder a las necesidades de protección de los menores, promoviendo el establecimiento de medidas familiares frente a las residenciales.

Por tanto parece que, desgraciadamente, las medidas familiares que debieran tomarse y que harían descender el número de casos en AR en nuestro país no se están desarrollando tan rápidamente como se esperaba (Del Valle, 2003; Del Valle, Bravo, Álvarez y Fernanz, 2008). La escasa implantación de la medida de AF ajena por la dificultad para encontrar familias acogedoras, supone que muchos niños y niñas en situación de desamparo tengan pocas posibilidades de ser acogidos por una familia y deban ingresar en un centro de atención residencial, por lo que la medida de protección de AR se mantiene en España como un recurso útil y aún necesario en el panorama actual.

En el marco internacional, si comparamos los datos de nuestro país con otros del resto de Europa, se observa que en casi todos hay una tradición a utilizar las medidas familiares en lugar de los centros de protección. Según la comparación internacional realizada por Del Valle y Bravo (2013) sobre estas medidas, algunos países como Irlanda tienen sistemas de protección a la infancia donde el 90.5% de los menores acceden a una medida de AF. En contraposición a esto y como se puede observar en la

tabla 1, España es uno de los países europeos en los que el AR tiene un mayor peso dentro de las medidas de separación familiar, sólo por debajo de Italia y Alemania.

Tabla 1. Porcentaje de uso del AR y AF

	AR	AF
Irlanda	7.1	90.5
Reino Unido	10.8	80.4
Noruega	14	86
Suecia	28.3	71.7
Rumanía	37.2	62.8
Francia	38.6	53.3
Hungría	40	60
Holanda	43.3	56.7
España	43.9	60.4
Italia	50.4	49.6
Alemania	56	44

Elaboración propia a partir de Del Valle y Bravo (2013).

Nota: Los porcentajes no siempre suman 100% puesto que en algunos países hay otras alternativas de protección

Los datos indican que en países escandinavos, sobretudo en Noruega, existe un claro predominio del AF frente al residencial. También en países de Europa del este como Rumanía y Hungría se ha logrado mantener un porcentaje superior de las medidas familiares. Por último, destaca el bajo porcentaje de AF de países como Italia y Alemania. Para este último caso, cabe señalar que el sistema de protección alemán incluye a jóvenes mayores que en el resto de países (hasta los 21 y en ocasiones hasta los 27 años) (Del Valle y Bravo, 2013).

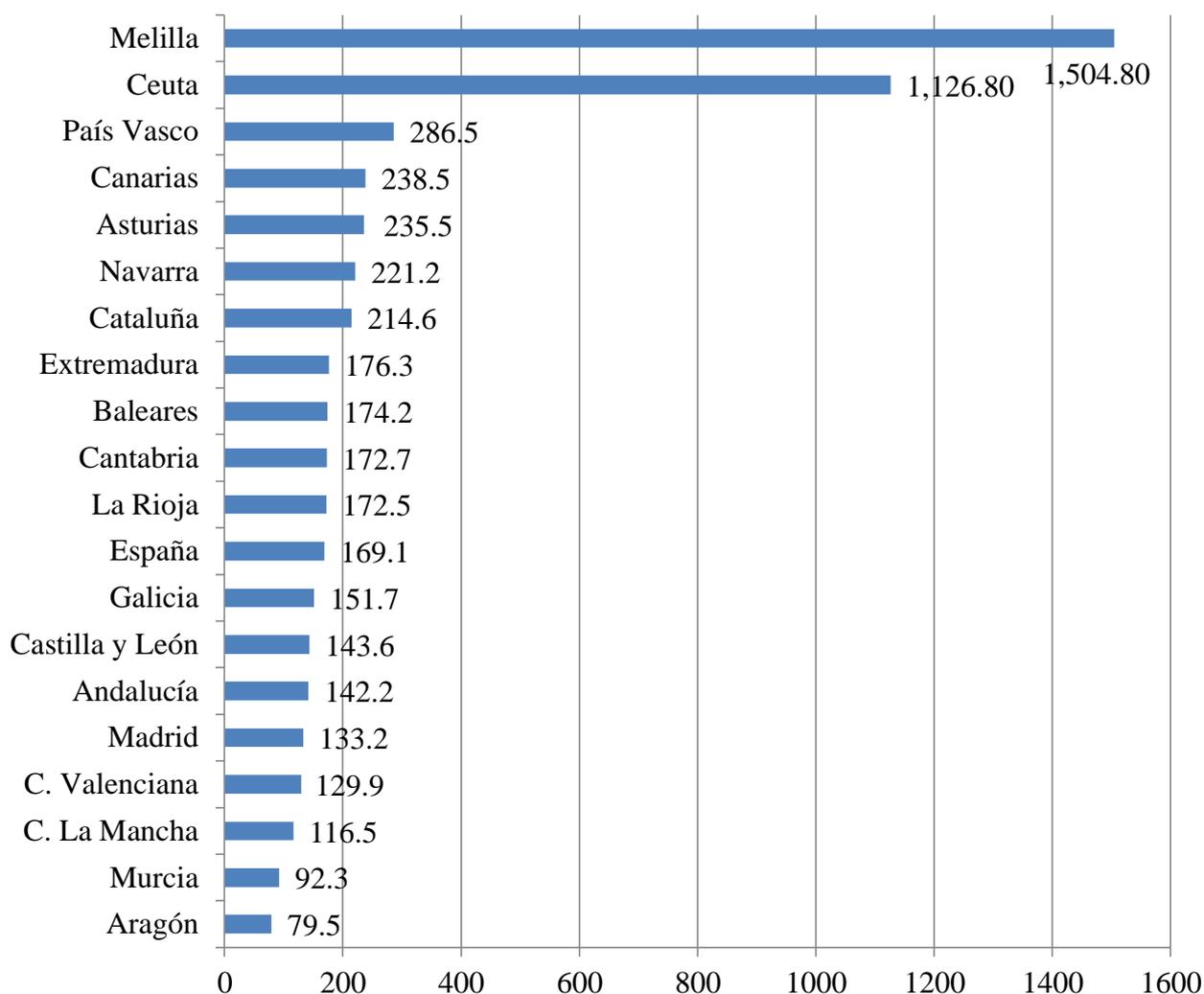
1.3.1. Canarias

Por último, si enfocamos el análisis en la Comunidad Autónoma Canaria comprobamos que existen, como en toda España, diferentes recursos para la protección a la infancia. En este apartado se recogerá cuál es el estado actual (2016) de las medidas de protección ya nombradas.

En primer lugar, según el Observatorio de la Infancia (2017) el total de menores atendidos en nuestra comunidad durante ese año es de 1,970 menores (con una tasa de 543.7 por cada 100,000 menores), situándose por encima de la tasa nacional (526.4) y siendo la octava comunidad con mayor tasa en cuanto al total de menores atendidos (de las 19 comunidades autónomas en España).

Respecto a la medida de AR, la tasa en Canarias (238.5) fue muy superior a la de España (169.1), sólo por debajo de Ceuta, Melilla y País Vasco. Es de destacar que la alta tasa en Ceuta y Melilla se debe, en gran parte, a los Menores Extranjeros No Acompañados (MENAs) que cruzan la frontera y son atendidos en centros de protección. En la gráfica 3 se puede observar la comparación entre las distintas Comunidades Autónomas en cuanto a la tasa de menores en AR a fecha 31 de diciembre de 2016 (Observatorio de la Infancia, 2017).

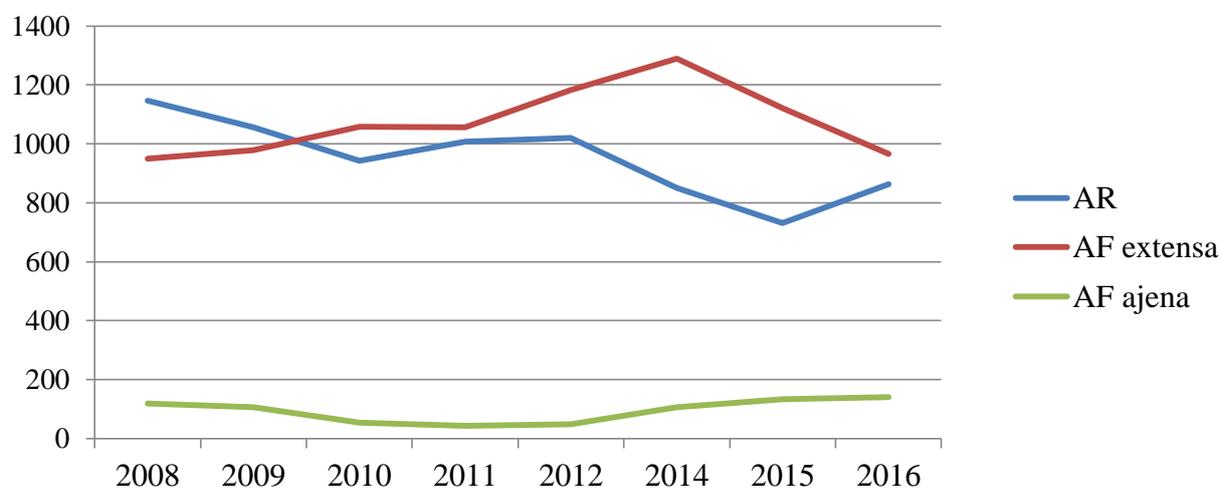
Gráfica 3. Comparación de la tasa de menores en AR



Respecto al AF, Canarias obtuvo en 2016 la tercera tasa más alta en cuanto a los acogimientos en familia extensa (266.6), siendo ésta muy superior a la tasa nacional (153.7). En relación a los acogimientos en familia ajena, Canarias se sitúa a la cola del resto de Comunidades Autónomas, sólo por encima de Aragón, Extremadura y Ceuta, con una tasa de 38.6, frente a una tasa nacional de 82.8 menores por cada 100,000. No cabe duda de que la medida de AF en familia ajena sigue siendo una asignatura pendiente en nuestra Comunidad.

Por último, en la gráfica 4 se puede observar cuál ha sido la evolución de dichas medidas en la Comunidad Autónoma Canaria en los últimos años y cómo el AR ha ido descendiendo (Observatorio de la Infancia, 2017). Respecto al AF en familia extensa, especialmente en el año 2014 se registró un aumento considerable, que puede explicarse por la regularización de los AF *de hecho*.

Gráfica 4. Evolución de las medidas de protección en Canarias



Nota: No hay datos del año 2013

Parece claro que, aunque disminuya la cifra, el AR sigue jugando un papel fundamental en nuestro actual sistema de protección a la infancia y acoge a un amplio número de menores cada año. En apartados posteriores de esta Tesis se profundizará en los perfiles atendidos en los centros de protección y en la intervención que reciben durante su estancia en AR.

Capítulo 2. El Acogimiento Residencial en la actualidad

2.1. Perfiles atendidos

A pesar de la tendencia actual de mantener a los menores en situación de desprotección con su familia de origen o de priorizar las medidas familiares ante la separación, el AR sigue siendo uno de los recursos más utilizados en nuestro sistema de protección.

No hay que olvidar que esta medida de amparo beneficia a menores con determinadas características para los que no es posible ninguna otra medida familiar, convirtiéndose en muchos casos, en la única alternativa disponible.

Tras los cambios normativos y la evolución del sistema de protección de los últimos años explicados anteriormente, el perfil de menores atendidos bajo la medida de AR ha ido cambiando. La aparición de nuevas problemáticas en estos menores ha favorecido la especialización de la atención residencial.

De hecho, algunos autores de referencia en este ámbito resumieron hace ya muchos años, algunas de las características de los menores para los que se descartan las medidas familiares a favor del AR (De Paúl y Arruabarrena, 2001; Redondo, Muñoz y Torres, 1998):

- Menores con conductas desadaptadas que pueden implicar peligro para éstos o para otros y que no pueden ser abordadas desde el contexto familiar.
- Menores con graves déficits neurológicos, trastornos psicóticos o discapacidades psíquicas importantes.
- Adolescentes con familias multiproblemáticas de difícil recuperación y que se encuentren cercanos a la mayoría de edad.
- Menores con plan de caso de reunificación familiar pero que temporalmente no pueden permanecer con su familia de origen hasta que no superen las dificultades que originaron la situación de desamparo del menor.
- Menores que en un periodo corto de tiempo vayan a pasar a un proceso de adopción.
- Grupos de hermanos para los que no sea posible un AF en la misma familia.

- Menores que se encuentren en fase de valoración y primera acogida y que no puedan permanecer en su hogar por suponer un inminente riesgo para éste.

Este perfil de menores para el que parecía adecuado establecer una medida de AR no ha cambiado tanto en los últimos años. De hecho, muchas de las características recogidas por esos autores se observan aún en el panorama actual (por ejemplo, adolescentes, grupos de hermanos o menores con problemas de conducta).

Además de las circunstancias anteriores, un elemento fundamental a tener en cuenta es la edad del menor. Aunque ésta no debe tomarse como criterio único sobre el que tomar una decisión u otra, la legislación vigente establece que *prevalecerá la medida de AF sobre la de AR para cualquier menor, especialmente para menores de seis años y no se acordará el AR para menores de tres años salvo en casos de imposibilidad*. En este sentido, la modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia aprobada en julio de 2015 establece que ningún menor de 6 años debería estar en AR. Por tanto, parece lógico pensar que el perfil actual de los menores en AR está limitado a chicos y chicas de entre 7 y 17 años.

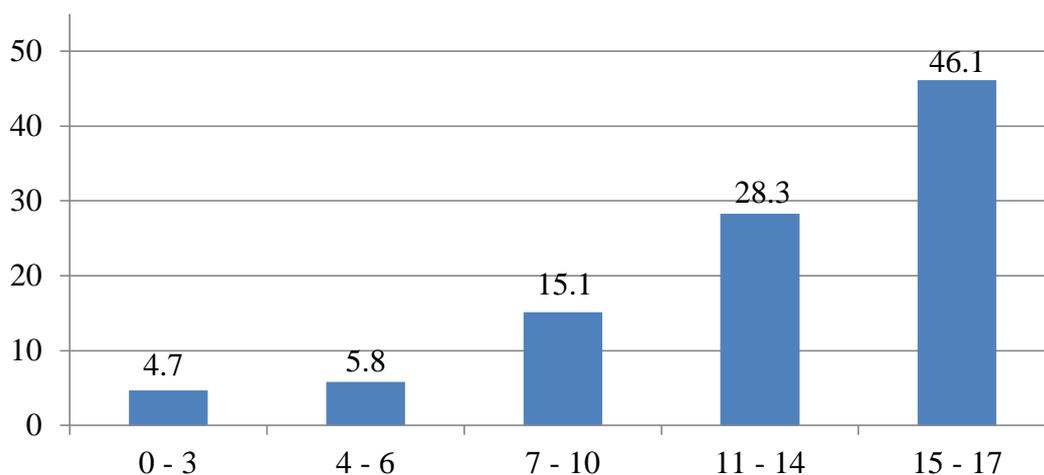
Esta Ley refuerza una tendencia que existe desde hace años a tomar medidas familiares de forma prioritaria para todos los menores, especialmente para los más pequeños. Esto ha ocasionado que la población atendida en AR sea cada vez de mayor edad, convirtiéndose en un recurso que acoge mayoritariamente a adolescentes con graves dificultades para ser acogidos por una familia.

El incremento de la edad en la población atendida en los centros de protección es uno de los cambios detectados, desde hace ya más de dos décadas, en los sistemas de protección europeos (Colton y Hellinckx, 1993) y también en España, llegando a alcanzar un 70% de menores que tienen más de 13 años (Bravo y Del Valle, 2009).

Actualmente, según los datos del año 2016 del Observatorio de la Infancia (2017), se observa una tendencia creciente en cuanto al número de adolescentes en AR. Son pocos los menores de entre 0 y 10 años que están en AR en comparación con quienes tienen entre 11 y 18 años. De hecho, casi la mitad de los menores que están en AR en nuestro país (46.1%) son adolescentes de entre 15 y 17 años. En la gráfica 5 se

puede observar cómo es la distribución de los menores en AR en función de los grupos de edad.

Gráfica 5. Porcentaje de menores en AR por grupos de edad en España



Datos extraídos del Observatorio de la Infancia (2017)

Atendiendo a la distribución por sexo, los datos indican que el 59.4% del total de menores en AR en España son chicos y 40.6% chicas. Parece que las cifras de desamparo afectan por igual a chicos y a chicas, aunque hay estudios que indican que los motivos de ingreso pueden variar en función del sexo. Un ejemplo claro de esto son los casos de abuso sexual, pues son las chicas quienes suelen ser con más frecuencia víctimas de estos abusos (Martín, 2015).

Si se analiza el tiempo que pasan los menores en AR, se observa que las estancias de los chicos suelen ser más largas que las de las chicas (López, Del Valle, Montserrat y Bravo, 2010). Estos autores estudiaron los casos de largas estancias en AR y comprobaron que los perfiles que pasan más tiempo en AR son, por un lado, grupos de hermanos (de los que se hablará más adelante) y por otro, chicos para los que no se encuentra otra alternativa familiar, debido a su complejo perfil conductual.

En este sentido, hay estudios que demuestran que los chicos presentan mayores problemas de comportamiento que las chicas (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2017; Stevens *et al.*, 2008). De hecho, si se comparan los datos sobre delitos cometidos por menores, existe una mayor proporción de chicos (Martín, 2015; Oriol, 2013).

Respecto a la adaptación durante el proceso de acogida, hay estudios que afirman que las chicas obtienen mejores puntuaciones en cuanto a la adaptación a la nueva situación y también que disponen de redes sociales más consistentes. Además, los resultados sobre la situación escolar indican que las chicas tienen menos problemas en este ámbito (Bravo y Del Valle, 2001; Martín, 2015; Martín y Muñoz, 2009). Sin embargo, el proceso de transición a la vida adulta parece ser más complicado para ellas, encontrando mayores dificultades para insertarse laboralmente (López, Santos, Bravo y Del Valle, 2013; Urban Institute, 2008;).

Tras este breve análisis del perfil de los menores en función del sexo a continuación profundizaremos en otros aspectos que caracterizan el perfil actual de los menores atendidos en AR.

Es probable que, debido al aumento de la edad de los menores atendidos en estos centros, se haya incrementado la prevalencia del número de conflictos y problemas comportamentales de esta población puesto que los adolescentes presentan mayor resistencia a la intervención y tienen patrones de comportamientos inadecuados más consolidados (Galán, 2014; González-García, Bravo, Arruabarrena, Martín, Santos y Del Valle, 2017; Sainero, Del Valle, López y Bravo, 2013).

Asimismo, el aumento de los problemas de conflictividad se debe a una nueva problemática cada vez más presente en nuestra sociedad: la violencia ejercida por los hijos hacia sus padres. En España, un estudio del año 2003 sitúa en un 11% el número de menores que ingresan en AR por *problemas de conducta del niño* (Del Valle *et al.*, 2003), entre los que se puede incluir la violencia o agresividad hacia sus familiares. Muy relacionado con esto, un estudio reciente obtuvo que un 35.5% de menores en AR ingresan porque los padres no son capaces de controlar la conducta de sus hijos (González-García *et al.*, 2017). Esto da cuenta del alto porcentaje de menores con problemas de comportamiento que actualmente residen en los centros de protección en nuestro país.

Por otro lado, respecto a los motivos de protección, hay numerosos estudios en nuestro país que obtienen que la mayoría de los menores ingresan por negligencia (Del Valle y Bravo, 2002; Del Valle *et al.*, 2003; Del Valle *et al.*, 2008; González-García *et al.*, 2017; Sainero, Del Valle y Bravo, 2015; Sainero *et al.*, 2013) En la tabla 2 se puede observar que casi la mitad de los ingresos se deben al abandono o negligencia física,

seguido de la negligencia emocional. Asimismo, destaca el alto porcentaje de menores cuyo ingreso se debe a la incapacidad de control parental.

Tabla 2. Motivos de protección según reciente estudio

Motivo de protección	%
Negligencia física	43.9
Negligencia emocional	36.7
Maltrato emocional	26.7
Maltrato físico	19.8
Abandono	11.3
Abuso sexual	4.5
Incapacidad de control parental	35.5

Elaboración propia a partir de un estudio de González-García *et al.* (2017) realizado con 1,216 menores en AR en España

Respecto al tiempo de estancia, los estudios muestran que ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos años. Del Valle *et al.* (2003) encontraron una media de 6.5 años de estancia en AR y posteriormente, en su estudio sobre resultados a largo plazo, Del Valle *et al.* (2008) indican que la media de estancia de la muestra estudiada fue de 7.1 años. Sin embargo, en estudios más recientes, el tiempo medio de estancia en centros de protección fue inferior a 4 años (Sainero *et al.*, 2015; González-García *et al.*, 2017), por lo que se confirma la idea de que el AR se consolida en nuestro país como una medida temporal limitada en el tiempo (Bravo y Del Valle, 2009).

Por último, en cuanto al perfil de menores atendidos en AR en los últimos años, también asistimos a un incremento notable de problemas de salud mental de los menores que llegan al sistema de protección (González-García *et al.*, 2017; Llanos, Bravo y Del Valle, 2006; Sainero *et al.*, 2015). Los resultados de un estudio reciente realizado en nuestro país, revelan una alta prevalencia de alteraciones emocionales y de comportamiento de esta población, llegando a encontrar un 61% de menores en AR que se encontraban dentro del rango clínico del *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001) (González-García *et al.*, 2017).

Además de las características individuales de los menores atendidos en AR, cabe destacar algunas de las problemáticas más frecuentes de las familias de éstos. En los últimos años se ha observado un aumento de familias *multiproblemáticas*, en las que se combina la existencia de problemas económicos con problemas de salud mental o el consumo de sustancias tóxicas por parte de los progenitores (Del Valle *et al.*, 2008; González-García *et al.*, 2017), lo que complicaría aún más el proceso de intervención y el retorno de los menores con sus familias.

En esta misma línea, un estudio llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Extremadura exploró el perfil de los menores atendidos en AR y los principales factores de riesgo de sus familias. Los autores encontraron una alta prevalencia de alcoholismo (39.6%) y pobreza (31.5%) en el padre y de problemas de salud mental (35%) y pobreza (31.3%) en la figura materna (Sainero *et al.*, 2013).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, no debemos olvidar que el AR es la última medida de protección que se toma cuando todas las demás alternativas familiares no están disponibles, por lo que el AR se ha ido especializando para atender a perfiles más complejos como son los casos de adolescentes con problemas de conducta, salud mental o menores extranjeros no acompañados (Bravo y Del Valle, 2009).

Para finalizar este apartado, resulta de interés el análisis de una cuestión que cada vez está más presente en los centros de protección: los grupos de hermanos.

Según las Directrices sobre las modalidades alternativas para el cuidado de los Niños de la ONU (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2009), una de las recomendaciones que debe seguirse es la de mantener juntos a los hermanos cuando se adopten medidas de separación familiar. Atendiendo a esto y a la legislación en vigor, se busca mantener a los hermanos juntos cuando estos deban permanecer en AR durante algún tiempo, pues se supone que los hermanos ayudan a sobrellevar los conflictos parentales (Iturralde, Margolin y Shapiro, 2013).

La investigación acerca de la influencia de los hermanos y de los beneficios sobre el desarrollo de los menores, es aún escasa aunque hay algunos trabajos que han mostrado resultados consistentes acerca de la estabilidad de los acogimientos o el tiempo de estancia. Según Wulczyn, Kogan y Harden (2003), los menores que conviven

con sus hermanos han vivido más cambios de emplazamientos que los niños que eran acogidos solos, con las consecuencias negativas que esto tiene para los menores.

Por otro lado, respecto a los beneficios de ser acogidos con sus hermanos, hay evidencias de que estos menores obtienen mejores resultados en variables como problemas de conducta, bienestar o rendimiento escolar que aquellos que son acogidos solos, sobre todo cuando se trata de estancias cortas (Davidson-Arad y Klein, 2011; Hegar y Rosenthal, 2009; 2011; Martín y Márquez, 2015).

Sin embargo, un estudio llevado a cabo en España sobre menores con una larga estancia en AR concluyó que muchos de estos menores son grupos de hermanos que permanecen en un centro de protección durante años a la espera de un acogimiento familiar o una adopción, lo que parece ser más complicado para grupos de hermanos que para menores acogidos solos (López, Del Valle *et al.*, 2010).

Según esto, se puede concluir que la investigación realizada en este campo es aún escasa y llena de matices. Parece que aún es pronto para determinar cuál es el papel de los hermanos en AR y los beneficios que esto puede tener por encima de las dificultades que conlleve.

Las características descritas hasta ahora sobre el perfil de los menores atendidos en AR refuerzan la idea de que esta medida ha cambiado de rumbo durante los últimos años. Hemos asistido a una renovación del modelo anterior de acogimiento indiscriminado hacia uno mucho más especializado en la atención de determinados perfiles y problemáticas.

Debido al desarrollo de este nuevo modelo de atención residencial, en los últimos años se ha producido una diversificación de la red de centros de protección. Actualmente esta red está constituida por diferentes tipos de hogares que cumplen diversas funciones y atienden a menores con necesidades y características especiales. A continuación se expondrán los diferentes tipos de recursos y la actual red de centros de protección de nuestro territorio.

2.2. Tipos de recursos y red de centros de protección

Atendiendo a las necesidades de los menores, el AR se puede llevar a cabo en centros u hogares con diferentes características. La evolución de esta medida durante las últimas décadas ha propiciado una diversificación de la red de centros disponibles y ha impulsado el desarrollo de diferentes tipos de centros según las funciones que cumplen y de los perfiles a los que acoge. Tomando como referencia la definición de los autores Bravo y Del Valle (2009), los hogares de protección del actual sistema pueden clasificarse de la siguiente forma, según las funciones que cumplen:

- A. *Hogares de primera acogida y emergencia o centros de acogida inmediata (CAI)*: Estos centros cumplen la función de acogida inmediata y recepción de casos de urgencia. Son centros que acogen a los menores tras haber sido separados de sus familias, donde se garantiza la cobertura de necesidades básicas y se realiza la valoración del caso mientras se decide la medida de amparo definitiva.
- B. *Hogares de convivencia familiar*: Se caracterizan por prestar una atención a los menores en desamparo basada en un modelo de convivencia familiar, en el que residen menores de distintas edades. En ellos se procura ofrecer un clima adecuado de convivencia y un entorno estable y estructurado mientras dure la medida de AR. La principal diferencia entre este tipo de hogares y los demás es que se trata de un modelo centrado en el funcionamiento de una familia. En estos hogares, el personal permanece fijo en el centro cumpliendo con las funciones propias de una familia.
- C. *Hogares de preparación para la independencia de adolescentes*: Se trata de hogares en los que la mayoría de los menores son adolescentes que están cerca de cumplir la mayoría de edad. La función principal de estos centros es preparar a estos jóvenes para la emancipación y el desarrollo de una vida independiente. En estos centros los esfuerzos se centran en apoyar a los menores en su proceso de transición a la vida adulta, fomentando el desarrollo de las habilidades necesarias. Como se verá en apartados anteriores, un amplio cuerpo de investigación se centra en analizar el proceso

de transición de estos jóvenes y las principales dificultades y fortalezas que encuentran durante su egreso del sistema de protección (Gilligan y Arnau-Sabatés, 2017; López *et al.*, 2013).

D. *Hogares y centros para adolescentes con problemas emocionales o conductuales*: En estos centros se da respuesta a los menores con problemas específicos de conducta o trastornos emocionales. Su función principal es ofrecer una atención especializada a los menores que además de estar en situación de desamparo, presentan serios problemas de convivencia y adaptación. En estos centros se cuenta con más personal especializado y recursos psicoterapéuticos, a diferencia del resto de centros. Actualmente, existen en España centros de AR terapéutico especializados en tratar casos con graves problemas emocionales y comportamentales. Estos jóvenes experimentan, con mayor probabilidad, un patrón de consumo de drogas y problemas de salud mental, entre otros (Martín, González-García, Del Valle y Bravo, 2018).

E. *Hogares para menores extranjeros no acompañados (MENA)*: Estos centros fueron diseñados para atender a menores que proceden de otros países y se encuentran en territorio español. Estos menores no conocen el idioma, la cultura y generalmente vienen solos, sin ningún familiar. En los últimos años la presencia de este perfil de menores ha aumentado considerablemente, lo que ha supuesto el incremento de recursos diseñados a este efecto. Sin embargo, hay comunidades autónomas en las que estos centros casi han desaparecido, puesto que actualmente estos menores conviven en otros hogares integrados con sus iguales de nacionalidad española. En España, se han llevado a cabo algunas investigaciones acerca de las características y necesidades de los MENA acogidos con el objetivo de ofrecer una visión global y real de la situación de estos menores (Bravo y Santos-González, 2017; Santos, 2015).

Además de estos, antes existían centros de acogida de menores de hasta tres años que prestaban atención a bebés y niños muy pequeños. Sin embargo, en la actualidad

estos centros prácticamente han desaparecido, pues los niños menores de 3 años deben permanecer, según la normativa vigente, en AF ante una situación de desamparo.

Por último, existen recursos residenciales para extutelados. Se trata de *pisos puente* destinados a jóvenes que acaban de cumplir la mayoría de edad y aún no están preparados para desarrollar una vida independiente. Estos pisos cumplen con la función básica de ofrecer alojamiento y fomentar el desarrollo de habilidades y estrategias para la emancipación.

2.2.1. Red de centros en Canarias y Tenerife

En este apartado se hará una descripción de la red de centros de AR en la Comunidad Autónoma de Canarias y especialmente en la isla de Tenerife. Para ello, se hace necesario realizar algunos apuntes acerca de la situación socioeconómica actual en Canarias y sobre las peculiaridades del sistema de protección en dicho territorio.

En el año 2016 el 44.6% de la población Canaria se encontraba en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Esta cifra, calculada a partir de la tasa ²AROPE (*At Risk of Poverty and/or Exclusion*) está 10 puntos porcentuales por encima de la que había en Canarias antes de la crisis y es, actualmente, la más alta de todas las comunidades autónomas (Llano, 2017).

Según esto, podemos afirmar que Canarias ha sido una comunidad especialmente castigada por la crisis, provocando altos niveles pobreza y exclusión social. Como parece lógico, los altos niveles de pobreza en nuestra comunidad están ligados a las altas cifras de menores en situación de exclusión social o vulnerabilidad que se detallarán a continuación.

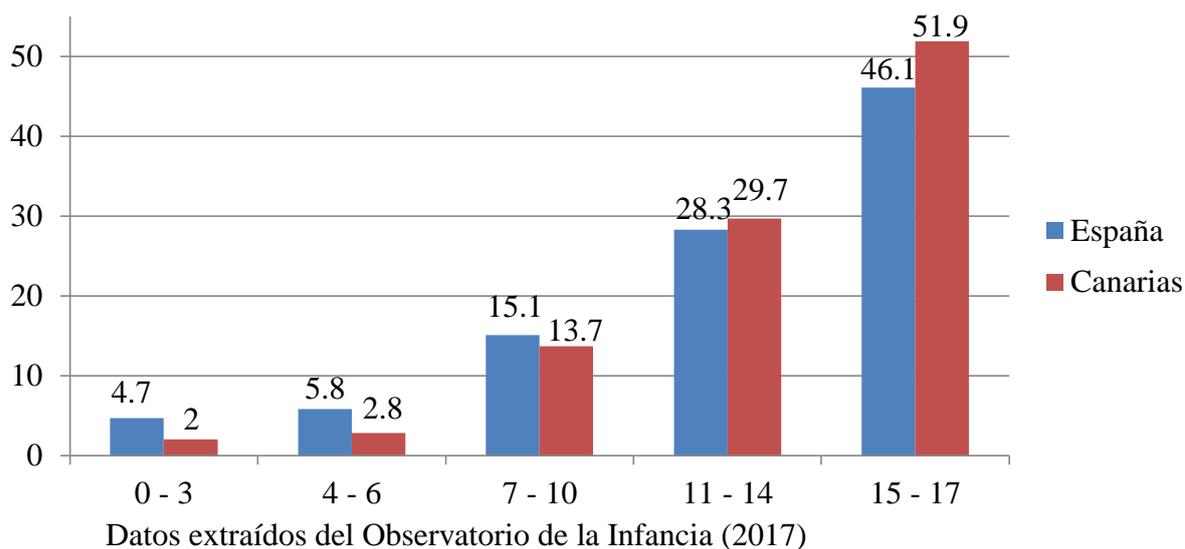
Volviendo a los datos sobre menores en desprotección recogidos en el capítulo 1 de esta Tesis, Canarias tiene una tasa de 543.7 menores atendidos por cada 100,000, situándose como la octava comunidad con mayor tasa en cuanto al número de menores atendidos durante el año 2016 (Observatorio de la Infancia, 2017). En lo que respecta al AR, la tasa en Canarias (238.5) es muy superior a la de España (169.1), ocupando la

² AROPE (*At Risk of Poverty and/or Exclusion*): Es un nuevo indicador definido por la Estrategia Europa 2020 para evaluar el crecimiento integrador. Este indicador agregado de pobreza y/o exclusión social agrupa tres factores: ingresos económicos, privación material severa e intensidad de empleo.

cuarta posición con mayor tasa de menores en AR en comparación con el resto de comunidades autónomas.

Un dato destacable en cuanto a los menores acogidos en los centros de Canarias es que el porcentaje de menores en AR de entre 0 y 6 años es inferior al porcentaje a nivel nacional. Esto puede deberse a la buena salud de la que goza la medida de AF en familia extensa en nuestra comunidad (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Porcentaje de menores en AR por grupos de edad en España y Canarias



Otra peculiaridad de Canarias es que el territorio se encuentra fragmentado, por lo que la distribución de los centros de menores y la gestión de las medidas de amparo no es igual en todas las islas. De hecho, con la entrada en vigor de la citada Ley 1/1997 de atención integral a los menores, se estableció que es competencia de los Cabildos Insulares la gestión de los servicios especializados de protección. Esto quiere decir que, en Canarias, la red de centros de protección es gestionada de forma independiente por las administraciones locales insulares.

Como parece lógico, las islas capitalinas (Tenerife y Gran Canaria) concentran la mayor parte de las plazas de AR gestionadas por las administraciones insulares, concretamente el 84% según datos de la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Familia (DGPIF).

Antes de exponer la distribución de centros y plazas de AR en la isla de Tenerife, en la que se encuadra esta Tesis, a continuación se muestran los datos en cuanto a número de centros y plazas de todas las islas, con el objetivo de ofrecer una visión global de la medida de AR en Canarias. Como se puede observar, las dos islas capitalinas cuentan con un mayor número de centros y de plazas y destaca el caso de una isla menor, El Hierro, en la que actualmente no hay ningún hogar de protección (ver tabla 3).

Tabla 3. Número de centros y de plazas de AR en Canarias

Isla	Centros	Plazas
Lanzarote	4	50
Fuerteventura	4	40
Gran Canaria	56	398
Tenerife	34	278
La Gomera	1	10
La Palma	3	28
El Hierro	0	0
Total	102	804

Fuente: DGPIF

Según los datos de la DGPIF, la isla de Tenerife abarca casi el 35% de las plazas de AR que hay en la Comunidad Autónoma Canaria. Estas plazas se reparten en los 34 centros que hay actualmente repartidos por toda la isla.

Para comprender mejor la estructura de la red de centros de la isla de Tenerife, en este punto se recoge información acerca de la distribución de las plazas disponibles en función del tipo de centro. De los 34 centros que configuran la red, el 32.4% son de gestionados de forma directa por el Cabildo, a través de Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria o por Ayuntamientos, y el 67.6% son gestionados de forma indirecta, a través de asociaciones y entidades privadas contratadas para tal fin.

A continuación se expone la red de centros de AR en Tenerife, incluyendo información acerca del tipo de centro y la capacidad máxima de menores que puede acoger (ver tabla 4).

Tabla 4. Red de centros en Tenerife

Tipo de centro	Número de centros	Número de plazas
Centros de Edades Verticales	24	190
Centros Especializados en Adolescentes	5	45
Centro de Acogida Inmediata	1	15
Servicio Especializado Insular	1	8
Centro para menores con discapacidad	1	6
Centro para menores extranjeros	1	8
Centro para madres o gestantes	1	6
Total	34	278

Fuente: Unidad de Infancia y Familia (IASS)

Todos estos centros de menores, deben cumplir con la normativa vigente en cuanto a su organización y funcionamiento interno. En Canarias, el citado Decreto 40/2000, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los centros de atención a menores, fija las características que han de reunir los centros de menores, su tipología, concepto, objeto y capacidad.

Según dicha norma, el objeto de los centros de menores es el de *“ofrecer una atención y educación integral en un marco de convivencia adecuado durante su periodo de estancia en el centro, fomentando su autonomía personal y su integración en el ámbito comunitario a través de programas adecuados que posibiliten el desarrollo de sus capacidades”*.

En el artículo 48, se establecen las actuaciones que los centros de menores han de desarrollar para la consecución de sus objetivos:

- a. Prestar una atención personalizada a los menores, a cuyo efecto deberán disponer de un proyecto educativo individual para cada menor.
- b. Ofrecer un marco de convivencia adecuado al desarrollo de los menores.

- c. Fomentar las relaciones que favorezcan el desarrollo integral de los menores.
- d. Realizar cuantas intervenciones sociofamiliares resulten precisas para procurar la integración familiar y social de los menores, persiguiendo siempre la reinserción del menor en su propia familia, salvo en los supuestos en que el interés del menor desaconseje esa situación.

Hasta este momento, se ha recogido información acerca del perfil de los menores atendidos en AR y sobre la realidad del AR en Canarias así como los recursos disponibles. Ahora bien, falta describir *cómo* es la atención residencial que se ofrece en estos centros y cuáles son los criterios de actuación que subyacen al desarrollo de la medida de AR. Por tanto, tras exponer el perfil de jóvenes atendidos y la red de recursos en los que son acogidos, a continuación se explicarán cuáles son los criterios de calidad que rigen la atención residencial en nuestro país.

2.3. Criterios y estándares de calidad

El progreso y la consolidación de los sistemas de protección a la infancia como una cuestión de derecho y el desarrollo de un amplio marco jurídico a favor de la infancia, han hecho necesaria una evaluación de la calidad de dichos servicios.

Hace décadas que en Estados Unidos la preocupación por ofrecer una atención de calidad en el ámbito de la protección infantil se materializó en el desarrollo de estándares y criterios de calidad que han servido de referencia para muchos países.

Las primeras aportaciones de la *Child Welfare League of America* (CWLA) incluían aspectos relacionados con la seguridad física de los menores y la cualificación de los profesionales. Posteriormente, los estándares publicados abordaban también los procesos y procedimientos mediante los que se proporcionaba la atención y el entorno en que tenía lugar (Redondo *et al.*, 1998). Posteriormente, la CWLA publicó los *Estándares de Excelencia para los Servicios Residenciales* (2004), convirtiéndose en uno de los documentos de referencia para la evaluación de la calidad de los programas de AR.

En Europa, se han publicado numerosos documentos para evaluar el funcionamiento y la calidad de los programas de AR. Algunos países con amplia

tradición en la elaboración de este tipo de documentos como Irlanda, disponen de valiosos instrumentos de evaluación. En 2001 el Gobierno de Irlanda publicó los Estándares Nacionales para centros residenciales de menores (*National Standards for Children's Residential Centres*). Su edición revisada de 2003 constituye uno de los principales documentos a nivel europeo sobre estándares de la atención residencial.

Posteriormente, se publica el documento *Children's Homes National Minimum Standards* (2011), elaborado por el Gobierno de Inglaterra. Este documento contiene 25 estándares que guían la atención residencial y constituye el marco de lo que debe ser un AR (Ramis, 2016).

Asimismo, se desarrolló en Europa uno de los documentos de referencia que ha contribuido al desarrollo de criterios de calidad en la atención residencial y ha servido de base para la elaboración de estándares e instrumentos de evaluación en nuestro país: *Quality4Children* (2007) que fue elaborado por Aldeas Infantiles SOS, la FICE (Federation Internationale des Communautés d'enfants) y la IFCO (International Foster Care Organization) e incluye los Estándares para el cuidado de niños fuera de su familia de origen en Europa. Este documento, disponible en 27 idiomas, incluye 18 estándares organizados de acuerdo a las tres etapas del acogimiento: proceso de toma de decisiones y admisión, proceso de acogida y de finalización de la acogida.

Poco después, coincidiendo con el 20 aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó las *Directrices sobre las Modalidades Alternativas del Cuidado de los Niños* (2009) publicadas por Aldeas Infantiles SOS Internacional e International Social Service. Estas Directrices remarcan la necesidad de políticas y prácticas apropiadas con respecto a los principios básicos de *necesidad* de protección de los menores y *conveniencia* de las medidas adoptadas. El objeto de dicha publicación es promover la aplicación de la CDN a través de una serie de pautas de orientación política y práctica.

En España, hasta finales del siglo XX no se inicia la reflexión acerca de los estándares y criterios de calidad en la atención residencial. El *Manual de Buena Práctica para la Atención Residencial a la Infancia y Adolescencia* (Redondo et al., 1998) publicado por la FAPMI (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil) y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, recoge aquellos principios y criterios para una intervención de calidad en la atención residencial. Este

documento toma como referencia los estándares que provienen de los países anglosajones, especialmente de Estados Unidos, donde ya existía una amplia tradición en cuanto al desarrollo de este tipo de herramientas.

Recientemente UNICEF publicó en España un documento llamado *Acogimiento como oportunidad de vida. Referentes de buena práctica y recomendaciones para una atención idónea a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar y residencial* (Horno, Romeo, Ferreres, Equipo de Incidencia Política y Estudios y UNICEF Comité Español, 2017). Esta guía pretende contribuir al conocimiento sobre la situación de los niños acogidos por el sistema de protección en España y promover el desarrollo de buenas prácticas tanto en AR como en AF. Este documento hace un amplio recorrido sobre la normativa internacional, estatal y autonómica y recoge los principios rectores para la adopción de las medidas de protección.

En lo que al AR se refiere, hay en nuestro país un documento que recoge los estándares de calidad que deben tenerse en cuenta para ofrecer una adecuada atención residencial. El documento de *Estándares de calidad en acogimiento residencial (EQUAR)* (Del Valle, Bravo, Martínez y Santos, 2012), recoge un conjunto de principios, con sus correspondientes indicadores observables y medibles, que hacen referencia a los recursos, los procesos básicos, las necesidades, y la gestión y organización que debe cumplir un programa de AR de calidad.

Para la elaboración de dicho documento, sus autores tuvieron en cuenta los siguientes principios básicos de actuación en AR:

- Interés superior del menor
- Derecho del niño a vivir en familia
- Complementariedad del acogimiento residencial
- Las necesidades de los niños como eje primordial
- El acogimiento residencial como una red de recursos flexible y especializada
- Atención integral, individualizada, proactiva y rehabilitadora
- Participación de los niños y sus familias
- Normalización y especialización
- Transparencia, eficacia y eficiencia

Por último, cabe destacar que estos estándares fueron elaborados teniendo en consideración importantes marcos teóricos de la psicología como son la psicología del desarrollo infantil y adolescente, la educación social y el apego, el vínculo afectivo, la resiliencia o el enfoque sistémico y el trabajo con las familias, entre otros. Además, los estándares fueron desarrollados teniendo en cuenta el carácter educativo y temporal de la medida de AR y sin perder de vista su objetivo fundamental: *constituir un entorno de seguridad y protección para los niños* que no puedan permanecer en sus hogares.

En la tabla 5 se recoge la estructura de dicho documento en el que se incluyen los estándares agrupados en diferentes áreas del AR que deben tenerse en cuenta para ofrecer una atención de calidad según Del Valle *et al.*, 2012.

Tabla 5. Estándares de calidad en AR

I. Los recursos	
ESTÁNDAR 1	Emplazamiento, estructura física y equipamiento
ESTÁNDAR 2	Recursos humanos
II. Los procesos básicos	
ESTÁNDAR 3	Derivación y recepción-admisión
ESTÁNDAR 4	Evaluación de necesidades
ESTÁNDAR 5	Proyecto de intervención individualizado
ESTÁNDAR 6	Salida y transición a la vida adulta
ESTÁNDAR 7	Apoyo a las familias para reunificación
III. Necesidades y bienestar	
ESTÁNDAR 8	Seguridad y protección
ESTÁNDAR 9	Respeto a los derechos
ESTÁNDAR 10	Necesidades básicas materiales
ESTÁNDAR 11	Estudios y formación
ESTÁNDAR 12	Salud y estilos de vida
ESTÁNDAR 13	Normalización e integración
ESTÁNDAR 14	Desarrollo y autonomía
ESTÁNDAR 15	Participación
ESTÁNDAR 16	Uso de consecuencias educativas
IV. Gestión y organización	
ESTÁNDAR 17	Gestión del programa
ESTÁNDAR 18	Liderazgo y clima social
ESTÁNDAR 19	Organización laboral
ESTÁNDAR 20	Coordinación entre profesionales

Este documento incluye 20 estándares que hacen referencia a los recursos humanos y materiales que deben reunir los hogares de protección, los procesos básicos que se deben desarrollar para una adecuada atención a los menores, las necesidades que deben quedar cubiertas y las condiciones necesarias para el bienestar del menor así como algunas cuestiones sobre gestión y organización que son importantes para ofrecer una atención de calidad.

De todos los estándares anteriores adquiere especial interés para el contenido de esta Tesis el tercero, sobre derivación y recepción-admisión. Este estándar tiene la siguiente redacción:

“Estándar 3: Salvo en los casos de acogida de urgencia, el acogimiento residencial debe ser consecuencia de un proceso de toma de decisiones en el que exista una evaluación rigurosa y un Plan de Caso con una finalidad claramente establecida. La derivación a un determinado hogar y la recepción por parte de éste deberá prepararse mediante una reunión de los profesionales implicados y recabando la participación de los menores de edad, en función de su desarrollo y sus posibilidades, así como de la familia”. (Del Valle et al., 2012)

Según lo anterior, todos los niños y jóvenes en AR deben tener un Plan de Caso en el que se defina cuál es la finalidad principal de la medida y los objetivos y acciones que se llevarán a cabo. Además, en este documento se incluirán los recursos que se movilizarán para la consecución de dichos objetivos y la temporalización prevista de la medida.

Este Plan de Caso debe establecerse tras la adecuada valoración del menor y de sus características personales y familiares y se elegirá por ser la mejor opción para atender a las necesidades particulares del niño.

Cuando un menor entra en AR, los tres planes de caso que pueden establecerse y que regirán el trabajo de intervención con el menor y su familia son: separación provisional y reunificación familiar (RF), separación definitiva (SD) o preparación para la vida independiente o emancipación (PVI) (De Paúl y Arruabarrena, 2001). A continuación se explicará cuál es la finalidad de cada plan de caso.

A. Separación provisional y reunificación familiar

Este plan de caso se establece en los casos en los que, tras la declaración de desamparo de un menor y la separación del niño de su familia de origen, se prevé el retorno a su hogar una vez superadas las circunstancias que llevaron a la declaración de desamparo. Durante este periodo en que el menor es separado, éste pasa a un recurso familiar (AF) o residencial (AR) hasta que su situación familiar mejore y sea posible su vuelta a casa.

En los planes de caso de separación provisional y reunificación familiar, se trabaja tanto con el niño, asistiéndole individualmente, como con los padres, tratando de intervenir en los aspectos que deben mejorar o cambiar (competencias parentales, hábitos de higiene, de consumo, ayudas económicas...) y también se realizan intervenciones cuyo objetivo principal es la mejora de la convivencia y las relaciones familiares.

Se trata de un proceso en el que los profesionales actúan desde el momento de la separación, tratando de minimizar los daños, hasta el momento final de la intervención (reunificación del menor con la familia de origen), garantizando un buen acoplamiento y el desarrollo de una dinámica familiar positiva.

Por tanto, la finalidad principal de este plan de caso es proteger la integridad y seguridad del niño o adolescente mediante la separación provisional del entorno familiar y establecer las condiciones necesarias en la familia de origen para garantizar su retorno definitivo lo antes posible.

B. Separación definitiva

Este plan de caso se establece cuando no se contempla la reunificación familiar con la familia de origen del menor tras la desestimación de la misma. En este plan se incluyen objetivos de intervención con el menor y con la familia aunque no se prevé el retorno a su hogar. Por tanto, se pretende ofrecer al menor una alternativa de protección diferente a su familia de origen.

Cuando se determina que el plan de caso para un menor es de separación definitiva de su familia de origen, se pueden establecer distintas alternativas de amparo. En primer lugar, el menor puede pasar a vivir de forma estable en AF en familia extensa

o ajena. Y por último, existe la posibilidad de la adopción, que es la alternativa elegida para menores de 3 años declarados en desamparo.

Normalmente, el plan de caso de separación definitiva se establece cuando, tras un periodo estipulado de intervención con la familia con el objetivo de la reunificación, no se observan los cambios acordados en el programa de intervención familiar. Se trata de una decisión técnica que se justifica generalmente, por la existencia de una situación sociofamiliar irreversible y la incapacidad de los adultos responsables de garantizar la cobertura de las necesidades básicas de los menores. También, la edad del menor juega un papel fundamental para establecer este plan de caso o para proponer un plan de caso dirigido a la preparación para una vida independiente.

C. Preparación para la vida independiente o emancipación

Se trata de un plan de caso dirigido fundamentalmente a menores adolescentes que dentro de poco tiempo cumplirán la mayoría de edad y saldrán del sistema de protección infantil. En estos casos la familia de origen, tras la correspondiente intervención, ha sido desestimada y tampoco se ha conseguido una integración estable en otra alternativa familiar. Por ello, la finalidad principal de este plan de caso es la preparación para la vida independiente del menor.

Dentro de este plan individualizado se trabajan las habilidades necesarias para el desarrollo de cierta autonomía e independencia emocional y económica para que pueda valerse por sí mismo. Con estos adolescentes el objetivo principal es fortalecer al menor y dotarle de todas las herramientas necesarias para salir adelante por sí mismo.

También dentro de este programa de intervención se debe trabajar paralelamente con la familia del menor (abuelos o familiares cercanos), que se ofrecen como un importante punto de apoyo para el adolescente durante este difícil proceso de transición a la vida adulta (Cuenca, Campos y Goig, 2018).

En los últimos años, este plan de caso ha ido adquiriendo mayor protagonismo en los hogares de protección, pues en los últimos años ha aumentado el número de adolescentes de entre 16 y 18 años en AR. Además, tal y como se explicó en el capítulo anterior, en la reciente Ley 26/2015 se añade el artículo 22 bis sobre *programas de preparación para la vida independiente* que indica que las Entidades Públicas ofrecerán estos programas dirigidos a jóvenes que tengan una medida de protección

(especialmente AR) desde dos años antes de su mayoría de edad. Estos programas, que pueden alargarse durante algunos años tras haber cumplido dicha edad, deben propiciar según la Ley, el *seguimiento socioeducativo, alojamiento, inserción socio-laboral, apoyo psicológico y ayudas económicas*.

2.3.1. Toma de decisiones sobre el plan de caso

La toma de decisiones sobre el establecimiento de un plan de caso u otro debe realizarse según una serie de principios o criterios generales de calidad que garanticen la protección de los menores y su adecuada cobertura de las necesidades antes, durante y después del establecimiento del plan de caso (Sánchez, 2001).

Durante dicho proceso se debe garantizar la participación de los progenitores, tutores o guardadores del menor y se deben tener en cuenta todos aquellos aspectos del niño, de su familia y del entorno para tomar la decisión que vaya más acorde con el *interés superior del niño*.

Respecto a los criterios para establecer un plan de caso de reunificación familiar, separación definitiva o emancipación, se ha estudiado muy poco al respecto. Sin embargo, hace años que se realizó una primera aproximación sobre esto, tratando de recoger algunos criterios para adoptar los diferentes planes de caso.

Según Sánchez (2001), el éxito de la reunificación familiar se relaciona estrechamente con que la separación del menor de su hogar haya sido acordada voluntariamente. Además, otro criterio que parece estar relacionado con esto es que tanto la familia como el menor perciben que los problemas que originaron la separación se resolverán o mejorarán con la intervención. Por último, algunas características de la familia que, según este autor, deben existir para que sea posible llevar a cabo una reunificación familiar son que existan pocos factores de riesgo o estrés en la familia y que las relaciones entre los implicados sean relativamente buenas.

Si el plan de caso de reunificación familiar no fuera el adecuado para el menor, otra alternativa sería el plan de caso de separación definitiva, cuando la familia de origen haya sido desestimada. Según Sánchez (2001), uno de los principales criterios para considerar adecuado este plan de caso es que exista daño potencial para el niño por

la presencia de condiciones peligrosas en su familia. Además, otra de las condiciones que se relaciona con dicho plan es que la situación de la familia sea irreversible por la propia naturaleza de la misma (orfandad) y que haya disponibilidad de una alternativa familiar mejor para el menor (ya sea la adopción, o un AF en familia extensa o ajena hasta que cumpla la mayoría de edad). Asimismo, algo que parece estar ligado al plan de caso de separación definitiva es que se hayan realizado intervenciones anteriores sin obtener apenas resultados.

Por último, siguiendo a este autor, algunos de los criterios para proponer el plan de caso de preparación para la vida independiente son que el menor tenga 14 años o más y que no sea viable que conviva con su familia, que el menor desee mantener los vínculos afectivos y legales con sus padres, o que se contemple la necesidad de adquirir y desarrollar habilidades para desenvolverse de forma independiente.

En la literatura actual se pueden encontrar algunos estudios sobre los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la protección a la infancia y sobre la valoración de la gravedad de dichas situaciones (Arruabarrena y De Paúl, 2011; Benbenishty *et al.*, 2015). Sin embargo, apenas se ha estudiado sobre el proceso de toma de decisiones del plan de caso y sobre los criterios que deben guiar dicho proceso para los menores que se encuentran en AR. Algo sobre lo que sí se ha investigado en los últimos años es sobre los factores que contribuyen al éxito de la reunificación familiar. Hay evidencias de que el enfoque colaborativo en la intervención con la familia, una adecuada preparación y motivación de los padres para la reunificación y el apoyo social formal e informal durante el proceso, son factores fundamentales que favorecen la consolidación de la reunificación, ya que esto se relaciona con la desaparición de los problemas que provocaron la separación (Balsells, Pastor, Mateos, Vaquero y Urrea, 2015; Biehal, Sinclair y Wade, 2015; Farmer y Wijedasa, 2013; Mateos, Fuentes-Peláez, Pastor y Mundet, en prensa; Vanderfaeillie, Van Holen, De Maeyer, Belenger y Gypen, 2017).

Dada la importancia de establecer un plan de caso con una finalidad concreta para cada menor que entra en AR, se hace necesario estudiar en profundidad las variables y los factores que puedan orientar este proceso de toma de decisiones. En este punto se avanza al lector que, uno de los objetivos principales de esta Tesis es conocer las variables que determinan la designación de los planes de caso descritos en párrafos anteriores.

2.3.2. Proyecto Educativo Individualizado

Volviendo a los Estándares de Calidad en el AR (EQUAR), y en relación a los objetivos de esta tesis doctoral, también merece especial atención el Estándar 5 sobre el Proyecto de intervención individualizado (PII):

“Estándar 5: La intervención que se lleva a cabo en acogimiento residencial se guía por un Proyecto de Intervención Individualizada que deberá ser formulado tras la evaluación inicial. El PII deberá contener los objetivos principales de la intervención a realizar o promover desde el programa residencial, así como las actividades, estrategias, criterios de logro y tiempos. Los proyectos individuales deberán ser realistas, flexibles, revisables en breves espacios de tiempo y evaluables en sus logros” (Del Valle, *et al.*, 2012).

Según este estándar, la intervención que se realiza con cada niño debe estar planificada atendiendo a sus circunstancias y a sus necesidades particulares. El PII debe ser la guía de intervención que recoja los objetivos, las actividades y los recursos necesarios para lograr el plan de caso establecido, así como la temporalidad de los mismos.

Este proyecto individualizado debe formularse tras la adecuada valoración del caso, en un plazo razonable desde que el menor ingresa en el centro, no pudiendo ser superior a los dos meses. Debe incorporar objetivos concretos relacionados con las distintas áreas de desarrollo del menor (residencial, familiar, escolar y comunitario) y ser siempre coherente con la finalidad integradora establecida en el Plan de Caso.

En relación a esto, en España se desarrolló un instrumento de evaluación que recoge la información detallada sobre el caso y que permite llevar a cabo una evaluación de los objetivos planteados en el Proyecto Educativo Individualizado. Este instrumento, denominado *Sistema de Evaluación y Registro del Acogimiento Residencial (SERAR)* (Del Valle y Bravo, 2007), está dividido en tres partes: el Registro Acumulativo, el Proyecto Educativo Individualizado (PEI) y el Informe de seguimiento.

El SERAR incluye, en la segunda parte, una *escala mensual de objetivos* estructurada y organizada por ámbitos (familiar, residencial, comunitario, escolar y laboral), que permite al educador registrar mensualmente el nivel de consecución de cada objetivo y comprobar su evolución.

Los primeros estudios que se llevaron a cabo con la escala mensual de objetivos son los de Bravo y Del Valle (1999; 2001) y Bravo (2002) en el que se realiza la validación de dicha escala con una muestra de más de 666 niños y adolescentes pertenecientes a diferentes comunidades autónomas. Posteriormente, se realizaron otros estudios utilizando las puntuaciones de la escala para obtener información acerca del logro de los objetivos en los diferentes contextos (Martín y Márquez, 2015; Martín, Rodríguez y Torbay, 2007).

Además de la escala mensual de objetivos, en el PEI se recogen los objetivos de intervención que los educadores deben establecer para cada menor en concordancia con su el plan de caso y también los recursos que se utilizarán para el logro de dichos objetivos.

Sin embargo, en nuestro país no se ha llevado a cabo ninguna investigación que estudie y analice los recursos que se movilizan para el logro de los objetivos descritos en el PEI. Ante este hecho, se plantean algunas preguntas sobre qué tipo de recursos son los que se utilizan con mayor frecuencia para el logro de los objetivos o sobre si éstos son recursos normalizados o están integrados en la comunidad.

Precisamente éste es el tercer objetivo que se plantea en esta Tesis, analizar qué recursos se utilizan para el trabajo individualizado con cada menor y su relación con el plan de caso establecido.

Por último, hay que señalar que en Canarias, desde hace casi dos décadas, el Decreto 40/2000 sobre la organización y funcionamiento de los centros de atención a los menores, incluye un apartado sobre el Proyecto Educativo Individualizado (PEI). En el artículo 52 se define el PEI como un *documento técnico de planificación y evolución de las intervenciones socioeducativas realizadas con el menor y que debe ser elaborado por los educadores del centro*. Según esto, en todos los centros de atención a menores de Canarias los educadores deberán completar el PEI de cada menor, que deberá recoger los objetivos de intervención, así como los medios y actividades para lograr dichos objetivos y la temporalidad de los mismos.

Capítulo 3. Efectos del Acogimiento Residencial en los jóvenes atendidos

En este capítulo nos vamos a detener en el análisis de las investigaciones que se han centrado en estudiar los efectos que sobre los niños, niñas y adolescentes puede tener el vivir en un contexto residencial. En este sentido, el AR ha sido objeto de un amplio cuerpo de investigaciones durante las últimas décadas. Ya desde los años 40 algunos autores comenzaron a poner de manifiesto los supuestos efectos que padecían los menores tras largos años de institucionalización, por lo que el AR siempre ha sido un recurso bajo sospecha.

Conceptos como el hospitalismo (Spitz, 1945) o la privación maternal (Bowlby, 1951) eran utilizados a menudo como argumentos contra las residencias de protección por generar múltiples problemas a los niños que vivían en estos centros durante los primeros años de vida.

La línea de investigación que se siguió para evaluar los tipos de problemas que producía el AR consistía en comparar a niños y niñas que habían sido criados en centros de protección con grupos de menores que siempre habían estado con sus familias o que habían sido adoptados. Numerosos estudios coinciden al afirmar que los niños que han permanecido en AR presentan peores resultados, mayores problemas emocionales, comportamentales e incluso físicos que sus iguales adoptados o en AF (Chisholm, 1998; Han y Choi, 2006; Harden, 2002; Kaler y Freeman, 1994; Sloutsky, 1997).

Concretamente en el Reino Unido, algunos estudios llevados a cabo siguiendo esta línea, mostraron que los niños que vivían en centros residenciales presentaban mayores problemas de concentración y de comportamiento, mayor irritabilidad, problemas de relación con sus compañeros y dificultades para acatar las normas, además de un menor desarrollo cognitivo (Hodges y Tizard, 1989a; 1989b; Tizard y Rees, 1975).

Datos similares a los de Tizard se encontraron en otras investigaciones realizadas con menores británicos institucionalizados. Roy, Rutter y Pickles (2000) encontraron altos niveles de hiperactividad, distracción y problemas emocionales y comportamentales en esta población. Por su parte, Vorria, Rutter, Pickles, Wolkind y

Hobsbaum (1998), en su investigación realizada en instituciones griegas encontraron mayores dificultades emocionales, problemas de conducta e hiperactividad en los niños que vivían en AR en comparación con sus iguales que vivían con sus familias.

Asimismo, uno de los estudios más consistentes sobre los efectos en los menores institucionalizados fue el realizado con un grupo de menores que llegaron a Reino Unido tras una estancia más o menos prolongada en orfanatos de Rumanía. Michael Rutter y su equipo encontraron que los parámetros físicos de altura y peso, el cociente intelectual y el desarrollo de los niños a su llegada a Reino Unido, eran inferiores a los de la media. Los datos mostraron que cuanto más duradera era la estancia en los orfanatos rumanos, peor era su evolución posterior (O'Connor, Rutter y ERA Team, 2000; Rutter *et al.*, 2000).

Los alarmantes datos de esta investigación podrían tener su justificación en el hecho de que las características de los orfanatos rumanos eran especialmente adversas en el momento en el que se desarrolló la investigación, por lo que los graves problemas de los niños años después de su adopción en el Reino Unido podían deberse a esto. No obstante, estos resultados constituyeron importantes hallazgos sobre muchas de las consecuencias negativas que se daban en niños, niñas y adolescentes que vivían durante algún tiempo en un centro residencial.

Durante muchos años, estas y otras muchas investigaciones nacionales e internacionales han considerado el AR como un recurso peligroso y con graves efectos sobre los niños y niñas acogidos (Kahan, 1994; Palacios, 2003; Skinner, 1992; Tolfree, 1995; Wagner, 1988). Estos resultados han contribuido a una visión negativa de la medida de AR en el ámbito de la protección a la infancia. Sin embargo, dichos hallazgos han sido cuestionados por la línea metodológica que se ha seguido.

En primer lugar, estos estudios no analizaban la situación previa al AR del menor ni la comparaban con su situación tras el acogimiento, por lo que apenas se encontraban datos acerca de la evolución de éstos. En segundo lugar, algunos de estos estudios analizaban la situación de menores que provenían de orfanatos en países en los que la calidad del AR era muy deficitaria en el momento de realizar la investigación. Y en tercer lugar, durante muchos años se analizaba la situación de estos menores sin tener en cuenta que estos niños y niñas, que por sus circunstancias personales y/o familiares, ingresaban en un hogar de protección, eran generalmente los casos más complejos y los

que presentaban mayores problemas en todos los niveles (Dregan y Gulliford, 2012; Leloux-Opmeer, Kuiper, Swaab, Scholte, 2016; Martín, 2012).

Lo que sí parece claro es que el AR produce mayores efectos adversos durante los primeros años de vida de los menores (Johnson, Browne y Hamilton-Giachritsis, 2006). Tras años de investigación, se llegó a un consenso en cuanto a la prioridad de alternativas familiares frente a las residenciales, sobre todo para los niños más pequeños. Johnson *et al.* (2006) concluyeron en su estudio que, la relación temprana con el cuidador o figura de apego estable, es un factor clave para el desarrollo de los menores. Asimismo, afirmaron que los bebés que permanecen en AR durante los primeros meses de vida sufrirán graves consecuencias sobre su desarrollo. En esta misma línea, otros autores enfatizaron los efectos negativos de la falta de afecto y estimulación temprana por parte de los cuidadores sobre la adaptación escolar y social de los menores (Barriocanal, De la Herrán y Martínez, 2007; Dowsett, Huston, Imes y Gennetian, 2008; Moreno, García-Baamonde y Blázquez, 2010; Sala-Roca, Villalba, Jariot y Arnau, 2012). Esta idea se plasma en la nueva Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia en la que se establece que *deberán primar, en todo caso, las medidas familiares frente a las residenciales.*

Respecto al papel de las familias de origen de quienes permanecen en AR, la literatura existente indica que la implicación de la familia y la coordinación con los profesionales es muy importante (Martín, Torbay y Rodríguez, 2008). Knorth, Harder, Zandberg y Kendrick (2008) concluyeron en su revisión sobre los resultados del AR que la participación de la familia en la intervención podría mejorar los resultados a largo plazo. Su trabajo se hizo eco de investigaciones anteriores en las que se ha enfatizado la importancia de trabajar con el niño y con su familia para mejorar la efectividad de la atención residencial (Frensch y Cameron, 2002; Lyman y Campbell, 1996).

Asimismo, numerosas investigaciones realizadas en Inglaterra, han puesto de relieve la necesidad de trabajar con las familias de origen para obtener mejores resultados a largo plazo y para prevenir el fracaso de la reunificación (Biehal, 2006; 2007; Bullock, Little y Millham, 1993; Farmer, O'Neill, Sturgess y Morris, 2008; Millham, Bullock, Hosie y Haak, 1986; Schofield, Ward y Young, 2009; Sinclair, 2005; Wade, Biehal, Farrelly y Sinclair, 2010).

Por último, una investigación reciente muestra que la participación familiar puede tener efectos beneficiosos para los menores en AR, pero que ésta no es fácil de lograr (Geurts, Boddy, Noom, Knorth, 2012). Estos autores indican que, para que la participación de la familia sea beneficiosa, es necesario que ésta se implique durante el proceso de acogida del menor en el hogar de protección, así como en las actividades de los niños en el entorno del centro, algo que no siempre se consigue.

Otra cuestión sobre la que se ha investigado en los últimos años es sobre el papel de la red de apoyo social de los menores en AR. Se han publicado numerosos trabajos acerca de la importancia de las relaciones que los menores mantienen con sus educadores durante su estancia en el centro de protección (Dixon y Stein, 2003; Legault, Anawati y Flynn, 2006; Ward, 2003) así como su influencia sobre la adaptación al contexto escolar (Harker, Dobel-Ober, Lawrence, Berridge y Sinclair, 2003; Lindsay y Foley, 1999; Stone, 2007).

En nuestro país, en los últimos años se han publicado algunos estudios que analizaron la red social de los menores en AR y la influencia de ésta sobre aspectos de su desarrollo. Uno de los primeros estudios desarrollados en España sobre esto es el de Bravo y Del Valle (2003) en el que compararon las redes de apoyo de los jóvenes en AR con las de sus iguales. Estos autores concluyeron que los adolescentes acogidos en AR perciben un menor apoyo social que sus iguales. Además, los autores destacaron la necesidad de disponer de una red de apoyo consistente para asegurar el afrontamiento de los problemas y eventos negativos que experimenta esta población.

Por su parte, Martín y Dávila (2008) analizaron la relación que guardan las redes de apoyo con la adaptación personal, escolar y social de los jóvenes en AR y concluyeron en su estudio que el apoyo recibido por adultos significativos parece tener una incidencia positiva en la adaptación de los menores en el ámbito social y escolar.

Estos hallazgos son consistentes con los resultados de un estudio anterior en el que se analizaba la calidad del AR desde la perspectiva de los menores. Según Martín y González (2007), la relación con los educadores es, para la mayoría de los jóvenes que se encuentran viviendo en estos recursos, la variable que más se relaciona con la valoración de la calidad del servicio que reciben.

Por último, un estudio llevado a cabo con menores que vivían en AR enfatizó la necesidad de potenciar el establecimiento de redes de apoyo por parte de los menores, especialmente cuando se acercan a la mayoría de edad (Martín, 2011). Es en ese momento, cuando el papel de la red de apoyo y de los adultos significativos (familiares y educadores) adquiere especial relevancia para el desarrollo de una vida autónoma e independiente por parte de los menores.

Además de lo explicado en líneas anteriores, hay otras cuestiones que han sido ampliamente estudiadas y discutidas a nivel nacional e internacional. Uno de los principales debates que aún se mantienen en el ámbito del AR radica en el tiempo en que los menores permanecen en AR y las consecuencias de esto.

Existen investigaciones que han analizado el efecto sobre los menores del *tiempo de estancia en el centro de protección*. Se encuentran en la literatura evidencias de que el tiempo de estancia en el hogar influía fuertemente en el desarrollo de los menores. Por ello, esta variable se instaló como uno de los predictores más importantes de las consecuencias negativas sobre el desarrollo cognitivo de los menores (O'Connor *et al.*, 2000). Sin embargo, en nuestro país hay investigaciones que demuestran que no son las largas estancias las que generan peores resultados, sino la inestabilidad durante los años en AR. En este sentido, Del Valle *et al.* (2003) concluyeron en su evaluación de efectos a largo plazo en AR que son los reiterados cambios de centros los que se asociaban al fracaso de la integración final del menor.

De acuerdo con estas afirmaciones, Martín *et al.* (2007) encontraron que los mejores resultados en cuanto a autonomía en los cuidados personales e integración social en la residencia se dieron en el grupo de menores que llevaban entre 2 a 3 años en AR. Según este estudio, el tiempo de estancia en el centro no es importante en sí mismo, sino que lo realmente importante es la planificación adecuada de los objetivos y la estabilidad de la medida para lograr la adaptación del menor a su nueva situación.

En un estudio más reciente en el que se analizó la relación entre el tiempo de estancia y los resultados en el área escolar se encontró que una estancia más larga en AR predice buenos resultados educativos y facilita la obtención de la educación secundaria (Ringle, Ingram y Thompson, 2010). En este artículo se rechazó la hipótesis de que una larga estancia en AR produce efectos contraproducentes en los menores, tal y como se había concluido en estudios anteriores.

Según lo anterior, se puede concluir que muchos de los efectos adversos encontrados en los menores que conviven en AR se deben a la inestabilidad de dicha medida y a los reiterados cambios de centros, y no a la duración de la misma.

En otro orden de cosas, a continuación se expondrán algunos resultados encontrados en cuanto a la evaluación de los efectos a medio y largo plazo de la estancia en AR. En el ámbito internacional, los trabajos acerca de esto se remontan años atrás. Quinton y Rutter (1988) y Triseliotis y Rusell (1984) realizaron sendos trabajos de seguimiento de menores que estuvieron acogidos en familias o en centros de protección. El primero realizó un seguimiento de un grupo de chicas tras su baja del centro y el segundo, comparó la situación tras la salida del sistema de menores que estuvieron en AR y en familias.

Posteriormente, una revisión realizada por Kendrick (2005) apuntó que los menores que han pasado por centros de protección encontraban mayores dificultades para integrarse socialmente que sus iguales que no habían pasado por esta experiencia. Según han afirmado algunos autores, muchos de los jóvenes que pasan por AR experimentan, tras su salida del sistema, altos niveles de marginación e indigencia, gran dependencia de los servicios sociales, desempleo o inestabilidad económica (Dixon, 2007; Kendrick, 2005; Stein, 2006).

En España, tras la modernización del sistema de protección, pocos son los estudios que se han llevado a cabo con el fin de ofrecer resultados acerca de los efectos a corto, medio y largo plazo de la estancia en AR.

La primera investigación que realizó una evaluación a medio y largo plazo de los efectos del AR se llevó a cabo en el Principado de Asturias con una muestra total de 272 jóvenes que habían causado baja en AR entre los años 1989 y 1995 (Del Valle, Álvarez y Fernanz, 1999). En este estudio se analizaron los motivos de protección, las variables sociofamiliares y personales que desencadenaron el ingreso en protección así como la estancia en AR y la situación actual de los jóvenes tras su salida del hogar. Los autores concluyeron que un 13.7% de los jóvenes se encontraban en situación de marginalidad y desviación social (delincuencia, toxicomanías, prostitución, etc.) y un 20% cuya situación económica y de vivienda era positiva y estable.

En este estudio, en el que evaluaban el impacto de la medida de AR en la vida del niño y en su integración social y laboral tras su salida de la residencia, los resultados obtenidos a través de entrevistas, ofrecieron datos acerca de la situación en que se encontraban en el ámbito de la salud, vivienda, trabajo e integración social. En su artículo concluyeron que el desenvolvimiento de la mayoría de los chicos y chicas criados en AR era bastante bueno y que sólo un 15% presentaba problemas de marginación social, lo que permitía ser positivos en cuanto a la integración social de estos jóvenes (Del Valle *et al.*, 2003).

A raíz de este estudio, Palacios quiso discutir algunos de los resultados encontrados por Del Valle *et al.* (2003) y resaltó, en su artículo sobre la institucionalización de los niños, que aquellos provenientes de instituciones eran los que presentan un *perfil visiblemente más problemático* y un mayor número de problemas y dificultades cognitivas, emocionales, comportamentales (Palacios, 2003). A la vista de los resultados, este autor propone que se limiten al mínimo los AR en el sistema de protección y se mejore la atención que se da en los centros para aquellos chicos y chicas para los que un centro sea la única alternativa de protección.

Otros estudios posteriores sobre la integración social y personal de los menores que viven o han vivido algún tiempo en AR, han encontrado diferencias en cuanto a los niveles de integración de esta población en comparación con sus iguales (Bravo y Del Valle, 2001; Martín, Muñoz y Pérez, 2011; Martín, Muñoz, Rodríguez y Pérez, 2008). Aunque la situación es mejor de lo que se podía esperar en algunas áreas como la integración y adaptación en el contexto residencial, los resultados indican que los menores en AR tienen mayores dificultades para integrarse socialmente y para establecer relaciones de amistad con sus iguales en el contexto educativo (Martín *et al.*, 2011).

Respecto a la situación académica de estos menores, Casas y Montserrat (2009) realizaron una revisión acerca de la situación de los jóvenes extutelados y destacaron que menos de un 6% de esta población llegaba a cursar estudios universitarios. Poco después se publicó uno de los estudios que analiza con mayor profundidad los *itinerarios educativos de los jóvenes extutelados* (Montserrat, Casas, Malo y Bertrán, 2011). En esta investigación se estudiaron los obstáculos y factores facilitadores que contribuyen al éxito o al fracaso en el sistema educativo de jóvenes extutelados que

permanecieron en acogimiento familiar y/o residencial en Cataluña. Algunas de las conclusiones de los autores fueron las siguientes.

Por un lado, señalaron que uno de los factores que facilita continuar estudiando era haber tenido un educador que ofrecía apoyo en los estudios. También afirmaron que haber permanecido en un centro residencial de pocas plazas, donde la atención que se recibía podía ser más personalizada, promovía el éxito en el ámbito académico. Por otro lado, en cuanto a los factores que dificultan seguir estudiando, los autores destacaron el consumo de drogas o los problemas familiares como principales obstáculos.

En España apenas hay investigaciones que profundicen sobre la situación académica de estos menores. Recientemente se ha publicado un estudio cuyos resultados indican que el abandono escolar sin la obtención del título mínimo llega al 30.9% en el grupo de menores en AR (Montserrat, Casas y Bertrán, 2013). Asimismo, estos autores concluyeron que este hecho podría favorecer procesos de exclusión social tras la salida del hogar.

En lo que se refiere al ajuste escolar de los niños en AR, diversos autores han afirmado en sus estudios que los niños que ingresan en AR presentan una serie de carencias entre las que se encuentran las dificultades para las relaciones sociales y de adaptación escolar (Lázaro y López, 2010; Martín *et al.*, 2007; Moreno, García-Baamonde y Blázquez, 2009; Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998; Vorria *et al.*, 1998). Los resultados obtenidos sobre el ajuste escolar de éstos en comparación con menores que residen con sus familias de origen, han mostrado que aquellos que permanecen en AR presentan mayores problemas de atención y concentración, bajo rendimiento escolar, desobediencia, conducta agresiva y poca interacción con sus iguales (Simsek, Erol, Öztop y Münir, 2007).

En un estudio realizado recientemente en España, se encontraron resultados similares a los anteriores. Muela, Balluerka y Torres (2013), analizaron la adaptación escolar y social de un grupo de menores en AR en el País Vasco y concluyeron que estos jóvenes son una población especialmente propensa a presentar un pobre ajuste social y escolar y mayores problemas de atención y de aprendizaje en comparación con los que no se encuentran bajo la medida de AR.

Además de lo anterior, también se ha investigado sobre cuestiones más concretas del desarrollo de los menores. Moreno *et al.* (2010) concluyeron en su estudio que el desarrollo lingüístico de los menores con medida de protección era inferior al de su edad cronológica y que presentaban dificultades en pragmática y morfología, además de inadaptación escolar, indisciplina y baja motivación por los estudios.

Asimismo, estos autores confirmaron en sus estudios la presencia de dificultades en cuanto a la competencia social, emocional y comunicativa de los menores bajo medidas de protección. Los resultados indicaron que los menores que habían sido víctimas de maltrato y/o negligencia mostraban una falta de competencia emocional y un deterioro considerable en cuanto a la capacidad empática y a la comprensión de los estados emocionales de los demás (Moreno-Manso, García-Baamonde, Blázquez-Alonso, Pozueco-Romero y Godoy-Merino, 2016; Moreno-Manso, García-Baamonde, Guerrero-Barona y Pozueco-Romero, 2017).

Por su parte, Lázaro y López (2010) concluyeron en su estudio sobre los efectos de los malos tratos que, a pesar de la intervención protectora, los menores acogidos en AR con experiencia de maltrato presentaban dificultades en el desarrollo social y emocional, concretamente en las dimensiones de apego, la autoestima, las expectativas de control y la empatía.

Tras exponer algunos de los efectos y consecuencias sobre los menores en AR que se describen en la literatura, algo que merece especial atención y que se detallará a continuación, son los resultados obtenidos en investigaciones que comparan los efectos de la institucionalización frente a otras medidas familiares.

Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Fernández-Molina, Del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo (2011) con una muestra española y que pretendía conocer la prevalencia y el tipo de problemas de conducta de menores en AR en comparación con quienes convivían en acogimiento preadoptivo y en AF con familia extensa. Los resultados de este estudio han verificado que los adolescentes en AR obtienen puntuaciones más altas en problemas de conducta que los adolescentes en acogimiento preadoptivo y con los abuelos.

Este resultado es coherente con los datos encontrados hace dos décadas en un estudio con 311 niños y adolescentes que vivían en AR, en AF extensa o con su propia

familia (Heflinger, Simpkins y Combs-Orme, 2000). Los resultados de esta investigación indicaron que el 34% de los niños en AR presentaban problemas significativos de comportamiento como agresividad o delincuencia. Asimismo, los autores concluyeron que había menos probabilidades de encontrar puntuaciones dentro del rango clínico en los menores que vivían con su familia en comparación con aquellos que permanecían en AR o en AF.

Otra de las cuestiones que aparece con frecuencia en la población de menores en AR es la alta prevalencia de los problemas emocionales y de comportamiento (James, Roesch y Zhang, 2012; Scholte, 1997; Scholte y Van der Ploeg, 2010). En una revisión realizada por Leloux-Opmeer *et al.* (2016) se concluyó que existe consenso en cuanto a que la mayoría de los menores en AR presentan severos problemas de comportamiento.

También hay evidencia de mayores dificultades en el desarrollo cognitivo y respecto al rendimiento académico (James *et al.*, 2012; Scholte, 1997; Scholte y Van der Ploeg, 2010). Estos mismos autores encontraron en sus estudios altos porcentajes en cuanto a la falta de motivación por el colegio así como retrasos en el lenguaje y en el desarrollo cognitivo.

Sin perjuicio de lo anterior, en una investigación llevada a cabo en Holanda recientemente se concluyó, tras el estudio de 200 niños en edad escolar, que aquellos que se encontraban en AR presentaban en el momento del ingreso un mayor número de problemas en el ámbito individual (Leloux-Opmeer, Kuiper, Swaab y Scholte, 2017). Es decir, la situación de partida de los menores en AR era peor que la de sus iguales en otras medidas familiares.

Una de las principales conclusiones de esta investigación fue que, debido a la cantidad de problemas que presentaban estos menores a su llegada al sistema de protección, la dificultad para encontrar una alternativa familiar estable era mayor. Estos autores destacaron la importancia de los resultados obtenidos y afirmaron que, tal y como se ha demostrado en diversas investigaciones, los problemas conductuales, de salud mental y los problemas escolares de los menores que llegan al sistema, afectan negativamente a los resultados de las medidas familiares (Barber y Delfabbro, 2002; Bartelink, 2013; Becker, Jordan y Larse, 2007; Bernedo, Salas, Fuentes y García-Martín, 2014; Den Dunnen *et al.*, 2012, Jones *et al.*, 2011; Raviv, Taussig, Culhane y

Garrido, 2010; Taussig, 2002; Yampolskaya. Sharrock, Armstrong, Strozier y Swanke, 2014).

Por su parte, Portwood *et al.* (2018) en su comparación de resultados de menores en AR y AF encontraron que los jóvenes en AF presentaban niveles más altos de funcionamiento general al momento del ingreso que sus iguales en AR. Sin embargo, los análisis acerca del progreso que experimentaban durante su estancia, no mostraron diferencias entre ambos grupos. Es decir, a pesar de que el nivel inicial de los menores en AR era inferior, éstos progresaron al mismo ritmo que los menores en AF en cuanto al nivel de funcionamiento general, problemas de salud mental y de comportamiento. Los autores concluyeron en su estudio que los resultados positivos encontrados en los menores que conviven en AR, sugieren que ésta es una medida apropiada y efectiva para menores con características específicas.

Las últimas investigaciones sobre la medida de AR hacen referencia a la necesidad de un AR especializado que acoja a aquellos menores en desamparo para los que no es posible una alternativa familiar. Hay autores que afirman que el AR cumple una función fundamental atendiendo a niños y jóvenes con altos niveles de ansiedad (Lyons, Woltman, Martinovich y Hancock, 2009) o con graves enfermedades mentales y comportamientos auto destructivos (Barth, 2002).

Asimismo, en una investigación comparativa de países de distintos continentes, se llegó a la conclusión, salvando las diferencias entre países, de que el AR sigue jugando un papel fundamental en los distintos sistemas de protección (Courtney y Iwaniec, 2009).

En esta línea, Martín (2012), afirmó que el AR debe seguir existiendo ya que, a pesar del desarrollo de las alternativas familiares, aún hay casos que requieren de esta medida. Concretamente, parece que el AR en España está quedando cada vez más restringido a casos con perfiles complejos.

Además de lo anterior, es importante destacar que existen investigaciones que recogen resultados positivos tras el paso de los menores por AR (Del Valle *et al.*, 2003; Kendrick, 2005; Martín *et al.*, 2007). Barth (2002) encontró resultados positivos para aquellos programas en los que existía una alta participación familiar en la vida del menor en el centro y apoyo y afecto de otros adultos significativos. Por su parte Knorth,

Harder *et al.* (2008) rechazaron la idea de que el AR tiene principalmente resultados negativos, y concluyeron que también se pueden esperar resultados positivos en el funcionamiento psicosocial de estos menores.

Para finalizar este apartado acerca de los efectos del AR, a continuación se señalan algunas ideas sobre las que parece existir cierto consenso. Tras años de investigación, se puede afirmar que el AR produce mayores efectos adversos sobre los niños más pequeños, por lo que se considera fundamental (y obligatorio según la normativa vigente en nuestro país), ofrecer medidas familiares para los niños de corta edad en situación de desamparo.

Otra cuestión que parece haberse superado es la comparación entre menores en AR y sus iguales. Los resultados en cuanto a la situación de quienes conviven en un centro de protección serán, casi siempre, peores que los de sus iguales que conviven con sus familias o en AF o adopción. Un amplio número de autores han tratado de explicar esta cuestión basándose en la idea de que el perfil de menores que entra en AR es mucho más complejo, por lo que las dificultades y problemas que enfrentan estos chicos son mayores que los de aquellos que conviven en AF o adopción. Además, se han citado estudios en los que se pone de manifiesto el progreso que experimentan los menores con medida de protección, encontrando resultados similares para AR y AF.

Respecto a las redes de apoyo social de los menores en AR, existe datos suficientes para afirmar que el papel de los educadores y también el de las familias de origen es fundamental para el adecuado desarrollo de los menores. Por tanto, a pesar de que se hayan encontrado mayores dificultades para establecer una red sólida de apoyo en este grupo de menores, las figuras adultas significativas son elementos esenciales para favorecer la integración social del menor en los diferentes contextos, especialmente cuando se acerca la mayoría edad.

Otra de las conclusiones sobre las que parece haber acuerdo, es la importancia de la estabilidad durante el acogimiento frente a la duración de la estancia. En los últimos años se ha puesto de manifiesto que los efectos del AR sobre los menores podrían ser positivos a pesar de una estancia de dos, tres o más años, siempre que exista cierta estabilidad y no se den múltiples cambios de emplazamientos.

Por último, no cabe duda de que, a pesar del innegable avance de las alternativas familiares, el AR sigue siendo un recurso necesario en nuestro país. Se puede afirmar que esta medida se dirige a la atención y la acogida de menores con problemáticas y circunstancias específicas. Actualmente parece que el AR es la única respuesta (o la más adecuada) para menores con graves problemas de conducta o emocionales, para aquellos que requieren una atención especializada de salud mental y también para grupos de hermanos en situación de desamparo para los que resulta difícil encontrar una alternativa familiar. De hecho, en relación a los problemas de conducta, hay numerosos estudios que contraindican el establecimiento de medidas familiares para estos menores debido a un elevado riesgo de ruptura (Aarons *et al.*, 2010; Barber y Delfabbro, 2002; Barber, Delfabbro, y Cooper, 2001; Strijker, Knorth y Knot-Dickscheit, 2008; Vanschoonlandt, Vanderfaeillie, Van Holen y De Maeyer, 2012; Vanschoonlandt, Vanderfaeillie, Van Holen, De Maeyer y Robberechts, 2013).

Para finalizar, en este capítulo se han expuesto los principales efectos del AR sobre los menores atendidos, así como las principales conclusiones que se derivan de la investigación de las últimas décadas. Esta medida de protección, no tan negativa como se pensaba, se constituye como elemento clave en nuestro actual sistema de protección pues acoge a los menores con un perfil más complejo y que requieren una atención especializada.

Esto supone que los programas de AR deben hacer frente a una serie de problemas que tanto la investigación nacional como la internacional coinciden en señalar como los principales retos de la atención residencial actual y a los que se dedicarán las próximas páginas de esta Tesis.

Capítulo 4. Retos actuales del Acogimiento Residencial

En este capítulo se profundizará en los principales retos actuales, objeto de gran interés para los profesionales de la atención residencial. Estos son, en primer lugar, los problemas educativos de los menores que viven en centros de protección, en segundo lugar, los problemas emocionales y conductuales, entre los que se encuentran los problemas de salud mental, y en tercer lugar, la transición a la vida adulta de los menores extutelados.

4.1. Los problemas educativos

El AR como medida de protección ha evolucionado en las últimas décadas hasta convertirse en lo que es hoy: un recurso especializado que da respuesta a las necesidades básicas de menores en situación de desamparo y que tienen unas circunstancias familiares, sociales y personales especialmente desfavorables. Dentro de este grupo de necesidades básicas, se encuentra la necesidad de educación que, además de ser un derecho reconocido para todos los menores, se convierte en un factor protector para quienes se encuentran en situación de riesgo de exclusión social (Brodie, 2005; Harker *et al.*, 2003).

La escuela constituye uno de los principales contextos normalizados de desarrollo para los menores. Este contexto, junto con la familia, es uno de los entornos de mayor influencia durante la infancia y la adolescencia y juega un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad y la identidad de cualquier persona.

Como ya se sabe, una de las características del colectivo de menores en AR es que éstos han sido separados de sus familias de origen de forma temporal o definitiva por no ser un entorno adecuado para su desarrollo. Por ello, en la mayoría de los casos, la escuela se posiciona como el principal contexto normalizado de referencia para muchos menores que permanecen en AR.

Sin embargo, tanto la investigación nacional como internacional ha encontrado que existen grandes problemas de adaptación de los menores a la escuela y un bajo rendimiento académico (Dixon, 2016; Dumart, Donati y Crost, 2011; Jariot, Sala y Arnau, 2015; Melendro, 2011; Montserrat, Casas y Malo, 2013).

Algunos autores han atribuido estos problemas en el área escolar a las secuelas emocionales y cognitivas de las situaciones de malos tratos y desatención que han sufrido los menores. Otra de las explicaciones de estos problemas tiene que ver con los continuos cambios de centros escolares durante la estancia en hogares de protección (Goddard, 2000; Leiter, 2007; Palacios *et al.*, 1998; Stone, 2007).

En esta línea, se encuentran evidencias de que los reiterados cambios de centros y la inestabilidad durante el acogimiento constituyen algunas de las variables más fuertemente asociadas al fracaso de la integración escolar de los menores tutelados (Del Valle *et al.*, 2003, Trout, Hagaman, Casey, Reid y Epstein, 2008).

Por otro lado, hay quienes afirman que uno de los principales factores que se asocian al bajo rendimiento de los menores y a los problemas de adaptación escolar es la poca atención que se ha venido prestando a los objetivos escolares desde los programas de AR. Durante muchos años, la prioridad de la atención residencial ha sido la intervención terapéutica con los menores y sus familias, quedando en un segundo plano la intervención de carácter educativo, a la que posiblemente no se han dedicado los esfuerzos y recursos necesarios (Brodie, 2005; Díaz-Aguado y Martínez, 2006; Harker *et al.*, 2003; Martín, Muñoz *et al.*, 2008).

En cuanto a la integración escolar de los menores, se trata de un aspecto ampliamente estudiado por los investigadores, puesto que una adecuada integración en un contexto normalizado tan importante para estos menores como es la escuela, les permite algo tan importante para su desarrollo como es la generación de vínculos y el establecimiento de redes de apoyo social (Berridge, 2007; Maclean y Connely, 2005; Martín *et al.*, 2011), además de la cualificación académica.

Respecto a esto, un estudio realizado en nuestro país mostró que los menores en AR eran menos elegidos por sus compañeros para desarrollar tareas académicas pero no se encontraron diferencias significativas cuando se trataba de elecciones recibidas en ámbitos de ocio, lo que demuestra que los menores tutelados no tienen dificultades para relacionarse con los demás en ámbitos informales (Martín, Muñoz *et al.*, 2008).

Además, los resultados de dicha investigación indicaron que los menores en AR eran descritos por sus compañeros con atributos negativos e inadecuados para el desarrollo de actividades formales en el aula. En este estudio se concluyó que los

atributos negativos que hacían referencia al comportamiento desadaptado y a la mala relación con el profesorado, generaban inadaptación escolar en los menores tutelados (Martín, Muñoz *et al.*, 2008).

En la misma línea, en un estudio posterior se analizaron las relaciones de amistad en la escuela y se concluyó que un porcentaje elevado de menores en AR parecía tener dificultades para establecer relaciones de amistad cuando se exploraba el ámbito de las tareas académicas. Por último, aunque esta dificultad desaparecía en el ámbito de ocio, esto es un dato que no debe pasarse por alto debido al importante papel compensatorio que tienen las relaciones con los iguales para una buena adaptación personal, social y escolar de los menores en AR (Martín *et al.*, 2011).

Otros estudios han investigado acerca de la importancia de los adultos de referencia de contextos extrafamiliares sobre los resultados en el área escolar. El afecto recibido por parte de los profesionales de referencia constituye, según algunos estudios, una variable predictora de la adaptación escolar de los menores tutelados (Martín, 2011; Martín y Dávila, 2008).

Además, esto no sólo se relaciona con una mejor adaptación escolar de los menores. Hay investigaciones que identificaron estas relaciones que el menor establece con sus educadores y con otros adultos del contexto extrafamiliar, como factores que contribuyen a una mayor calidad de la atención residencial (Dixon y Stein, 2003; Legault *et al.*, 2006; Martín y González, 2007; Ward, 2003).

Si centramos el foco en los logros académicos en el ámbito nacional Montserrat, Casas, Malo y Bertrán. (2011) realizaron un estudio que pretendía conocer los itinerarios educativos de los jóvenes tutelados, así como identificar los factores que facilitan o dificultan la continuidad de los estudios en esta población. En este estudio se encontró que, en Cataluña, la tasa de idoneidad a los 15 años (entendida como el porcentaje de alumnos que cursan el nivel que les corresponde según su edad) se situaba en el 69.4% para la población general y en un 31.7% para los jóvenes tutelados.

Asimismo, se encontró que un 64.5% de los jóvenes tutelados eran repetidores, frente al 9.1% de repetidores en la población normal. Por último, los resultados indicaron que casi una tercera parte de la muestra de jóvenes tutelados (30.9%)

abandonó la escolaridad obligatoria sin haber obtenido el graduado escolar (Montserrat *et al.*, 2011).

Los autores de dicho estudio exploraron los itinerarios educativos de estos jóvenes y, a través de entrevistas a los menores, a sus educadores, profesores y a los adultos de referencia, encontraron una serie de factores facilitadores de la continuación de los estudios.

En primer lugar, tal y como se ha explicado en líneas anteriores, la estabilidad durante el acogimiento, así como la permanencia en el mismo centro educativo es fundamental para el éxito escolar de este colectivo.

En segundo lugar, y en concordancia con otras investigaciones nacionales e internacionales, la existencia de un adulto de referencia estable y su implicación en el área escolar facilita que los menores no abandonen sus estudios. Montserrat *et al.* (2011) enfatizaron la importancia de unas expectativas altas del adulto de referencia sobre el área escolar y la transmisión del valor de los estudios como elementos facilitadores del éxito en los estudios.

Por último, se concluyó que la participación en actividades de ocio normalizadas y el mantenimiento de relaciones con iguales fuera del centro de protección, también parecía influir positivamente en el área escolar de los menores tutelados. Asimismo, se destacó la implicación del centro escolar y su adaptación a la situación del menor como elemento facilitador para que los jóvenes no abandonen prematuramente los estudios.

En relación a lo anterior, los datos de otras investigaciones indicaron que, cuantos más años permanecían los menores en el mismo centro escolar, mejor era su adaptación y menos problemas de comportamiento se observaban. Por tanto, se puede afirmar que la estabilidad en un mismo centro, escolar o de protección, constituye un factor facilitador del éxito escolar y de la integración social de los menores (Cameron, Jackson, Hauari y Hollingworth, 2010; Casas, Montserrat y Malo, 2010).

Por último, parece claro que la educación es uno de los mejores predictores de integración social y laboral de los jóvenes durante su estancia en AR y tras su salida del centro. Por tanto, el apoyo al estudio y la lucha contra cualquier obstáculo que impida el adecuado progreso de la escolaridad debe ser prioritario en los programas de AR, y así deberá explicitarse en los proyectos educativos de cada menor.

A pesar de haber quedado relegados a un segundo plano, los objetivos referentes al estudio y a la formación son fundamentales en la intervención con los menores y así queda reflejado en los estándares de calidad del AR (EQUAR) publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Del Valle *et al.*, 2012). Concretamente, el estándar 11 indica que *“todos los niños y jóvenes deben estar realizando los estudios y la formación ajustada a su edad e intereses y se ha de buscar o realizar todos los apoyos necesarios cuando existan problemas de rendimiento escolar, (...) que permitan superar problemas de aprendizaje y motivación”*.

Esto implica que los centros de protección y los educadores deben velar porque los menores que permanecen en AR continúen sus estudios y no abandonen prematuramente la escolaridad, facilitando todos los medios, actividades, recursos y programas de refuerzo necesarios para asegurar el éxito escolar.

Como ya se ha recogido en líneas anteriores, la escuela adquiere un papel central como contexto normalizado de desarrollo para los menores en AR y representa un importante factor de protección. Sin embargo, a pesar del importante papel que juega la escuela y de que la atención a la formación y a los estudios constituye uno de los estándares de calidad del AR, los esfuerzos y los recursos destinados a favorecer el éxito escolar son aún insuficientes, y así se ha demostrado en numerosas investigaciones nacionales e internacionales. Por ello, son los problemas educativos uno de los principales retos a los que se debe hacer frente desde los programas de AR en nuestro país.

4.2. Los problemas emocionales, conductuales y de salud mental

En apartados anteriores de esta Tesis se ha descrito el perfil actual de los menores atendidos en AR en España. Según lo expuesto, se puede afirmar que la edad de quienes son acogidos en centros de protección ha aumentado en los últimos años, siendo los adolescentes de entre 15 y 18 años los que ocupan la mayoría de las plazas de AR. Junto a esto, parece claro que esta medida de protección está especialmente indicada para aquellos que presentan un perfil más complejo y para los que no es recomendable una alternativa familiar. Por tanto, uno de los retos actuales a los que se

enfrenta el AR es la atención especializada de los problemas emocionales, conductuales y de salud mental que presentan los menores acogidos en centros de protección.

En las últimas décadas, numerosos estudios han demostrado que los niños que viven en centros de protección muestran mayor número de problemas conductuales y emocionales en comparación con sus iguales. Algunos de los problemas que más se encuentran en la investigación reciente son hiperactividad, agresividad, comportamiento antisocial y también problemas emocionales como depresión o ansiedad (Ellis, Fisher y Zaharie, 2004; Farmer *et al.*, 2001; Maclean, 2003; Roy *et al.*, 2000; Rushton y Minnis, 2002). En este punto, se expondrán algunos de los resultados más relevantes en cuanto a este tipo de problemas y los principales retos a los que se enfrenta el AR tras años de investigación.

Hace más de diez años que un estudio en Turquía examinó la prevalencia de problemas emocionales y de conducta en menores que vivían en AR. En este estudio se encontró que aquellos que permanecían en centros de protección presentaban, de manera significativa, mayores problemas emocionales y de comportamiento que aquellos que vivían con sus familias (Simsek *et al.*, 2007).

Además, estos autores encontraron mayores tasas en los problemas externalizantes (22.7%) frente a los internalizantes (15.6%) en niños y adolescentes en AR. En esta línea, un reciente estudio comparó la información aportada por padres, profesores y cuidadores sobre comportamientos problemáticos y problemas emocionales de menores venezolanos institucionalizados y de los que viven con sus familias. Los resultados indicaron que los menores que viven en centros de protección presentan, en mayor medida, problemas de comportamiento, emocionales y de atención que aquellos que viven con sus familias (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2017).

Estos resultados son coherentes con lo encontrado años antes por Woodward, Fergusson y Belsky (2000). Además, estos autores concluyeron en su investigación que cuanto más temprana era la separación del menor de su familia, mayor número de problemas de conducta exhibían estos menores.

Por otro lado, un análisis que merece especial atención es la diferencia en cuanto a la prevalencia de estos problemas en función del sexo. Hay estudios que han mostrado diferencias significativas en este sentido, y que confirman mayores porcentajes en

chicos que en chicas en algunos problemas como hiperactividad, déficit de atención y comportamientos conflictivos (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2017; Janssens y Deboutte, 2009; Reinoso y Forns, 2010; Stevens *et al.*, 2008).

Además de los análisis en cuanto a la prevalencia de problemas emocionales, conductuales y de salud mental de los menores en AR, se ha desarrollado un amplio número de investigaciones que han profundizado en los factores de riesgo que facilitan o predisponen a los menores a presentar este tipo de problemas.

Respecto a los factores que podrían aumentar la prevalencia de esta problemática, existen estudios que han puesto de manifiesto la relación entre situaciones de malos tratos a la infancia y la presencia de problemas físicos, emocionales, conductuales y cognitivos (De Bellis, 2001; Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001; Simsek, *et al.*, 2007).

En esta línea, Raviv *et al.* (2010) concluyeron en su estudio que existe un efecto acumulativo según el cual cuantos más factores de riesgo estén presentes, más probable será la aparición de problemas de salud mental. Los niños y niñas que viven en AR, en un alto porcentaje de casos, han sufrido diversas formas de maltrato o crecen en circunstancias desfavorables como problemas de salud mental de los progenitores, drogadicción y violencia de género, así como situaciones económicas adversas (Tarren-Sweeney y Vetere, 2014). Estas situaciones y factores de riesgo tienen un impacto negativo sobre el desarrollo de los menores y puede conducir a la aparición de problemas emocionales, comportamentales y de salud mental.

Asimismo, en algunos estudios sobre los factores de riesgo se concluyó que la exposición a la violencia de género, la historia de abusos, las situaciones de negligencia o la temprana edad de entrada al centro de protección predicen la presencia de algunos problemas de salud mental (Lehman, Havik, Havik y Heiervang, 2013). También la inestabilidad en los centros residenciales, incluidas las rupturas de AF o los cambios de un centro a otro, mostraron tener un impacto significativo sobre la salud mental de estos menores (Del Valle *et al.*, 2008; Newton, Litrownik y Landsverk, 2000; Rubin, O'Reilly, Luan y Localio, 2007).

Por lo tanto, se puede afirmar que son aquellos menores que tienen una situación previa más desfavorable los que presentan mayores problemas emocionales y

conductuales y para los que el AR es la única alternativa de protección, y que en muchos casos la estancia en los centros puede agudizar esta problemática. Por esto, ante la alta prevalencia de estos problemas se hace necesaria una atención más especializada desde los centros de protección.

Respecto a la magnitud de estos problemas, la literatura internacional ha puesto de manifiesto que existe una alta prevalencia de problemas de salud mental en menores que viven en AR en comparación con sus iguales de la población normal (Burns *et al.*, 2004; Ford, Vostanis, Meltzer y Goodman, 2007; González-García *et al.*, 2017; Greger, Myhre, Lydersen, y Jozefiak, 2015; Jozefiak *et al.*, 2016; McMillen *et al.*, 2005; Sempik, Ward y Darker, 2008).

Si se analizan los problemas de salud mental en menores que viven en AF, existen estudios que encontraron tasas de prevalencia entre un 15-57% (Armsden, Pecora, Payne y Szatkiewicz, 2000; Leslie *et al.*, 2000).

En cuanto al AR, parece que existe acuerdo sobre la consideración de que este grupo de menores es especialmente vulnerable a manifestar alteraciones emocionales y conductuales así como problemas de salud mental (Ford *et al.*, 2007; Heflinger *et al.*, 2000; Vostanis, Bassi, Meltzer, Ford, y Goodman, 2008). Los porcentajes sobre esto varían considerablemente debido a los distintos criterios e instrumentos utilizados en cada investigación. Sin embargo, se ha contrastado ampliamente el hecho de que la tasa de prevalencia en esta población es superior a la de la población infanto-juvenil general (Blower, Addo, Hodgson, Lamington, y Towlson, 2004; Garland *et al.*, 2001; Holtan, Ronning, Handegard, y Sourander, 2005; Sainero, 2014; Sempik *et al.*, 2008; Tarren-Sweeney, 2008; Vostanis, 2010).

Investigaciones de los últimos años con menores que viven en AR sitúan entre un 30-80% la tasa de menores que presentan algún trastorno de salud mental (Bronsard *et al.*, 2011; Burns *et al.*, 2004; González-García *et al.*, 2017; Kjelsberg y Nygren, 2004; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson y Ortiz, 2009).

En España, un estudio comparativo con muestras de AR, AF y acogimiento preadoptivo encontró porcentajes clínicos superiores en el grupo de AR, en el que predominaban los problemas de tipo externalizante (Fernández-Molina *et al.*, 2011). Por otro lado, otros estudios encontraron altas puntuaciones que alcanzaban el rango clínico

en ansiedad y depresión en un grupo de menores acogido en centros de protección (López-Soler *et al.*, 2012).

Posteriormente, en el trabajo de Sainero, Bravo y Del Valle (2014) con una muestra de niños que vivían en AR en la Comunidad Autónoma de Extremadura, los autores concluyeron que el 26% de éstos estaban recibiendo o habían recibido tratamiento por trastornos de salud mental. Otro hallazgo importante fue la presencia de discapacidad psíquica en un 17% de la muestra, de los cuales casi la mitad fueron remitidos a tratamiento por otros trastornos de salud mental. En concordancia con lo que han puesto de manifiesto numerosos estudios en el marco internacional, Sainero *et al.* (2014) concluyeron que los menores que conviven en AR experimentaban un amplio número de circunstancias desfavorables a lo largo de sus vidas, lo que colocaba a esta población en riesgo de sufrir problemas de salud mental.

Por último, una reciente investigación con una muestra española de 1216 niños de diversas regiones mostró que determinados factores individuales como los comportamientos suicidas, haber sufrido abuso sexual o haber vivido experiencias de rupturas, aumentan la probabilidad de recibir algún tipo de tratamiento psicológico (González-García *et al.*, 2017). Estos autores encontraron que el 49% de la muestra estaba recibiendo algún tipo de tratamiento de salud mental y que el 61% de éstos obtuvieron puntuaciones que se incluían dentro del rango clínico en alguna de las escalas del *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001). Además, encontraron que cuatro de cada diez casos identificados dentro de este rango (40%), no estaban recibiendo ningún tipo de tratamiento.

En relación a esto último, y a pesar de los altos niveles de prevalencia de problemas de salud mental, desde hace años se viene constatando que el porcentaje de niños que recibían tratamiento específico es bajo (Janssens y Deboutte, 2009). Sainero (2014) afirmó que este desfase entre la elevada presencia de trastornos y alteraciones y la baja tasa de derivación y tratamiento podría deberse a las dificultades en la detección de estos problemas en el contexto residencial.

Actualmente, parece que se ha avanzado en la detección, encontrándose estudios nacionales e internacionales que utilizan el sistema de evaluación diagnóstica de Achenbach y Edelbrock (1983) para evaluar el estado de la salud mental de los menores que viven en AR (Burns *et al.*, 2004, González-García *et al.*, 2017; Heflinger *et al.*,

2000; Keil y Price, 2006). La literatura científica en este ámbito confirma que los menores que viven en AR presentan necesidades de tratamiento psicológico y psiquiátrico en mayor medida que sus iguales de la población normal.

Actualmente, y dado que un porcentaje de estos jóvenes requiere un tratamiento más especializado, existe un consenso internacional que reconoce la necesidad de centros terapéuticos que aborden adecuadamente los casos más graves que requieren una intervención especializada que no se puede llevar a cabo desde contextos familiares o desde la red ordinaria de centros (Whittaker, Del Valle y Homes, 2015; Whittaker *et al.*, 2016).

Whittaker *et al.* (2015) establecen que el AR terapéutico es aquel que *implica la planificación de un entorno multidimensional construido a propósito para proporcionar tratamiento, educación, socialización, apoyo y protección a niños y jóvenes con problemas identificados de salud mental o comportamiento y en el que se ofrece una gama completa de recursos formales e informales* (p. 24).

Este tipo de centros constituye la alternativa que da respuesta a la realidad actual de los menores en AR y a las necesidades que presentan. Sin embargo, aún queda mucho camino que recorrer puesto que no está claro cómo se debe desarrollar la atención en estos recursos ni el perfil de la población que debe ser acogida en dichos centros. Parece que la falta de criterios claros para remitir casos a los centros especializados y la falta de consenso sobre instrumentos de detección rigurosos, son cuestiones que aún están por resolver.

En España el AR terapéutico ha ido ganando protagonismo en los últimos años, representando actualmente alrededor del 8% de la red de centros de AR en nuestro país (Del Valle, Sainero y Bravo, 2015). En la reciente Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se establece, como importante novedad, el ingreso en centros de protección específicos de menores con graves problemas de comportamiento que presenten recurrentes conductas antisociales y requieran, tras la adecuada evaluación psicosocial, una atención especializada. La regulación de estos centros ha permitido el desarrollo de un nuevo modelo de atención residencial que atienda a los casos más graves y permita dar respuesta a las necesidades de los menores tutelados, sin embargo, aún es pronto para

sacar conclusiones sobre esto puesto que la investigación en este ámbito sigue siendo escasa.

A nivel nacional, únicamente se ha desarrollado una investigación en el marco del AR terapéutico que ha arrojado algo de luz sobre esto, tratando de definir el perfil de los casos remitidos a centros terapéuticos y de analizar la intervención que se lleva a cabo en dichos dispositivos (Martín *et al.*, 2018). Uno de los principales hallazgos encontrados fue que, de todas las variables estudiadas, destacaban dos por aumentar considerablemente las probabilidades de derivar a un menor a un AR terapéutico: los cambios de centros y el consumo de drogas por parte de los menores. Además, respecto a los recursos utilizados y a la frecuencia de las sesiones, el AR terapéutico cuenta con personal especializado en sus instalaciones, lo que permite una mayor frecuencia de las sesiones y una atención de mayor calidad frente a la que reciben los menores de la red regular de centros, quienes deben recurrir a la red pública de salud mental.

Por último, estos autores concluyeron que, el hecho de que más del 70% de los casos acogidos en AR terapéutico estén recibiendo algún tipo de tratamiento de salud mental, debe considerarse positivo, puesto que nos lleva a pensar que somos conscientes de la magnitud del problema y se están haciendo esfuerzos para tratar a estos menores.

Asimismo, Martín *et al.* (2018) confirmaron la advertencia de investigaciones anteriores sobre la evidente falta de criterios rigurosos y falta de instrumentos de detección para la derivación de casos a centros de protección terapéuticos (Chor, McClelland, Weiner, Jordan y Lyons, 2012; Martín *et al.*, 2018; Pecora y English, 2016; Whittaker *et al.*, 2015).

4.3. La atención a los extutelados

El sistema de protección infantil, como su propio nombre indica, proporciona cuidados y servicios hasta que se alcanza la mayoría de edad (18 años generalmente). Esto implica que quienes permanecen en un centro residencial hasta esta edad, deben enfrentarse a los 18 años a un acelerado y forzoso proceso de independencia tras su salida del centro, quedándose en muchas ocasiones en una difícil situación de soledad y marginación (Del Valle y Bravo, 2013; López *et al.*, 2013).

En la población general, este proceso de emancipación e independencia se ha visto retrasado y enlentecido considerablemente en los últimos años debido a la crisis económica en la que se encuentra inmersa nuestra sociedad. Cada vez más los jóvenes retrasan su emancipación y alargan su periodo de formación hasta bien entrada la segunda década de sus vidas (Hernández-Prados, 2017).

En los casos de menores en AR, este proceso se produce de forma obligada al cumplir la mayoría de edad. Para estos jóvenes que viven en centros residenciales, el proceso hacia la independencia es más breve y comprimido. Este colectivo de jóvenes encuentra mayores dificultades durante dicho proceso debido a su situación personal y familiar. Algunos autores manifiestan la importancia de proporcionarles oportunidades para afrontar de forma más gradual el proceso de transición a la vida adulta y disminuir la probabilidad de consecuencias negativas posteriores (Stein y Dumaret, 2011).

Actualmente en España, casi la mitad de los menores acogidos en AR (46%) tienen entre 15 y 17 años (Observatorio de la Infancia, 2017), por lo que la preparación para la vida independiente es una realidad a la que debe hacer frente el actual sistema de protección. Además, hay que destacar que, frente a menores que permanecen en medidas de protección familiar, los jóvenes que residen en centros parten con mayores desventajas, ya que el AR suele emplearse como último recurso cuando las alternativas familiares han fracasado o cuando el niño presenta dificultades específicas, dificultando aún más su inserción social y laboral tras su salida del AR.

Según la revisión realizada por López *et al.* (2013), los egresados del sistema de protección muestran mayores problemas de salud mental que la población general (Courtney y Dworsky, 2006; McMillen *et al.* 2005; Ward y Scuse, 2001). Esto, unido a la escasa formación académica y los fracasos escolares que dificultan el acceso al mundo laboral, tiene un impacto muy negativo sobre la integración socio laboral tras salir del sistema de protección (Arnau y Gilligan, 2015; Montserrat, Casas y Malo, 2013; Jariot *et al.*, 2015).

De hecho, hay investigaciones que han demostrado que los jóvenes extutelados con un nivel educativo más alto tienen mayores probabilidades de encontrar un empleo, una vivienda estable así como para evitar problemas con la justicia (Courtney, Hook y Lee, 2010). En esta línea, un metaanálisis realizado recientemente puso de manifiesto los beneficios de los programas de transición cuando se prioriza la intervención en el

ámbito de la educación, la vivienda y el empleo (Heerde, Hemphill y Scholes-Balog, 2016). Asimismo, existen datos que indican que disponer de un hogar estable y un nivel educativo acorde a la edad, son los factores más determinantes para la integración socio laboral de los extutelados (Gypen, Vanderfaeillie, De Maeyer, Belenger y Van Holen, 2017).

Respecto a la figura de un adulto de referencia durante el proceso de transición, Rome y Raskin (2017) hallaron que el acompañamiento en esta etapa es un importante factor de protección. También Gilligan y Arnau-Sabatés (2017) concluyeron que los cuidadores ocupaban un papel fundamental de apoyo durante este proceso, influyendo positivamente sobre el progreso de estos jóvenes y promoviendo la adquisición de experiencia laboral.

En coherencia con lo anterior, otros autores han demostrado que el escaso apoyo social que perciben los jóvenes en AR y la desaparición del educador como figura importante de apego durante el proceso de transición, influyen negativamente sobre el proceso de independencia al que este colectivo debe enfrentarse (Cuenca *et al.*, 2018; López *et al.*, 2013; Melkman, 2017).

Parece claro que el apoyo social y el acompañamiento por parte de la familia y/o de personas adultas significativas, es un elemento clave para el éxito del proceso de transición de los jóvenes extutelados, pero no el único. A continuación se exponen otras cuestiones a tener en cuenta durante la transición hacia la vida adulta.

Un aspecto crucial para que el proceso de emancipación culmine con éxito es la estabilidad de la vivienda. Uno de los principales retos a los que se enfrentan los jóvenes cuando salen del centro es encontrar un hogar o alojamiento estable en el que vivir. Algunos estudios han investigado acerca de cuál es la alternativa más frecuente que toman los jóvenes tras el egreso. A la salida del centro, las dos tendencias más observadas en cuanto al alojamiento son: por un lado, numerosos cambios de alojamientos en cortos periodos de tiempo y por otro, el retorno a la familia de origen (Cuenca *et al.*, 2018). Algunos estudios sitúan las cifras de retorno a la familia entre un 25 y un 57% de los jóvenes, aun sabiendo que no se trata de una solución de larga duración (Campos, 2013; Freundlich y Avery, 2005).

Hay quienes afirman que el retorno a la familia no debe verse como algo negativo cuando se toma como un apoyo temporal y existe un plan alternativo de emancipación acompañado de ahorros económicos o el acceso al mundo laboral. Sin embargo, cuando este retorno se realiza porque el joven se encuentra en una situación de dependencia total de su familia, o no ha adquirido las habilidades necesarias para emprender su proceso de transición a la vida adulta, el retorno a la familia de origen podría obstaculizar la inserción socio laboral del joven (Campos, 2013; Cuenca *et al.*, 2018; Samuels y Pryce, 2008).

A pesar de lo anterior, parece claro que la red de apoyo social y familiar es fundamental durante el proceso de transición del colectivo de jóvenes extutelados (Knorth, Knot-Dickscheit y Strijker, 2008; Stein, 2006). Numerosas investigaciones han destacado el importante papel de la red de apoyo durante esta etapa y han concluido que la creación y el mantenimiento de redes de apoyo social con personas significativas en la vida del joven facilita notablemente su integración socio laboral (Andrew, Williams y Waters, 2014; Höjer y Sjöblom, 2010; Kerman, Wildfire y Barth, 2002; Mendes, 2006; Sala-Roca *et al.*, 2012; Wade y Munro, 2008).

También, algunos autores concluyeron en sus investigaciones que una relación afectiva positiva con algún miembro de la familia, se relacionaba con un mayor éxito en la transición y con un mayor bienestar (Stein, 2006; Wade y Munro, 2008). En este sentido, cabe señalar que la importancia de mantener relaciones con la familia y con otras personas significativas también ha sido descrita por los propios jóvenes como elemento fundamental del proceso de independencia (Mullan, McAlister, Rollock y Fitzsimons, 2007).

Por último, es necesario señalar que lograr la implicación de las familias de origen durante el proceso de transición no siempre es fácil. Por un lado, la intervención con éstas resulta complicada por las propias características de las familias y, por otro, la participación es escasa y no siempre es vista como algo positivo, llegando a verse, según algunos estudios, como un obstáculo para el futuro de éstos jóvenes (Araújo y Montserrat, 2014; Cuenca *et al.*, 2018; Jariot *et al.*, 2015).

A pesar de lo anterior, existen evidencias acerca de la importancia de la red de apoyo de los jóvenes y especialmente de sus familias. Éstas tiene un papel relevante

durante la construcción de la personalidad del joven, su identidad y también durante la construcción de su proyecto laboral (Cobacho y Pons, 2006).

Otro de los factores fundamentales a tener en cuenta durante el proceso de transición es el nivel académico alcanzado por los jóvenes. Hay estudios que han mostrado la relación entre un bajo nivel académico y las dificultades durante el proceso de independencia. Como parece lógico, el fracaso escolar y el abandono temprano de los estudios dificultan enormemente el proceso de integración sociolaboral de los jóvenes, pues la formación académica es clave para el proceso de transición y para obtener un empleo estable y de calidad. (Bravo y Del Valle, 2003; López *et al.*, 2013; Montserrat y Casas, 2010; Montserrat *et al.*, 2011; Naccarato, Brophy y Courtney, 2010).

En relación a esto, una de las cuestiones que más se observan en esta población es el escaso número de jóvenes que han finalizado la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Según una investigación realizada recientemente en nuestro país, casi el 60% de los jóvenes de la muestra estudiada no habían finalizado la ESO, lo que podría conllevar una alta tasa de paro y una mayor dificultad para encontrar un empleo de calidad (Jariot *et al.*, 2015). Estos resultados son coherentes con los presentados años anteriores por Montserrat y Casas (2010), quienes encontraron que solo un 20.6% de los jóvenes tutelados poseían el graduado en ESO.

En numerosas ocasiones, se ha demostrado que la baja preparación académica de los jóvenes unida a la poca o ninguna cualificación profesional, conlleva a la obtención de empleos inestables y a una peor calidad del empleo en esta población (Dixon, 2007; Dworsky, 2005).

Estas competencias académicas y la orientación para acceder al mundo laboral son fundamentales para alcanzar la independencia económica. El desarrollo de acciones de orientación sociolaboral y la puesta en marcha de programas para la emancipación son elementos fundamentales para asegurar el éxito de los procesos de transición. Por ello, los centros residenciales tienen un papel fundamental en el desarrollo de estas competencias que faciliten el acceso a una vida independiente (Jariot *et al.*, 2015).

Esta problemática a la que se enfrentan los jóvenes que abandonan el sistema está siendo cada vez más, foco de interés para los investigadores (Butterworth *et al.*,

2017; Comasòlivas, Sala-Roca y Marzo, 2018; Courtney, Dworsky, Lee y Raap, 2010; Dixon, 2016; Dumart *et al.*, 2011; Sulimani-Aidan, 2014). La literatura existente en este ámbito pone de manifiesto la necesidad de desarrollar actuaciones que favorezcan la independencia de los adolescentes durante su estancia en el centro para evitar situaciones de marginación social tras su salida. Asimismo, la investigación nacional e internacional es unánime al mostrar la necesidad de que la intervención con los menores no finalice en el momento de cumplir la mayoría de edad. Parece claro que la intervención y el apoyo a este colectivo debe continuar tras la salida del centro.

En España, esta necesidad fue recogida en los estándares de calidad del AR (EQUAR) de Del Valle *et al.* (2012). En el estándar 6.2 sobre proceso de transición a la vida adulta se estableció que *“los jóvenes que finalizan el proceso de acogida por mayoría de edad, deben tener garantizada la oportunidad de recibir asistencia y apoyo en su proceso de independencia así como el trabajo, desde el hogar, de habilidades de independencia y el desarrollo de programas específicos para facilitar una progresiva autonomía”*.

A nivel legislativo, la vigente Ley 26/2015 establece en su artículo 22 bis que las Entidades Públicas ofrecerán programas de preparación para la vida independiente dirigidos a jóvenes que estén bajo una medida de protección, particularmente en AR, desde dos años antes de su mayoría de edad. Según la citada Ley, estos programas deberán propiciar un seguimiento socioeducativo, alojamiento, inserción socio-laboral, apoyo psicológico y ayudas económicas.

En este punto, se pone el énfasis en la necesidad de conocer y analizar la realidad del colectivo de jóvenes extutelados. Esto constituye el punto de partida sobre el que diseñar los programas de preparación para la vida independiente. Por ello, el cuarto estudio de esta Tesis pretende analizar la situación en que se encuentran estos jóvenes tras egresar del sistema de protección y los aspectos que actúan como factores protectores durante el proceso de transición.

Por último, para finalizar este capítulo, concluimos que la atención desde los programas de AR, a los problemas educativos de los menores acogidos, a los problemas emocionales y comportamentales así como la atención a los extutelados, constituyen algunos de los grandes retos actuales a los que se debe hacer frente desde nuestro sistema de protección.

Las actuaciones en estos tres ámbitos comprometen la calidad del servicio prestado y del programa de AR en sí mismo. Por ello, y como respuesta a todo lo anterior, se hace necesario realizar investigaciones que permitan conocer la realidad de los menores acogidos y de los programas de intervención que se llevan a cabo, así como analizar la eficacia de dicha intervención a través del análisis de la situación de los jóvenes extutelados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha visto hasta ahora, a nivel nacional no se ha desarrollado un cuerpo de investigación sobre AR como cabría esperar teniendo en cuenta tanto la tradición de estos recursos en nuestro país, como el considerable número de jóvenes que son atendidos en ellos. En los últimos años, sí se observa un creciente interés de los investigadores en abordar los tres retos actuales del AR con los que finalizábamos el capítulo anterior: los problemas educativos, los problemas emocionales y conductuales, y la situación de los extutelados al alcanzar la mayoría de edad. Aunque la importancia de estos temas justifica sobradamente que los esfuerzos de la investigación se centren en ellos, creemos conveniente no dejar de realizar investigaciones que amplíen el zoom a la hora de observar estos recursos, intentando obtener una foto panorámica de la población atendida, de cómo se trabaja con ella, así como de los resultados que se obtienen.

Durante los últimos años, se vienen observando cambios en el AR, que parece especializarse en aquellos casos para los que, o bien no se encuentra una alternativa familiar, o bien no es aconsejable debido a la problemática asociada al menor. Por ello, creemos necesario responder a la primera pregunta de investigación:

1.- ¿Quiénes son los menores que son atendidos en la actualidad en la red de recursos residenciales? Pretendemos trazar el perfil del usuario del AR, conocer quiénes son, cuánto tiempo están, para qué están en AR, cuál es su problemática, etc.

Durante los últimos años se han venido elaborando en nuestro país instrumentos de trabajo en AR como el SERAR, o estándares de calidad como el EQUAR, que además de ser instrumentos que ayudan en el diseño de los programas y en el trabajo que se desarrolla desde los centros, también tienen un enorme potencial para generar conocimiento. Potencial que, según nuestra opinión, nos permitiría analizar el proceso que se desarrolla en los centros, y conocer lo que se está haciendo con los jóvenes atendidos en estos recursos residenciales. Por ello, nos planteamos la segunda y la tercera pregunta de investigación:

2.- ¿Qué variables determinan la toma de decisión con respecto al plan de caso? Pretendemos conocer en qué basan los profesionales la toma de decisiones para determinar si se trabaja para reunificar al menor con su familia, para separarlo definitivamente, o si lo que se pretende es trabajar su emancipación.

3.- *¿Qué recursos se activan desde los programas de AR para trabajar con los menores?* El AR actualmente se encuentra abierto a la comunidad, y en el trabajo con los menores se activan múltiples recursos comunitarios para alcanzar los objetivos propuestos con cada menor.

Y no podemos hablar de foto panorámica del AR si nos quedamos en el análisis del proceso y no valoramos también el producto, es decir los resultados. Y un buen indicador de los resultados es la situación de los jóvenes una vez abandonan el AR y alcanzan la mayoría de edad. Por ello nos planteamos la cuarta y última pregunta de investigación:

4.- *¿En qué situación se encuentran los jóvenes extutelados que pasaron un tiempo de su vida en AR y que actualmente ya son mayores de edad? Dónde están, cómo están, qué hacen. Además, queremos conocer su opinión sobre cómo creen que se les debería haber ayudado en su proceso de egreso y transición a la vida adulta.*

SEGUNDA PARTE: TRABAJO EMPÍRICO

5.1. Objetivos

En este estudio se analiza toda la información relativa a los menores acogidos en hogares de protección y se ofrecen los resultados descriptivos acerca de múltiples variables que tienen relación con el menor y el entorno sociofamiliar.

Concretamente, en este primer estudio de la tesis se persiguen los siguientes objetivos específicos:

- Describir el perfil de los casos acogidos en hogares de protección y examinar las variables del caso (motivo de ingreso, plan de caso, tiempo en AR, etc...)
- Describir la situación familiar de cada caso (prevalencia de problemas de salud mental, drogodependencias, etc., en los padres de los menores)
- Describir la problemática personal, social y escolar de cada menor con medida de amparo de AR en la isla de Tenerife.

5.2. Muestra

La muestra de este estudio está compuesta por todos los niños, niñas y adolescentes, mayores de 6 años y menores de 18 que se encontraban acogidos en la red de centros de protección a la infancia en Tenerife en el momento del comienzo de la recogida de información (mayo 2016). De toda la población en AR se excluyó el colectivo de Menores Extranjeros No Acompañados (MENA), por poseer unas características y circunstancias sustancialmente distintas a las de los tutelados nacionales así como a aquellos menores que se encontraban en proceso de evaluación y no tenían aún, un plan de caso establecido.

En total, se obtuvieron los datos de 281 menores que permanecían en AR en la isla de Tenerife en el momento del inicio de la investigación. Esta es la muestra con la que se contó para la consecución de los objetivos descriptivos planteados para este estudio.

5.3. Instrumentos

El instrumento que se utilizó para la recogida de la información del caso fue el Sistema de Evaluación y Registro del Acogimiento Residencial (SERAR) (Bravo, Del Valle y Santos, 2015; Del Valle y Bravo, 2007).

Este instrumento consta de tres partes diferenciadas: el registro acumulativo, el proyecto educativo individualizado (PEI) y el informe de seguimiento. A continuación se explicarán las diferentes partes del instrumento.

El registro acumulativo permite recabar toda la información relevante del caso. Dicho registro está estructurado en las siguientes partes: 1.- Datos personales y del caso, 2.- Contexto familiar, 3.- Contexto residencial, 4.- Contexto formativo/escolar, 5.- Contexto laboral, 6.- Contexto comunitario y 7.- Salud. En la tabla 6 pueden observarse algunos ejemplos representativos de variables de cada contexto.

Tabla 6. Ejemplos de variables del registro acumulativo del SERAR

Datos Personales y del caso	
Ejemplos:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Plan de caso</i> – <i>Motivo de protección</i>
Contexto familiar	
Ejemplos:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Situación de pareja de los padres (matrimonio, separación, viudedad, madre soltera, unión consensuada)</i> – <i>Problemática psicosocial padre/madre (drogadicción, prisión, enfermedades, prostitución...)</i>
Contexto residencial	
Ejemplos:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Número de centros en los que ha estado</i> – <i>Tipo de centro en el que se encuentra</i>
Contexto formativo/escolar	
Ejemplos:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Repite curso</i> – <i>Presenta adaptaciones curriculares</i>
Contexto laboral (si procede)	
Ejemplos:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Ha realizado formación específica laboral</i> – <i>Experiencia profesional anterior</i>
Contexto comunitario	
Ejemplos:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Realiza actividades lúdico/deportivas en recursos de la comunidad</i> – <i>Registro de salidas sociales, excursiones, cumpleaños, etc.</i>
Salud	
Ejemplos:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Tiene alguna enfermedad crónica</i> – <i>Acude o ha acudido al psicólogo o al psiquiatra</i>

En segundo lugar, el SERAR contiene el Proyecto Educativo Individualizado (PEI), a través del cual los educadores evalúan mensualmente el grado de consecución de una serie de objetivos operacionalizados en relación a los distintos contextos (familiar, escolar, residencial y comunitario). Esto es posible gracias a la puntuación que los educadores otorgan en cada ítem (objetivo concreto) en la Escala Mensual de

Objetivos de cada menor. Además de esto, el PEI incluye un apartado de programación de objetivos de intervención en el que se recogen los recursos utilizados para la consecución de los mismos.

Por último, el informe de seguimiento permite que se realicen informes desde las residencias que incluyan la información exhaustiva acerca de la evolución del menor en relación al proyecto educativo individualizado y sobre los nuevos datos sobre el caso.

Para la realización de este primer estudio únicamente se utilizó la primera parte del SERAR, en la que se recoge toda la información del caso. La información obtenida del registro acumulativo y del expediente del menor se volcó en un protocolo de recogida de información (anexo I) elaborado *ad hoc* a partir de la revisión de otras investigaciones en este campo (Llanos, 2012; Santos, 2015; González-García et al., 2017). En este protocolo se recogió toda la información del caso necesaria para cumplir con los objetivos de este primer estudio de la tesis: describir el perfil del caso, la situación familiar y la problemática personal, social y escolar del menor (ver tabla 7).

Tabla 7. Variables incluidas en el estudio 1

Datos sobre el perfil del caso	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Fecha de nacimiento - Fecha de ingreso - Situación administrativa - Motivo de ingreso - Tiempo de estancia en AR - Plan de caso actual - Número de centros en que ha estado - Reingreso 	<ul style="list-style-type: none"> - Chico o chica - Edad actual - Edad a la que ingresó - Tutela administrativa, judicial o guardas - Motivo por el que ingresó en AR - Duración de la estancia desde ingreso hasta actualidad - Plan de caso en el momento de recogida de información y cambios de plan de caso - Número de centros (contando acogida inmediata) en el último ingreso - Se recoge si el menor ha reingresado en AR o si es su primer ingreso
Contexto familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Problemática del padre - Problemática de la madre - Situación de pareja de los padres - Contactos con la familia de origen - Hermanos en AR 	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de problemáticas específicas confirmadas en el padre - Presencia de problemáticas específicas confirmadas en la madre - Matrimonio o pareja estable, divorcio, soltería o viudedad. - Contactos con la familia de origen y visitas - Presencia de hermanos en el mismo centro residencial
Contexto personal, escolar y social del menor	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad y minusvalía reconocida - Enfermedades crónicas - Salud mental y atención psicológica y/o psiquiátrica - Diagnóstico de salud mental - Conductas suicidas - Hábitos de consumo - Estudios que cursa - Otros aspectos del contexto escolar: si ha repetido o no, si tiene alguna adaptación curricular o el rendimiento académico - Medidas judiciales 	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad intelectual, física o sensorial y grado de minusvalía - Presencia de enfermedades crónicas - Atención psicológica o psiquiátrica en la actualidad y medicación psicofarmacológica - Presenta etiqueta o diagnóstico psicológico - Presenta conductas suicidas, amenazas o autolesiones - Consume tabaco u otras sustancias tóxicas ilegales - Nivel académico obtenido y estudios que cursa actualmente - Tasa de idoneidad, adaptaciones curriculares y rendimiento académico - Cumple o ha cumplido alguna medida judicial

5.4. Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo la recogida de información de los expedientes de cada caso. Éstos están custodiados por la Unidad de Infancia y Familia (UIF) del Cabildo Insular de Tenerife, donde se encuentra centralizada la información requerida para gran parte de esta investigación. Se accedió a los datos gracias a un convenio firmado con la entidad para tal fin. A partir de ese momento, se comenzó el proceso de recogida de información de los expedientes a través del protocolo elaborado para obtener la información sobre el caso, sobre la problemática familiar y sobre la problemática personal y escolar del menor.

Tras ocho meses de recogida de información en la Unidad de Infancia y Familia (de mayo a diciembre de 2016), se llevó a cabo la informatización de la información obtenida de los expedientes y tras completar la base de datos se comenzó con la realización de los análisis estadísticos y la redacción de los resultados correspondientes a los objetivos descriptivos planteados.

5.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos

Para el análisis de la información se llevó a cabo esta investigación con un diseño cuasi-experimental *ex-post-facto* con un grupo único de jóvenes en AR en la isla de Tenerife.

En este primer estudio se realizaron análisis descriptivos para conocer el perfil de los casos que se encuentra actualmente en AR y la problemática familiar, personal, social y escolar de estos menores.

5.6. Resultados

En primer lugar se presentarán los resultados sobre las variables del caso y el perfil de los menores con medida de AR. A continuación se presentarán los resultados acerca de la situación familiar que rodea al menor y por último, se presentarán los resultados descriptivos acerca de la problemática personal, social y escolar del menor.

5.6.1. Descripción del perfil del caso

5.6.1.1. Sexo

Los datos acerca del sexo indicaron que hay una proporción similar de chicos y chicas en hogares de protección en la isla de Tenerife. Actualmente, de los 281 menores de los que se obtuvo información, hay 152 chicos (54.1%) y 129 chicas (45.9%).

5.6.1.2. Edad actual

El rango de edad entre el que estaban los menores en el momento de la recogida de información estaba entre 6 y 18 años, con una media de edad de 14.53 (DT= 3.02). Según los datos, más de la mitad de los menores que se encontraban en AR en la isla de Tenerife tenía entre 15 y 18 años (65.1%), seguido del grupo de entre 11 y 14 años (23.8%) y del grupo de entre 6 y 10 (11%).

En la tabla 8 se puede observar la distribución de los menores en función de la edad actual y el sexo. Los resultados mostraron que hay un porcentaje significativamente superior de chicas en la franja de edad de 15 a 18 años [χ^2 (2,281) = 6.3, $p < .05$].

Tabla 8. Distribución de la muestra en función de la edad y el sexo

	Chicos		Chicas	
	n	%	n	%
6 – 10	20	13.2	11	8.5
11 – 14	43	28.3	24	18.6
15 – 18	89	58.6	94	72.9
Total	152	100	129	100

5.6.1.3. Edad de ingreso

En relación a la edad de ingreso de los menores en AR, se obtuvo una media de 11.32 años (DT= 4.27). El rango de la edad de ingreso en un centro va desde pocos meses de vida hasta 17.6 años. Los datos mostraron que un 34.5% de los menores

ingresaron cuando tenían entre 15 y 18 años, seguido de un 30.6% de los menores que ingresaron con una edad de entre 11 y 14 años.

Cabe destacar que esta variable se refiere a la edad a la que ingresaron en AR por última vez, puesto que es posible que hayan ingresado en años anteriores y tras su salida del sistema, hayan vuelto a ingresar. En la tabla 9 se observa la distribución de los menores según la edad del último ingreso en AR y del sexo. En este caso, no existen diferencias significativas en relación a estas variables [$\chi^2(3,281) = 1.64, p > .05$].

Tabla 9. Distribución de la muestra en función de la edad de ingreso

	Chicos		Chicas	
	n	%	n	%
0 – 6	22	14.5	19	14.7
7 – 10	34	22.4	23	17.8
11 – 14	48	31.6	38	29.5
15 – 18	48	31.6	49	38
Total	152	100	129	100

5.6.1.4. Situación administrativa

Respecto a la situación administrativa de los menores acogidos en centros de protección, los datos mostraron que la mayoría (90.4%) tenía una *tutela administrativa*, seguido de un 6.4% cuya situación era de *guarda voluntaria* y de un 1.4% con *tutela judicial*. Estos porcentajes se completan con un 1.1% de los casos cuya situación administrativa es diferente a las anteriores (por ejemplo, *guarda judicial*) y un 0.7% del que no se obtiene información respecto a la situación administrativa.

5.6.1.5. Motivo de ingreso

Respecto a los motivos de ingreso, la gran mayoría de los casos estudiados pueden englobarse en las siguientes categorías: *imposible cumplimiento de las funciones parentales* (por el fallecimiento o prisión de los padres); *inadecuado cumplimiento* (por la existencia de malos tratos de cualquier tipo); *abandono o renuncia total* o por *incapacidad de control parental y violencia filio parental*.

Los datos indicaron que en un 83.3% de los casos ha existido malos tratos hacia los menores. Además, un 22.8% de los menores ingresaron por el abandono o renuncia de sus cuidadores principales, seguido de un 15.7% que ingresaron debido al imposible cumplimiento de las funciones parentales. Asimismo, en un 22.4% de los casos estudiados, se recogió como motivo de ingreso aspectos relacionados con la incapacidad de control parental del comportamiento de los menores, confirmándose en un 1.8% la existencia de violencia de los menores hacia sus padres.

En la tabla 10 se pueden observar los datos, en valores absolutos y porcentajes, de los motivos de ingreso en AR. Se puede comprobar que el porcentaje total es superior al 100% puesto que en muchas ocasiones coexiste más de un motivo de protección.

Tabla 10. Motivos de ingreso

	n	%
Malos tratos (cualquiera de sus tipos)	234	83.3
Abandono o renuncia	64	22.8
Imposible cumplimiento	44	15.7
Incapacidad de control parental	68	24.2

Como ya se sabe, existen diversas tipologías de maltrato infantil. El alto porcentaje de malos tratos a menores que se encontró (83.3%) se distribuye en función de los diferentes tipos. Los datos mostraron que el tipo de maltrato más frecuente es la negligencia, tanto física como emocional, seguido del maltrato emocional. También se registraron casos de presuntos abusos sexuales y otros tipos de malos tratos como la exposición a violencia de género (ver tabla 11).

Tabla 11. Tipos de malos tratos

	n	%
Negligencia emocional	171	60.9
Negligencia física	167	59.4
Maltrato emocional	116	41.3
Maltrato físico	72	25.6
Abuso sexual	21	7.5
Maltrato prenatal	11	3.9
Exposición a la violencia de género	29	10.3

La suma los porcentajes es superior a 100 puesto que pueden coexistir varias tipologías

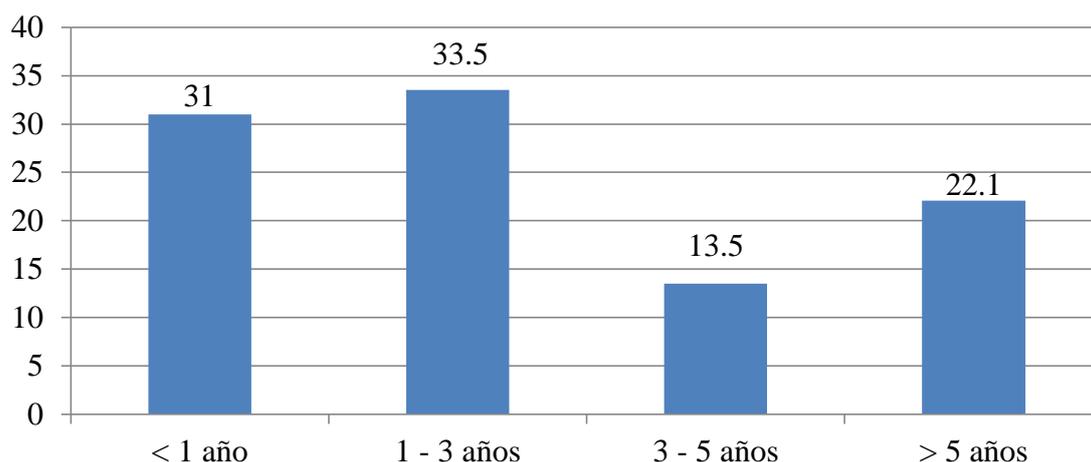
Respecto a los tipos de malos tratos, es necesario destacar que cuando se realiza un análisis en función del sexo, únicamente se encuentran diferencias significativas en el caso de abusos sexuales. Las chicas presentan un porcentaje significativamente superior (13.3%) de presuntos abusos sexuales frente a los chicos (2.6%) [$\chi^2 (1,280) = 11.36, p < .01$], habiéndose confirmado estos abusos en dos casos.

5.6.1.6. *Tiempo de estancia en AR*

El tiempo de estancia en el sistema de protección de los menores de la muestra va desde los 2 meses hasta 200 meses de estancia (más de 16 años), con una media de 3.17 años en AR. Se encontró un alto porcentaje de menores (22.1%) que llevan más de 5 años en AR, de los cuáles, 15 (5.3%) llevan más de 10 años en AR. En la gráfica 7 se observa la distribución de la muestra en función del tiempo de estancia en un centro de protección, desde la fecha de alta del menor hasta el momento de la recogida de la información.

En esta variable no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la estancia en AR en función del sexo [$\chi^2 (3,281) = 1.14, p > .05$].

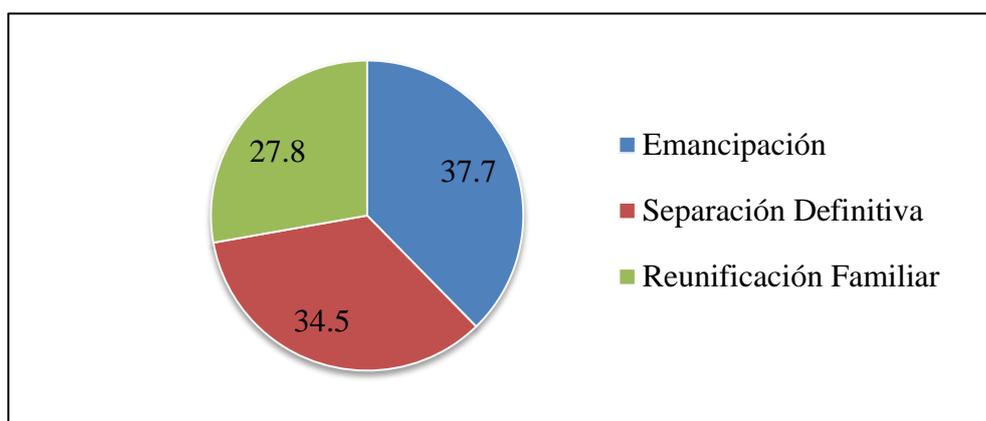
Gráfica 7. Tiempo de estancia en AR



5.6.1.7. Plan de caso

Analizando los datos sobre planes de caso (reunificación familiar, separación definitiva y preparación para la vida independiente o emancipación), se obtuvo que el plan de caso más frecuente es el de emancipación (37.7%), seguido del plan de separación definitiva (34.5%) y finalmente, el de reunificación familiar (27.8%) (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución en función del plan de caso actual



El plan de caso se establece tras la adecuada valoración especializada del menor, su familia y sus circunstancias. Sin embargo, éste puede cambiar si los profesionales consideran que no ha habido suficiente respuesta a la intervención por parte de los

progenitores o si las circunstancias del menor han cambiado a lo largo del tiempo. La normativa vigente establece que se debe priorizar el trabajo con la familia de origen para la reintegración familiar (plan de caso de reunificación familiar) pero en muchos casos el plan de caso que se estableció en primer lugar, cambia.

Los datos acerca de esto mostraron que un 37% de los menores ha experimentado al menos un cambio de plan de caso. Este porcentaje incluye a menores que sólo han experimentado un cambio de plan y también a menores que han experimentado hasta 3 cambios. En la tabla 12 se recogen los datos en cuanto al número de cambios de plan de caso.

Tabla 12. Distribución de la muestra en función de los cambios de plan de caso

	n	%
Ningún cambio	177	63
1 cambio	92	32.7
2 cambios	11	3.9
3 cambios	1	0.4
Total	281	100

Por último, los resultados indicaron que la estancia de los menores que han sufrido al menos un cambio de plan de caso es significativamente superior que la de aquellos que no han experimentado ningún cambio [$\chi^2(3,281) = 87.66, p > .001$].

5.6.1.8. Número de centros

En relación al número de centros en que el menor ha estado durante su estancia en AR, los resultados mostraron una media de 2.18 centros (DT= 1), con un rango que va desde un sólo centro hasta el caso de un menor que estuvo hasta en siete centros. Se observó que la mayoría de los menores ha estado en uno o dos centros. Cabe destacar que en esta variable se incluyen los centros de acogida inmediata (CAI) (ver tabla 13).

Tabla 13. Distribución de la muestra en función del número de centros

	n	%
1 – 2 centros	215	76.5
3 – 4 centros	56	19.9
5 centros o más	10	3.6
Total	281	100

5.6.1.9. Reingreso

Respecto a la variable *reingreso*, se obtuvo que un 19.2% de los menores que estaban en AR en el momento de la recogida de información, había salido de AR anteriormente y había vuelto a reingresar en un centro. De los 281 menores, 54 han reingresado, obteniéndose un porcentaje equilibrado entre chicos (17.8%) y chicas (20.9%).

Respecto a los motivos de reingreso, los datos mostraron que del total de los reingresos (n= 54), un 44.4% se debe a fracasos de reunificaciones familiares (n= 24), un 16.7% a ceses de acogimientos familiares en familia extensa (n= 9) y un 22.2% a ceses de acogimientos con familia ajena (n= 12), seguido de otras causas: rupturas de adopción (n= 2) o reingreso en AR tras estancia en recurso especializado (n= 2).

Además de éstos, hay otros 12 menores que han ingresado por la ruptura de una adopción aunque técnicamente no son reingresos, puesto que estos menores no han estado previamente en AR en Tenerife. Se trata de menores adoptados cuando tenían una corta edad y que en algunos casos vienen de otros países (Rusia o Brasil).

5.6.1.10. Primer plan de caso

En este apartado se incluyen datos acerca del *primer plan de caso establecido* tras el ingreso en el centro, puesto que los porcentajes de cada plan de caso cambian en función de si el menor ingresa por primera vez en AR o si se trata de un reingreso. Los resultados mostraron que en más de la mitad de los casos (52.3%) el primer plan de caso que se estableció fue el de reunificación familiar.

Este porcentaje de menores cuyo primer plan de caso es la reunificación familiar aumenta si sólo incluimos en los análisis *aquellos casos que no han reingresado* en el sistema, puesto que si existe un reingreso, es posible que anteriormente se haya intentado la reunificación familiar, optándose por otro plan de caso. Por tanto, de los 227 menores que están actualmente en AR en Tenerife y que no han reingresado (éste es su primer ingreso en AR), un 59% tienen un plan de caso de Reunificación Familiar, seguido de un 21.6% cuyo primer plan de caso es la emancipación y de un 19.4% de los casos en los que se establece la separación definitiva desde el primer momento del ingreso.

Si realizamos este mismo análisis sólo con los menores que sí han experimentado un reingreso (n=54), los resultados respecto al primer plan de caso establecido se invierten. Para estos menores que han reingresado, el plan de caso que se establece con mayor frecuencia es el de Separación Definitiva (46.3%) seguido del plan de Emancipación (29.6%) y del de Reunificación Familiar (24.1%). En la tabla 14 se recogen los datos sobre el primer plan de caso que se estableció para los menores en función de si se trata de un niño que ha reingresado en el sistema o no.

Tabla 14. Primer plan de caso en función de la variable reingreso

	Reingreso NO		Reingreso SI	
	n	%	n	%
Reunificación familiar	134	59	13	24.1
Separación Definitiva	44	19.4	25	46.3
Emancipación	49	21.6	16	29.6
Total	227	100	54	100

Nota: los porcentajes explican la distribución de los planes de caso en función de la variable *reingreso*

5.6.2. Descripción de la situación familiar

Para cumplir con el segundo objetivo específico de este estudio, a continuación se presentan los datos acerca de la problemática familiar que rodea a los menores que viven en AR en Tenerife. Se ofrecerán resultados descriptivos sobre la prevalencia de problemas de salud mental, drogodependencias, delincuencia, etc. que presentan los padres de dichos menores.

5.6.2.1. Problemática del padre y de la madre

En primer lugar los datos indicaron que, de la muestra total estudiada, en un 7.8% de los casos el padre había fallecido y en un 4.3% quien había fallecido era la madre. Asimismo, cabe destacar que el número de padres que se encuentran *ausentes o desimplicados* de la vida del menor, y por tanto de la intervención que se realiza con la familia es superior (24.6%) que en el caso de las madres (8.2%).

Respecto a las principales problemáticas detectadas en la figura del padre, se encontró un alto porcentaje de violencia de género hacia la pareja. Además, otra de las problemáticas que aparecen de forma frecuente es el alcoholismo y las drogodependencias y también el haber estado en prisión.

Por otro lado, el perfil de la figura de la madre, se caracteriza por un alto porcentaje de violencia de género a manos de sus parejas, problemas de salud mental y problemas económicos severos.

En la tabla 15 se recogen los datos encontrados sobre la frecuencia de las diferentes problemáticas de los padres y la madres de los menores. Estos datos no incluyen aquellos casos de *sospechas*, recogiéndose únicamente los casos en los que la presencia del problema está confirmada.

Respecto a la figura del *padre* (y también de la madre), se entiende que es la figura de referencia del menor en el momento de la declaración de desamparo y sobre el que se realiza la valoración social y familiar.

Por último, respecto a la violencia de género, hay que tener en cuenta que en el caso del padre, en todos los casos, es quien ejerce dicha violencia y respecto a las 140

madres que han sido víctimas de violencia de género, éstas podrían haber sido víctimas de parejas anteriores.

Tabla 15. Problemática en el padre y en la madre

	Padre		Madre	
	n	%	n	%
Fallecido/a	22	7.8	12	4.3
Ausente y desimplicado/a	69	24.6	23	8.2
Violencia de género	106	37.7	140	49.8
Alcoholismo	61	21.7	51	18.1
Drogodependencias	59	21	45	16
Salud Mental	19	6.8	72	25.6
Discapacidad				
Intelectual	7	2.5	39	13.9
Física	11	3.9	8	2.8
Enfermedad crónica	20	7.1	29	10.3
Delincuencia	32	11.4	19	6.8
Prisión (presente o pasado)	61	21.7	19	6.8
Problemas económicos severos	39	13.9	101	35.9
Prostitución (presente o pasado)	-	-	18	6.4

5.6.2.2. Situación de pareja de los padres

Respecto a la situación de pareja de la familia del menor, los datos mostraron que la mayoría de las parejas están divorciadas o separadas (59.1%), seguido de un 17.8% de éstas que conforman un matrimonio o pareja estable (ver tabla 16).

Esta variable se refiere a la situación de pareja de las figuras de referencia del menor en el momento de la declaración de desamparo.

Tabla 16. Situación de pareja de la familia

	n	%
Matrimonio o pareja estable	50	17.8
Separación o divorcio	166	59.1
Viudedad	23	8.2
Soltero/a	15	5.3
Sin datos	27	9.6
Total	281	100

5.6.2.3. Contactos con la familia de origen

En relación a las visitas y los contactos familiares, los datos mostraron que en la gran mayoría de los casos sí existe algún tipo de contacto entre el menor y su familia de origen. De éstos, predominan las visitas al centro, seguido de las salidas sin pernoctas en el hogar familiar (ver tabla 17).

Tabla 17. Contactos con la familia de origen

	n	%
No hay contactos	15	5.3
Visitas de los familiares al centro	114	40.6
Salidas del centro sin pernocta	79	28.1
Salidas del centro con pernocta	59	21
Otros contactos (telefónicos o cartas)	6	2.1
Sin datos	8	2.8
Total	281	100

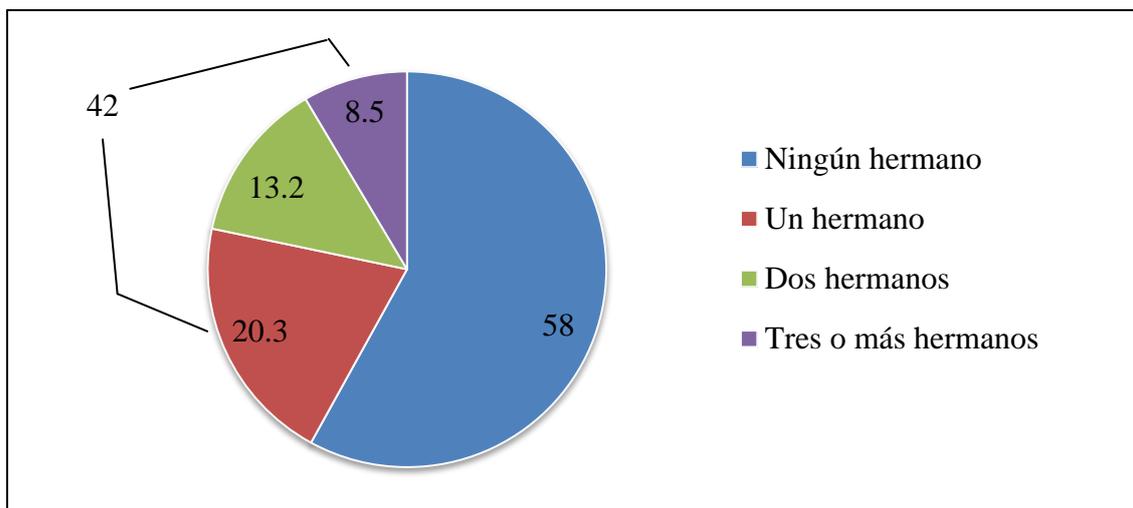
Por último, de aquellos menores que sí tenían visitas y/o contactos con sus familiares, los resultados mostraron que en un 57.4% de los casos, éstas eran supervisadas por el equipo técnico del centro.

5.6.2.4. Hermanos en el mismo centro

Respecto a la frecuencia con la que encontramos grupos de hermanos en el mismo centro, los datos indicaron que un 42% de los menores que residen en AR en la actualidad tiene algún hermano en el mismo hogar.

De éstos, la gran mayoría tiene uno o dos hermanos, llegando en algún caso a 8 hermanos. En la gráfica 9 se observa la distribución de la muestra en función de la existencia o no de hermanos en el mismo centro de protección.

Gráfica 9. Distribución de la muestra en función de la presencia de hermanos en el mismo centro



Respecto a la presencia de hermanos en el mismo centro, cabe señalar que cuando se analiza la duración de la estancia en AR, ésta es superior cuando hay hermanos en el mismo hogar. Según los resultados, de entre el grupo de menores que lleva más de 5 años en AR, un 62.9% tiene hermanos en el mismo hogar [$\chi^2(3,281) = 17.69, p < .01$].

5.6.3. Descripción de la problemática personal, escolar y social del menor

Tras analizar la problemática familiar, en este último apartado descriptivo, se profundizará en la problemática personal, social y escolar que presentan los niños con medida de amparo de AR.

5.6.3.1. Discapacidad

Respecto a la presencia de discapacidad en los menores acogidos, se observó que un 11% (n= 31) del total presentan algún tipo de discapacidad (física, intelectual o sensorial). Tras analizar estos datos, se obtuvo que la discapacidad más común es la discapacidad intelectual (9.6% del total de menores), seguida de la discapacidad física (2.1%) y de la sensorial (1.4%). Estos porcentajes superan el 11% de menores que presentan algún tipo de discapacidad puesto que en algunos casos (n= 6) coexisten varios tipos de discapacidad, siendo lo más común que coexistan la discapacidad física y la intelectual.

En cuanto al grado de minusvalía, la gran mayoría de los menores con discapacidad presentó un grado de minusvalía grave (entre un 65-74%) o moderada (entre 33-64%). En la tabla 18 se puede observar la distribución de los casos con discapacidad en función del grado de minusvalía. El total de casos sobre los que se obtuvo información respecto al grado de minusvalía es de n= 30, puesto que en un caso no se obtuvo información sobre esto.

Tabla 18. Grado de minusvalía

	n	%
Moderada (33-64%)	13	43.3
Grave (65-74%)	16	53.3
Muy grave (> 75%)	1	3.3
Total	30	100

5.6.3.2. Salud física

En el ámbito de la salud física, se obtuvo que un 14.2% de la muestra presenta alguna enfermedad crónica. Respecto a esto, los datos mostraron que el 5.3% de la

muestra total presenta problemas respiratorios (asma), seguido de problemas dérmicos (4.3%) y de la epilepsia (3.2%) (Ver tabla 19).

Tabla 19. Enfermedades crónicas

	n	%
Sin enfermedad crónica	240	85.4
Problemas respiratorios (asma)	15	5.3
Problemas dérmicos (piel atópica, soriasis)	12	4.3
Epilepsia	9	3.2
Enfermedades infecciosas (Hepatitis C, VIH, Meningitis)	3	1.1
Otras enfermedades (hipotiroidismo, bradicardia sinusal, hipercolesterolemia familiar, osteítis deformante y alergias)	5	1.8
Sin datos	1	0.4

El porcentaje total es superior al 100% puesto que hay 4 casos en los que coexisten varias enfermedades

5.6.3.3. Salud mental y atención especializada

En el área de salud mental y atención psicológica los datos mostraron que casi la mitad de la muestra estudiada (47.3%) recibe algún tipo de atención psicológica actualmente, frente a un 45.6% que no es atendida por ningún servicio psicológico y un 7.2% de menores sobre los que no se obtienen datos respecto a esto.

De aquellos que sí reciben esta atención (n= 133), se obtuvo que un 56.4% son chicos y un 43.6% chicas, siendo la media de edad de 14.8 años (DT= 2.9). Cabe destacar que el rango de edad es bastante amplio, pues se obtuvo que un menor de 6.2 años (límite inferior) recibe atención psicológica y también uno con 18 años cumplidos (límite superior).

Para completar lo anterior, se recogió información acerca de qué servicio o profesional prestaba la atención psicológica: psicólogo del centro, equipos de intervención externos, sanidad pública o psicólogos del sector privado.

En la tabla 20 se recoge la distribución de los casos que sí reciben atención psicológica (n= 133) en función de quién daba esta atención. Como se puede observar, la atención psicológica que reciben los menores que se encuentran en AR proviene, en

su mayoría, de equipos de intervención externos al centro especializados en infancia (58.6%).

Tabla 20. Profesionales que prestan la atención psicológica

	n	%
Psicólogos externos al centro (servicios especializados)	78	58.6
Psicólogos en plantilla en los centro	54	40.6
Psicólogos de la red pública de salud	4	3
Psicólogo del sector privado	5	3.8
Sin datos	3	2.3

El porcentaje total es superior al 100% puesto que hay 11 casos en los que se recibe atención psicológica de varios profesionales

Respecto a la atención psiquiátrica, se obtuvo que la mayoría de los menores (71.5%) no recibía atención psiquiátrica, frente a un 27.4% (n= 77) de la muestra estudiada que sí recibía dicha atención actualmente (y un 1.1% del que no se obtiene información sobre esto). Al analizar esta variable en función del sexo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas entre chicos y chicas, siendo el porcentaje de los primeros (36.8%) significativamente superior al porcentaje de chicas que recibe actualmente atención psiquiátrica (16.3%) [χ^2 (1,281) = 14.83, $p < .001$]. Respecto a la edad de éstos, el rango de quienes reciben atención psiquiátrica va desde los 6.6 años hasta los 18, con una media de 15.1 años (DT= 2.5).

La atención psiquiátrica es recibida, en la gran mayoría de los casos, por profesionales de la Red Pública de Salud Mental (77.9% de quienes reciben atención psiquiátrica), seguida de los psiquiatras de los centros de protección (2.6%) y de psiquiatras de otros recursos (2.6%). Este porcentaje se completa con un 16.9% de los que no se obtiene información acerca de quién presta la atención psiquiátrica.

Unido a lo anterior, se analizó cuántos menores de la muestra total (n= 281) recibía algún tipo de tratamiento psicofarmacológico en el momento de la recogida de la información. Se obtuvo que un 21% de la muestra (n= 59 menores) recibe actualmente algún tipo de psicofármaco asociado a enfermedades o diagnósticos de salud mental.

Por último, y para completar el apartado sobre salud mental, se recogió información acerca de la existencia de algún diagnóstico psicológico o de sintomatología relacionada con algún trastorno mental. Los datos mostraron que un 27% de la muestra (n= 76) tiene actualmente algún diagnóstico en el área de salud mental, frente a un 71.9% que no tiene y un 1.1% del que no hay datos al respecto.

Si se analiza esta variable en función del sexo, se comprueba que existe un porcentaje significativamente superior de chicos con diagnóstico psicológico (35.5%) frente a las chicas (17.1%) [χ^2 (3,281) = 12.33, $p < .01$].

En relación a los problemas psicológicos encontrados y los diagnósticos psicológicos, se encontró que los más comunes son los Trastornos del neurodesarrollo (12.1%), entre los que destaca el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, seguido de los Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (11.7%). Esta clasificación se realizó siguiendo las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). En la tabla 21 se recogen los resultados acerca de la existencia o no de etiquetas diagnósticas o, al menos, sintomatología asociada a trastornos psicológicos.

Tabla 21. Frecuencia de diagnósticos psicológicos

	n	%
Trastornos del neurodesarrollo (TDAH, TEA)	34	12.1
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	33	11.7
Trastornos de la excreción (enuresis, encopresis)	14	5
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (Trastornos de adaptación, de apego reactivo)	14	5
Trastornos depresivos	7	2.5
Trastornos del sueño-vigilia (insomnio)	4	1.4
Trastornos de la personalidad	2	0.7
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (trastorno de conversión)	1	0.4
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	1	0.4
Trastornos de ansiedad	1	0.4
Disfunciones sexuales	1	0.4

Además de lo anterior, se recogió información acerca de la existencia de conductas suicidas en esta población. Se encontró que un 6% de los menores (n= 17) ha presentado conductas suicidas antes o durante su estancia en AR. Dentro de este porcentaje se incluyen los intentos de suicidio, las amenazas y también las conductas autolesivas.

5.6.3.4. Consumo de tóxicos

En este apartado se analiza el número de menores acogidos en AR que consumen tóxicos. Por un lado, se obtuvo que un 31.3% de menores fuman tabaco

habitualmente, siendo esta sustancia la más frecuente. De los menores que consumen tabaco de forma habitual, se obtuvo que la media de edad es de 16.7 años, habiendo un caso de un menor de 12 años que fuma tabaco con asiduidad.

Por otro lado, respecto al consumo de otras sustancias tóxicas, se obtuvo que un 34.1% de los menores consume o ha consumido alguna de estas sustancias.

Respecto al tipo de sustancias que consumen, un 29.2% consume cannabis, seguido de un 2.8% de la muestra total que consume cocaína y un 2.1% que consume otro tipo de sustancias (benzodiacepinas, pastillas, éxtasis, LSD o speed). Estos porcentajes superan el 100% puesto que en algunos casos, los menores consumen más de una sustancia.

A modo de resumen, la tabla 22 recoge el porcentaje de menores que consume alguna sustancia tóxica sobre el total de la muestra.

Tabla 22. Consumo de sustancias tóxicas

	n	%
No consumen ninguna sustancia	164	58.4
Alcohol (de forma esporádica o habitual)	33	11.8
Tabaco (de forma habitual)	88	31.3
Cannabis	82	29.2
Cocaína	8	2.8
Otras sustancias	6	2.1

El porcentaje es superior al 100% puesto que el consumo de varias sustancias puede coexistir

5.6.3.5. Contexto escolar

De todos los menores que actualmente están en AR y que componen la muestra, el 95.4% está escolarizado en algún centro. La gran mayoría están en edad de escolarización obligatoria o han continuado sus estudios durante su estancia en AR. Como parece lógico, la media de edad de los menores no escolarizados es de 16.6 años (DT= 1.3), superior a la edad de escolarización obligatoria.

Respecto al problema del absentismo escolar los datos indicaron que un 28.8% (n= 81) de los menores presenta absentismo escolar. La edad media de los menores absentistas es de 15 años (DT= 2.8), con un rango de edad que va desde los 6.8 años hasta los 18. Según los datos, el porcentaje de menores absentistas que están en edad obligatoria de escolarización (menos de 16 años) es ligeramente superior que el porcentaje de absentistas mayores de 16 años (14.9% frente al 13.9%).

En cuanto al nivel académico, se obtuvo que casi la mitad de los menores cursan la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) (44.1%), seguido de la Educación Primaria con un 31% y la Formación Profesional (14.6%). En la tabla 23 se recoge la distribución de los menores en función de los estudios que cursan.

Tabla 23. Estudios que cursan

	n	%
Educación Primaria	87	31
Educación Secundaria Obligatoria (ESO)	124	44.1
Bachillerato	6	2.1
Formación Profesional	41	14.6
Módulos o talleres profesionales (no reglados)	9	3.2
No cursa ningún tipo de estudios	7	2.5
Sin datos	7	2.5
Total	281	100

Respecto al rendimiento académico de los menores, los datos mostraron que es bajo. Los resultados de estos análisis indicaron que un 71.2% (n= 200) de los menores han repetido curso o están repitiendo. Por tanto, la tasa de idoneidad de la población objeto de estudio es del 28.8%.

Además, se obtuvo que al menos un 33.1% de los menores suspende varias asignaturas. En la tabla 24 se recoge cómo es el rendimiento de estos menores.

Tabla 24. Rendimiento académico

	n	%
Aprueba todo con buenas notas	29	10.3
Aprueba todo con notas suficientes	29	10.3
Suspende alguna asignatura	31	11
Suspende varias asignaturas	93	33.1
No tiene notas en los estudios que cursa	24	8.5
Sin datos	75	26.7
Total	281	100

Por último, se recogieron datos sobre la existencia de Adaptaciones Curriculares Individualizadas (ACI), necesidades educativas especiales o cualquier adaptación que se haya realizado en el currículum educativo de los menores. En este apartado se incluyen los cursos de diversificación, PROMECO (Programa de mejora de la convivencia), aula en clave y cualquier otro tipo de atención especializada que reciban los menores dentro de su centro escolar. Los datos indicaron que un 26% de la muestra total tienen algún tipo de adaptación escolar y un 5.7% la tuvo en el pasado.

5.6.3.6. Medidas judiciales

Los datos mostraron que un porcentaje de los menores que residen en AR en la isla de Tenerife está cumpliendo o ha cumplido alguna medida judicial. La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, expresa qué medidas son aplicables a los menores infractores que tengan entre 14 y 21 años.

Respecto a esto, se obtuvo que un 12.5% de los casos (n= 35), cumple o ha cumplido alguna medida judicial. La media de edad de los menores que han tenido o tienen medidas impuestas es de 16.8 años (DT= 0.1).

En relación a la distribución de estos menores en función del sexo, los datos mostraron que del total de menores con medidas judiciales, el 71,4% eran chicos y el 28,6% chicas [$\chi^2(1,281) = 4.84, p < .05$].

Por último, respecto a las medidas judiciales impuestas, se obtuvo que la medida de Libertad Vigilada es la que más se repite (55.9%), en muchas ocasiones, como complemento de otra medida. En la tabla 25 se observa el número de medidas judiciales impuestas a los menores.

Tabla 25. Distribución de las medidas impuestas

	n	%
Libertad Vigilada	19	55.9
Medidas de Internamiento	15	44.1
Convivencia Grupo Educativo	8	23.5
Prestaciones en Beneficio de la Comunidad	5	14.7
Tratamiento Ambulatorio	7	20.6
Tareas socioeducativas	3	8.8
Amonestación	2	5.9

El porcentaje es superior al 100% puesto que en la mayoría de los casos, el menor debe cumplir con más de una medida

5.7. Discusión

El objetivo de este estudio era analizar y describir el perfil de los menores acogidos en centros de protección en la isla de Tenerife y examinar las variables personales, familiares, sociales y escolares de estos chicos y chicas. Tras la descripción de los resultados de las diferentes variables analizadas, a continuación se discutirán dichos resultados en función de lo encontrado en la literatura científica actual.

Respecto a la edad actual de los chicos y chicas que viven en AR, los resultados mostraron que más de la mitad tiene entre 15 y 18 años. Esto concuerda con la tendencia creciente en cuanto al número de adolescentes que actualmente se encuentran en centros de protección en nuestro país (Bravo y Del Valle, 2009; Observatorio de la infancia, 2017). Asimismo, si se analiza la edad a la que ingresan en el centro, el rango es amplio, pero se observa un mayor porcentaje de adolescentes de entre 15 y 17 años. En los últimos años, se ha observado un aumento de adolescentes con problemas de comportamiento en la red de centros de protección. Cada vez es más frecuente encontrar jóvenes con conductas agresivas y disruptivas a las que los padres no pueden poner límites. Además, en nuestra investigación se ha encontrado que un 12.5% de los menores en AR tiene o ha tenido alguna medida judicial, lo que nos ofrece información

acerca del perfil de menores que vive en AR y de la gravedad de los problemas de conducta que podemos llegar a encontrar entre estos menores.

Respecto a los motivos de protección, nuestros datos apoyan la idea anterior, encontrándose que uno de cada cuatro menores ingresa por la incapacidad de los padres de controlar la conducta de sus hijos. Este motivo de protección es el segundo más frecuente después de las situaciones de malos tratos, lo que nos debe hacer reflexionar acerca de la situación por la que ingresan los menores en AR y el perfil de menores conflictivos que cada vez está más presente.

En cuanto a los malos tratos, en nuestro estudio se encontró un alto porcentaje de negligencia emocional y física, siendo estos dos tipos de malos tratos los más frecuentes (alrededor de un 60%). Por tanto, siguiendo la misma línea de otras investigaciones, la negligencia, tanto física como emocional, se establece como uno de los principales motivos de protección (Del Valle *et al.*, 2003; González-García *et al.*, 2017; Sainero *et al.*, 2013; Sainero *et al.*, 2015). Asimismo, cabe destacar el alto porcentaje de menores de nuestra muestra que sufren malos tratos físicos (25.6%) y abusos sexuales (7.5%) en comparación con los datos de otras investigaciones recientes realizadas en nuestro país (González-García *et al.* 2017).

Respecto al tiempo de estancia en AR, la duración media es de 3 años. Este dato concuerda con los resultados de investigaciones recientes llevadas a cabo en nuestro país en las que, el tiempo medio de estancia es inferior a 4 años (González-García *et al.*, 2017; Sainero *et al.*, 2015). Además, existen evidencias de que una estancia de entre uno y tres años en AR ofrece mayores beneficios a los menores que las estancias muy cortas o superiores a los tres años (Martín *et al.*, 2007). Asimismo, cabe recordar que en los estándares de calidad del AR se establece que los planes de caso de cada menor deben incluir la temporalidad prevista para la consecución de los objetivos planificados, por lo que la intervención con cada menor debe estar temporalizada y debe ser limitada en el tiempo. Por otro lado, una posible explicación a los datos sobre la duración de la estancia es que la medida de AR se está consolidando en nuestro país como una medida limitada en el tiempo y que se dirige a menores adolescentes que entran al centro de protección a mayor edad, lo que hace disminuir los años de estancia en AR.

A pesar de que la mayoría de menores de nuestro estudio lleva entre 1 y 3 años en AR, no podemos olvidar que uno de cada cinco menores ha permanecido durante 5

años o más. Como parece lógico, esto podría tener relación directa con la edad de ingreso de los menores, siendo los que ingresaron en AR a una edad más corta los que llevan más años en un centro. Además, en contra de lo que se recoge en algunas investigaciones sobre la duración de la estancia, no se encuentran diferencias en cuanto a la duración en función del sexo (López, Del Valle *et al.*, 2010; Martín, 2015).

Por otro lado, los resultados de nuestra investigación indican que esta variable sí mantiene relación con la existencia de hermanos en el mismo centro. Respecto a esto, cabe destacar que casi la mitad de los menores que residen en AR en Tenerife tiene algún hermano en el mismo centro, y que esto influye sobre la duración de la estancia de éstos. Los datos van en la misma línea de estudios anteriores. Tal y como recogen López, Del Valle *et al.* (2010), la estancia de los menores que conviven con algún hermano en el mismo centro es significativamente superior a la de aquellos que conviven solos. La explicación a esto podría ser que es más difícil encontrar una alternativa familiar adecuada para grupos de hermanos que para menores solos. Sin embargo, a pesar de la recomendación de mantener a los hermanos juntos, se debe valorar dicha unión junto con los planes de caso de cada menor para evitar que la salida de los grupos de hermanos se alargue más de lo recomendable y produzca más perjuicios que ventajas (Martín y Márquez, 2015).

En cuanto al plan de caso que se establece para cada menor, los porcentajes entre los tres planes están más o menos equilibrados, siendo el más frecuente el de preparación para la vida independiente. Este resultado puede explicarse por el alto porcentaje de adolescentes que componen la muestra objeto de estudio (la mayoría tenía entre 15 y 18 años). Además, tanto en los estándares de calidad del AR como en la Ley 26/2015, se establece que uno de los objetivos prioritarios en el caso de menores de 16 a 18 años será la preparación para la vida independiente, otorgando especial atención a los procesos de independencia de los jóvenes que alcanzarán la mayoría de edad.

Seguido del plan de emancipación, el alto porcentaje de menores con plan de caso de separación definitiva confirma la idea de que el AR se está convirtiendo en un recurso cada vez más especializado en menores con problemáticas específicas para los que es complicado establecer una alternativa familiar (Bravo y Del Valle, 2009; Llanos *et al.*, 2006). Los datos muestran que un tercio de los menores que conviven en AR han sido separados de sus familias de origen de forma definitiva y permanecen en un centro

de protección a la espera de que se encuentre una alternativa familiar adecuada. Por último, a pesar de la prioridad del trabajo con la familia de origen para lograr una reintegración familiar, éste no es el plan más frecuente entre los menores que conviven actualmente en AR.

Respecto a lo anterior, es importante destacar que en uno de cada tres casos, el plan de caso del menor ha sido cambiado al menos una vez. Como parece lógico, los menores a los que se les ha cambiado dicho plan alguna vez son aquellos que más tiempo llevan en AR. Esto indica que existe cierta flexibilidad en cuanto al plan inicial, pudiéndose modificar según las circunstancias y permitiendo establecer uno nuevo más adecuado tras los posibles cambios en la situación familiar y personal del menor.

Estos menores podrían ser aquellos con peores circunstancias familiares y problemas personales más graves, que han provocado el fracaso del plan de caso inicial y el cambio de plan, normalmente hacia el de separación definitiva o hacia el plan de emancipación.

En cuanto al número de centros en que los menores han estado durante su estancia en AR, los resultados mostraron que la gran mayoría ha estado en uno o dos centros (entre los que se incluye el CAI), lo que permite ser positivos en cuanto a la estabilidad de la medida de AR en nuestro territorio. Por otro lado, los resultados mostraron que un 23.5% de los menores que componen la muestra han experimentado más de dos cambios de centros, llegando a encontrar casos en los que se producen más de cuatro cambios. Debido a los efectos adversos que podrían sufrir los menores que experimentan inestabilidad durante su estancia en AR y teniendo en cuenta los resultados de investigaciones anteriores, este porcentaje debe hacernos reflexionar sobre la necesidad de disminuir los reiterados cambios de centros y ofrecer mayor estabilidad durante la estancia en AR (Del Valle *et al.*, 2003; Martín *et al.*, 2007). Esto podría estar relacionado con el complejo perfil de menores en AR para el que no resulta fácil encontrar un centro que atienda adecuadamente sus necesidades. Por ello, se hace necesaria una profunda evaluación de los menores más problemáticos con el fin de prevenir los reiterados cambios de centros y para lograr una mayor estabilidad durante su estancia en AR.

En este estudio se analizó la variable *reingresso* para conocer el número de casos en los que, tras una primera estancia en AR, el menor salió del centro de protección y

volvió a reingresar. Tal y como muestran los datos, uno de cada cinco menores de la muestra estudiada, ha reingresado tras una estancia anterior en AR. Los motivos del reingreso son diversos. Entre los más frecuentes se encuentran los fracasos de reunificaciones familiares y los ceses de acogimientos familiares. Como parece lógico, el hecho de que un menor haya reingresado tras una nueva ruptura familiar influye sobre el plan de caso que se establece al volver al centro de protección. Los resultados de nuestra investigación muestran que el plan de caso que se establece al entrar en AR varía en función de si se trata de un reingreso o no. Si se analiza el plan de caso de aquellos menores que no han experimentado un reingreso, se encuentra un alto porcentaje de menores con los que se trabaja para la reunificación familiar. Esto es coherente con la normativa estatal y autonómica vigente que establece que, siempre que no vaya en contra del interés superior del menor, debe priorizarse el trabajo por la pronta reunificación familiar y las alternativas familiares.

Sin embargo, cuando se trata de menores que han salido del centro de protección y han vuelto a reingresar (por ruptura de la reunificación o cese de un acogimiento familiar), el plan de caso que se establece con mayor frecuencia es el de separación definitiva, seguido del plan de emancipación.

Por tanto, el reingreso influye sobre el plan de caso que se establece tras volver al centro. Parece que, tras el fracaso de una reunificación familiar, la opción de intervenir con la familia de origen se debilita frente a otras alternativas. Estos datos resaltan la necesidad de preparar adecuadamente a las familias y a los menores para el momento de la reunificación y también de ofrecer apoyo y realizar un adecuado seguimiento para que ésta se lleve a cabo con éxito. Parece claro que, cuando fracasa la reunificación familiar, es poco probable que se sigan destinando esfuerzos para dicho fin, por lo que es necesario cuidar el proceso de reunificación y asegurar el éxito de la misma (Balsells *et al.*, 2015; Mateos *et al.*, en prensa).

Algo que merece especial mención son los casos de ruptura de adopciones que se han encontrado. Al menos 14 menores que viven en AR en Tenerife son adoptados y han ingresado en un centro tras una declaración de desamparo. En la mayoría de los casos se trata de adopciones nacionales aunque dos de los catorce menores provienen de otros países (Rusia y Brasil). Aunque los motivos son diversos, en la mayoría de las ocasiones se trata de casos en los que no existen graves problemáticas en los padres

adoptivos pero sí se documentan problemas de discapacidad o salud mental en los menores. De estos catorce, al menos 10 han sido diagnosticados de algún trastorno psicológico: TDAH, trastorno disocial, trastorno oposicionista desafiante entre otros. Aunque la información de estos casos sobre la situación previa a la adopción y sobre el propio proceso es escasa, estos datos deben hacernos reflexionar acerca de la intervención que se realiza con estas familias tras la formalización de la adopción y sobre si el apoyo que reciben es suficiente.

Respecto a la situación familiar de estos menores, los resultados van en la misma línea de otras investigaciones anteriores. El perfil de la figura paterna de referencia se caracteriza por la presencia de problemas de consumo de alcohol y drogas y también por un alto porcentaje de delincuencia y prisión. Sin embargo, el dato que más llama la atención es que en más de un tercio de los casos, la figura paterna ha sido perpetradora de violencia de género. Respecto a esto, destaca que casi la mitad de las madres estudiadas, son o han sido víctimas de este tipo de violencia, duplicando la tasa encontrada en estudios recientes a nivel nacional (González-García *et al.*, 2017).

Además de lo anterior, los problemas económicos severos y la alta prevalencia de problemas de salud mental en la figura materna, son las problemáticas más frecuentes en las familias de los menores que componen nuestra muestra objeto de estudio. Es necesario recordar que Canarias es una comunidad especialmente castigada por la crisis en la que se encuentran altos niveles de pobreza y exclusión (Llano, 2017). Nuestros datos confirman que un alto número de familias con menores en AR presentan problemas económicos severos, lo que podría dificultar una adecuada cobertura de las necesidades básicas de los menores en su entorno familiar (vivienda, alimentación, vestimenta, etc.).

Por tanto, los resultados anteriores confirman el perfil problemático de las familias de los menores en AR y que ya se había advertido en investigaciones anteriores en nuestro país: problemas de consumo, delincuencia y violencia en la figura paterna y un alto porcentaje de mujeres víctimas de violencia de género, problemas económicos severos y de salud mental en la figura materna (Del Valle *et al.*, 2008; González-García *et al.*, 2017; Sainero *et al.*, 2013).

Parece claro que la combinación de estos problemas dificulta la intervención con los menores y con las familias de origen. El alto porcentaje de problemas tanto en la

figura paterna como en la materna, así como la gravedad de los mismos, complica aún más el trabajo y exige una intervención más profunda y una mayor movilización de recursos para lograr los objetivos establecidos en el plan de caso.

A todo lo anterior se suma la situación de pareja de las figuras de referencia para el menor. Según los resultados, sólo en un 17.8% de los casos existe una relación de pareja estable o matrimonio. En el resto de los casos, la situación familiar es de separación o divorcio, soltería o viudedad, lo que podría contribuir a una mayor inestabilidad de la situación familiar o a una situación de mayor precariedad económica por parte del cuidador principal.

Respecto al contacto con los familiares durante la estancia en el centro de protección, los resultados indicaron que sólo en un 5.3% de los casos no existe ningún tipo de contacto. En el resto, existe contacto entre el menor y su familia a través de visitas familiares o salidas del centro con o sin pernocta. Estos datos podrían indicar que, a pesar de la existencia de un amplio número de problemas en las familias, la relación con el menor se mantiene, pudiendo mejorar los resultados de los programas de AR a largo plazo y ofreciendo a los menores un importante punto de apoyo durante su estancia en AR y tras su salida (Geurts *et al.*, 2012; Knorth, Harder *et al.*, 2008; Martín, Torbay *et al.*, 2008; Stein, 2006).

Nuestros datos confirman la importancia que se otorga al vínculo entre el menor y su familia, independientemente del plan de caso que se establezca, lo que nos permite ser positivos en cuanto a esto (Cuenca *et al.*, 2018). Hay que recordar que en los estándares de calidad del AR de Del Valle *et al.* (2012) se recoge la importancia del trabajo con las familias y el fomento del vínculo entre padres e hijos a través de los contactos y visitas, sobre todo en los casos en los que se trabaje para la reunificación. Sin embargo, este vínculo debe mantenerse incluso cuando se trabaje con otro fin. Tal y como se ha demostrado en numerosas investigaciones, el apoyo de un familiar durante el proceso de transición a la vida adulta es un elemento clave para la integración social y laboral de los menores (Gilligan y Arnau-Sabatés, 2017; Wade y Munro, 2008). También en los casos en los que se establece la separación definitiva, la Ley establece que puede existir contacto entre el menor y sus familiares más cercanos a través de la figura de adopción abierta, que permite a menores adoptados tener relación con su familia de origen a través de visitas o comunicaciones. En coherencia con lo anterior,

los resultados de este estudio nos permiten afirmar que, en la mayoría de los casos, se está realizando un buen trabajo en relación al mantenimiento de los vínculos familiares desde los centros de AR, al menos desde un punto de vista cuantitativo.

Respecto a los problemas de salud física y mental de los menores en AR, en nuestro estudio se encontró un 11% de menores con algún tipo de discapacidad, siendo la más frecuente la intelectual. Este porcentaje es inferior al encontrado por Sainero *et al.* (2015) en su estudio en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Sin embargo, respecto a los resultados sobre salud mental, el porcentaje de menores que actualmente recibe algún tipo de tratamiento psicofarmacológico es superior al encontrado en dicho estudio. Uno de cada cinco menores que permanecen en AR recibía, en el momento de la recogida de información, medicación psicofarmacológica, dato muy similar al encontrado en el estudio de González-García *et al.* (2017).

En cuanto a los problemas psicológicos encontrados y los diagnósticos establecidos, los datos de nuestra investigación son coherentes con la literatura científica actual. Los trastornos del neurodesarrollo (TDAH en la mayoría de los casos) y los trastornos disruptivos y de conducta son los que más se repiten. Esto concuerda con la alta prevalencia de problemas emocionales y comportamentales que se ha encontrado en la población de menores que viven en AR tanto en la investigación nacional como internacional (Bronsard *et al.*, 2011; González-García *et al.*, 2017; Jozefiak *et al.*, 2016; McMillen *et al.*, 2005; Sainero *et al.*, 2015).

Cabe destacar que se encontró un porcentaje significativamente superior de chicos que presentan diagnóstico psicológico y que reciben atención psiquiátrica frente a las chicas. Esto podría tener su explicación en que el mayor número de problemas encontrados son los de hiperactividad, déficit de atención y comportamientos conflictivos, cuya frecuencia es mayor en chicos que en chicas (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2017; Martín, 2015; Stevens *et al.*, 2008).

Por último, respecto a los problemas de salud física, sólo un 14.2% presenta alguna enfermedad crónica. La mayoría de éstos son problemas respiratorios (asma) o problemas dérmicos (piel atópica) que requieren tratamiento pero no son de extrema gravedad.

Además de lo anterior, a este perfil de menores se suman los hábitos de consumo de sustancias tóxicas. En este estudio se encontró que un elevado número de menores fuman tabaco habitualmente y/o consumen o han consumido sustancias tóxicas ilegales. Según nuestros datos, un 34% de los menores en AR presenta problemas relacionados con el consumo de estas sustancias, lo que podría dificultar aún más la intervención con los menores y multiplicar los problemas de comportamiento y de integración social en su sentido más amplio (problemas de relación con sus iguales en el centro, en la comunidad, con la familia o educadores). Asimismo, estos problemas de consumo podrían estar relacionados con distintas problemáticas y trastornos de difícil afrontamiento desde la red normalizada de centro, por lo que se hace necesaria la prevención y detección temprana de estos problemas para poder hacerles frente desde recursos especializados (Martín *et al.*, 2018).

Respecto al área escolar, destaca el alto porcentaje de menores que sí están escolarizados. A pesar de la alta prevalencia de absentismo escolar, más del 95% de los menores estudiados están escolarizados en algún centro. Hay que recordar que la mayoría de los menores tiene más de 15 años, por lo que muchos superan la edad de escolarización obligatoria y aun así continúan sus estudios en el ámbito de la formación profesional o realizando otro tipo de módulos profesionales. Por otro lado, cabe destacar el bajo rendimiento académico de los menores y el alto porcentaje de repetidores (González-García *et al.*, 2017). Los resultados indicaron que casi 3 de cada 4 menores en AR están repitiendo curso o han repetido alguna vez. Este dato concuerda con lo encontrado en otros estudios en los que ya se advirtió de la baja tasa de idoneidad para los jóvenes tutelados en comparación con la población general (Montserrat, Casas y Malo, 2013; Montserrat *et al.*, 2011; Höjer, Johansson y Hill, 2010).

Algunas posibles explicaciones a estos datos podrían ser que el rendimiento escolar antes de entrar en AR ya fuera deficitario y que en su familia de origen, de la que ha sido separado, existieran problemas de diversa índole que dificultaran un adecuado desarrollo cognitivo y la adquisición de hábitos de estudio. Otra posible explicación podría estar relacionada con el ingreso en un centro de protección. La separación del menor de su familia implica, en muchos casos, la ruptura con el entorno del menor y con el colegio. En ocasiones el ingreso en un hogar de protección obliga a que el menor cambie de centro escolar, lo que podría perjudicar su adaptación y su rendimiento académico (Martín, Muñoz *et al.*, 2008).

Por último, en cuanto a la comisión de delitos, los resultados son coherentes con lo encontrado en investigaciones nacionales anteriores. Según los datos de este estudio, hay un porcentaje de menores en AR que cumple o ha cumplido una medida judicial (12.5%) siendo significativamente superior el de los chicos frente chicas, tal y como recogieron Oriol (2013) y Martín (2015). Estos datos acerca de conductas delictivas podrían tener su explicación en el perfil de adolescentes con problemas de conducta de tipo externalizante y problemas de consumo que, cada vez más, se encuentra en los centros de protección de nuestro país.

6.1. Objetivos

El objetivo principal de este estudio es conocer qué variables determinan la designación del *plan de caso* de cada menor.

Para ello, y tras recoger la información de los expedientes de los menores acogidos en AR se llevaron a cabo una serie de análisis que permitieron identificar aquellas variables que se relacionan con el establecimiento de uno u otro plan de caso. Con esto, se podrá conocer qué variables se relacionan significativamente con el plan de caso, y cuáles predicen que se determine cada plan.

6.2. Muestra

Para la consecución de este objetivo, se contó con la misma muestra que en el primer estudio de esta tesis. Ésta se compone de 281 menores acogidos en la red de centros de protección de la isla de Tenerife de entre 6 y 18 años.

De los 281 menores que componen la muestra objeto de estudio, el 54.1% son chicos y el 45.9% son chicas y la media de edad es de 14.53 años (DT= 3.02). Al igual que en el primer estudio, dentro de este grupo de menores no se incluye a los MENA ni a aquellos menores en AR en proceso de evaluación y que no tenían aún un plan de caso establecido.

6.3. Instrumentos

Para este segundo estudio, el instrumento utilizado fue el mismo que en el anterior. La información de los menores se volcó en un protocolo de recogida de información elaborado *ad hoc* y que permitió recoger de forma ordenada todos los datos obtenidos del registro acumulativo y del expediente del menor.

Con este instrumento se obtuvo la información acerca de los datos sociodemográficos y del caso, la situación familiar que rodea al menor y también sobre la problemática personal, escolar y social del menor.

6.4. Procedimiento

El procedimiento para este segundo estudio coincide con el que se siguió en el primer estudio de esta tesis. En primer lugar se llevó a cabo la recogida de la información de los expedientes de los menores custodiados en la Unidad de Infancia y Familia del Cabildo de Tenerife y tras ocho meses de recogida de datos, se comenzó con la realización de los análisis estadísticos descriptivos y los que se explican a continuación.

6.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos

Siguiendo el mismo diseño cuasi-experimental *ex-post-facto* que se estableció para el estudio anterior, para este segundo estudio se contó con el mismo grupo de jóvenes en AR y con la información de las mismas variables estudiadas.

En primer lugar, se realizaron contrastes ji-cuadrado (χ^2) para conocer qué variables del caso se relacionaban significativamente con los distintos planes de caso. A continuación, y con el objetivo de conocer cuáles de éstas determinaban la designación de uno u otro plan, se llevaron a cabo análisis de regresión logística, lo que permitió establecer modelos predictivos a partir de las variables estudiadas.

En este segundo estudio, la variable criterio es el *plan de caso* del menor. Los contrastes ji-cuadrado se realizaron con el objetivo de conocer qué variables se relacionaban significativamente con alguno de éstos planes: Reunificación Familiar (RF), Separación Definitiva (SD) y Preparación para la Vida Independiente o Emancipación (PVI).

Posteriormente, se llevaron a cabo regresiones logísticas binarias para cada plan de caso, incluyendo en cada modelo sólo aquellas variables que mantenían relaciones significativas en los contrastes ji-cuadrado.

Respecto a las variables predictoras de este estudio, son todas aquellas variables del protocolo de recogida de información descritas en el primer estudio. Éstas se agrupan en tres grupos distintos de variables y se resumen a continuación.

Tabla 26. Variables predictoras

Variables predictoras

Variables sobre el perfil del caso	<ul style="list-style-type: none">- Sexo- Edad actual- Edad de ingreso- Motivo de ingreso- Tiempo de estancia en AR- Cambios de plan de caso- Número de centros- Reingreso
Variables sobre la situación familiar	<ul style="list-style-type: none">- Problemática del padre- Problemática de la madre- Situación de pareja de los padres- Contactos con la familia- Visitas supervisadas- Hermanos en AR
Variables sobre la problemática personal, escolar y social del menor	<ul style="list-style-type: none">- Discapacidad- Enfermedad crónica- Salud mental (atención psicológica y psiquiátrica)- Medicación psicofarmacológica- Diagnóstico psicológico- Conductas suicidas- Consumo de tabaco- Consumo de sustancias ilegales- Estudios que cursan- Repite curso- Rendimiento académico- Medidas judiciales

6.6. Resultados

Con el objetivo de conocer qué variables determinan la designación del *plan de caso*, se llevaron a cabo contrastes ji-cuadrado y se obtuvieron los siguientes resultados en cada grupo de variables: variables sobre el perfil del caso, variables familiares y variables sobre la problemática personal, escolar y social del menor.

6.6.1. Variables del caso

En primer lugar, respecto a la edad actual de los menores, se puede observar que ésta se relaciona significativamente con la variable *plan de caso* [$\chi^2(4,281) = 102.6, p < .001$], siendo mayor el porcentaje de menores de entre 15 y 18 años cuyo plan de caso es de preparación para la vida independiente (55.7%), frente a los otros dos (ver tabla 27).

También la variable edad de ingreso se relaciona significativamente con el plan establecido [$\chi^2(6,281) = 106.63, p < .001$]. Los datos mostraron que cuando los menores ingresan entre 0 y 6 años (80.5%) o entre 7 y 10 (63.2%), predomina el plan de caso de separación definitiva, mientras que si el ingreso se produce cuando los menores tienen entre 15 y 18, la mayoría tiene plan de caso de preparación para la vida independiente (59.8%) frente a separación definitiva (3.1%) y reunificación familiar (37.1%).

Respecto al motivo de ingreso, se encontró que la presencia de malos tratos tiene relación con el plan de caso establecido [$\chi^2(2,280) = 18.85, p < .001$], de forma que el 39.3% de los que habían sufrido malos tratos tiene un plan de caso de separación definitiva frente a un 23.9% cuyo plan de caso es de reunificación familiar o de preparación para la vida independiente (36.8%). Además, los datos indicaron que la *incapacidad de control parental* como motivo de protección también se relaciona con dicha variable [$\chi^2(2,280) = 32.74, p < .001$] de forma que un 49.2% de quienes presentan este motivo de ingreso poseen un plan de caso de reunificación familiar, frente a separación definitiva (6.3%). Del mismo modo, la variable de *violencia contra los padres* como motivo de protección, se relaciona significativamente con los planes de caso, pues en el 100% de los casos en que se da, se trabaja para la reunificación familiar [$\chi^2(2,280) = 13.18, p < .01$].

Respecto a la variable *tiempo de estancia en AR*, ésta mantiene una relación significativa con la variable dependiente de este estudio [$\chi^2(6,281) = 61.43, p < .001$]. Los datos indicaron que con aquellos menores que llevan menos de un año en AR, se trabaja, en mayor medida, para la reunificación familiar (48.3%) frente a separación definitiva (13.8%). Por otro lado, dentro del grupo de menores que llevan más de 5 años en AR, predomina el plan de caso de separación definitiva (62.9%) frente a la reunificación (3.2%).

También la variable *cambios de plan de caso* mantiene una relación significativa con el plan de caso actual que se trabaja con cada menor [$\chi^2 (2,281) = 31.85, p < .001$]. Se encontró que en el 48.1% de los casos que han experimentado algún cambio de plan, actualmente se trabaja para la separación definitiva. Por otro lado, sólo en el 8.7% de los casos se trabaja para una reunificación familiar tras haber experimentado algún cambio de plan.

Además, la variable *número de centros* en que ha estado el menor se relaciona significativamente con el plan de caso actual [$\chi^2 (4,281) = 18.27, p < .01$]. En la tabla se observa que dentro del grupo de los que tienen un plan de caso de reunificación, el 32.1% ha estado en uno o dos centros mientras que en el grupo de menores que han estado en más de cinco centros, predomina el plan de caso de emancipación (90%).

Por último, la variable *reingreso*, influye sobre la designación del plan de caso [$\chi^2 (2,281) = 13.96, p < .01$]. Según los datos, sólo para el 7.4% de menores que han reingresado en AR se establece el plan de caso de reunificación familiar, frente a los otros dos (46.3% en ambos casos).

Tabla 27. Tabla de contingencia con las variables sobre el perfil del caso

	Plan de caso		
	Reunificación Familiar	Separación Definitiva	Emancipación
Sexo			
Chicos	30.3	36.8	32.9
Chicas	24.8	31.8	43.4
Edad actual***			
6-10	32.3	67.7 ⁺	0 ⁻
11-14	22.4	71.6 ⁺	6 ⁻
15-18	29	15.3 ⁻	55.7 ⁺
Edad ingreso***			
0-6	4.9 ⁻	80.5 ⁺	14.6 ⁻
7-10	24.6	63.2 ⁺	12.3 ⁻
11-14	30.2	29.1	40.7
15-18	37.1 ⁺	3.1 ⁻	59.8 ⁺
Motivo de ingreso			
Malos tratos***	23.9 ⁻	39.3 ⁺	36.8
Imposible cumplimiento	25	38.6	36.4
Abandono o renuncia	28.1	29.7	42.2
Incapacidad control parental***	49.2 ⁺	6.3 ⁻	44.4
Violencia contra los padres**	100 ⁺	0	0
Tiempo de estancia***			
< 1 año	48.3 ⁺	13.8 ⁻	37.9
1-3 años	33	29.8	37.2
3-5 años	7.9 ⁻	47.4	44.7
> 5 años	3.2 ⁻	62.9 ⁺	33.9
Cambios de plan de caso***	8.7 ⁻	48.1 ⁺	43.3
Número de centros**			
1 – 2 centros	32.1 ⁺	33	34.9
3 – 4 centros	16.1 ⁻	44.6	39.3
> 5 centros	0 ⁻	10	90 ⁺
Reingreso**	7.4 ⁻	46.3 ⁺	46.3

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁺RTC > 1.96; ⁻RTC < -1,96

6.6.2. Variables sobre la situación familiar

Respecto a las variables sobre la situación familiar de los menores en AR, los resultados indicaron que existen variables familiares que se relacionan significativamente con la variable objeto de estudio: *el plan de caso*.

Los datos mostraron una relación significativa entre el consumo de drogas del padre con dicha variable [$\chi^2 (2,211) = 7.44, p < .05$]. Como se puede observar en la tabla 28, sólo el 15.3% de los casos en que existe dicha problemática en el padre del menor, el plan de caso establecido es el de reunificación familiar, frente al de separación definitiva (39%) o emancipación (45.8%).

También, la existencia de problemas económicos tanto en el padre [$\chi^2 (2,211) = 7.44, p < .05$] como en la madre [$\chi^2 (2,267) = 18.9, p < .001$] son variables que se relacionan significativamente con el plan de caso del menor. En más de la mitad de los casos en los que hay problemas económicos severos se trabaja para la separación definitiva.

Además, el hecho de que no exista ninguna problemática específica del padre [$\chi^2 (2,211) = 24.88, p < .001$] ni de la madre [$\chi^2 (2,266) = 12.71, p < .01$] también se relaciona con el plan de caso que se establece. En estos casos en los que no existe ninguna problemática del padre (77.8%) ni de la madre (55.6%), se trabaja en mayor medida para la reunificación familiar.

Por otro lado, los resultados indicaron que cuando la madre está *ausente o desimPLICada* de la vida del menor, en un 65.2% de los casos se establecía el plan de preparación para la vida independiente, frente al de reunificación (4.3%) y el de separación definitiva (30.4%) [$\chi^2 (2,266) = 11.5, p < .01$].

También el hecho de que la madre haya permanecido en prisión en el pasado o esté interna actualmente influye significativamente sobre el plan de caso [$\chi^2 (2,266) = 7.86, p < .05$]. En estos casos, se trabaja en un 52.6% para la posterior reunificación familiar, en un 36.8% para la separación definitiva y sólo en un 10.5% para la emancipación.

Por último, el ejercicio de la prostitución en el presente o en el pasado de la madre del menor se relaciona con el plan de caso de forma que, en aquellos casos en

que existe esta problemática, se trabajará mayoritariamente para la separación definitiva del menor (66.7%), frente al 16.7% en que se trabajará para la reunificación y el 16.7% para emancipación [$\chi^2 (2,266) = 8.34, p < .05$].

Además de lo anterior, hay otras variables familiares que se relacionan significativamente con la variable *plan de caso*. Estas son: la situación de pareja de los padres, los contactos con la familia de origen, la existencia de visitas supervisadas o de hermanos en AR.

Por un lado, respecto a la situación de pareja de los padres, los resultados mostraron que en el 44% de los casos en que son matrimonio o mantienen una relación estable, se trabaja para la reunificación familiar del menor. Sin embargo, cuando se trata de padres o madres que se han separado o divorciado de sus parejas, en un 39.8% se establece el plan de caso de separación definitiva frente al de reunificación (28.3%) o el de emancipación (31.9%) [$\chi^2 (10,279) = 30.44, p < .01$].

Por otro lado, respecto a los contactos con la familia y las visitas supervisadas, los resultados mostraron que ambas variables se relacionan significativamente con el plan de caso del menor [$\chi^2 (10,277) = 29.8, p < .01$] y [$\chi^2 (4,258) = 19.23, p < .01$] respectivamente. Los resultados indicaron que en el 73.3% de los casos en que no existe ningún tipo de contacto entre el menor y la familia de origen, el plan de caso establecido era el de emancipación. También, se observó un porcentaje superior de menores con este plan de caso (52.5%) frente al de reunificación (27.1%) y el de separación definitiva (20.3%) cuando se daban salidas del menor con pernocta en su hogar.

Respecto a la supervisión de visitas, se obtuvo que cuando existen visitas supervisadas, hay un mayor porcentaje de menores con plan de caso de separación definitiva (44.6%) frente a reunificación (29.7%) y emancipación (25.7%).

Por último, la variable de presencia de hermanos en AR se relaciona significativamente con la determinación de uno u otro plan de caso [$\chi^2 (2,281) = 48.78, p < .001$]. Los resultados indicaron que cuando hay otros hermanos en el mismo centro, se establece en mayor medida el plan de separación definitiva (57.6%) frente al de reunificación (20.3%) y al de emancipación (22%).

Tabla 28. Tabla de contingencia con las variables sobre la problemática familiar

	Plan de caso		
	Reunificación Familiar	Separación Definitiva	Emancipación
Problemática del padre			
Fallecido	13.6	22.7	63.6 ⁺
Ausente o desimplicado	31.9	37.7	30.4
Delincuencia	21.9	40.6	37.5
Prisión	21.4	53.6 ⁺	25
Violencia contra su pareja	21.7 ⁻	37.7	40.6
Alcoholismo	16.4 ⁻	41	42.6
Drogodependencias*	15.3 ⁻	39	45.8
Salud Mental	36.8	21.1	42.1
Discapacidad (física o intelectual)	22.2	44.4	33.3
Enfermedad crónica	10	35	55
Problemas económicos*	12.8 ⁻	51.3 ⁺	35.9
Ninguna***	77.8 ⁺	0 ⁻	22.2
Problemática de la madre			
Fallecida	16.7	25	58.3
Ausente o desimplicada**	4.3 ⁻	30.4	65.2 ⁺
Delincuencia	15.8	42.1	42.1
Prisión (presente o pasado)*	52.6 ⁺	36.8	10.5 ⁻
Prostitución (presente o pasado)*	16.7	66.7 ⁺	16.7
Víctima violencia de su pareja	26.4	34.3	39.3
Alcoholismo	19.6	51 ⁺	29.4
Drogodependencias	22.2	31.1	46.7
Salud Mental	30.6	37.5	31.9
Discapacidad (física, intelectual o sensorial)	21.3	48.9 ⁺	29.8
Enfermedad crónica	24.1	41.4	34.5
Problemas económicos***	20.8 ⁻	51.5 ⁺	27.7 ⁻
Ninguna**	55.6 ⁺	11.1 ⁻	33.3

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁺ $RTC > 1.96$; ⁻ $RTC < -1.96$

Tabla 28. Tabla de contingencia con las variables sobre la problemática familiar
(continuación)

	Plan de caso		
	Reunificación Familiar	Separación Definitiva	Emancipación
Situación de pareja de los padres**			
Matrimonio/pareja estable	44 ⁺	16 ⁻	40
Separación/divorcio	28.3	39.8 ⁺	31.9 ⁻
Viudedad	13	21.7	65.2 ⁺
Soltero	26.7	40	33.3
Contacto con la familia de origen**			
No hay contactos	6.7	20	73.3 ⁺
Visitas al hogar	23.7	45.6 ⁺	30.7 ⁻
Salidas sin pernoctas	32.9	36.7	30.4
Salidas con pernoctas	27.1	20.3 ⁻	52.5 ⁺
Visitas supervisadas**	29.7	44.6 ⁺	25.7 ⁻
Hermanos en AR***	20.3 ⁻	57.6 ⁺	22 ⁻

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁺ RTC > 1.96; ⁻ RTC < -1,96

6.6.3. Variables sobre la problemática personal, escolar y social del menor

Dentro de este último grupo de variables se engloban aquellas que tienen que ver con la problemática personal, social y escolar del menor, ya descritas en el estudio anterior.

En cuanto a la existencia de una etiqueta o *diagnóstico psicológico*, aunque χ^2 no haya resultados significativa [$\chi^2 (6,281) = 9.12, p > .05$], los datos mostraron que dentro del grupo de menores con algún diagnóstico psicológico, predomina el plan de caso de reunificación familiar (38.2%) frente a los otros dos (ver tabla 29).

También en el caso de aquellos menores que han presentado *conductas suicidas* antes o durante su estancia en el centro, se observa un porcentaje significativamente inferior del plan de caso de separación definitiva (11.8%), aunque χ^2 no sea significativa [$\chi^2 (2,281) = 5.2, p > .05$].

Respecto a los hábitos de consumo de los menores acogidos en AR, se obtuvo que el *consumo de tabaco de forma habitual* [$\chi^2 (6,278) = 82.09, p < .001$] y el *consumo de otras sustancias tóxicas ilegales* [$\chi^2 (2,278) = 59.28, p < .001$] son variables que se relacionan con el plan de caso del menor. En ambas variables, el plan de caso más común entre los menores que consumen tabaco o sustancias tóxicas es el de preparación para la vida independiente (58% para el tabaco y 58.9% para sustancias ilegales), seguido del plan de reunificación familiar y el de separación definitiva.

En cuanto a los *estudios que cursan actualmente*, los datos mostraron que existe una relación significativa entre dicha variable y el plan de caso establecido [$\chi^2 (12,275) = 101.76, p < .001$]. Se puede observar que dentro del grupo de quienes cursan la Educación Primaria, predomina el plan de caso de separación definitiva (71.3%) frente al de emancipación (1.1%). Respecto a quienes cursan la Educación Secundaria Obligatoria, los datos se invierten, siendo mayor el porcentaje de quienes tienen el plan de caso de emancipación (50%), frente a separación definitiva (23.4%). También en el grupo de quienes cursan Formación Profesional, el plan de caso que predomina es el de emancipación (65.9%).

Además de lo anterior, los datos indicaron que existe una relación significativa entre *haber repetido* alguna vez y el plan de caso del menor [$\chi^2 (2,278) = 15.71, p < .001$]. Según los resultados, casi la mitad de los menores que han repetido alguna vez

(43.5%) tienen un plan de caso de preparación para la vida independiente, frente al de reunificación (28.5%) y el de separación definitiva (28%).

Respecto al rendimiento académico de los menores, se obtuvo que dicha variable se relaciona significativamente con el plan de caso establecido [$\chi^2 (10,268) = 36.39, p < .001$]. Los datos mostraron que, de aquellos menores que aprobaban todas las asignaturas con buenas notas, en un 58.6% de los casos, se estableció el plan de caso de separación definitiva, frente a un 17.2% de reunificación familiar y un 24.1% de emancipación. Además, el plan de caso más frecuente entre el grupo de menores que suspendían varias asignaturas fue el plan de emancipación (48.4%)

Por último, *estar cumpliendo o haber cumplido alguna medida judicial* es una variable que, según los análisis, se relaciona significativamente con el plan de caso del menor [$\chi^2 (2,281) = 18.25, p < .001$]. Se observó que, en este grupo de menores, predomina el plan de caso de preparación para la vida independiente (51.4%) seguido del de reunificación familiar (45.7%) y el de separación definitiva (2.9%).

Tabla 29. Tabla de contingencia con las variables de la problemática personal, social y escolar del menor

	Plan de caso		
	Reunificación Familiar	Separación Definitiva	Emancipación
Discapacidad del menor			
Intelectual	25.9	33.3	40.7
Física	50	50	0
Sensorial	25	75	0
Enfermedad crónica	20	32.5	47.5
Atención psicológica en la actualidad	29.3	33.1	37.6
Atención psiquiátrica en la actualidad	32.5	29.9	37.7
Medicación psicofarmacológica actualidad	37.3	32.2	30.5
Diagnóstico psicológico	38.2 ⁺	32.9	28.9
Conductas suicidas (presente o pasado)	47.1	11.8 ⁻	41.2
Consumo de tabaco (habitualmente)***	38.6 ⁺	3.4 ⁻	58 ⁺
Consumo sustancias tóxicas ilegales***	37.8 ⁺	3.3 ⁻	58.9 ⁺
Estudios que cursan***			
Educación Primaria	27.6	71.3 ⁺	1.1 ⁻
Educación Secundaria Obligatoria	26.6	23.4 ⁻	50 ⁺
Bachillerato	33.3	16.7	50
Formación Profesional	26.8	7.3 ⁻	65.9 ⁺
Módulos o talleres no profesionales	33.3	0 ⁻	66.7
No cursa ningún tipo de estudios	14.3	14.3	71.4
Repite curso***	28.5	28 ⁻	43.5 ⁺
Rendimiento académico***			
Aprueba todo con buenas notas	17.2	58.6 ⁺	24.1
Aprueba con notas suficientes	24.1	48.3	27.6
Suspende alguna asignatura	16.1	51.6 ⁺	32.3
Suspende varias asignaturas	25.8	25.8 ⁻	48.4 ⁺
No tiene notas en los estudios que cursa	20.8	12.5 ⁻	66.7 ⁺
Medida judicial***	45.7 ⁺	2.9 ⁻	51.4

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁺ $RTC > 1.96$; ⁻ $RTC < -1.96$

6.6.4. Regresiones logísticas

Tras realizar los contrastes ji-cuadrados descritos anteriormente, se realizaron una serie de regresiones logísticas con el fin de examinar qué variables determinan la designación de un plan de caso u otro. Para ello, se realizaron tres regresiones logísticas binarias o dicotómicas para cada plan de caso, incluyendo en cada una las variables de los diferentes grupos: variables sobre el perfil del caso, variables familiares y variables sociales y personales del menor. Se incluyeron en el modelo sólo aquellas variables que habían resultado significativas en los contrastes ji-cuadrado y en las cuáles los RTC mostraban diferencias significativas en el plan de caso en cuestión. Por último, en los apartados siguientes y con objeto de simplificar la lectura de los resultados, únicamente se incluyeron las variables significativas en cada modelo de regresión, es decir, aquellas variables en las que la *Odds Ratio* (OR) resultó significativa.

6.6.4.1. Regresión logística para reunificación familiar

En primer lugar, respecto a las variables referidas al perfil del caso, los datos de la regresión logística mostraron que existen variables significativas en el modelo multivariado. Se obtuvo que la *edad de ingreso* entre 15 y 18 años, disminuye la probabilidad de que se establezca el plan de caso de reunificación familiar (OR = 0.25, $p < .01$). Por otro lado, los resultados indicaron que la *incapacidad de control parental* como motivo de protección multiplica la probabilidad de que se establezca dicho plan (OR = 2.41, $p < .05$). También, cuando el *tiempo de estancia en AR* está entre 3 y 5 años (OR = 0.16, $p < .05$) o es superior a 5 años (OR = 0.05, $p < .01$) disminuye la probabilidad de que se establezca el plan de caso de reunificación familiar. Asimismo, los resultados mostraron la variable *cambio de plan de caso* (OR = 0.3, $p < .05$) y la variable *reingreso* (OR = 0.11, $p < .001$) también disminuyen la probabilidad de que se trabaje para la reunificación (ver tabla 30).

Tabla 30. Regresión logística para el plan de caso de reunificación familiar: variables sobre el perfil del caso

VARIABLES SOBRE EL PERFIL DEL CASO	OR	95% IC
Edad de ingreso		
15 – 18 años	0.25 **	0.11 – 0.56
Incapacidad de control parental	2.41 *	1.1 – 5.29
Estancia en AR		
3 – 5 años	0.16 *	0.04 – 0.72
> 5 años	0.05 **	0.01 – 0.27
Cambios de plan de caso	0.3 *	0.12 – 0.77
Reingreso	0.11 ***	0.04 – 0.35

R^2 Nagelkerke = 0.45, Modelo χ^2 (12) = 105.33, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 80.7%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Respecto a las variables familiares, se obtuvo la presencia de *drogodependencias del padre* (OR = 0.37, $p < .05$) disminuye la probabilidad de que se trabaje con el objetivo de la reunificación. Por el contrario, el hecho de que no exista *ninguna problemática en la figura del padre*, multiplica dicha probabilidad (OR = 7.84, $p < .05$) (ver tabla 31).

Tabla 31. Regresión logística para el plan de caso de reunificación familiar: variables familiares

VARIABLES FAMILIARES	OR	95% IC
Drogodependencias del padre	0.37 *	0.15 – 0.91
Ninguna problemática del padre	7.84 *	1.52 – 40.47

R^2 Nagelkerke = 0.28, Modelo χ^2 (9) = 44.84, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 77.8%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Por último, respecto al grupo de variables sociales y personales del menor, los resultados del modelo no mostraron ninguna variable significativa para este plan de caso.

6.6.4.2. Regresión logística para separación definitiva

Siguiendo el mismo procedimiento, se realizaron tres regresiones logísticas para determinar qué variables predecían en mayor medida que se estableciera el plan de caso de separación definitiva.

Respecto al grupo de variables del perfil del caso, se obtuvo que tener entre 6 y 10 años (OR = 6.01, $p < .05$) y entre 11 y 14 años (OR = 15.03, $p < .001$) aumenta la probabilidad de que se establezca el plan de caso de separación definitiva. Asimismo, haber ingresado con una edad entre 0 y 6 años (OR = 5.65, $p < .05$) o la presencia de *malos tratos* como motivo de ingreso (OR = 9.04, $p < .01$) multiplica dicha probabilidad. Por otro lado, estar menos de un año en AR (OR = 0.28, $p < .05$) disminuye la probabilidad de que se trabaje para la separación definitiva del menor y su familia (ver tabla 32).

Tabla 32. Regresión logística para el plan de caso de separación definitiva: variables sobre el perfil del caso

Variables sobre el perfil del caso	OR	95% IC
Edad actual		
6 – 10 años	6.01 *	1.23 – 30.19
11 – 14 años	15.03 ***	5.13 – 44.02
Edad de ingreso		
0 – 6 años	5.65 *	1.3 – 24.58
Malos tratos	9.04 **	2.18 – 37.42
Estancia en AR		
< 1 año	0.28 *	0.1 – 0.81

R^2 Nagelkerke = 0.61, Modelo χ^2 (11) = 164.55, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 84.3%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Respecto a las variables familiares, se obtuvo que si la *madre ejercido la prostitución* (OR = 5.35, $p < .05$), aumenta la probabilidad de que se trabaje para la separación definitiva. También, el hecho de que haya *hermanos* conviviendo en el mismo centro multiplica dicha probabilidad (OR = 8.83, $p < .001$) (ver tabla 33).

Tabla 33. Regresión logística para el plan de caso de separación definitiva: variables familiares

Variables familiares	OR	95% IC
Prostitución	5.35*	1.07 – 26.73
Hermanos en AR	8.83 ***	3.86 – 20.19

R^2 Nagelkerke = 0.43, Modelo χ^2 (11) = 73.94, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 77.2%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Por último, respecto a las variables de la problemática personal, social y escolar del menor, los resultados de la regresión logística mostraron que sólo el *consumo de tóxicos* tiene valor predictivo en este modelo. Según los datos, la existencia de consumo de sustancias tóxicas por parte de los menores, disminuye la probabilidad de que se establezca el plan de caso de separación definitiva (OR = 0.13, $p < .01$) (ver tabla 34).

Tabla 34. Regresión logística para el plan de caso de separación definitiva: variables sociales y personales

Variables sociales y personales	OR	95% IC
Consumo de tóxicos	0.13 **	0.03 – 0.6

R^2 Nagelkerke = 0.47, Modelo χ^2 (12) = 114.4, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 79.7%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

6.6.4.3. Regresión logística para preparación para la vida independiente

Para finalizar, se realizaron las regresiones logísticas con el objetivo de determinar aquellas variables que predicen que se establezca el plan de caso de preparación para la vida independiente.

Respecto al primer grupo de variables, los resultados indicaron que tener entre 11 y 14 años ($OR = 0.08, p < .001$) disminuye la probabilidad de que se trabaje para la emancipación del menor. Sin embargo, el hecho de que el menor haya estado en 5 centros o más ($OR = 25.65, p < .05$), aumenta la probabilidad de que se establezca el plan de preparación para la vida independiente (ver tabla 35).

Tabla 35. Regresión logística para el plan de caso de preparación para la vida independiente: variables sobre el perfil del caso

VARIABLES SOBRE EL PERFIL DEL CASO	OR	95% IC
Edad actual		
11 – 14 años	0.08 ***	0.03 – 0.24
Número de centros		
> 5 centros	25.65 *	2.1 – 313.68

R^2 Nagelkerke = 0.43, Modelo χ^2 (6) = 106.25, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 71.5%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En cuanto a las variables familiares, el hecho de que la *madre esté ausente o desimplicada* de la vida del menor (OR = 4.06, $p < .05$) aumenta la probabilidad de que se establezca el plan de caso de emancipación. Por el contrario, si la *madre está en prisión* (OR = 0.2, $p < .05$) o el menor tiene *hermanos en AR* (OR = 0.32, $p < .01$), dicha probabilidad disminuye (ver tabla 36).

Tabla 36. Regresión logística para el plan de caso de preparación para la vida independiente: variables familiares

VARIABLES FAMILIARES	OR	95% IC
Madre ausente o desimplicada	4.06 *	1.37 – 12.07
Prisión de la madre	0.2 *	0.04 – 0.97
Hermanos en AR	0.32 **	0.17 – 0.62

R^2 Nagelkerke = 0.27, Modelo χ^2 (9) = 52.45, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 71.8%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Por último, respecto a las variables sociales y personales, los datos indicaron que *estar cursando la educación primaria* (OR = 0.01, $p < .001$) disminuye el hecho de que el plan de caso sea el de emancipación (ver tabla 37).

Tabla 37. Regresión logística para el plan de caso de preparación para la vida independiente: variables sociales y personales.

VARIABLES SOCIALES Y PERSONALES	OR	95% IC
Estudios que cursan		
Educación primaria	0.01 ***	0.001 – 0.09

R^2 Nagelkerke = 0.42, Modelo χ^2 (8) = 102.36, $p < .001$, porcentaje global de clasificación: 74.3%, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Para finalizar la exposición de los resultados, exponemos en el siguiente cuadro las variables que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se establezca cada uno de los planes de caso.

Reunificación Familiar

Aumentan la probabilidad

- Incapacidad de control parental
- Ninguna problemática en el padre

Disminuyen la probabilidad

- Edad de ingreso entre 15 – 18 años
- Estancia en AR entre 3 – 5 años
- Estancia en AR más de 5 años
- Cambios de plan de caso
- Reingreso
- Drogodependencias del padre

Separación Definitiva

Aumentan la probabilidad

- Edad actual entre 6 – 10 años
- Edad actual entre 11 – 14 años
- Edad de ingreso entre 0 – 6 años
- Malos tratos
- Prostitución de la madre
- Hermanos en AR

Disminuyen la probabilidad

- Estancia en AR menos de 1 año
- Consumo de tóxicos por parte del menor

Preparación para la vida independiente

Aumentan la probabilidad

- Haber estado en más de 5 centros
- Madre ausente o desimplicada

Disminuyen la probabilidad

- Edad actual entre 11 – 14 años
- Prisión de la madre
- Hermanos en AR
- Cursar educación primaria

6.7. Discusión

El objetivo de este segundo estudio era conocer las variables que determinan la designación del plan de caso de cada menor. Para ello, se analizaron las variables del caso para conocer cuáles se relacionan significativamente con cada plan, y cuáles aumentan o disminuyen la probabilidad de establecer uno u otro. Los resultados de este estudio revelaron qué variables de las analizadas tienen más peso en la toma de decisiones y cuáles influyen sobre dicho proceso.

En primer lugar, respecto al plan de caso de reunificación familiar, se encontró que la edad de ingreso es una variable que influye sobre la decisión de establecer este plan de caso. Concretamente, la regresión logística mostró que tener 15 años o más en el momento del ingreso en AR, disminuye significativamente la probabilidad de establecer el plan de reunificación. Una posible explicación podría ser que, tal y como establece la Ley, uno de los objetivos prioritarios con los menores en AR que hayan cumplido los 16 años es la preparación para la vida independiente.

También el tiempo de la estancia en AR tiene relación con el plan de caso establecido. Según los resultados, las estancias más largas disminuyen la probabilidad de que se establezca el plan de reunificación familiar. Siguiendo lo establecido en los estándares de calidad del AR (Del Valle *et al.*, 2012), cuando se establece el plan de reunificación, éste debe tener una temporalización determinada y debe estar limitado en el tiempo. Si tras meses de intervención la reunificación no ha sido posible, el plan de caso se modificará y se establecerá otra finalidad más adecuada a la situación personal y familiar del menor. Por esto es muy poco probable que se continúe trabajando para la reunificación familiar con menores que lleven más de 3 años en AR.

Por otro lado, los reiterados cambios de plan de caso y el reingreso de un menor al centro disminuyen la probabilidad de que se trabaje para la reunificación familiar. Tal y como se vio en el estudio anterior, el reingreso de un menor a un centro disminuye la probabilidad de realizar una nueva intervención dirigida a la reintegración familiar. La inestabilidad y las rupturas (tanto de acogimiento como de reunificación) han mostrado tener un impacto significativo sobre la salud mental de los menores (Del Valle *et al.*, 2008; Newton *et al.*, 2000; Rubin *et al.*, 2007). Esto podría ser una posible explicación a nuestros datos puesto que estos problemas podrían dificultar los procesos de reunificación familiar.

Por ello, se hace necesaria una adecuada valoración de la situación del menor y su familia antes de proponer la reunificación, puesto que se ha comprobado que si ésta se realiza antes de tiempo, las consecuencias de la ruptura podrían ser definitivas (Balsells *et al.*, 2015; Mateos *et al.*, en prensa). En este punto, se destaca la importancia de garantizar el éxito de la reunificación familiar antes, durante y después de que ésta se lleve a cabo.

Respecto a los motivos de protección, nuestros datos indican que cuando existe incapacidad de control parental de la conducta de los hijos, aumenta significativamente la probabilidad de establecer el plan de caso de reunificación familiar. Según esto, parece que la intervención con la familia de origen, de cara a la posterior reunificación, es la alternativa más adecuada cuando el principal motivo es el control de la conducta de los hijos. Es lógico pensar que, tras una adecuada intervención, los padres podrían aprender habilidades y estrategias para controlar la conducta de sus hijos, por lo que el plan de caso deberá estar orientado hacia una reintegración familiar tras la separación provisional. Sin embargo, no debemos olvidar que uno de los criterios para que la reunificación familiar se lleve a cabo con éxito es que tanto la familia como el menor deben percibir que los problemas que originaron la separación se resolverán con la intervención (Biehal *et al.*, 2015; Sánchez, 2001; Vanderfaeillie *et al.*, 2017), por lo que resulta fundamental indagar sobre los motivos que, según las familias y los menores, han provocado la situación de separación.

En relación a esto, en los casos en los que los progenitores solicitan la guarda voluntaria por un plazo máximo de dos años, por no poseer las habilidades necesarias para el control de la conducta de sus hijos, la Ley obliga a los padres a someterse a una intervención familiar. Los resultados de nuestro estudio son coherentes con lo anterior, puesto que cuando el motivo de ingreso tiene relación con la falta de habilidades parentales (incluyendo los supuestos de guarda voluntaria), el plan de caso que se establece con mayor probabilidad es el de reunificación familiar tras una adecuada intervención. Por tanto, los resultados encontrados nos indican que lo planteado en la nueva Ley sobre los motivos de protección y la obligatoriedad de realizar intervención familiar cuando se trata de casos de guarda voluntaria, se está llevando a cabo.

Algo que también parece determinar la decisión sobre la reunificación familiar es la situación de la figura paterna. Parece que cuando existen problemáticas graves

como la drogodependencia, disminuye la probabilidad de que dicho plan se establezca. Una posible explicación a esto es que, tal y como se ha demostrado en algunos estudios, la existencia de familias multiproblemáticas en las que se combinan los problemas económicos, de salud mental y la agresividad o el consumo de sustancias tóxicas, podría dificultar gravemente el proceso de intervención y el retorno de los menores con sus familias (Del Valle *et al.*, 2008; González-García *et al.*, 2017).

Además, el hecho de que sea la figura paterna de referencia la que aparece en los resultados de regresión logística como variable determinante para el establecimiento de la reunificación familiar, podría indicarnos que aun vivimos en una sociedad patriarcal en la que la figura masculina ejerce la autoridad y ostenta el peso de la familia. Según nuestros resultados, el hecho de que existan problemas de drogodependencias en el padre es un elemento que determina, en gran parte, la decisión de no establecer una reunificación familiar, probablemente por el peligro que esto podría suponer para los menores.

Por otro lado, cuando no se encuentran problemas en la figura paterna de referencia, aumenta significativamente la probabilidad de establecer un plan de reunificación. Esto podría indicar, de nuevo, que el hogar podría no ser un entorno adecuado para los menores cuando existen problemas graves en la figura del padre.

En segundo lugar, respecto al plan de caso de separación definitiva, hay algunas variables ya nombradas que también son determinantes para el establecimiento de este plan. Cuando los menores tienen una corta edad o ingresan en AR con menos de 6 años, el plan de caso que se establece con mayor probabilidad es el de separación definitiva. Esto tiene que ver con la perspectiva evolutiva que recogen De Paúl y Arruabarrena (2001) y que debe tenerse en cuenta a la hora de valorar una situación de desamparo, puesto que una misma situación o comportamiento negligente podría no ser dañino para un adolescente y ser muy perjudicial para un menor de corta edad. Por tanto, tiene mucho sentido que nuestros resultados indiquen que una corta edad, cuando el menor es más vulnerable, aumente significativamente la probabilidad de establecer el plan de separación definitiva. A esta explicación se une que es probable que para estos menores más pequeños, sea más fácil encontrar una alternativa familiar adecuada que pueda cubrir sus necesidades básicas.

En cuanto al tiempo de estancia, los resultados indicaron que las estancias más cortas en AR disminuyen la probabilidad de que se establezca el plan de caso de separación definitiva. Esto podría tener dos explicaciones. En primer lugar, tal y como se ha explicado anteriormente, cuando un menor entra en AR por haber sido declarado en desamparo, en un primer momento debe valorarse la posibilidad de reunificación familiar. Este proceso puede durar algunos meses hasta que se desestima la posibilidad de reunificación y se establece otro plan. Por esto, es posible que no se trabaje para la separación definitiva con los menores que llevan en AR menos de un año. En segundo lugar, otra posible explicación es que si el plan de caso que se establece, por las circunstancias familiares que sean, es el de separación definitiva, el proceso de valoración de la idoneidad de los posibles acogedores y la preparación de éstos y del menor para acoplarse a una nueva familia pueden alargar las estancias en el centro. Sin embargo, esto no debe verse como algo negativo, puesto que si existe estabilidad durante la estancia, será preferible el mantenimiento del menor en el centro hasta que sea el momento adecuado de formalizar el acogimiento o la adopción con el fin de evitar una posterior ruptura.

Respecto a los motivos de protección, los datos mostraron que cuando existen malos tratos hacia el menor, parece que la elección que se establece con mayor probabilidad es la de separar definitivamente al menor de su familia de origen. Esto podría explicarse porque los casos de malos tratos son más frecuentes en los niños más pequeños y vulnerables, para los que podría existir una alternativa familiar adecuada. Además, otra posible explicación a este resultado podría ser que los casos más graves de malos tratos (maltrato físico o abusos sexuales) estén influyendo sobre la decisión de separar definitivamente al menor de su familia de origen. De hecho, tal y como se recogió en el estudio anterior, el porcentaje de menores que han sufrido maltrato físico o abuso sexual es bastante alto en comparación con lo encontrado en otros estudios realizados con muestra española (González-García *et al.*, 2017; Sainero *et al.*, 2015), por lo que esto podría estar influyendo sobre la elección de este plan.

Según los resultados de las regresiones logísticas, parece claro que cuando se trata de un menor de corta edad que ha sufrido malos tratos por parte de sus cuidadores principales, el plan de caso que se establece con más frecuencia es el de separación definitiva. Esto es coherente con los principales criterios que Sánchez (2001) identificó para el establecimiento de dicho plan: la existencia de daño potencial para el menor (por

ejemplo, malos tratos) y la disponibilidad de una alternativa familiar adecuada, mucho más probable cuanto más corta es la edad del menor.

Por otro lado, algo que también aumenta la probabilidad de establecer el plan de separación definitiva es la presencia de hermanos en el mismo hogar. Es posible que éste sea uno de los motivos por el que las estancias en AR de estos menores sea superior a la de quienes entran solos, tal y como advirtió López, Del Valle *et al.* (2010) sobre las dificultades de encontrar alternativas familiares para los grupos de hermanos.

Respecto a esto, existen unas recomendaciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2010) entre las que se encuentra mantener juntos a los hermanos cuando éstos sean separados de sus familias de origen. Además, la legislación vigente en materia de infancia prioriza el mantenimiento de los hermanos juntos en los centros puesto que se ha demostrado que existen ciertos beneficios para éstos. De hecho, hay estudios que confirman que los hermanos ayudan a sobrellevar los conflictos parentales y obtienen mejores resultados en variables escolares y de conducta que aquellos que son acogidos solos (Davidson-Arad y Klein, 2011; Iturralde *et al.*, 2013). Sin embargo, existe el peligro de que las estancias se prolonguen demasiado en el tiempo y provoquen un efecto perjudicial en los menores empeorando la integración social en la residencia de los grupos de hermanos (Martín y Márquez, 2015).

Otra cuestión que se debe tener en cuenta respecto al AR de grupos de hermanos y que podría aumentar la probabilidad de establecer el plan de separación definitiva es que es posible que la reunificación familiar sea más difícil con varios menores de distintas edades que cuando se trata de un menor solo, sobre todo teniendo en cuenta la gravedad de la situación familiar de estos jóvenes. Es posible que los problemas económicos severos, la inestabilidad emocional de la madre y del sistema familiar dificulten la reunificación de dos menores o más. Por ello, se hace necesario revisar los planes de caso de los grupos de hermanos, flexibilizar las recomendaciones que se han realizado sobre éstos y valorar si mantenerlos unidos ofrece ventajas reales para los menores o si dificulta su proceso de salida del sistema de protección (Martín y Márquez, 2015).

Respecto a la figura de la madre, los resultados indicaron que ésta juega un importante papel en la toma de decisiones. Parece que la existencia de problemas graves de marginalidad como la prostitución, determina el establecimiento del plan de

separación definitiva. De hecho, los resultados mostraron que en dos de cada tres casos en los que la madre ejerce la prostitución, se trabaja para la separación definitiva del menor. Por tanto, mientras que la situación de la figura paterna influye sobre la decisión de reunificar al menor o no con su familia de origen, la situación de la madre es también un elemento clave a tener en cuenta en el proceso de toma de decisiones, aunque parece más decisiva en la opción de la separación definitiva.

En cuanto a las variables que disminuyen la probabilidad de establecer el plan de separación definitiva, los resultados indicaron que el consumo de sustancias tóxicas por parte de los menores acogidos en AR disminuye significativamente la probabilidad de establecer el plan de separación definitiva. Esto podría indicar que es muy difícil encontrar una alternativa familiar adecuada para un menor que consume tóxicos y que requiere una atención especializada en un centro terapéutico, no en una familia (Martín *et al.*, 2018).

En tercer lugar, respecto al plan de caso de preparación para la vida independiente, los resultados mostraron que, una vez más la edad del menor es una variable determinante en el proceso de toma de decisiones. Como parece lógico, cuando un menor tiene entre 11 y 14 años o está cursando la educación primaria, disminuye significativamente la probabilidad de trabajar con dicho objetivo. Esto es coherente con lo que establece la Ley sobre los programas de preparación para la vida independiente dirigidos a los jóvenes que estén en AR y que tengan entre 16 y 18 años.

Otra variable que aparece en los resultados de las regresiones logísticas es el número de centros en que ha estado el menor. Haber estado en más de cinco centros aumenta significativamente la probabilidad de que se establezca el plan de emancipación. Esto podría estar relacionado con el perfil de menores más frecuente en los centros: jóvenes de entre 15 y 18 años que han entrado a una edad tardía y que tienen problemas de comportamiento, consumo, rendimiento escolar y salud mental. Por tanto, parece lógico pensar que, para un amplio grupo de menores, resulte complicado encontrar un centro que atienda adecuadamente todas sus necesidades (Martín *et al.*, 2018).

Respecto a la figura materna, los datos indicaron que, cuando está ausente o desimplicada de la vida del menor, el plan de caso que se establece con mayor probabilidad es el de preparación para la vida independiente. Sin embargo, cuando ésta

se encuentra en prisión y no es posible su valoración disminuye la probabilidad de establecer el plan de emancipación. Esto podría ser debido a la prioridad de valorar a la madre como posible solución tras su salida del centro penitenciario.

7.1. Objetivos

El objetivo que se establece para este tercer estudio de la tesis es analizar qué recursos se utilizan para el trabajo individualizado con cada menor y su relación con el plan de caso establecido.

Esto se encuadra dentro de la evaluación de proceso de los programas de AR. Como ya se sabe, la programación de objetivos y la planificación de los recursos es inherente a la puesta en marcha de cualquier programa, por lo que resulta fundamental la evaluación de los programas de AR a través del análisis de los recursos que se movilizan para la consecución de los objetivos planteados.

7.2. Muestra

De los 281 menores de los cuáles se recogió información de los expedientes de la Unidad de Infancia y Familia, para la realización de este estudio se contó con una muestra de 226 menores, todos de entre 6 y 18 años, con medida de amparo de AR y con Proyecto Educativo Individualizado (PEI).

7.3. Instrumentos

Como ya se ha explicado anteriormente, en la isla de Tenerife se utiliza el SERAR como Sistema de Evaluación y Registro del Acogimiento Residencial (Bravo *et al.*, 2015; Del Valle y Bravo, 2007) para recoger toda la información acerca de los menores. En los estudios anteriores hemos utilizado únicamente el registro acumulativo y la información del resto del expediente del menor para obtener todos los datos necesarios para llevar a cabo los análisis estadísticos. Sin embargo, para este estudio se utilizó la segunda parte de este instrumento: el Proyecto Educativo Individualizado (PEI).

En este instrumento los educadores completan cuáles son los objetivos de intervención con cada menor y qué recursos se requieren para la consecución de los

mismos. Estos recursos pueden ser internos al centro o externos; humanos o materiales. Gracias a la información obtenida del PEI, se recogieron sobre una plantilla los recursos utilizados y posteriormente se categorizaron. En esta plantilla se incluía la siguiente información:

- A. Fecha del PEI
- B. Plan de Caso del menor en el momento de la realización del PEI
- C. Recursos que se activan para trabajar con el menor

Para este estudio no se incluyó el análisis de los objetivos planteados en el PEI por la dificultad que esto supone debido a la gran cantidad de información de diverso tipo que los educadores recogen en el PEI.

7.4. Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio, se recogió toda la información de los PEI de los menores y se volcó dicha información en la plantilla destinada para esto. Durante los meses de mayo a diciembre de 2016 se completó toda la información necesaria para la realización de este estudio: la fecha del PEI, el plan de caso en ese momento y los recursos que se contemplaban para cada menor.

Es necesario aclarar que en este estudio sólo se incluyen los recursos explicitados en el documento del PEI, que no necesariamente coinciden con los que se activan en la práctica.

Posteriormente, se reunió la información de todos los recursos obtenidos de los menores que disponían de PEI (226 casos) para realizar la categorización de los mismos. Este proceso de categorización y la definición de las categorías resultantes se explicarán en el apartado de diseño de investigación. Una vez finalizado el proceso de categorización, se realizaron los análisis estadísticos y se comenzó con la redacción de los resultados.

7.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos

Para analizar los recursos que se plantean en el PEI y su relación con el plan de caso establecido para cada menor, se llevaron cabo análisis descriptivos y se realizaron tablas de contingencia usando χ^2 como estadístico de contraste para comprobar si existía relación entre los recursos del PEI y la variable criterio (plan de caso). Posteriormente se comprobó si existía relación entre los recursos activados y otras variables como son sexo, edad del menor y tiempo de estancia en AR.

Previo a la realización de estos análisis estadísticos, se realizó la categorización de los recursos, estableciéndose 14 categorías de respuesta que se explican a continuación:

1. *Equipo técnico del centro*: en esta categoría se incluye al equipo educativo del centro, tutores de referencia y psicólogos en plantilla (psicólogos de los Centros Especializados en Adolescentes y de los Centros Terapéuticos).
2. *Equipos especializados del sistema de protección infantil (SPI)*: hace referencia a todos aquellos equipos, externos al centro, que están especializados en la atención a la infancia y la familia: Equipos insulares territorializados de atención especializada (EITAEs), Servicio insular especializado en adolescentes (SIEA), Equipos de Intervención Directa (EID), Psicólogos de los Equipos de Apoyo a los Centros Propios, técnicos de la Unidad de Infancia y Familia, psicólogos de intervención familiar (PIF) y también al personal especializado del centro (pedagogos, logopedas y psicólogos).
3. *Docentes de los centros educativos*: profesores del centro educativo del menor
4. *Recursos especializados en drogodependencias*: servicios y recursos que ofrezcan tratamiento especializado en las drogodependencias
5. *Otros recursos externos especializados*: Recursos especializados como los de logopedia, psicomotricidad o pedagogía terapéutica, externos al centro. Aquí también se incluyó a los Puntos de Encuentro Familiar (PEF), como recurso externo especializado.

6. *Servicios de salud mental*: psicólogos y psiquiatras de centros o servicios externos al sistema de protección
7. *Recursos sanitarios*: Se incluyen los centros de salud y aquellos recursos sanitarios como las clínicas dentales o los programas de promoción de la salud.
8. *Familia*: Tanto cercana como familia extensa. En esta categoría se incluyen aquellos casos en los que se recoge de forma explícita que se trabaja directamente con la familia del menor.
9. *Otros adultos externos al centro*: En esta categoría se incluyen las familias colaboradoras, monitores, entrenadores y otros adultos externos al centro como los profesores de apoyo.
10. *Iguales del centro de protección*: En esta categoría se incluye a los otros menores con que convive en el centro de protección.
11. *Iguales de la comunidad*: otros niños del centro educativo, equipo deportivo, del barrio o la comunidad.
12. *Actividades de ocio y tiempo libre*: Incluye todos aquellos recursos que se utilicen para la realización de actividades de ocio: parques, instalaciones deportivas, excursiones, campamentos, entorno comunitario y recursos de la zona dedicados al ocio.
13. *Actividades formativas*: hace referencia a los recursos relacionados con el ámbito formativo fuera del hogar y del ámbito académico reglado: academias, idiomas, apoyo escolar y centros de día para actividades.
14. *Actividades de inserción laboral*: En esta categoría se encuadran aquellos servicios y recursos orientados a la inserción laboral de los menores: la oficina de empleo, los programas de orientación laboral o el orientador laboral.

Con el objetivo de asegurar la fiabilidad del proceso de categorización de los recursos se llevó a cabo un proceso inductivo usando la estrategia de codificación, consenso, co-ocurrencia y comparación (Saldaña, 2009). Además, para la elaboración de las categorías se tuvieron en cuenta los criterios de homogeneidad, utilidad, exclusión mutua y claridad y concreción recomendados por Pérez (2001). Una vez establecidas las categorías, dos personas asignaron, de manera independiente, los

recursos en cada categoría establecida y posteriormente se realizó un análisis de fiabilidad inter-jueces utilizando el índice *Kappa*, obteniéndose valores con una fuerza de concordancia buena o muy buena para todas las categorías (ver tabla 38).

Tabla 38. Grado de acuerdo inter-jueces para cada categoría

Categorías	Índice <i>Kappa</i>
Equipo técnico del centro	1
Equipos especializados del SPI	0.96
Docentes del centro educativo	0.9
Recursos especializados en drogodependencias	0.97
Otros recursos externos especializados	0.82
Servicios de salud mental	0.79
Recursos sanitarios	0.9
Familia	0.88
Otros adultos externos	0.81
Iguales del centro de protección	0.97
Iguales de la comunidad	0.75
Actividades de ocio y tiempo libre	0.92
Actividades formativas	0.62
Actividades de inserción laboral	0.91

Nota: Fuerza de la concordancia del índice *Kappa* según Altman (1991): < 0.20: pobre; 0.21-0.40: débil; 0.41-0.60: moderada; 0.61-0.80: buena; 0.81-1; muy buena

Tras dicha categorización y su correspondiente análisis de fiabilidad inter-jueces, se asignó a cada categoría el valor de 0 o 1 en función de si se utilizaban dichos recursos o no y se llevaron a cabo los análisis estadísticos explicados anteriormente.

7.6. Resultados

El objetivo que se plantea en este estudio es el de analizar los recursos utilizados para la consecución de los objetivos de intervención y la relación que esto pudiera tener con el plan de caso del menor. También se realizaron tablas de contingencia con el fin de observar la relación de dichos recursos con otras variables del caso como el sexo, la edad de lo menor y el tiempo de estancia en AR.

En primer lugar, y para ofrecer una visión general sobre el número de PEI de menores con que se trabaja cada plan de caso, en la tabla 39 se recoge cuál es la distribución de los menores (que tienen PEI) en función al plan de caso.

Tabla 39. Distribución de la muestra en función del plan de caso

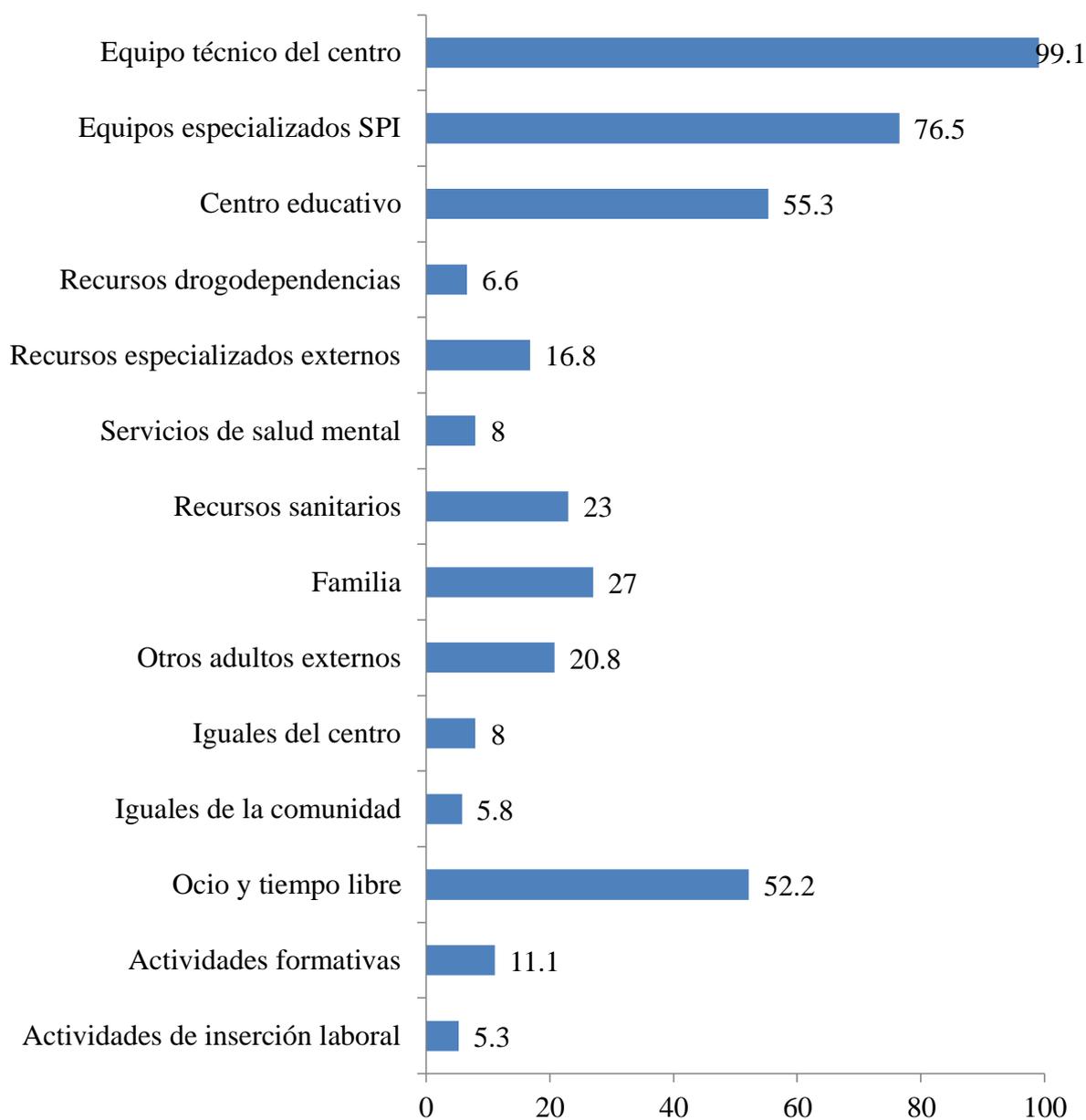
Plan de caso	n	%
Reunificación Familiar	61	27
Separación Definitiva	83	36.7
Preparación para la Vida Independiente	82	36.3
Total	226	100

7.6.1. Análisis de frecuencias sobre los recursos del PEI

En la gráfica 10 se exponen los resultados descriptivos sobre la frecuencia en que se activan los diferentes recursos. Como se puede observar, en el 99.1% de los casos se incluye al equipo técnico del centro como recurso para la consecución de los objetivos planteados con cada menor. Seguido de éste, destaca un alto porcentaje de menores con que se activan los diferentes recursos especializados del sistema de protección infantil (76.5%). Por otro lado, en más de la mitad de los casos se contempla al centro educativo como recurso en el PEI (55.3%) y también las actividades de ocio y tiempo libre (52.2%).

Cabe recordar que estos datos corresponden únicamente a la información sobre los recursos que se explicitan en el PEI.

Gráfica 10. Frecuencia de uso de los recursos del PEI



7.6.2. Relación entre los recursos del PEI y el plan de caso

Para comprobar si existían diferencias significativas entre el uso de unos u otros recursos en función del plan de caso establecido para cada menor, se realizaron tablas de contingencias y análisis ji-cuadrado (χ^2). Los resultados indicaron que existen diferencias significativas en el uso de los *recursos especializados en drogodependencias* [$\chi^2 (2,226) = 10.32, p < .01$] en función del plan de caso. Según los datos (ver tabla 40), el 13.4% de los que tienen un plan de caso de emancipación hacen uso de estos recursos, frente al 4.9% de los que tienen un plan de reunificación y un 1.2% de los que tienen un plan de separación definitiva.

También en la categoría de *otros recursos especializados externos* existen diferencias significativas [$\chi^2 (2,226) = 17.93, p < .001$]. Los datos indicaron que el 30.1% de quienes tienen un plan de separación definitiva utilizan recursos externos al centro, frente a un 12.2% de casos con plan de emancipación y un 4.9% de quienes tienen un plan de reunificación.

En el mismo sentido que en el caso anterior, la categoría de *otros adultos externos* es significativamente más utilizada con aquellos menores cuyo plan de caso es el de separación definitiva (31.3%) frente a quienes tienen un plan de reunificación familiar (9.8%) [$\chi^2 (2,226) = 10.35, p < .01$].

Por último, los resultados mostraron diferencias significativas en cuanto al uso de los recursos y *actividades de inserción laboral* [$\chi^2 (2,226) = 10.35, p < .01$] en función del plan de caso. Según los datos, aquellos menores cuyo plan de caso era el de emancipación, utilizaba en mayor medida (12.2%) estos recursos frente a aquellos con quienes se trabajaba para una separación definitiva (1.2%).

Tabla 40. Distribución de los recursos del PEI en función del plan de caso

Recursos del PEI	Plan de Caso		
	Reunificación Familiar	Separación Definitiva	Preparación para la Vida Independiente
1. Equipo técnico del Centro	98.4	98.8	100
2. Equipos especializados del SPI	65.7 ⁻	80.7	80.5
3. Centro educativo	47.5	60.2	56.1
4. Recursos especializados en drogodependencias **	4.9	1.2 ⁻	13.4 ⁺
5. Otros recursos especializados externos ***	4.9 ⁻	30.1 ⁺	12.2
6. Servicios de salud mental	6.6	10.8	6.1
7. Recursos sanitarios	14.8	27.7	24.4
8. Familia	26.2	24.1	30.5
9. Otros adultos externos **	9.8 ⁻	31.3 ⁺	18.3
10. Iguales del centro de protección	9.8	10.8	3.7
11. Iguales de la comunidad	4.9	7.2	4.9
12. Actividades de ocio y tiempo libre	55.7	53	48.8
13. Actividades formativas	6.6	9.6	15.9
14. Actividades de inserción laboral **	1.6	1.2 ⁻	12.2 ⁺

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁺ RTC > 1.96; ⁻ RTC < -1,96

7.6.3. Relación entre los recursos del PEI y el sexo

Además del análisis de los recursos del PEI en función del plan de caso del menor, se realizaron análisis ji-cuadrado para obtener información acerca de la relación de dichas variables con el sexo del menor. Los datos indicaron que existen diferencias significativas en el uso de algunos recursos en función del sexo (ver tabla 41).

En primer lugar, se observan un porcentaje significativamente superior en cuanto a la categoría de *centro educativo* por parte de los chicos (62.4%) frente a las chicas (47.7%) [$\chi^2(1,226) = 4.92, p < .05$].

En segundo lugar, los datos indicaron que también en cuanto a *los iguales del centro de protección* como recurso para trabajar los objetivos del PEI, el porcentaje de los chicos (12%) es significativamente superior al de las chicas (3.7%) [$\chi^2(1,226) = 5.3, p < .05$].

En tercer lugar, siguiendo el mismo sentido que en los casos anteriores, el porcentaje de chicos (9.4%) que trabajan para la consecución de sus objetivos teniendo en cuenta como recursos humanos a los *iguales de la comunidad*, es significativamente superior al de las chicas (1.8%) [$\chi^2(1,226) = 5.96, p < .05$].

Tabla 41. Distribución de los recursos del PEI en función del sexo

Recursos del PEI	Sexo	
	Chico	Chica
1. Equipo técnico del Centro	100	98.2
2. Equipos especializados del SPI	78.6	74.3
3. Centro educativo *	62.4 ⁺	47.7 ⁻
4. Recursos especializados en drogodependencias	6.8	6.4
5. Otros recursos especializados externos	18.8	14.7
6. Servicios de salud mental	8.5	7.3
7. Recursos sanitarios	21.4	24.8
8. Familia	26.5	27.5
9. Otros adultos externos	21.4	20.2
10. Iguales del centro de protección *	12 ⁺	3.7 ⁻
11. Iguales de la comunidad *	9.4 ⁺	1.8 ⁻
12. Actividades de ocio y tiempo libre	54.7	49.5
13. Actividades formativas	11.1	11
14. Actividades de inserción laboral	5.1	5.5

*p< .05; **p< .01; ***p< .001; + RTC > 1.96; - RTC < -1,96

7.6.4. Relación entre los recursos del PEI y la edad del menor

Respecto a la relación que existe entre la utilización de los recursos del PEI y la edad de los menores en el momento de completar dicho documento, se observó que también existen diferencias significativas en cuanto a la movilización de algunos de estos recursos según la edad del menor.

Como se puede observar en la tabla 42, los menores que tienen entre 15 y 18 años utilizan en mayor medida los *recursos especializados en drogodependencias* (10.3%) frente a menores cuya edad está comprendida entre 6 y 10 años (0%) y 11 y 14 años (0%) [$\chi^2(2,226) = 8.8, p < .05$].

También se observa una diferencia significativa en el uso de *recursos especializados externos* entre quienes tienen entre 6 y 10 años (39.3%) y quienes tienen entre 15 y 18 (12.3%) [$\chi^2(2,226) = 12.22, p < .01$].

Por último, los resultados mostraron que el grupo de menores cuya edad está comprendida entre los 15 y 18 años hace un uso significativamente mayor de los recursos y *actividades de inserción laboral* (8.2%) en comparación con menores cuya edad está comprendida entre 6 y 14 años (0%) [$\chi^2(2,226) = 6.94, p < .05$].

Tabla 42. Distribución de los recursos del PEI en función de la edad del menor

Recursos del PEI	Edad Actual		
	6 – 10	11 – 14	15 – 18
1. Equipo técnico del Centro	100	100	98.6
2. Equipos especializados del SPI	78.6	75	76.7
3. Centro educativo	71.4	51.9	53.4
4. Recursos especializados en drogodependencias *	0 ⁻	0 ⁻	10.3 ⁺
5. Otros recursos especializados externos **	39.3 ⁺	17.3	12.3 ⁻
6. Servicios de salud mental	3.6	11.5	7.5
7. Recursos sanitarios	25	32.7	19.2
8. Familia	28.6	28.8	26
9. Otros adultos externos	10.7	30.8 ⁺	19.2
10. Iguales del centro de protección	7.1	13.5	6.2
11. Iguales de la comunidad	3.6	3.8	6.8
12. Actividades de ocio y tiempo libre	46.4	48.1	54.8
13. Actividades formativas	14.3	3.8	13
14. Actividades de inserción laboral *	0	0	8.2 ⁺

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁺ RTC > 1.96; ⁻ RTC < -1,96

7.6.5. Relación entre los recursos del PEI y el tiempo de estancia en AR

Otra variable que podría tener relación con los recursos que se incluyen en el Proyecto Educativo Individualizado de cada menor, es el tiempo de estancia en AR. Los resultados de estos análisis mostraron diferencias significativas en cuanto al uso de dichos recursos en función de si llevaban más o menos tiempo conviviendo en un recurso residencial (ver tabla 43).

Se observó que los menores que llevaban entre 3 y 5 años en AR (33.3%) y quienes llevan más de 5 años (25%), utilizaban en mayor medida *recursos especializados externos* al centro frente a quienes llevaban menos de un año (4%) [$\chi^2(3,226) = 17.54, p < .01$].

Además, los resultados indicaron que un mayor porcentaje de quienes llevan más de 5 años en AR (31.7%), utiliza como recurso *otros adultos externos al centro*, frente a aquellos menores que llevan menos de un año en AR (10%) [$\chi^2(3,226) = 9.91, p < .05$].

Por último, respecto a los recursos humanos de *iguales del centro de protección*, los datos indicaron que el grupo de menores que lleva entre 1 y 3 años en AR (16.3%) utiliza este recurso en mayor medida frente a quienes llevan entre 3 y 5 años dentro de un centro de protección (0%) [$\chi^2(3,226) = 12.63, p < .01$].

Tabla 43. Distribución de los recursos del PEI en función del tiempo de estancia

Recursos del PEI	Tiempo de estancia en AR			
	< 1 año	1 – 3 años	3 – 5 años	> 5 años
1. Equipo técnico del Centro	100	97.5	100	100
2. Equipos especializados del SPI	86	71.3	72.2	78.3
3. Centro educativo	54	56.3	69.4	46.7
4. Recursos especializados en drogodependencias	10	8.8	0	5
5. Otros recursos especializados externos **	4 ⁻	11.3	33.3 ⁺	25 ⁺
6. Servicios de salud mental	4	10	8.3	8.3
7. Recursos sanitarios	24	25	13.9	25
8. Familia	28	18.8 ⁻	36.1	31.7
9. Otros adultos externos *	10 ⁻	16.3	27.8	31.7 ⁺
10. Iguales del centro de protección **	6	16.3 ⁺	0	3.3
11. Iguales de la comunidad	4	7.5	0	8.3
12. Actividades de ocio y tiempo libre	44	50	52.8	61.7
13. Actividades formativas	12	8.8	13.9	11.7
14. Actividades de inserción laboral	8	1.3 ⁻	2.8	10

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁺ RTC > 1.96; ⁻ RTC < -1,96

7.7. Discusión

Los resultados de este estudio ofrecen información acerca de los recursos que se utilizan para el trabajo individualizado con cada menor y la relación que guardan con el plan de caso y otras variables como el sexo, la edad del menor y el tiempo de la estancia en AR. Tras los análisis realizados se puede concluir que dichos recursos se utilizan en mayor o menor medida en función de las variables del caso nombradas y de la finalidad del plan de caso establecido.

Esta información se ha podido recabar gracias a la existencia de un instrumento de evaluación y registro en el AR. Tal y como se ha explicado en apartados anteriores de esta tesis, el proyecto educativo individualizado es un instrumento que se incluye dentro del Sistema de Evaluación y Registro del AR (SERAR) elaborado por Del Valle y Bravo (2007) y que permite recoger la evolución de los menores durante su estancia en AR así como los objetivos que se plantean para el trabajo con el menor y los recursos necesarios para la consecución de los mismos. Aunque hay algunas investigaciones que ya han utilizado este instrumento para evaluar los programas de AR (Bravo y Del Valle, 2001; Martín *et al.*, 2007) no hemos encontrado estudios en los que se haya hecho un análisis de los recursos que se contemplan para el desarrollo de la intervención durante la estancia del menor en el centro. Por ello, esta investigación se planteó con el objetivo de analizar la utilización de los diferentes recursos en la intervención con el menor.

Es necesario aclarar que nuestros resultados reflejan únicamente los recursos que han sido recogidos en el PEI por los educadores. Esto significa que podría haber casos en los que se trabaje con determinados recursos pero que éstos no se incluyan en la planificación de la intervención para el logro de los objetivos, por lo que entendemos que la frecuencia de utilización de los recursos podría ser mayor.

En primer lugar, con respecto a la frecuencia de la utilización de los diferentes recursos, según lo que se recoge en el PEI de los menores, los resultados mostraron que, tanto el equipo técnico del centro como los equipos especializados del sistema de protección, son los recursos que más se utilizan en el trabajo con los menores. En la gran mayoría de los casos se recogió en el PEI que estos equipos se incluyen como recursos para la consecución de los objetivos planteados. Como parece lógico, el personal técnico de los centros participa como recurso humano fundamental para la consecución de los objetivos en prácticamente todos los casos. Junto a éstos, los

distintos equipos especializados en la atención a la infancia, externos al centro, forman parte de la intervención que se planifica desde los hogares de protección en tres de cada cuatro casos (Balsells *et al.*, 2015; Comasòlivas *et al.*, 2018; Cuenca *et al.*, 2018; Martín *et al.*, 2007).

Además de éstos, los recursos que aparecen en tercer y cuarto lugar son el centro educativo y los recursos de ocio y tiempo libre. En aproximadamente la mitad de los PEI analizados se incluyen estas dos categorías de recursos. Esto indica que con bastante frecuencia se utilizan los recursos normalizados del entorno para el trabajo y la intervención con los menores en AR, lo que podría interpretarse como aspecto positivo.

El hecho de incluir al centro educativo como recurso podría reflejar que se le está dando una alta importancia a los estudios y la formación desde el centro residencial. Durante años, muchos autores han recogido en sus investigaciones que algo que podría estar relacionado con el bajo rendimiento de los menores y los problemas de adaptación es la poca atención que tradicionalmente se ha prestado a los objetivos escolares desde los programas de AR (Brodie, 2005; Martín, Muñoz *et al.*, 2008). Otra posible explicación a la alta frecuencia con que se nombra al centro educativo podría estar relacionada con los problemas de adaptación de los menores en AR a la escuela. Esto podría conllevar a la necesidad de incluir a los tutores del centro educativo como recurso fundamental para la intervención integral del menor (Berridge, 2007; Maclean y Connely, 2005; Martín *et al.*, 2011).

A pesar del poco protagonismo que tradicionalmente han adquirido los objetivos escolares en los programas de AR, el estándar 11 del documento elaborado por Del Valle *et al.* (2012), establece que todos los niños y jóvenes deben estar realizando los estudios y la formación que más se ajuste a sus intereses y además, se recoge como indicador de calidad que exista una comunicación fluida y frecuente entre el educador y los profesores del centro educativo para trabajar de forma coordinada. Asimismo, en el estándar 20 de este mismo documento se recoge como aspecto fundamental del trabajo con menores en AR, la coordinación entre profesionales de las distintas áreas, específicamente, con los centros escolares y formativos. Por tanto, nuestros resultados son coherentes con los indicadores de calidad que se recogen en el EQUAR y explican que dicha categoría sea incluida en la intervención con los menores en más ocasiones que el resto de categorías.

La alta frecuencia de uso de los recursos de ocio y tiempo libre podría indicarnos que se está haciendo un esfuerzo real por la integración y normalización de los menores en la comunidad. Este es uno de los principales cambios que definió el nuevo modelo de atención residencial y que Del Valle y Fuertes (2000) recogieron como aspecto clave del modelo de *mini residencias* de los últimos años.

En los estándares de calidad del AR también se recoge esta necesidad de normalización e integración de los menores. Según el estándar 13 del EQUAR, un indicador de que se cumple con este aspecto es que los niños y jóvenes participan en actividades de ocio, deporte y relaciones de amistad en la comunidad de la que forman parte y se trabaja la motivación para la realización de dichas actividades para aprender nuevas habilidades y disfrutar del ocio. Por tanto, los resultados obtenidos indican que se está trabajando de forma transversal para la normalización e integración de los menores en su comunidad a través de la realización de actividades de ocio y tiempo libre fuera del centro de protección (Martín, 2012).

Por otro lado, algo que llama la atención de este primer resultado es el bajo porcentaje de ocasiones en que se nombra a la familia en los PEI de los menores. Una posible interpretación de este resultado podría ser que los educadores dan por hecho que la familia debe estar incluida en la intervención y por este motivo no la nombran como recurso en el PEI. Por tanto, a pesar del bajo porcentaje obtenido en cuanto a la frecuencia de dicha categoría como recurso, queremos enfatizar el papel fundamental de la familia en la intervención con los menores que permanecen en AR. De hecho, numerosas investigaciones han demostrado que la implicación de éstas, aunque no siempre es posible, es profundamente importante y que podría mejorar los resultados a largo plazo del AR (Frensch y Cameron, 2002; Geurts *et al.*, 2012; Knorth, Harder *et al.*, 2008; Martín, Torbay *et al.*, 2008).

Con respecto a la frecuencia de uso de los recursos en función del plan de caso, los resultados mostraron que los recursos especializados en drogodependencias se utilizan, en un porcentaje significativamente superior, con menores con los que se trabaja para la preparación para la vida independiente. Esto nos indica, por una parte, que los problemas de consumo se encuentran en los menores de entre 16 y 18 años con los que se trabaja, más habitualmente, para la emancipación, y por otra parte, que en muy pocas ocasiones se destinan recursos especializados en drogodependencias cuando

se trata de un menor cuyo plan es el de separación definitiva, pues entendemos que un menor con problemas de consumo de sustancias tóxicas, difícilmente podrá encontrar una alternativa familiar estable y adecuada. Aunque estos resultados muestran que se emplean recursos especializados para afrontar esta problemática, es necesario destacar el impacto negativo que tiene el consumo de sustancias durante los procesos de transición a la vida adulta (Narendorf y McMillen, 2010). Por ello, los recursos especializados en drogodependencias adquieren un papel fundamental en la intervención con los menores en AR, y sobre todo habiéndose encontrado un alto índice de problemas de consumo en nuestro primer estudio, así como en otros desarrollados en nuestro país (González-García *et al.*, 2017).

Otro resultado que merece la pena destacar es que la categoría de recursos especializados externos en la que se incluyen los servicios de logopedia, psicomotricidad y los puntos de encuentro familiar, es utilizada en más ocasiones cuando el plan de caso es el de separación definitiva. Una posible explicación a este resultado podría ser que en los casos en que la familia ha sido desestimada pero se quiere continuar manteniendo el contacto, se hace uso de los puntos de encuentro familiar (PEF) en los que se llevan a cabo las visitas entre los menores y sus familias de origen bajo la supervisión de profesionales. Por ello, es posible que este porcentaje sea significativamente superior cuando la situación familiar es más complicada y se trabaje para la separación definitiva del menor con su familia, puesto que en estos casos el contacto no puede mantenerse de forma natural en el centro. Además, la Ley 26/2015 contempla la posibilidad de que exista contacto entre la familia de origen y el menor incluso en los casos de adopción tras una separación definitiva, a través de la figura de adopción abierta. Por tanto, los puntos de encuentro familiar se plantean como un recurso cada vez más necesario para mantener el vínculo entre el menor y su familia.

En la misma línea, respecto a la categoría de otros adultos externos, en la que se incluyen las familias colaboradoras, nuestros resultados mostraron que se hace uso de este recurso con más frecuencia en los casos en que los menores no volverán con sus familias de origen y se trabaja para la separación definitiva. Los programas de familias colaboradoras se dirigen a aquellos menores que tienen mayores dificultades para encontrar una alternativa familiar adecuada y que llevan más tiempo en AR. Como parece lógico, este grupo de menores cuyo plan de caso es la separación definitiva de su

familia, es el que más se beneficia de los programas de familias colaboradoras y por tanto, es el grupo que incluye, con mayor frecuencia, a adultos externos en su PEI.

Sin perjuicio de lo anterior, nuestros resultados indicaron que la familia de los menores está presente en la intervención independientemente del plan de caso establecido. Este resultado es positivo y, una vez más, nos indica que la implicación de las familias es fundamental (Balsells *et al.*, 2015; Knorth, Harder *et al.*, 2008; Martín, Torbay *et al.*, 2008). Asimismo, es necesario recordar que en esta investigación únicamente se recogen los recursos declarados en el PEI, por lo que cuando se trabaja para la reunificación familiar, la intervención con la familia se da en todos los casos, aunque no se refleje en el PEI como recurso para la consecución de los objetivos.

Con respecto a los recursos y actividades para la inserción laboral, como parece lógico, en la mayoría de las ocasiones que se incluyen en el PEI, se trata de jóvenes cuyo plan de caso es el de preparación para la vida independiente. Esto es coherente con la naturaleza de dicho programa, pues la búsqueda de empleo y la orientación hacia la inserción laboral son algunos de los objetivos principales. Por tanto, no es de extrañar que los menores con un plan de emancipación, hagan uso de los recursos para lograr la inserción laboral (Gypen *et al.*, 2017; Heerde *et al.*, 2016; López *et al.*, 2013).

En cuanto a los resultados obtenidos en función del sexo, los datos mostraron que se incluye al centro educativo como recurso en el PEI de los chicos en un porcentaje significativamente superior que en el caso de las chicas. Una posible explicación a esto podría ser que las chicas tienen menos problemas en el ámbito académico y también que ellos presentan mayores problemas de comportamiento (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2017; Martín, 2015; Stevens *et al.*, 2008). Este podría ser el motivo por el que se requiere una mayor colaboración del centro escolar y se plantea la necesidad de incluir a los profesores en la intervención con el menor.

Otro dato que llama la atención y merece la pena destacar es que también se encontraron diferencias significativas en cuanto a la inclusión en el PEI de los iguales del centro de protección y de la comunidad en función del sexo del menor. Nuestros resultados mostraron que se incluyen en el PEI en más ocasiones a los iguales cuando se trata de un chico. En coherencia con este resultado, hay autores que han demostrado en sus investigaciones que las chicas obtienen mejores puntuaciones en cuanto a la adaptación a la nueva situación de acogida y también que disponen de redes sociales

más consistentes (Bravo y Del Valle, 2001; Martín, 2011; 2015). Estas variables de adaptación y apoyo social podrían ser la explicación a nuestros datos. Es posible que si los chicos tienen mayores problemas de adaptación a la residencia y no perciben apoyo social de sus iguales del centro y de la comunidad, los educadores incluyan, como recurso para la consecución de los objetivos, a los iguales para lograr una mayor integración tanto en el centro residencial como en la comunidad.

Otra posible explicación podría estar relacionada con una mayor participación de los chicos en equipos deportivos y actividades físico-deportivas, puesto que los compañeros del equipo deportivo, como recurso para la integración de los menores, se incluye en la categoría de iguales de la comunidad (Jiménez-Torres, Godoy-Izquierdo y Godoy, 2012; Martínez *et al.*, 2017).

En cuanto la variable de edad, nuestra investigación confirmó la utilización dispar de algunos recursos en función de la edad de los menores. Los resultados indicaron que los recursos especializados en drogodependencias únicamente se utilizan cuando el menor tiene entre 15 y 18 años, puesto que a una edad más corta apenas se encuentran menores con problemas graves de consumo de sustancias y que requieran atención especializada por parte de recursos externos.

En relación a la categoría de recursos especializados externos al sistema de protección, nuestros resultados mostraron que con el grupo de menores de entre 6 y 10 años es con el que más utiliza este tipo de recursos. Tal y como se explicó anteriormente, dentro de esta categoría se incluyen los puntos de encuentro familiar, por lo que parece claro que los menores de corta edad cuyo plan de caso es, con mayor probabilidad, el de separación definitiva son aquellos que mayor uso hacen de este recurso. Además, dentro de esta categoría de recursos también se incluyen los servicios de logopedia, algo que suele ser más común entre los menores de estas edades (Moreno *et al.*, 2010)

Un aspecto positivo a destacar de nuestros resultados es que no existen diferencias significativas en cuanto a la inclusión de los familiares en la intervención en función de la edad de los menores, lo que confirma el importante papel que juegan las familias independientemente de la edad que tengan los menores, incluso cuando se trabaja para la emancipación (Cuenca *et al.*, 2018).

Asimismo, la distribución equilibrada entre los tres grupos de edad del uso de actividades de ocio y tiempo libre, nos indica que desde los programas de AR se están incluyendo recursos que promueven la normalización e integración de los menores desde que son pequeños hasta que son adolescentes (Del Valle y Fuertes, 2000; Del Valle *et al.*, 2012). Como ya se comentó antes, este dato es coherente con lo que se establece en el estándar 13 del EQUAR, según el cual los niños y jóvenes deberán participar en actividades de ocio y en actividades lúdico-deportivas de la comunidad.

Por último, merece la pena comentar el alto porcentaje de ocasiones en las que se incluye a los adultos externos como recurso en el grupo de menores entre 11 y 14 años. Esto podría indicar que a esta edad, la relación con adultos externos es fundamental para los menores frente a otras edades. Es posible que cuando los jóvenes tienen entre 15 y 18 años, estos adultos pierdan protagonismo en la vida de los menores a favor de la importancia que adquieren los iguales, independientemente de que éstos no se recojan como recurso en el PEI.

Respecto al tiempo de estancia en AR, ésta es una variable que parece estar relacionada con la utilización de los diferentes recursos. Se comprobó que se incluyen más frecuentemente los recursos especializados externos en el PEI de los menores cuanto más tiempo llevan en el centro. Según nuestros datos, estos recursos, entre los que se incluyen los servicios de logopedia, psicomotricidad y pedagogía terapéutica, son utilizados en mayor medida cuando el menor lleva más de 3 años en AR. Es posible que este grupo de menores con más problemas y que necesitan intervenciones especializadas con logopedas u otros profesionales (incluidos los puntos de encuentro familiar), sean los que mayores dificultades tienen para encontrar una alternativa familiar adecuada o reunificarse con su familia, lo que podría alargar durante años la estancia en AR. Además, estos problemas en el niño podrían constituir factores de estrés en la familia, por lo que la reunificación familiar podría ser más complicada en estos casos, tal y como plantean algunos autores (Sánchez, 2001; Vanderfaeillie *et al.*, 2017).

Por otro lado, en relación a los adultos externos al centro, como pueden ser las familias colaboradoras, nuestros resultados indicaron que éstas se incluyen con mayor frecuencia en el trabajo con los jóvenes que llevan más de 5 años en AR. Como parece lógico, quienes han permanecido en un centro durante tanto tiempo son aquellos menores para los que es más complicado encontrar una alternativa familiar (López, Del

Valle *et al.*, 2010). Por ello, es posible que se incluya la figura de familia colaboradora en la intervención con aquellos casos que más se beneficiarían de una vinculación positiva con otros adultos externos al centro. De hecho, estos programas se destinan a menores que llevan mucho tiempo viviendo en centros de acogida y/o con perspectivas de largo internamiento, por lo que los resultados de nuestro estudio son coherentes con la naturaleza de los propios programas de familias colaboradoras.

En cuanto a los iguales del centro de protección, los resultados mostraron que los menores que llevan entre 1 y 3 años en AR constituyen el grupo en el que más frecuentemente se incluye a los iguales del centro como recurso en el PEI. Una posible explicación podría ser la prioridad que se da a las distintas áreas de intervención según avanza el tiempo en AR. Es posible que después del primer año en un centro el menor ya se haya integrado con el resto de iguales y participe en más actividades junto con sus compañeros del hogar. Asimismo, estos datos también podrían estar relacionados con los resultados obtenidos por Martín *et al.* (2007) en su investigación sobre la evolución de los menores en AR. Estos autores concluyeron en su estudio que las estancias entre 1 y 3 años podrían ser las más adecuadas por lo que podría ser una etapa sensible para trabajar aspectos relacionados con la integración social del menor en la residencia.

Por último, cabe destacar que no se encontraron diferencias significativas en la categoría de familia ni en la de ocio y tiempo libre en función del tiempo de estancia. Una vez más, esto confirma que se trabaja con la familia de origen incluso cuando el menor lleve más de 5 años en AR y también del trabajo de normalización e integración que se realiza desde el centro independientemente del tiempo que dure la estancia en AR.

Para finalizar, no debemos olvidar que los resultados de este estudio hacen referencia únicamente a los recursos que se recogen explícitamente en el PEI de cada menor. Esto implica que, posiblemente, haya recursos que se estén utilizando y no se recojan en el PEI, y también recursos que se recogen en la planificación de la intervención pero que podrían no llegar a utilizarse.

A pesar de esto, los resultados de nuestro estudio permiten construir un primer acercamiento del mapa de recursos que se utilizan en la intervención con los menores que permanecen en AR, y nos ofrece información acerca de cómo se lleva a cabo dicha

intervención y de qué recursos se dispone para la consecución de los objetivos planificados.

8.1. Objetivos

El objetivo general de este cuarto estudio de la tesis es analizar la eficacia de la intervención que se realiza en los programas de AR a través de una evaluación de resultados a largo plazo de los jóvenes extutelados, y del estudio de la situación en que se encuentran tras egresar del sistema de protección.

8.2. Muestra

Para realizar esta investigación se contó con una muestra distinta a la de los estudios anteriores. La muestra objeto de estudio está compuesta por 46 jóvenes de entre 18 y 21 años que han estado durante algún tiempo en AR en la isla de Tenerife.

8.3. Instrumentos

Para la consecución de este objetivo de evaluación de resultados a largo plazo de los programas de acogimiento residencial, se elaboró una entrevista semiestructurada (anexo II) tomando como punto de partida las dimensiones evaluadas en estudios internacionales de referencia en este tema como son los desarrollados en el *Chapin Hall Center* de la Universidad de Chicago (Courtney, Dworsky *et al.*, 2010) y adaptándolo a los objetivos de esta tesis. Concretamente, las dimensiones evaluadas en la entrevista fueron las siguientes:

- A. *Características demográficas y de la familia de origen*: Datos sobre el sexo y la edad del menor.
- B. *Historial de desprotección*: Dentro de esta dimensión se recoge información sobre la edad de entrada al sistema, la edad de baja o tiempo de estancia en AR.
- C. *Experiencias en la/s acogida/s*: Se pregunta sobre su experiencia durante el acogimiento: el número de centros en que ha estado o si reingreso tras su salida del centro.

- D. *Situación convivencial*: Se incluyen preguntas acerca de dónde vivía cuando cumplió la mayoría de edad, dónde vive actualmente y con quién y sobre su situación familiar.
- E. *Red de apoyo social en la actualidad*: Dentro de esta dimensión se pregunta sobre la red de apoyo, su relación con la familia y los educadores, a qué personas puede recurrir para solicitar ayuda y cuán extensa es esta red de apoyo.
- F. *Situación académica*: Se incluyeron preguntas sobre la situación académica de estos jóvenes y se preguntó si actualmente están cursando algún estudio o cuál es el nivel académico obtenido.
- G. *Situación laboral/empleo*: Se recogió información sobre su situación laboral actual, sobre el tipo de contrato que tenían o sobre el sector en que trabajan.
- H. *Situación económica*: Se incluyen datos sobre los ingresos mensuales, la cuantía y la procedencia, la autonomía e independencia económica de los jóvenes.
- I. *Satisfacción vital y optimismo*: Se incluyó una pregunta sobre satisfacción vital. Para ello se utilizó el ítem único de satisfacción global con la vida (*Overall life satisfaction*), de Campbell, Converse y Rodgers (1976), con el que se pretende medir hasta qué punto estos jóvenes se encontraban satisfechos con su vida en general. Este ítem sigue siendo frecuentemente utilizado en la actualidad para estudiar el bienestar en adolescentes tanto en la población general como en AR (Casas *et al.*, 2013; Llosada-Gistau, Montserrat y Casas, 2015).
- J. *Valoración de la atención recibida mientras estuvieron acogidos*: También se incluyó una pregunta en la que los jóvenes debían valorar cuantitativamente la atención recibida mientras estuvieron acogidos.
- K. *Opinión de los jóvenes acerca de cómo ayudar durante el proceso de egreso*: Se incluyó una pregunta abierta sobre qué aspectos se consideran más importantes para ayudar a los chicos y chicas tras su salida del sistema de protección.

8.4. Procedimiento

Para realizar la evaluación a largo plazo de los programas de AR, se obtuvo la información de una muestra de 46 jóvenes extutelados que ya habían alcanzado la mayoría de edad. La información para desarrollar este estudio se obtuvo gracias a la colaboración de la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Familia y a la Fundación General de la Universidad de La Laguna, a través de la cual se llevó a cabo un proyecto que pretendía analizar el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes extutelados.

Por tanto, fue la propia Dirección General la que proporcionó los datos de contacto de los jóvenes extutelados que habían abandonado el sistema de protección y que ya tenían 18 años o más. Concretamente, se proporcionaron los datos de aquellos jóvenes que, en el momento de comenzar la investigación, tenían entre 18 y 21 años. Este criterio de edad se tomó siguiendo los estudios anteriormente citados sobre transición a la vida adulta desarrollados en el *Chapin Hall Center* y algunas investigaciones más recientes realizadas en este ámbito (Courtney y Hook, 2017). De esta población, se eliminaron los casos de Menores Extranjeros No Acompañados (MENA), por tener unas circunstancias personales y familiares notablemente distintas.

Por tanto, la población diana de este estudio estaba constituida por 596 jóvenes de entre 18 y 21, extutelados de la isla de Tenerife. De este grupo se eliminaron aquellos casos en los que no figuraba ningún teléfono de contacto.

A continuación, se seleccionó una muestra representativa de la población objeto de estudio y se comenzó a llamar telefónicamente. Se contactaba a través del teléfono que figuraba como el personal del joven extutelado y en caso de no responder, se intentó localizar por medio de las personas de contacto que figuraban en el archivo (madres y padres). Una vez finalizada la primera ronda de llamadas, se procedió a contactar con el resto de los casos de los que se disponía el número de teléfono.

Finalmente se pudo completar la entrevista a 46 jóvenes de la isla de Tenerife. En el resto de casos no se pudo realizar por diversos motivos, tales como no responder al teléfono, disponer de números erróneos en la base de datos, casos con discapacidad, con medida judicial de internamiento, que habían marchado al extranjero o que

directamente se negaron a realizar la entrevista. Por todo ello, se obtuvo una tasa de respuesta baja.

En todos los casos se explicó el motivo de la llamada, así como el objetivo de la entrevista, solicitando la participación voluntaria y asegurando la confidencialidad de los datos personales. Las entrevistas se llevaron a cabo de forma telefónica mientras las respuestas eran recogidas por la entrevistadora. Por último, tras la realización de las entrevistas y la informatización de los datos, se realizaron los análisis estadísticos que se describen a continuación.

8.5. Diseño de investigación y análisis estadísticos

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para conocer el perfil de la muestra objeto de estudio. A continuación se realizaron análisis ji-cuadrado para comprobar si existían diferencias significativas entre las variables.

Para la categorización de la pregunta abierta acerca de las propuestas de mejora sobre la atención recibida durante el proceso de egreso, se establecieron cinco categorías de respuesta y siguiendo el mismo procedimiento que se utilizó en el estudio 3 para la categorización de los recursos (Saldaña, 2009; Pérez, 2001), se realizó un análisis de fiabilidad inter-jueces utilizando el índice *Kappa*, obteniendo valores buenos o muy buenos para todas las categorías (ver tabla 44).

Tabla 44. Grado de acuerdo entre jueces

Categorías	Índice <i>Kappa</i>
Apoyo económico	0.76
Inserción laboral	0.89
Formación y estudios	0.89
Apoyo emocional	0.74
Habilidades para la vida adulta	0.91

Nota: Fuerza de la concordancia del índice *Kappa* según Altman (1991): < 0.20: pobre; 0.21-0.40: débil; 0.41-0.60: moderada; 0.61-0.80: buena; 0.81-1; muy buena.

A continuación se definen y se ejemplifican las cinco categorías que agrupan todas las respuestas de los jóvenes entrevistados en función de la pregunta *acerca de, en función de su experiencia, cómo se podría ayudar a otros chicos y chicas durante el proceso de egreso del sistema de protección:*

1. *Apoyo económico:* En esta categoría se incluyen aquellas respuestas que hacen referencia a la necesidad de apoyo económico durante el proceso de transición. Algunos ejemplos de respuesta son: *“Dar más ayudas económicas...”*, *“...el dinero es fundamental para cuando vayan a salir”*
2. *Inserción laboral:* Esta segunda categoría engloba aquellas respuestas que tienen relación con el ámbito laboral y la importancia de un trabajo durante el proceso de transición. Algunas respuestas de esta categoría son: *“Asesorar para que busquen trabajo”*, *“...ayudarles a conseguir un empleo”*.
3. *Formación y estudios:* Dentro de este grupo se encuentran aquellas respuestas que hacen referencia al ámbito académico y de la formación. Ejemplos: *“Apoyarles para que estudien...”*, *“...que los obliguen a estudiar”*, *“buscar alternativas para seguir formándose...”*
4. *Apoyo emocional:* Esta categoría hace referencia a todo lo relacionado con el apoyo emocional y psicológico por parte de los adultos. Los jóvenes expresan la necesidad de este apoyo como elemento fundamental del proceso de transición a la vida adulta. Algunos ejemplos son: *“Ayudarles y entenderles...”*, *“Darles cariño y aconsejarles...”*, *“...que los educadores mantengan una relación más cercana”*
5. *Habilidades para la vida adulta:* Por último, en esta categoría se incluyen aquellas respuestas que se refieren a herramientas y habilidades necesarias para la vida adulta. Ejemplos: *“Trabajar la autonomía de los chicos...”*, *“Que te enseñen a pedir citas para el médico o para el paro...”*

Para la consecución del objetivo planteado en este estudio, se contó con una serie de variables cuya información se tomó de la entrevista semiestructurada y que se recogen a continuación (tabla 45).

Tabla 45. Variables incluidas en el estudio 4

Variable	Definición
Sexo	Chico / Chica
Edad actual	Edad en el momento de recogida de datos
Edad de ingreso	Edad a la que ingresó en AR por primera vez
Edad de baja	Edad a la que salió de AR
Tiempo de estancia en AR	Duración, en años, de la estancia en AR
Reingreso	Se recoge si el menor reingresó en AR tras su salida
Número de centros	Cuántos centros ha estado durante su estancia
Situación de convivencia a los 18	Dónde se encontraba cuando cumplió la mayoría de edad
Unidad familiar actual	Con quien convive actualmente
Situación de pareja e hijos	Se recoge si tiene pareja y/o hijos
Relación con familia de origen	Con cuántas personas de su familia de origen tiene relación, con quienes y con qué frecuencia
Relación educadores	Se preguntó si tiene contactos con los educadores y con qué frecuencia
Red de apoyo social	Se preguntó sobre si tiene a quién acudir ante algún problema y sobre la extensión de la red de apoyo (número de contextos de apoyo)
Situación académica	Nivel académico alcanzado
Situación laboral	Se preguntó acerca de si trabaja o no y del sector profesional
Ingresos económicos	Tiene ingresos mensuales o no, qué cantidad y cuál es su procedencia
Independencia económica	Es independiente económicamente o no
Satisfacción vital	Variable cuantitativa del 0 al 10: <i>¿Hasta qué punto te encuentras a día de hoy satisfecho o satisfecha con toda tu vida en general?</i>
Valoración del acogimiento	Variable cuantitativa del 0 al 10: <i>¿Cómo valoras tu experiencia mientras estuviste acogido, en cuanto a la atención recibida?</i>
Opinión sobre proceso de egreso	Pregunta abierta que fue categorizada en cinco categorías de respuesta: <i>¿Qué consideras que se podría hacer para ayudar a los chicos y chicas que van a pasar por ese proceso?</i>

Con respecto a la variable *extensión de la red de apoyo social*, se trata de una variable cuantitativa discreta que resulta de la suma de los contextos a los que el joven puede acudir en caso de tener algún problema o dificultad. Según esto y basándonos en el estudio sobre redes de apoyo social en AR de Martín y Dávila (2008), el joven puede tener una extensión de la red de apoyo social mayor o menor según el número de contextos a los que pueda acudir. Los diferentes contextos son: familia nuclear (padres y hermanos), familia extensa (abuelos, tíos y primos), educadores del centro y otras personas (amigos, profesores, pareja, etc.). Por tanto, esta variable tomará un valor entre 0 (en caso de que el joven no reciba ayuda o apoyo de ningún contexto) y 4 (en los casos en que pueda pedir ayuda a personas de los cuatro contextos explicados).

Por último, y tras recoger la información y realizar la categorización de las respuestas a la pregunta abierta, se informatizaron los datos y se llevaron a cabo los análisis con el software de análisis estadístico SPSS 21.

8.6. Resultados

El objetivo de este estudio es realizar un análisis de la situación en que se encuentran los jóvenes extutelados por la administración y que ya han cumplido la mayoría de edad. En este apartado, se recogen los resultados descriptivos acerca de las variables analizadas en la entrevista.

8.6.1. Sexo

En relación al sexo, la proporción de chicos (41.3%) es inferior a la de chicas (58.7%). Según los datos, el número total de chicos entrevistados es de 19, frente a 27 chicas que respondieron a la entrevista.

8.6.2. Edad actual

Los datos sobre la edad de los jóvenes corresponden al momento en que se realizaron las entrevistas (febrero de 2017). El rango de edad de los menores que constituyen la muestra objeto de estudio está entre 18 y 21, con una media de 19.29

años de edad (DT= 1.11). En la tabla 46 se recoge la distribución de los jóvenes en función de los años cumplidos.

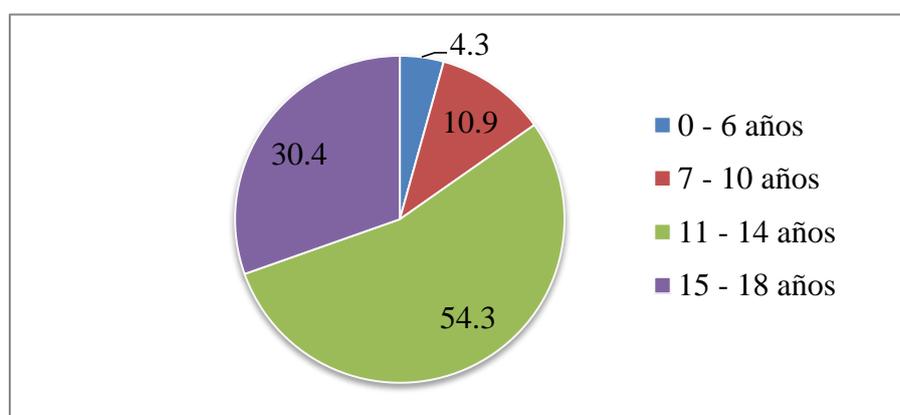
Tabla 46. Distribución de la muestra en función de la edad

Grupo de edad	n	%
18	14	30.4
19	16	34.8
20	7	15.2
21	9	19.6
Total	46	100

8.6.3. Edad de ingreso

Respecto a la edad de ingreso, se encontró que la edad media de entrada al sistema de protección es de 12.94 años (DT= 3.2), habiendo casos en los que se ingresa en un centro de protección con 1 año y también con 17 años. En la gráfica 11 se puede observar que la mayoría de los jóvenes entrevistados ha ingresado en el sistema de protección entre los 11 y los 14 años (54.3%).

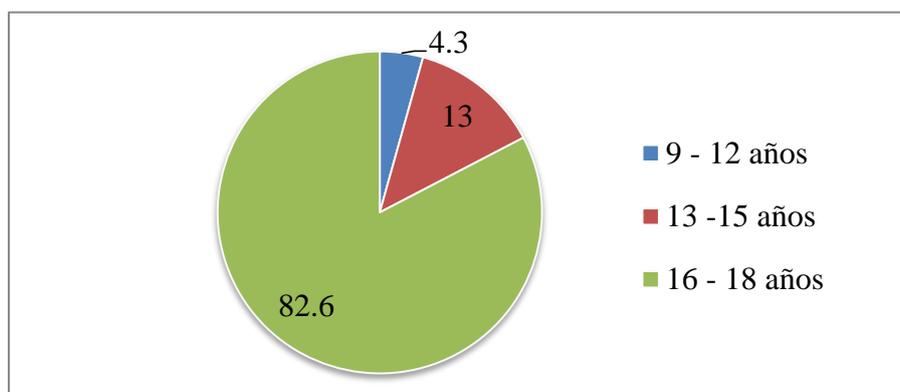
Gráfica 11. Distribución de la muestra en función de la edad de ingreso



8.6.4. Edad de baja

En cuanto a la edad de baja del sistema, la media se sitúa en 16.94 años (DT= 1.65), con un rango de edad que va desde los 12 hasta los 18 años, edad máxima hasta la que, legalmente, un menor puede estar tutelado por la Administración (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Distribución de la muestra en función de la edad de baja



8.6.5. Tiempo de estancia en AR

En relación al tiempo de estancia en AR, se obtuvo que la media es de 4 años (DT= 3.47), habiendo jóvenes que permanecieron durante menos de un año en AR y otros que estuvieron hasta 17 años.

Los datos sobre el tiempo de estancia en AR mostraron que casi la mitad de la muestra (47.8%) estuvieron más de 3 años en AR, llegando a un 23.9% de jóvenes que estuvieron más de 5 años en AR (ver tabla 47).

Tabla 47. Distribución de la muestra en función del tiempo de estancia en AR

Años en AR	n	%
< 1 año	10	21.7
1 – 3 años	14	30.4
3 – 5 años	11	23.9
> 5 años	11	23.9
Total	46	100

8.6.6. Reingreso

Respecto a la variable reingreso, se obtuvo que un 15.2% de los menores extutelados salió del sistema del sistema de protección y volvió a reingresar. Según estos datos, 7 de los jóvenes extutelados a los que se entrevistó, volvió a su hogar tras permanecer en AR y reingresó de nuevo en un centro de protección.

8.6.7. Número de centros

En relación al número de centros en que han estado, los datos mostraron que hay jóvenes que sólo estuvieron en un centro durante su estancia en AR (19.6%) y otros que estuvieron hasta en 6 emplazamientos distintos, obteniéndose una media de 2.46 centros (DT= 1,19) (Ver tabla 48).

Tabla 48. Número de centros en que estuvieron

Frecuencia	n	%
1 – 2 centros	28	60.9
3 – 4 centros	15	32.6
5 centros o más	3	6.5
Total	46	100

8.6.8. Situación de convivencia en el momento de la mayoría de edad

Se preguntó a los jóvenes por el lugar en que se encontraban cuando cumplieron la mayoría de edad. Los datos indicaron que casi la mitad de la muestra, un 45.7%, se encontraba viviendo con su familia de origen al cumplir los 18 años. Otro amplio grupo de jóvenes (37%) indicaron que aún se encontraban en un centro cuando cumplieron la mayoría de edad. Por último, un 6.5% se encontraba con la familia extensa y unos pocos casos indicaron que se encontraban con una familia ajena, en un centro de reforma o que eran independientes. (Ver tabla 49).

Tabla 49. Dónde estaba cuando cumplió los 18

Lugar en que se encontraba	n	%
Familia de origen	21	45.7
Centro	17	37
Familia extensa	3	6.5
Otros (centro de reforma, independiente, en familia ajena o en casa de algún amigo)	5	10.9
Total	46	100

8.6.9. Unidad familiar actual y régimen de la vivienda

Respecto a la situación de convivencia actual de estos jóvenes, los resultados mostraron que un 43.5% de la muestra estudiada vive con alguno de sus padres (o los dos). Muy por debajo de esta cifra se obtuvo que un 21.7% convive compartiendo piso y un 19.6% con su pareja (ver tabla 50).

Tabla 50. Unidad de convivencia actual de los jóvenes extutelados

Situación de convivencia	n	%
Familia cercana (padres-hermanos)	20	43.5
Compartiendo piso	10	21.7
Con su pareja	9	19.6
Solo	4	8.7
Familia extensa	2	4.3
Familia ajena	1	2.2
Total	46	100

Respecto al régimen de la vivienda, se obtuvo que un 41.3% de los jóvenes vive en una vivienda de alquiler y el 45.7% en una vivienda propiedad de algún familiar.

8.6.10. Situación de pareja e hijos

Respecto al estado civil y la situación de pareja de los jóvenes extutelados se obtuvo que un 41.3% no tiene pareja, frente a un 58.7% que sí tiene (incluyendo el caso de una joven que contrajo matrimonio).

Respecto a la descendencia, los resultados indicaron que un 15.2% de los jóvenes tienen un hijo o dos y un 6.5% están embarazadas. Por otro lado, cabe destacar que, de todas las jóvenes entrevistadas (27 chicas), un 22.2% tiene un hijo o dos y un 11.1% están embarazadas.

8.6.11. Relación con familia de origen

En este apartado se recoge la información acerca de la relación que los jóvenes extutelados mantienen con su familia de origen. Para ello se preguntó si mantienen algún tipo de relación o contacto con algún miembro de su familia de origen (además de las personas con las que conviven). Según los resultados, un 82.6% de los jóvenes mantiene relación con familiares con los que no convive, frente a un 17.4% de los casos que no mantiene ningún tipo de relación con nadie de la familia que no sean aquellos con los que vive.

Para tener una información más detallada sobre la extensión de la red de apoyo familiar, se preguntó por el número de personas con las que tenía contacto y se obtuvo que el número medio de familiares con los que los jóvenes extutelados mantienen contacto es de 3,45 personas (DT= 2). Como se puede observar en la tabla 51, la mayoría de los jóvenes mantiene el contacto con algún miembro de su familia de origen.

Por último, respecto a la frecuencia de estos contactos, se obtuvo que un 37% mantiene un contacto diario con sus familiares y un 30.4% lo hace al menos una vez a la semana.

Tabla 51. Número de familiares con los que se relaciona

Número de familiares	n	%
No tiene relación con ninguno	8	17.4
Una persona	5	10.9
Dos personas	11	23.9
Tres personas	5	10.9
Cuatro personas	7	15.2
Cinco personas o más	10	21.8
Total	46	100

8.6.12. Relación con educadores

Otra de las cuestiones que se incluyó en la entrevista a los jóvenes extutelados es sobre la relación que mantienen con sus educadores. Un 47.8% de los jóvenes no mantiene ningún tipo de relación con sus educadores.

Respecto a la frecuencia de los contactos, se encontró que un 30.4% de la muestra contacta con ellos al menos una vez al mes y hasta un 8.7% lo hace semanalmente o con más asiduidad. En la tabla 52 se observa la frecuencia de los contactos que actualmente los jóvenes extutelados mantienen con sus antiguos educadores.

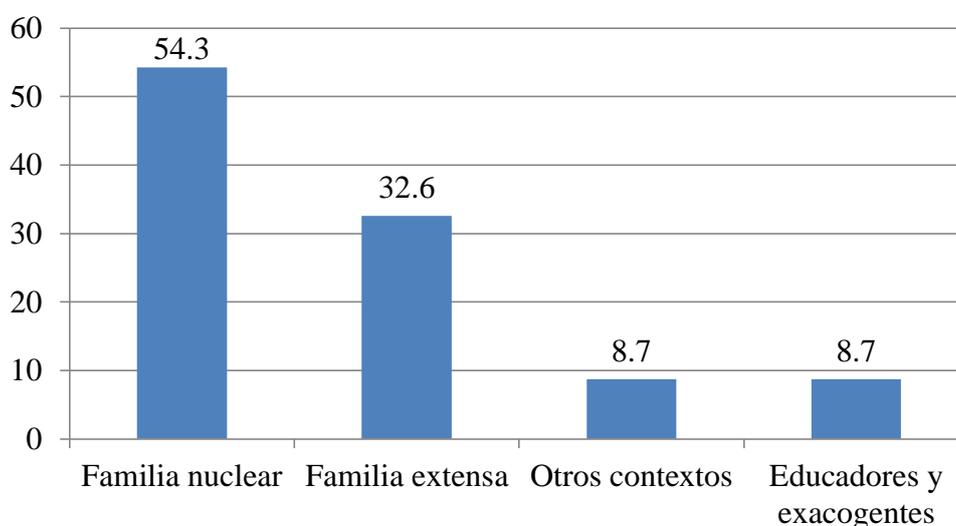
Tabla 52. Frecuencia de los contactos con educadores

Frecuencia	n	%
No tiene contacto	22	47.8
Cada día	1	2.2
Al menos una vez a la semana	3	6.5
Al menos una vez al mes	14	30.4
Al menos una vez al año	6	13
Total	46	100

8.6.13. Red de apoyo social

Respecto a la red de apoyo social, los datos indicaron que un 76.1% de la muestra tiene a quien acudir ante un problema o dificultad. Se comprobó que la mayoría de los jóvenes nombran a adultos del contexto familiar nuclear (padres y hermanos) como personas de principal sustento (54.3%). En segundo lugar, aparecen figuras de la familia extensa (abuelos, tíos, primos) (32.6%) y personas de otros contextos (amigos, profesores, parejas y familiares de sus parejas) (8.7%). Por último, un 8.7% de los jóvenes podría acudir a los educadores del centro ante un problema (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Distribución de la muestra en función de los contextos que configuran la red de apoyo social



Nota: El porcentaje es superior a 100 puesto que es posible que la red de apoyo esté compuesta por más de un contexto

Analizando en profundidad las variables sobre la red de apoyo de los jóvenes, se observó que la edad de baja del sistema se relaciona significativamente con el apoyo que podrían recibir de la familia nuclear (padre, madre o hermanos) [$\chi^2(2,46) = 7.71, p < .05$]. Se comprobó que el 100% de los jóvenes que salieron del sistema entre los 13 y los 15 años, podrían contar con la ayuda de un familiar cercano frente al grupo de jóvenes que salieron entre los 16 y 18 años, de los cuáles sólo un 50% podría contar con la ayuda de la familia nuclear. Según esto, los jóvenes que salen del sistema de forma tardía (entre los 16 y 18 años), tienen más dificultades para acudir a sus familiares más cercanos ante la existencia de algún problema o dificultad.

Por último, con respecto a la variable *extensión de la red de apoyo*, los datos mostraron que más de la mitad de la muestra puede contar con un grupo o contexto en caso de tener algún problema o dificultad (52.2%). Cabe destacar que un 23.9% de los jóvenes entrevistados no recibe ayuda o apoyo de ningún contexto de su entorno (ver tabla 53).

Tabla 53. Extensión de la red de apoyo

Contextos	n	%
No recibe ayuda de ningún contexto	11	23.9
Un contexto	24	52.2
Dos contextos	9	19.6
Tres contextos	2	4.3
Total	46	100

8.6.14. Situación académica

Con respecto al nivel de académico alcanzado, se obtuvo que casi la mitad de la muestra sólo tiene estudios primarios (47.8%), seguido de un 30.4% que ha finalizado la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), un 4.3% que tiene algún título de Formación Profesional (FP) y un 4.3% que ha terminado el Bachillerato. Este porcentaje se completa con un 13% que no han finalizado la ESO y que han cursado Formación Profesional Básica (FPB) o un Programa de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) o han aprobado la Prueba de Acceso a Grado Medio.

Según lo anterior, se comprobó que un 60.9% de los jóvenes extutelados entrevistados no ha obtenido la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Por último, los datos indicaron que sólo el 19.6% de la muestra está estudiando actualmente.

8.6.15. Situación laboral

Respecto a la situación laboral actual de los jóvenes, los datos indicaron que un 65.2% de los jóvenes no está trabajando actualmente, frente a un 34.8% (n= 16) que sí lo hace (independientemente de si se trata de economía sumergida).

Los resultados mostraron que existe un porcentaje significativamente superior de chicas que están trabajando (51.9%) frente al porcentaje de chicos (10.5%) [$\chi^2(1,46) = 8.4, p < .01$].

Respecto a los trabajos desempeñados por este grupo de jóvenes, se encontró que son de baja cualificación y generalmente relacionados con el sector de la hostelería. En la tabla 54 se puede observar la frecuencia de los diferentes trabajos y sectores profesionales.

Tabla 54. Frecuencia de los diferentes tipos de empleo (n= 16)

Tipo de trabajo	n	%
Hostelería	5	31,25
Supermercados	2	12.5
Cuidados a personas mayores o niños	3	18.75
Auxiliar enfermería	1	6.25
Limpieza	2	12.5
Monitor/a animación	1	6.25
Relaciones públicas	1	6.25
Soldadura	1	6.25
Total	16	100

Además, se comprobó que el *tiempo de estancia en el sistema de protección* tiene relación con esta variable obteniéndose que, entre el grupo de jóvenes que estuvieron en un centro durante 3 a 5 años, hay una proporción significativamente más alta de jóvenes que sí trabajan actualmente (72.7%) en comparación con aquellos que estuvieron en un centro de protección menos de 1 año, donde sólo el 10% trabaja [$\chi^2(3,46) = 11.03, p < .05$].

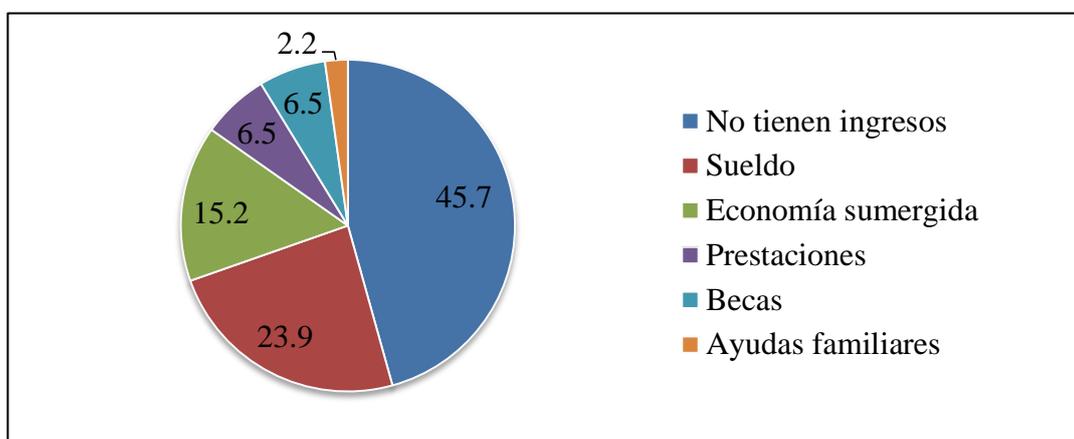
8.6.16. Ingresos económicos

En relación a los ingresos económicos que perciben los jóvenes, ya sean provenientes del sueldo o de algún tipo de prestación o ayuda, se obtuvo que más de la mitad de la muestra estudiada (54.3%) obtenía algún ingreso económico.

De aquellos que ingresaban alguna cantidad (n= 25), un 40% cobraba menos 400 € mensuales, un 40% cobraba entre 400 y 800 €, el 8% entre 800 y 1000 € y el 12% de aquellos que tenían ingresos económicos, cobraba una cantidad superior a 1,000€.

Respecto al origen de dichos ingresos los resultados mostraron que el 23.9% provenían de un sueldo, el 15.2% de actividades de economía sumergida, el 6.5% de alguna prestación económica, el 6.5% de becas y el 2.2% de ayudas familiares (gráfica 14).

Gráfica 14. Ingresos económicos



8.6.17. Independencia económica

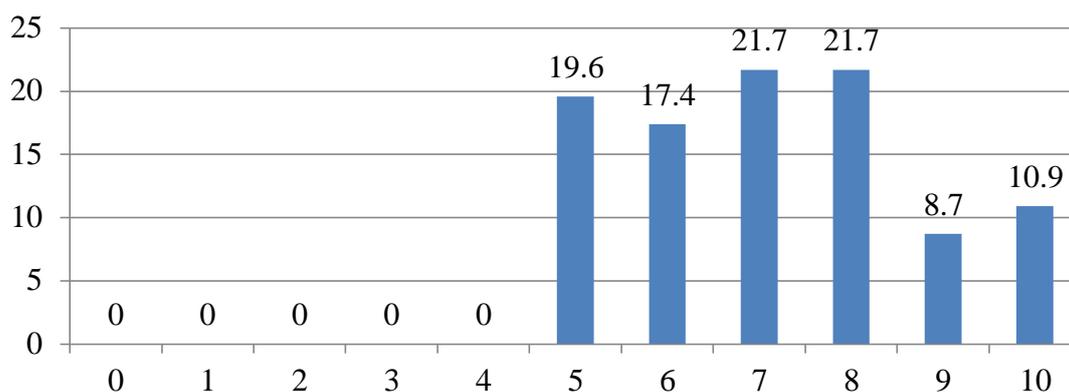
Relacionado con el punto anterior y con la situación personal y laboral de los jóvenes extutelados, se preguntó si mantienen cierta independencia económica o si por el contrario, dependen de la ayuda de alguien para cubrir sus necesidades más básicas.

Los datos indicaron que un 67.4% de los jóvenes no son independientes económicamente o necesitan ayuda de alguien. Respecto a esto, cabe destacar que de aquellos que son independientes, el porcentaje de chicas (86.7%) es significativamente superior que el de chicos (13.3%) [$\chi^2(1,46) = 7.18, p < .01$].

8.6.18. Satisfacción vital

En este apartado, se exponen los resultados descriptivos de la variable de satisfacción vital. En la entrevista se preguntó a los jóvenes por una valoración cuantitativa, del 0 al 10, sobre su satisfacción con su vida actual, obteniéndose una media de 7.23 puntos (DT= 1.59), con un rango que va de 5 hasta 10 (ver gráfica 15).

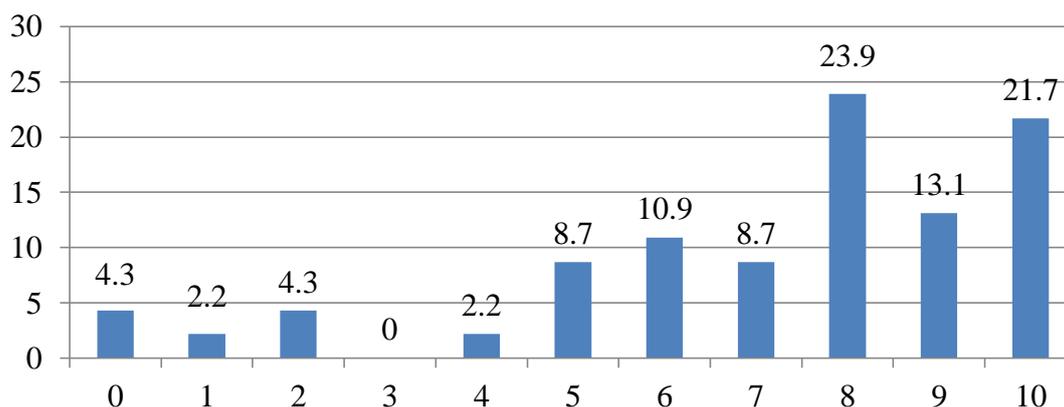
Gráfica 15. Distribución de la muestra en función de la puntuación sobre el nivel de satisfacción vital



8.6.19. Valoración del acogimiento

De la misma forma que en la variable anterior, se preguntó a los jóvenes extutelados por su valoración del acogimiento obteniéndose una puntuación media de 7.2 (DT= 2.75) y un rango de respuestas que va desde el 0 hasta el 10 (ver gráfica 16).

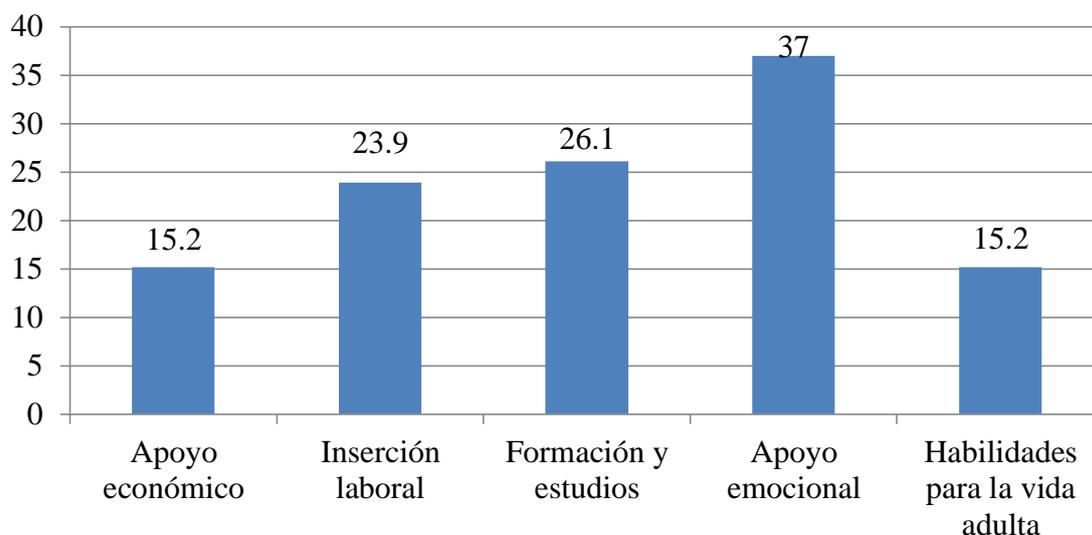
Gráfica 16. Distribución de la muestra en función de la valoración del acogimiento



8.6.20. Opinión de los extutelados sobre el proceso de egreso

Por último, en relación a la pregunta abierta sobre la opinión de los extutelados durante el proceso de egreso, los resultados mostraron que la categoría de respuestas que más se repite es la de *apoyo emocional* (37%), seguida de la categoría de *formación y estudios* (26.1%), *inserción laboral* (23.9%) y *apoyo económico* (15.2%) y las *habilidades para la vida adulta* (15.2%) (Ver gráfica 17). El porcentaje total es superior al 100% puesto que algunas respuestas hacen referencia a dos o más categorías.

Gráfica 17. Distribución de la muestra en función de las categorías de respuesta sobre el proceso de egreso del sistema



8.7. Discusión

El objetivo de este estudio era realizar una evaluación a largo plazo de la situación en que se encontraban los jóvenes extutelados tras su salida del sistema de protección. Para ello, se realizaron una serie de análisis descriptivos que ofrecieron información acerca de la situación en que se encontraban estos jóvenes, su satisfacción vital actual, su valoración del acogimiento y del proceso de transición a la vida adulta.

En primer lugar, un resultado a destacar es que la mayoría de los jóvenes que componen la muestra de nuestro estudio tenía 18 o 19 años. Una posible explicación a

esto podría ser que resulta más fácil contactar con los extutelados cuanto más jóvenes son, perdiéndose la pista de muchos de ellos según cumplen años.

Respecto a la edad de ingreso, los resultados indicaron que más de la mitad de los jóvenes con los que se ha podido contactar ingresaron en un centro cuando tenían entre 11 y 14 años. Tal y como plantean algunos autores acerca de la edad de ingreso, ésta ha ido aumentando en las últimas décadas. Nuestros resultados son coherentes con esta idea puesto que la edad de ingreso de los jóvenes extutelados entrevistados ronda los 13 años (Bravo y Del Valle, 2009).

Sin embargo, cabe destacar que si este dato se compara con la media de edad de ingreso de los menores del primer estudio (menores que permanecen en AR actualmente), se observa que la edad de entrada al sistema de protección ha disminuido ligeramente (11.3 años) en los últimos cinco años. Esto podría explicarse por el perfil de jóvenes a los que se pudo entrevistar. Es posible que se haya podido contactar con mayor facilidad con aquellos jóvenes que ya eran adolescentes cuando entraron a un centro. De hecho, en algunos casos se llamó al número de teléfono de contacto y no se nos permitió realizar la entrevista a los jóvenes por haber pasado mucho tiempo desde que los menores estuvieron en AR (por ejemplo: tres menores que entraron a una corta edad y fueron adoptados). Esto podría explicar que la edad de ingreso en este estudio sea un poco superior a la de los menores que residen actualmente en centros de protección.

En cuanto a la edad de baja, los resultados mostraron que la gran mayoría de la muestra salió del centro entre los 16 y los 18 años, con una media de 16.9 años, lo que podría explicar que el mayor número de entrevistas se hayan realizado a jóvenes de 18 y 19 años, pues son más fácilmente localizables ya que no ha pasado tanto tiempo desde su salida del centro.

Un aspecto a destacar es que, según los resultados obtenidos a través de las entrevistas respecto a la edad de ingreso y de baja, parece más complicado contactar con los jóvenes extutelados cuanto más tiempo ha pasado desde su salida en el centro de protección.

En cuanto a la duración de la estancia y al número de centros, se obtuvieron resultados similares a los encontrados en el primer estudio. Aunque el tiempo de

estancia en la población de extutelados (alrededor de 4 años), es un poco superior al de menores que permanecen en AR actualmente (3.2 años de media), la gran mayoría de los jóvenes entrevistados habían estado en uno o dos centros únicamente, lo que podría valorarse como factor protector frente a la aparición de múltiples problemas. Tal y como se ha demostrado en investigaciones anteriores, una estancia de tres o cuatro años parece no producir tantos efectos adversos sobre los menores como la inestabilidad durante el acogimiento. De hecho, algunos autores mostraron que la inestabilidad en los centros residenciales tiene un impacto significativo sobre la salud mental o y promueve la aparición de comportamiento (Del Valle *et al.*, 2008; Rubin *et al.*, 2007).

Respecto a la situación de convivencia tras la salida de AR, algo que destaca de nuestros resultados es que casi la mitad de los jóvenes vuelven con sus familias de origen de la que fueron separados, siendo éstas la principal fuente de apoyo. Respecto a esto, los resultados indicaron que el grupo de jóvenes que más tarde salió del centro, entre los 16 y los 18 años, son los que encuentran mayores dificultades para contar con el apoyo de sus familiares más cercanos. Esto podría tener dos posibles explicaciones.

Por un lado, podría tener relación con el perfil de adolescentes conflictivos que permanece en AR hasta cumplir la mayoría de edad. Es posible que los jóvenes con perfiles más complicados y mayores problemas de comportamiento no hayan salido para una reunificación familiar por requerir atención desde un centro, por lo que el contacto con sus familiares tras la salida del hogar podría ser escaso.

Por otro lado, otra posible explicación podría ser que se trate de menores que permanecen hasta los 17 o 18 años en un centro por tener una situación familiar grave que no aconseja la reunificación. Por tanto, si con esa edad no han salido del centro para reunificarse con sus familias de origen, será difícil que éstas puedan ofrecer un apoyo sólido y adecuado cuando salgan del centro de protección.

A pesar de esto, nuestros datos indican que muchos jóvenes vuelven con sus familias tras pasar por hogares de protección por lo que resulta fundamental implicarlas, desde el inicio, en la intervención que se realiza con el menor independientemente del plan de caso (Balsells *et al.*, 2015; Martín y Suárez, 2018). Por tanto, parece claro que el apoyo de los familiares y su implicación durante la estancia de los menores en el centro es fundamental para garantizar el éxito de la intervención.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, el retorno con la familia de origen podría no ser positivo para el joven. A pesar de las expectativas positivas sobre el papel de los familiares más cercanos, este retorno a la familia cuando se produce de manera forzada por una situación de dependencia total de los adultos, podría obstaculizar el proceso de transición a la vida adulta y la integración sociolaboral del joven (Campos, 2013; Cuenca *et al.*, 2018; Samuels y Pryce, 2008). Además, hay que tener en cuenta que si no hubo reunificación familiar durante la estancia en AR, posiblemente sea porque la familia de origen fue desestimada como entorno adecuado para la crianza y educación de un menor.

Sin perjuicio de lo anterior, un dato que preocupa es que, aun sabiendo de la importancia de la familia durante los procesos de transición, haya un 17.4% de los jóvenes que manifiesta no tener relación con ningún miembro de su familia. Aunque la gran mayoría sí tiene contacto con sus familiares, existe un grupo de jóvenes extutelados que no mantiene ningún contacto. Sería deseable investigar en profundidad cuáles son los casos en los que se produce esto y cuál es el motivo por el que no existe relación alguna entre el joven y sus familiares más cercanos. Algunas hipótesis que se plantean respecto a esto son las siguientes. Por un lado, podría ser que estos jóvenes sean aquellos que se encuentran en peor situación y mayor riesgo de sufrir exclusión social (problemas graves de consumo o delincuencia). Por otro lado, es posible que se trate de jóvenes que han alcanzado un mayor nivel de independencia, tanto del sistema de protección como de sus familias, lo que explicaría el poco contacto que mantienen con sus familiares.

Otro dato a destacar es el bajo porcentaje de jóvenes que mantiene relación con los educadores y que los nombra como fuente de apoyo social. Esto podría ser debido a que los propios jóvenes hayan decidido romper con esta etapa pasada de su vida marcada por el sistema de protección infantil, incluyendo los vínculos con los educadores o bien porque los jóvenes no perciben que sus educadores son una fuente de apoyo social para ellos, tal y como se concluye en algunas investigaciones. Concretamente, Bravo y Del Valle (2003) encontraron que los educadores eran señalados por los jóvenes como figuras principales en cuanto a la dimensión de ayuda que les ofrecen pero no en las de confianza y de afecto. Otra explicación a este dato podría ser que se produce un distanciamiento involuntario entre los jóvenes y sus educadores una vez que abandonan el centro de protección (López *et al.*, 2013).

Sin embargo, no debemos olvidar que los educadores ocupan un papel fundamental de apoyo durante el proceso de transición a la vida adulta (Gilligan y Arnau-Sabatés, 2017), por lo que se recomienda fortalecer la relación entre ambos sobre todo cuando su salida del centro de protección sea por mayoría de edad y deban iniciar una nueva vida independiente.

Por último, respecto a los contextos que configuran la red de apoyo social, los resultados mostraron que un porcentaje muy bajo de la muestra podría acudir a personas ajenas a los contextos familiar y residencial. En base a investigaciones realizadas en este ámbito y que recomiendan potenciar las redes de apoyo social, sobre todo durante el proceso de transición, se plantea la necesidad de invertir más esfuerzos para lograr un porcentaje mayor de extutelados que pueda disponer de una red de apoyo más amplia y estable (Comasòlivas *et al.*, 2018; Knorth, Knot-Dickscheit *et al.*, 2008; Martín y Dávila, 2008; Stein, 2006). Además, se debe potenciar que dicha red de apoyo no se limite únicamente a miembros de su familia, puesto que ésta podría acumular una gran cantidad de problemas, ni a sus educadores, ya que son figuras que tienden a desaparecer de la vida del menor con el tiempo (Melkman, 2017).

Con respecto a la situación académica de la muestra los datos son preocupantes. Los resultados indicaron que sólo un 40% han finalizado la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y que sólo uno de cada cinco estaba estudiando algo en el momento de la entrevista. Aunque el porcentaje es bastante bajo, nuestros resultados nos permiten ser algo positivos si los comparamos con estudios precedentes en los que se encontraron porcentajes mucho más alarmantes. Montserrat y Casas (2010) encontraron en su estudio que sólo un 20.6% de los jóvenes tutelados obtuvieron el graduado en ESO.

Numerosas investigaciones han demostrado que el nivel académico (entre otros) es uno de los factores que más influyen sobre la integración socio laboral de los extutelados (Gypen *et al.*, 2017). Esto es algo que debe abordarse cuanto antes, puesto que los problemas educativos y el bajo nivel académico son problemáticas que aparecen con frecuencia tanto en el grupo de menores en AR como en la población de jóvenes extutelados (Dixon, 2016; Dumart *et al.*, 2011; Melendro, 2011; Montserrat, Casas y Malo, 2013). Por tanto, parece claro que otro de los retos a los que los programas de AR deben hacer frente son los problemas educativos.

Unido a lo anterior, los resultados mostraron que sólo uno de cada tres jóvenes trabaja, independientemente de si se trata de economía sumergida o no. Este dato mantiene una relación directa con la baja cualificación del grupo de jóvenes extutelados pero también podría estar influido por la edad de las personas entrevistadas. Aunque es cierto que este porcentaje también es bajo en la población normal, esto enfatiza aún más la importancia de encontrarse estudiando entre los 18 y los 21 años para tener más opciones de insertarse laboralmente.

Respecto al grupo de jóvenes que ya han accedido a un empleo y en contra de lo que se señala en otras investigaciones (López *et al.*, 2013), los resultados son mejores para las chicas que para los chicos. El porcentaje de chicas que trabaja frente al porcentaje de chicos es significativamente superior, lo que podría indicar que son ellas quienes acceden a un empleo con mayor facilidad. Algo a destacar sobre los trabajos desempeñados por este colectivo es la poca cualificación que se requiere y que la gran mayoría pertenecen al sector de la hostelería o se relacionan con trabajos desarrollados tradicionalmente por mujeres (cuidadoras, auxiliares de enfermería o limpieza). Esta podría ser una explicación a este fenómeno, puesto que los trabajos de menor cualificación a los que podrían acceder los jóvenes extutelados son desarrollados con mayor frecuencia por mujeres.

Esto podría estar relacionado con el resultado que se obtuvo sobre la presencia de hijos en la población de jóvenes extutelados. Los datos nos indican que existe un alto porcentaje de maternidad (hijos o embarazos) en esta población, lo que dificultaría aún más el proceso de transición. Respecto a esto, en nuestro estudio se encontró que la presencia de hijos se dio casi exclusivamente en las chicas, encontrando que del total de las entrevistadas un 33.3% están embarazadas o tienen un hijo o dos. Esto podría estar relacionado con el mayor porcentaje de chicas que trabajan, puesto que la responsabilidad de criar y mantener a los hijos les exige una rápida incorporación al mercado laboral.

Con todo lo anterior, no es de extrañar la mala situación económica de este colectivo. Casi la mitad de la muestra no tiene ningún tipo de ingresos económicos y de aquellos que ingresaban alguna cantidad mensual, el 80% cobra menos de 800€. Como parece lógico, esta variable depende en gran parte de disponer de un trabajo, algo que ocurre en pocas ocasiones.

En relación a esto, cuando se pregunta a los jóvenes sobre si disponen de independencia económica o no, sorprende que un tercio de los entrevistados afirma ser independiente económicamente. Este resultado nos permite ser positivos en cuanto al proceso de transición hacia una vida adulta, pero no debemos olvidar la precariedad económica y laboral que predomina entre el grupo de jóvenes extutelados.

Otra de las variables estudiadas fue la satisfacción vital de los jóvenes extutelados que han alcanzado la mayoría de edad. La puntuación obtenida en nuestro estudio fue de 7.2 puntos en una escala del 1 al 10, siendo ésta muy similar a la que se obtuvo en menores en AR en nuestro país en el trabajo de Llosada-Gistau *et al.* (2015). Siguiendo a estos autores, cabe destacar que, el nivel de satisfacción vital de los menores en AR y también el de los jóvenes extutelados, es inferior al de la población normalizada, cuya puntuación fue de 9.08. Tomando como referencia estos datos, nuestros resultados indican que el nivel de satisfacción vital de los jóvenes extutelados no disminuye tras la salida del centro o bien, que las personas con las que se ha podido contactar son aquellas que se encuentran en mejor situación.

Asimismo, otra de las explicaciones que podemos encontrar a este dato es que los jóvenes hayan valorado su nivel de satisfacción vital actual en comparación con otros menores de su entorno que podrían tener una situación igual o peor, lo que podría reflejar una actitud conformista por parte de éstos.

Por último, desde una perspectiva más optimista, esta alta puntuación podría indicarnos que los jóvenes extutelados han desarrollado habilidades y estrategias de afrontamiento a los problemas que les permitan mantener un buen nivel de satisfacción vital a pesar de las circunstancias.

De la misma forma que se puntuó la variable anterior, en este estudio se analizó la valoración que los extutelados hacen de su experiencia durante el acogimiento, según atención que recibieron. La puntuación media que otorgaron en esta variable es igual a la de la variable anterior con la diferencia de que en este caso las puntuaciones estuvieron mucho más repartidas. Nuestros datos indican que, aunque la valoración media que los extutelados hacen del acogimiento es positiva, hay un 13% de los jóvenes entrevistados que otorgan una puntuación por debajo del 5.

Por último, algo que ofrece mucha información acerca del proceso de salida del centro son los resultados de la pregunta abierta realizada en la entrevista en la que se les pedía que indicaran, según su experiencia, cuáles son los aspectos más importantes para ayudar a otros chicos y chicas durante el proceso de egreso. Tras la categorización y el análisis de las mismas, los datos mostraron que es el apoyo emocional el aspecto que los extutelados más valoran durante dicho proceso. Aquellos que ya han salido del centro consideran que todo lo relacionado con el apoyo emocional y psicológico constituye un elemento fundamental para el proceso de transición. Esta respuesta podría deberse a que ellos han tenido este apoyo por parte de figuras de referencia y por eso lo valoran como algo fundamental durante su proceso o por el contrario, podría deberse a la carencia de dicho apoyo. Es posible que, quienes han experimentado la salida del centro sin apenas apoyo, otorguen más valor a esto que a otras cuestiones que podrían estar más relacionadas con el bienestar material (como el trabajo o el dinero) que con el proceso de transición en sí (apoyo emocional). Según esto, podría ser que los jóvenes hayan experimentado una situación de soledad durante el proceso de transición y por este motivo pongan en valor el apoyo emocional y psicológico durante dicho proceso.

Independientemente del motivo por el que señalan dicha categoría, los resultados van en la línea de lo descrito en numerosas investigaciones nacionales e internacionales anteriores que han concluido que el acompañamiento durante esta etapa es un importante factor protector que influye positivamente sobre el proceso de salida del centro de protección (Gilligan y Arnau-Sabatés, 2017; Rome y Raskin, 2017). Asimismo, otros autores han concluido en sus estudios que el apoyo de figuras de referencia durante dicho proceso se relaciona con mejores resultados en cuanto a la integración socio laboral de los extutelados (Andrew *et al.*, 2014; Sala-Roca *et al.*, 2012). En esta misma línea, Mullan *et al.* (2007) destacaron, a partir de entrevistas a los propios jóvenes, la importancia de las relaciones con la familia y otros adultos significativos como elemento fundamental del proceso de independencia.

Por otro lado, la segunda categoría que más se repite es la de formación y estudios. Los resultados de nuestro trabajo indicaron que los jóvenes otorgan mucha importancia al ámbito académico y a la formación de cara a su proceso de egreso. Esto parece incongruente con los bajos niveles académicos que reflejan nuestros datos, lo que nos lleva a pensar que, a pesar de los malos resultados que obtienen en este ámbito los jóvenes extutelados toman conciencia, cuando se acerca el momento de la

emancipación, de la importancia de obtener cierto nivel educativo para poder acceder a un empleo. De hecho, son muchos los autores que concluyen en sus investigaciones que el fracaso escolar y el abandono temprano de los estudios dificulta enormemente el proceso de integración socio laboral de los jóvenes y conlleva a una alta tasa de paro (Jariot *et al.*, 2015; López *et al.*, 2013; Montserrat *et al.*, 2011; Naccarato *et al.*, 2010).

Algo importante a destacar es que la categoría de formación y estudios es la única que los jóvenes valoran retrospectivamente. Esto pone el énfasis sobre la necesidad de trabajar en el ámbito académico durante la estancia en AR.

Asimismo, nuestros resultados también refuerzan la necesidad de ofrecer apoyo en los estudios en los programas de atención a los extutelados, pues parece claro que el nivel académico y la formación son dos aspectos claves para poder enfrentar con garantías el proceso de transición a la vida adulta. Con respecto a esto, en Canarias, los programas de atención a los extutelados recogen la necesidad de orientar al estudio y fomentar la formación profesional para el empleo de estos jóvenes, algo que se incluye como servicio mínimo y fundamental en dichos programas.

Para finalizar, en nuestro estudio se encontró que un 24% de los jóvenes entrevistados se refiere a la inserción laboral como aspecto importante durante el proceso de salida del centro. Sin embargo, los resultados en el ámbito de la inserción laboral muestran las dificultades de acceso al empleo de este colectivo. En esta línea, Comasòlivas *et al.* (2018) en su reciente estudio sobre jóvenes extutelados, también indicaron que las dificultades de acceso al mercado laboral son uno de los temas más recurrentes durante el proceso de transición de estos jóvenes.

Por ello, algo que sería interesante de cara a aumentar la inserción laboral de los extutelados, y que ya proponen estos autores, podría ser el desarrollo de programas específicos que tengan en cuenta las necesidades de estos jóvenes y su nivel de desarrollo académico y competencial (Sala, Arnau, Courney y Dworsky, 2016).

Estos resultados deben ser interpretados con cautela debido a las dificultades para localizar a los extutelados. Pudiera ser que aquellos con los que no se pudo contactar o no quisieron ser entrevistados se encuentren en una situación peor, o bien todo lo contrario. Quisiéramos pensar que muchos de ellos no han sido localizados

porque han logrado una buena inserción sociolaboral, se han convertido en adultos autónomos y han roto todos sus vínculos con el sistema de protección infantil.

9.1. Conclusiones

A continuación, exponemos las principales conclusiones que se desprenden de nuestro trabajo:

Hemos confirmado la tendencia ya observada de que el AR se está especializando en atender a jóvenes que ingresan en los centros habiendo alcanzado la adolescencia, por lo que sus estancias son cortas, y predomina el trabajo con planes de caso de preparación para la vida independiente.

El que uno de cada cinco casos sea un reingreso, es decir, que salió de AR y ha vuelto, puede estar indicando que no estamos asegurando el éxito de las alternativas familiares, bien sea de reunificación con la familia de origen o el emplazamiento en otra familia. Es necesario redoblar esfuerzos en este sentido, ya que los reingresos parecen disminuir las posibilidades de una posterior reunificación. Además, los reingresos se producen mayoritariamente por rupturas, que sabemos que provocan un daño añadido al menor.

En relación con lo anterior, el que existan casos de rupturas de adopciones, también nos lleva a la siguiente conclusión. A falta de datos estadísticos fiables, el encontrar esta información, además de indicar lo adecuado de revisar los expedientes como metodología de trabajo en el ámbito de la protección infantil, también nos lleva a concluir que algo puede estar fallando en los procesos de adopción. El que un proceso como el adoptivo, que debería estar muy controlado (tanto en la selección, formación, acoplamiento y seguimiento) se rompa, nos lleva a plantear la necesidad de redoblar esfuerzos para asegurar el éxito de las adopciones.

El análisis de la situación de las familias de origen de los jóvenes ingresados nos indica que, en el caso del padre, el consumo de alcohol y otras sustancias, los problemas de delincuencia y prisión, y que ejercen violencia de género son factores demasiado habituales. Por otro lado, el perfil prototípico de la madre viene marcado por ser víctima de violencia de género (con un escalofriante 50% de los casos), tener problemas de salud mental y una situación económica muy mala. Esta situación familiar, que dificulta mucho una posible reunificación familiar, nos lleva a concluir que las políticas de apoyo

y ayuda a las familias, a todos los niveles, debe ser la primera intervención para evitar el ingreso en centros. El que la mayoría de los jóvenes ingresen en AR ya alcanzada la adolescencia, nos indica que las acciones preventivas con esta familia, de llevarse a cabo, no están siendo lo suficientemente efectivas para prevenir las separaciones.

Otra conclusión importante de este trabajo hace referencia al elevado consumo de sustancias prohibidas (incluimos tabaco y alcohol, pues están prohibidas para menores). Que más del 40% de los jóvenes que se encuentran en AR las consuma, confirma que es necesario tomar iniciativas encaminadas a disminuir estas cifras.

A nivel académico, que la tasa de idoneidad sea solamente del 30%, nos indica que también hay que redoblar esfuerzos por mejorar la situación académica de la población acogida en AR, pues es uno de los factores que más ayudan a estos jóvenes a lograr una mejor inserción sociolaboral futura.

Las variables que aumentan la probabilidad de que se trabaje con el objetivo de reunificación familiar son el haber ingresado por incapacidad de control parental, y que el padre no manifieste ninguna problemática relevante. En cambio, las probabilidades disminuyen cuando el menor ha ingresado siendo adolescente, lleva ya años en AR, se trata de un reingreso, se ha cambiado el plan de caso, y/o el padre tiene problemas de consumo de tóxicos.

En cambio, para el caso de los planes de separación definitiva, las probabilidades de optar por esta opción aumentan cuando el menor ha ingresado de pequeño, no ha llegado a la adolescencia, ha sido víctima de malos tratos, la madre ejerce la prostitución y/o se trata de un grupo de hermanos. En cambio, las probabilidades disminuyen en estancias menores al año y cuando el menor consume sustancias tóxicas. Estos resultados confirman que a los niños y niñas más pequeños que son separados de su familia de origen por haber sido víctimas de malos tratos, se les busca una alternativa familiar, siendo el AR un recurso de tránsito.

El que el padre no tenga ninguna problemática relevante, facilita establecer un plan de caso de reunificación, mientras que ciertos problemas de la madre facilitan que se decida trabajar los otros planes. Se tiene muy en cuenta la situación del padre para promover la vuelta al hogar del menor, y se valora como relevante que la madre tenga

ciertos problemas para tomar la decisión de trabajar para los objetivos alternativos a la reunificación.

Los recursos más utilizados en los PEI para trabajar con los menores, después del personal de los centros y los equipos especializados en protección infantil, son los centros educativos y los recursos de ocio y tiempo libre, lo que confirma los esfuerzos del AR por abrirse a la comunidad.

La inclusión de la familia de origen en los PEI no depende del plan de caso establecido, trabajándose con ella si el plan es de reunificación familiar, pero también si es el de separación definitiva o el de preparación para la vida independiente, tal y como recomienda la normativa actual y la literatura científica.

La mayoría de los extutelados que salieron del AR y alcanzaron la mayoría de edad se encuentran viviendo con la familia de la que fueron separados en su momento, siendo ésta su principal fuente de apoyo. Además, tienen una cualificación académica deficiente, y su situación económica es bastante mala. Esta situación que ya dificulta su inserción sociolaboral, se ve más complicada todavía en un tercio de las chicas que, o han sido madres o están embarazadas.

Cuando se les pregunta a los extutelados por cómo se les debería ayudar en el proceso de transición a la vida adulta, lo más nombrado es el acompañamiento, y que se les hubiera obligado y empujado para que estudiaran, ya que una vez alcanzan la mayoría de edad toman conciencia de la importancia que tiene la formación en sus vidas.

9.2. Limitaciones

Como en toda investigación, los estudios realizados en esta tesis también presentan una serie de limitaciones metodológicas que se describen a continuación:

En relación al primer y segundo estudio, es necesario tener en cuenta la dificultad de recoger con exactitud la sucesión cronológica de los hechos puesto que en los expedientes se recoge mucha información pero no siempre se recoge de forma cronológica. Además, la realidad de estos menores y la de sus familias se caracterizan por la presencia de situaciones muy cambiantes que dificultan aún más la recogida de

información. Por lo que se sugiere que los resultados del segundo estudio sean interpretados con cautela.

Otra de las principales limitaciones de los tres primeros estudios y sobretodo del tercero (en el que se analizaron los recursos del PEI) es que el análisis de los datos se realizó en función de lo declarado. Es decir, toda la investigación se realizó con la información que se recogió de los expedientes de los menores, lo que podría suponer cierta pérdida de información del caso.

En relación al cuarto estudio, la principal limitación es el tamaño de la muestra. Aunque es habitual que en los estudios con este colectivo la muestra no sea muy extensa, es necesario interpretar los resultados de nuestro trabajo teniendo en cuenta esta limitación en cuanto al número de jóvenes entrevistados, pues podría suponer ciertas dificultades a la hora de generalizar los resultados a toda la población de jóvenes extutelados.

También la metodología utilizada en este estudio no nos permitió profundizar sobre aspectos determinados de la situación de los jóvenes extutelados. Realizar entrevistas telefónicas para obtener cierta información implica que ésta debe ser corta y muy concisa, para evitar que los jóvenes no quieran participar en la investigación por el esfuerzo de tiempo que les supone responder a la entrevista.

Por último, otra limitación que se plantea es que los resultados de esta tesis hacen referencia a la isla de Tenerife. Esto podría limitar la generalización de las conclusiones a nivel nacional e incluso a nivel autonómico. El hecho de que las competencias en materia de AR estén transferidas a los cabildos insulares podría conducir a realidades y resultados distintos en las islas menores y también en las diferentes islas capitalinas.

9.3. Propuestas de futuro

Como en toda investigación nuestros resultados no responden, ni mucho menos, a todas las interrogantes que permanecen abiertas sobre el AR, por lo que se hace necesario seguir profundizando en este ámbito, lo que permitiría superar las limitaciones de esta tesis. Una primera propuesta general, sería la realización de investigaciones de

tipo longitudinal, en las que se pueda analizar en profundidad el trayecto que sigue un menor desde que ingresa en AR, durante su estancia, su salida, y su vida posterior. Solamente así podríamos hacer frente a las limitaciones que los estudios transversales como los de esta tesis tienen.

En el estudio 1 se ha descrito el perfil de los jóvenes que son atendidos por los recursos de AR. En dicho perfil se reflejan algunas cuestiones que consideramos deberían investigarse en profundidad. En primer lugar, el elevado número de jóvenes que reingresan en AR después de haber salido. La gravedad de las rupturas de las reunificaciones, los acogimientos familiares y las adopciones requiere un análisis riguroso para detectar por qué se producen y cómo podríamos evitarlo. La literatura científica viene demostrando desde hace tiempo que las rupturas y los cambios de emplazamiento no planificados pueden producir graves daños en los menores.

Otro dato destacable en referencia al perfil de los casos atendidos en AR es el alto porcentaje de jóvenes que consumen algún tipo de droga. Aunque es un hecho conocido, y podemos saber el motivo por el que estos jóvenes inician el consumo, no deja de ser paradójico que dentro del sistema de protección infantil se consuman sustancias en un porcentaje tan elevado. Indagar en las acciones que se implementan desde los centros para afrontar esta problemática, o sobre nuevas iniciativas, se nos antoja necesario.

Posiblemente relacionado con lo anterior, también sería conveniente estudiar la relación entre los centros de AR y el sistema de justicia juvenil. Aproximadamente uno de cada diez jóvenes de nuestra muestra se mueven entre los dos sistemas, el de protección y el de justicia juvenil. ¿Hay coordinación? ¿Cómo viven los jóvenes esto? ¿Qué papel juegan las familias cuándo les han retirado la patria potestad?, etc. Hay unas cuantas preguntas a las que se debería dar respuesta.

Con respecto al estudio 2, más allá de conocer qué variables predicen la designación o no de los diferentes planes de caso, sería necesario dar un paso más allá y tratar de conocer las variables que ayudan y las que podrían poner en riesgo el éxito de los diferentes planes. Lógicamente tendría que ser a través de estudios de corte longitudinal, como comentamos anteriormente.

En el estudio 3 se realizó una aproximación a los recursos que se activan desde los centros para trabajar con los jóvenes. Sería interesante analizarlo desde la perspectiva de los recursos activados, sobre todo de los más ajenos al sistema de protección, como pueden ser los profesores, los monitores de actividades deportivas, etc. ¿Cómo perciben su rol con estos jóvenes acogidos? ¿Consideran que tienen un papel destacado en el trabajo en los programas de AR? ¿Qué consideran que se debería hacer para mejorar la atención de estos menores?, etc. Sin duda, la información que nos pueden dar sería de gran interés.

Por último, y en relación al estudio 4, parece necesario, como ya señalan otros trabajos, seguir trabajando de cara a mejorar los programas de transición a la vida adulta. Pero nos gustaría relacionar esto con la formación. Los resultados académicos de esta población son muy pobres, lo que sin duda les impide una buena inserción sociolaboral una vez abandonado el centro y alcanzada la mayoría de edad. Cómo mejorar la adaptación escolar de este colectivo es, sin duda, uno de nuestros mayores retos pendientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Check List and Revised Child Behavior Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youths and Families.
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Nueva York: Chapman and Hall.
- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E. y Mesas, A. (Eds.) (2003). *Familias Canguro: Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Andrew, E., Williams, J. y Waters, C. (2014). Dialectical behaviour therapy and attachment: Vehicles for the development of resilience in Young people leaving the care system. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19, 503-515.
- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S. y Leslie, L. K. (2010). Behavior problems and placement change in a National Child Welfare Sample: A prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 70–80.
- Araújo, S. y Montserrat, C. (2014). Jóvenes que estuvieron en el sistema de protección social a la infancia: Reflexiones a partir de una investigación realizada en Girona, España. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 27, 198-206.
- Armsden, G., Pecora, P.J., Payne, V. y Szatkiewicz, J. P. (2000). Children placed in long-term foster care: an intake profile using the child behavior checklist. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 49–64.
- Arnau, L. y Gilligan, R. (2015). What helps young care leavers to enter the world of work? Possible lessons learned from Ireland and Catalonia. *Children and Youth Services Review*, 53, 185-191.

- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los Servicios de Protección Infantil. *Psicothema*, 23, 642-647.
- Asamblea General de Naciones Unidas (2009). *Directrices sobre las modalidades alternativas del cuidado de los niños*. Recuperado de: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3836&tipo=documento> el 20 de enero de 2018.
- Balsells, M. A., Pastor, C., Mateos, A., Vaquero, E. y Urrea, A. (2015). Exploring the needs of parents for achieving reunification: the views of foster children, birth family and social workers in Spain. *Children and Youth Services Review*, 48, 159-166.
- Barber, J. G. y Delfabbro, P. H. (2002). The plight of disruptive children in out-of-home care. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 5, 201–212.
- Barber, J. G., Delfabbro, P. H. y Cooper, L. L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 785–790.
- Barriocanal, C. G., De la Herrán, A. y Martínez, A. I. (2007). Investigación sobre el acogimiento residencial como medida de protección. Una valoración desde jóvenes ex-residentes y sus familias. *Indivisa: Boletín de estudios e investigación*, 8, 27-42.
- Bartelink, C. (2013). Uithuisplaatsing: wat werkt? [Ubicación fuera del hogar: ¿qué funciona?]. Recuperado de: [http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Uithuisplaatsing.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Uithuisplaatsing.pdf) (Nederlands Jeugdinstituut) el 12 de febrero de 2018.
- Barth, R. P. (2002). *Institutions vs. Foster homes: The empirical base for a century of action*. Chapel Hill, NC: UNC, School of Social Work, Jordan Institute for Families.

- Becker, M. A., Jordan, N. y Larsen, R. (2007). Predictors of successful permanency planning and length of stay in foster care: The role of race, diagnosis and place of residence. *Children and Youth Services Review*, 29, 1102–1113.
- Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., López, M., Devaney, J., Spratt, T., Koopmans, C., Knorth, E. J., Witteman, C. L. M., Del Valle, J. F. y Hayes, D. (2015). Decision making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and intervention recommendations, and the role of professional's child welfare attitudes. *Child Abuse and Neglect*, 49, 63-75.
- Bernedo, I., Fuentes, M. J. y Fernández, M. (2008). Behavioral problems in adolescents raised by their grandparents. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 453-463.
- Bernedo, I. M., Salas, M. D., Fuentes, M. J. y García-Martín, M. A. (2014). Foster children's behavior problems and impulsivity in the family and school context. *Children and Youth Services Review*, 42, 43–49.
- Berridge, D. (2007). Theory and explanation in child welfare: education and looked-after children. *Child and Family Social Work*, 12, 1-10.
- Biehal, N. (2006) *Reuniting Looked after Children with Their Families: A Review of the Research*. NCB, Londres.
- Biehal, N. (2007) Reuniting children with their families: reconsidering the evidence on timing, contact and outcomes. *British Journal of Social Work*, 37, 807–823.
- Biehal, N., Sinclair, I. y Wade, J. (2015). Reunifying abused or neglect children: Decision-making and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 49, 107-118.
- Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L. y Towlson, K. (2004). Mental Health of 'Looked After' Children: A Needs Assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 117-129.
- Bowlby, J. (1951). *Cuidados maternos y salud mental*. Ginebra: OMS.
- Bravo, A. (2002). *Análisis y validación de un sistema de evaluación y programación para residencias de protección a la infancia* (Tesis Doctoral). Oviedo: Universidad de Oviedo.

- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (1999). Evaluación de objetivos en programas de acogimiento residencial. En M. A. Verdugo y F. Borja (coords.), *Hacia una nueva concepción de la discapacidad* (pp. 381-393). Salamanca: Amarú.
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, *13*, 197-204.
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, *15*, 136-142.
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, *30*, 42-52
- Bravo, A., Del Valle, J. F. y Santos, I. (2015). Helping Staff to Connect Quality, Practice and Evaluation in Therapeutic Residential Care. En J. K. Whittaker, J. F. Del Valle y L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care For Children and Youth* (pp. 275-285). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Bravo, A. y Santos-González, I. (2017). Menores extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. *Psychosocial Intervention*, *26*, 55-62.
- Brodie, I. (2005). Education and residential child care in England: A research perspective. En D. Crimmens y I. Milligan (Eds.), *Facing forward: Residential child care: in the 21st century* (pp. 163-171). Dorset: Russell House Publishing.
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M. y Siméoni, M. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, *33*, 1886-1890.
- Bullock, R., Little, M. y Millham, S. (1993). *Going home: the return of children separated from their families*. Londres: Dartmouth.

- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y. y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Butterworth, S., Singh, S. P., Birchwood, M., Islam, Z., Munro, E., Vostanis, P., Paul, M., Khan, A. y Simkiss, D. (2017). Transitioning care-leavers with mental health needs: 'they set you up to fail!' *Child and Adolescent Mental Health*, 22, 138-147.
- Cameron, C. Jackson, S. Hauari H. y Hollingworth, K. (2010). *Young people from a public care background: pathways to further and higher education in England. A case study*. Recuperado de: <http://tcru.ioe.ac.uk/yippee> el 15 de Marzo de 2018.
- Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Campos, G. (2013). *Transición a la vida adulta de los jóvenes acogidos en residencias de protección*. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Casas, F., Fernández-Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán I. y Del Valle, J. F. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: estudio comparativo de dos comunidades autónomas en España. *Anales de Psicología*, 29, 148-158.
- Casas, F. y Montserrat, C. (2009). Sistema educativo e igualdad de oportunidades entre los jóvenes tutelados: estudios recientes en el Reino Unido. *Psicothema*, 21, 543-547.
- Casas, F., Montserrat, C. y Malo, S. (2010). *Young people from a public care background pathways to education in Spain. The case study report*. Recuperado de: <http://tcru.ioe.ac.uk/yippee> el 15 de Marzo de 2018.
- Child Welfare League of América (2004). *Standards of Excellence for Residential Services*. Washington: CWLA

- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development, 69*, 109-116.
- Chor, K. H. B., McClelland, G. M., Weiner, D. A., Jordan, N. y Lyons, J. S. (2012). Predicting outcomes of children in residential treatment: A comparison of a decision support algorithm and multidisciplinary team decision model. *Children and Youth Services Review, 34*, 2345–2352.
- Cobacho, F. y Pons, J. (2006). Jóvenes en desventaja y cohesión social. Educación y futuro para todos. *Revista de Educación, 341*, 237-255.
- Colton, M. y Hellinckx, W. (1993). *Child Care in the EC*. Aldershot: Arena.
- Comasòlivas, A., Sala-Roca, J. y Marzo, T. E. (2018). Los recursos residenciales para la transición hacia la vida adulta de los jóvenes tutelados en Cataluña. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 31*, 125-137.
- Courtney, M. E. y Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the U.S.A. *Child and Family Social Work, 11*, 209-219
- Courtney, M. E., Dworsky, A., Lee, J. y Raap, M. (2010). *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at ages 23 and 24*. Chicago: Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago.
- Courtney, M. E. y Hook, J. L. (2017). The potential educational benefits of extending foster care to young adults: Findings from a natural experiment. *Children and Youth Services Review, 72*, 124-132.
- Courtney, M. E., Hook, J. L. y Lee J. S. (2010). *Distinct Subgroups of Former Foster Youth during Young Adulthood: Implications for Policy and Practice*. Chicago: Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago.
- Courtney, M. E. y Iwaniec, D. (2009). *Residential care of children. Comparative perspectives*. Oxford: Oxford University Press.

- Cuenca, M. E., Campos, G. y Goig, R. M. (2018). El tránsito a la vida adulta de los jóvenes en acogimiento residencial: el rol de la Familia. *Educación XXI*, 21, 321-344.
- Davidson-Arad, B. y Klein, A. (2011). Comparative well-being of Israeli youngsters in residential care with and without siblings. *Children and Youth Services Review*, 33, 2152-2159.
- Dávila, P. y Naya, L. M. (2006). La evolución de los derechos de la infancia: Una visión internacional. *Encounters on Education*, 7, 71-93.
- Dávila, P. y Naya, L. M. (2008). El discurso proteccionista sobre los derechos de la infancia en los Tratados Internacionales. *XXI Revista de Educación*, 10, 15-30.
- De Bellis, M. (2001). Developmental Traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564.
- De Paúl, J. (2009). La intervención psicosocial en protección infantil en España: evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*, 30, 4-14.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (2001). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Del Valle, J. F. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación?. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 365-379.
- Del Valle, J. F., Álvarez, E. y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 235-249.
- Del Valle, J. F., Álvarez, E. y Fernanz, A. (1999). *Y después... ¿qué? Estudio y seguimiento de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Del Valle, J. F. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14(Supl.), 118-123.

- Del Valle, J. F. y Bravo, A. (2007). *Sistema de evaluación y registro en acogimiento residencial-SERAR*. Oviedo: Nieru.
- Del Valle, J. F. y Bravo, A. (2013). Current trends, figures and challenges in out of home care: An international comparative analysis. *Psychosocial Intervention*, 22, 251-257.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Álvarez, E. y Fernanz, A. (2008). Adult self-sufficiency and social adjustment in care leavers from children's homes: a long-term assessment. *Child and Family Social Work*, 13, 12-22.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Martínez, M. y Santos, I. (2012). *Estándares de calidad del acogimiento residencial EQUAR*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Del Valle, J. F. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Del Valle, J. F., Sainero, A. y Bravo, A. (2015). Needs and characteristics of high resource using children and youth: Spain. En J. K. Whittaker, J. F. Del Valle y L. Homes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth. Developing evidence based international practice* (pp. 49–59). Londres: Jessica Kingsley.
- Den Dunnen, W., St. Pierre, J., Stewart, S., Johnson, A., Cook, S. y Leschied, A. W. (2012). Predicting residential treatment outcomes for emotionally and behaviorally disordered youth: The role of pretreatment factors. *Residential Treatment for Children and Youth*, 29, 13–31.
- Díaz-Aguado, M. J. y Martínez, R. (2006). La reproducción intergeneracional de la exclusión social y su detección desde la educación infantil. *Psicothema*, 18, 378-383.
- Dixon, J. (2007). Obstacles to participation in education, employment and training for young people leaving care. *Social Work and Social Sciences Review*, 13, 18-34.

- Dixon, J. (2016). Opportunities and challenges: supporting journeys into education and employment for young people leaving care in England. *Revista Española de Pedagogía*, 263, 13-29.
- Dixon, J. y Stein, M. (2003). Leaving care in Scotland: The residential experience. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 2, 7-17.
- Dowsett, C. J., Huston, A. C., Imes, A. E. y Gennetian, L. (2008). Structural and process features in three types of child care for children from high and low income families. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 69-93.
- Dregan, A. y Gulliford, M. C. (2012). Foster care, residential care and public care placement patterns are associated with adult life trajectories: population-based cohort study. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1517-1526.
- Dumart, A. C., Donati, P. y Crost, M. (2011). After a long-term placement: investigating educational achievement, behavior and transition to independent live. *Children and Society*, 25, 215-227.
- Dworsky, A. (2005). The economic self-sufficiency of Wisconsin's former foster youth. *Children and Youth Services Review*, 27, 1085-1118.
- Ellis, B.H., Fisher, P.A. y Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1283-1292.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S., Angold, A. y Costello, E. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Services Review*, 75, 605-624.
- Farmer, E., O'Neill, T., Sturgess, W. y Morris, P. (2008). *The reunification of looked after children with their parents: patterns, interventions and outcomes*. Report to DCSF, Bristol University.
- Farmer, E. y Wijedasa, D. (2013). The Reunification of Looked After Children with Their Parents: What Contributes to Return Stability? *British Journal of Social Work*, 43, 1611-1629.

- Fernández-Daza, M. y Fernández-Parra, A. (2017). Problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en niños y adolescentes que viven en acogimiento residencial. *Psychologia*, *11*, 57-70.
- Fernández-Molina, M., Del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, *23*, 1-6.
- FICE, IFCO y Aldeas Infantiles SOS (2007). *Quality4Children. Estándares para el cuidado de niños fuera de su familia biológica*. Recuperado de: <http://www.aldeasinfantiles.es> el 12 de febrero de 2015.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. y Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by Local Authorities: A comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 319-325.
- Frensch, K. M. y Cameron, G. (2002). Treatment of choice or a last resort? A review of residential mental health placements for children and youth. *Child and Youth Care Forum*, *31*, 307-339.
- Freundlich, M. y Avery, R. J. (2005). Planning for permanency for youth in congregate care. *Children and Youth Services Review*, *27*, 115-134.
- Fuertes, J. y Del Valle, J. F. (2001). Acogimiento residencial. En J. de Paúl y M. I. Arruabarrena (Eds.), *Manual de Protección Infantil* (pp. 409-470). Barcelona: Masson.
- Jones, R., Everson-Hock, E. S., Papaioannou, D., Guillaume, L., Goyder, E., Chilcott, J. y Swann, C. (2011). Factors associated with outcomes for looked-after children and young people: A correlates review of the literature. *Child: Care, Health and Development*, *37*, 613–622.
- Galán, A. (2014). Tratamiento psicológico en niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención. *Papeles del Psicólogo*, *35*, 201-209.

- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. y Aarons, G. (2001). Prevalence of psychiatric disorders for youth in public sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409-419.
- Geurts, E. M. W., Boddy, J., Noom, M. J. y Knorth, E. J. (2012). Family-centred residential care: the new reality?. *Child and Family Social Work*, 17, 170-179.
- Gilligan, R. y Arnau-Sabatés, L. (2017). The roles of carers in supporting the progress of care leavers in the world of work. *Child and Family Social Work*, 22, 792-800.
- Gobierno de Inglaterra (2011). *Children's Homes. National Minimum Standards*. Recuperado de: <http://www.minimumstandards.org/contents.html> el 12 de febrero de 2015.
- Gobierno de Irlanda (2001). *National Standards for Children's Residential Centres*. Dublin: The Stationery Office.
- Goddard, J. (2000). The education of looked after children. *Child and Family Social Work*, 5, 79-86.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I. y Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100-106.
- González, O. (2001). Regulación jurídica de la protección infantil. En J. De paúl y M. I. Arruabarrena (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 65-139). Barcelona: Masson.
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S. y Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high risk adolescent population. *Child Abuse and Neglect*, 45, 122-134.
- Gypen, L., Vanderfaeillie, J., De Maeyer, S., Belenger, L. y Van Holen, F. (2017). Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic-review. *Children and Youth Services Review*, 76, 74-83.

- Han, E. y Choi, N. (2006). Korean institutionalized adolescents' attributions of success and failure in interpersonal relations and perceived loneliness. *Children and Youth Services Review*, 28, 535-547.
- Harden, B. (2002). Congregate care for infants and toddlers: Shedding new light on an old question. *Infant Mental Health Journal*, 23, 476-495.
- Harker, R. M., Dobel-Ober, D., Lawrence, J., Berridge, D. y Sinclair, R. (2003). Who takes care of education?: Looked after children's perceptions of support for educational progress. *Child and Family Social Work*, 8, 89-100.
- Heerde, J. A., Hemphill, S. A. y Scholes-Balog, K. E. (2016). The impact of transitional programmes on post-transition outcomes for youth leaving out-of-home care: a meta-analysis. *Health and Social Care in the Community*, 26, 15-30.
- Heflinger, C., Simpkins C. y Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55-73.
- Hegar, R. L. y Rosenthal, J. A. (2009). Kindship care and sibling placement: Child behavior, family relationship, and school outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31, 670-679.
- Hegar, R. L. y Rosenthal, J. A. (2011). Foster children placed with or separated from sibling: Outcomes based on a national sample. *Children and Youth Services Review*, 33, 1245-1253.
- Hernández-Prados, M. (2017). La transición de los jóvenes a la vida adulta. Crisis económica y emancipación tardía. Almudena Moreno Mínguez, Antonio López Peláez y Sagrario Segado Sánchez-Cabezudo. Editorial Obra Social "La Caixa", Barcelona, España, 2012, 222 páginas. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 16, 357-360.
- Hodges, J. y Tizard, B. (1989a). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.
- Hodges, J. y Tizard, B. (1989b). IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 53-75.

- Höjer, I., Johansson, H. y Hill, M. (2010). *WP3 Report from Sweden*. Recuperado de: <http://www.ucl.ac.uk/ioe> el 7 de abril de 2018.
- Höjer, I. y Sjöblom, Y. (2010). Young people leaving care in Sweden. *Child and Family Social Work, 15*, 118-127.
- Holtan, A., Ronning, J. A., Handegard, B. H. y Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 200-207.
- Horno, P., Romeo, F. J., Ferreres, A., Equipo de Incidencia Política y Estudios y UNICEF Comité Español (2017). *El Acogimiento como oportunidad de vida. Referentes de buena práctica y recomendaciones para una atención idónea a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar y residencial*. Madrid: UNICEF Comité Español.
- Iturralde, E., Margolin, C. y Shapiro, L. A. S. (2013). Positive and negative interactions observed between siblings: moderating effects for children exposed to parents' conflict. *Journal of Research in Adolescence, 23*, 716-729.
- James, S., Roesch, S. y Zhang, J. J. (2012). Characteristics and behavioral outcomes for youth in group care and family-based care: A propensity score matching approach using national data. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 20*, 144-156.
- Janssens, A. y Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 691-700.
- Jariot, M., Sala, J. y Arnau, L. (2015). Jóvenes tutelados y transición a la vida independiente: indicadores de éxito. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 26*, 90-103.
- Jiménez-Torres, M. G., Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J. F. (2012). Relación entre los motivos para la práctica físico-deportiva y las experiencias de flujo en jóvenes: diferencias en función del sexo. *Universitas Psychologica, 11*, 909-920.

- Johnson, R., Browne, K. y Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence and Abuse*, 7, 34-60.
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M. y Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 33-47.
- Kahan, B. (1994). *Growing in groups*. Londres: HMSO.
- Kaler, S. R. y Freeman, B. J. (1994). An analysis of environment deprivation: cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 35, 769-781.
- Keil, V. y Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28, 761-779.
- Kendrick, A. (2005). Social exclusión and social inclusión: Themes and issues in residential child care. En D. Crimmens e I. Milligan (Eds.), *Facing forward. Residential child care in 21st century* (pp. 7-18). Dorset: Russel House Publishing.
- Kerman, B., Wildfire, J. y Barth, R. P. (2002). Outcomes for young adults who experienced foster care. *Children and Youth Services Review*, 24, 319-344.
- Kjelsberg, E. y Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 319-325.
- Knorth, E. J., Harder, A. T., Zandberg, T. y Kendrick, A. J. (2008). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review*, 30, 123-140.
- Knorth, E. J., Knot-Dickscheit, J. y Strijker, J. (2008). The Netherlands. En M. Stein y E. R. Munro (Eds.), *Young People's Transitions from Care to Adulthood* (pp. 132-146). Londres: Jessica Kingsley.

- Lázaro, S. y López, F. (2010). Continuidad de los efectos del maltrato durante la infancia en adolescentes acogidos en centros de protección. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 255-268.
- Legault, L., Anawati, M. y Flynn, R. (2006). Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28, 1024-1038.
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T. y Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 39.
- Leiter, J. (2007). School performances trajectories after the advent of reported maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 29, 363-382.
- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., Swaab, H. y Scholte, E. (2016). Characteristics of children in foster care, family-style group care, and residential care: A scoping review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2357-2371.
- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C. H. Z., Swaab, H. T. y Scholte, E. M. (2017). Children referred to foster care, family-style group care, and residential care: (How) do they differ? *Children and Youth Services Review*, 77, 1-9.
- Leslie, L., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J., Slymen, D. y Garland, A. (2000). Children in foster care: factors influencing outpatient mental health service. *Child Abuse and Neglect*, 24, 465-476.
- Lindsay, M. y Foley, T. (1999). Getting them back to school: Touchstones of good practice in the residential care of young people. *Children and Society*, 13, 192-202.
- Llano, J. C. (2017). El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2016. Recuperado de: http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017_CANARIAS.pdf el 7 de febrero de 2018.

- Llanos, A. (2012). *Salud, bienestar y desarrollo de los niños y niñas con medida de separación familiar en protección infantil*. (Tesis Doctoral). Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Llanos, A., Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2006). *Perfiles problemáticos y necesidades emergentes en acogimiento residencial*. Santander. Actas del VIII Congreso de Infancia Maltratada.
- Llosada-Gistau, J., Montserrat, C. y Casas, F. (2015). The subjective well-being of adolescents in residential care compared to that of the general population. *Children and Youth Services Review*, 52, 150-157.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28, 780-788.
- López, M., Del Valle, J. F., Montserrat, C. y Bravo, A. (2010). *Niños que esperan. Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- López, M., Montserrat, C., Del Valle, J. F. y Bravo, A. (2010). El acogimiento en familia ajena en España. Una evaluación de la práctica y sus resultados. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 269-280.
- López, M., Santos, I., Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de Psicología*, 29, 187-196.
- Lumbreras, H., Fuentes, M. J. y Bernedo, I. (2005). Perfil descriptivo de los acogimientos con familia extensa de la provincia de Málaga. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 15, 93-117.
- Lyman, R. D. y Campbell, N. R. (1996). *Treating children and adolescents in residential and inpatient settings*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lyons, J. S., Woltman, H., Martinovich, Z. y Hancock, B. (2009). An outcomes perspective of the role of residential treatment in the system of care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 26, 71-91.

- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalizing on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853–884.
- Maclean, K. y Connely, G. (2005). Still room for improvement? The educational experiences of looked after children in Scotland. . En D. Crimmens y I. Milligan (Eds.), *Facing forward: Residential child care in the 21st century* (pp. 173-183) Dorset: Russell House Publishing.
- Manly, J., Kim, J., Rogosch, F. y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759–782.
- Martín, E. (2011). Apoyo social percibido en niños y adolescentes en acogimiento residencial. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 107-120.
- Martín, E. (2012). Residential care as a resource of the childhood welfare system: Current strengths and future challenges. En A. Muela (Ed.), *Child abuse and neglect: A multidimensional approach* (pp. 137-159). Rijeka: Intech
- Martín, E. (2015). Niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial. Un análisis en función del género. *Curriculum*, 28, 91-105.
- Martín, E. y Dávila, L. M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20, 229-235.
- Martín, E. y González, M. S. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30, 25-38.
- Martín, E., González-García, C., Del Valle, J. F. y Bravo, A. (2018). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child and Family Social Work*, 23, 1-7.
- Martín, E. y Márquez, L. (2015). El papel de los hermanos en el logro de objetivos en los programas de acogimiento residencial infantil. *Psychosocial Intervention*, 24, 27-32.

- Martín, E. y Muñoz, M. C. (2009). School adjustment of children in residential care: A multi-source analysis. *Spanish Journal of Psychology*, 12, 462-470.
- Martín, E., Muñoz, M. C. y Pérez, N. (2011). Las relaciones de amistad en la escuela de los menores en acogimiento residencial. *Revista de Psicodidáctica*, 16, 351-366.
- Martín, E., Muñoz, M. C., Rodríguez, T. y Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela: la integración social de los menores en acogimiento residencial con el grupo de iguales en el contexto escolar. *Psicothema*, 20, 406-412.
- Martín, E., Rodríguez, T. y Torbay, A. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial de menores. *Psicothema*, 19, 406-412.
- Martín, E. y Suárez, H. (2018). La investigación en desprotección infantil. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31, 189-198.
- Martín, E., Torbay, A. y Rodríguez, T. (2008). Cooperación familiar y vinculación del menor con la familia en los programas de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 24, 25-32.
- Martínez, A., Ruiz-Rico, G., Zurita, F., Chacón, R., Castro, M. y Cachón, J. (2017). Actividad física y conductas agresivas en adolescentes en régimen de acogimiento residencial. *Suma Psicológica*, 24, 135-141.
- Mateos, A., Fuentes-Peláez, N., Pastor, C. y Mundet, A. (en prensa). Good professional practices for promoting positive parenting and child participation in reunification processes. *Child and Family Social Work*.
- McMillen, J.C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T. y Spitznagel, E. L. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 88-95.
- Melendro, M. (2011). El tránsito a la vida adulta de los jóvenes en dificultad social: la incidencia de la intervención socioeducativa y la perspectiva de profesionales y empresarios. *Revista de Educación*, 356, 327-352.

- Melkman, P. (2017). Childhood adversity, social support networks and well-being among youth aging out of care: an exploratory study of mediation. *Child Abuse and Neglect*, 72, 85-97.
- Mendes, P. (2006). From dependence to interdependence: towards better outcomes for young people leaving state care. *Child Abuse Review*, 15, 110-126.
- Millham, S., Bullock, R., Hosie, K. y Haak, M. (1986) *Lost in Care. The Problems of Maintaining Links between Children in Care and Their Families*. Gower, Aldershot.
- Montserrat, C. (2008). *Niños, niñas y adolescentes acogidos por sus familiares: ¿qué sabemos, qué conocemos?* Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Montserrat, C. y Casas, F. (2010). Educación y jóvenes extutelados: revisión de la literatura científica española. *Educación XXI*, 12, 117-138.
- Montserrat, C., Casas, F. y Bertran, I (2013). Desigualdad de oportunidades educativas entre los adolescentes en acogimiento residencial y familiar. *Infancia y Aprendizaje*, 36, 443-453.
- Montserrat, C., Casas, F. y Malo, S. (2013). Delayed educational pathways and risk of social exclusion: the case of young people from public care in Spain. *European Journal of Social Work* 16, 6–21.
- Montserrat, C., Casas, F., Malo, S. y Bertran, I. (2011). *Los itinerarios educativos de los jóvenes ex-tutelados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Moreno-Torres, J. (2015). *Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales*. Recuperado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion_del_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_y_a_la_adolescencia.pdf el 10 de enero de 2018.
- Moreno, J. M., García-Baamonde, M. y Blázquez, M. (2009). Social adaptation and communicative competence in children in care. *Children and Youth Services Review*, 31, 642-648.

- Moreno, J. M., García-Baamonde, M. y Blázquez, M. (2010). Desarrollo lingüístico y adaptación escolar en niños en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 26, 189-196.
- Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Blázquez-Alonso, M., Pozueco-Romero, J. M. y Godoy-Merino, M. J. (2016). Social communication disorders and social cognitive strategies and attitudes in victims of child abuse. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 241-250.
- Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E. y Pozueco-Romero, J. M. (2017). Emotional competence disorders and social communication in young victims of abuse. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 701-708.
- Muela, A., Balluerka, N. y Torres, B. (2013). Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 29, 197-206.
- Mullan, C., McAlister, S., Rollock, F. y Fitzsimons, L. (2007). «Care just changes your Life»: Factors impacting upon the mental health of children and young people with experiences of care in Northern Ireland. *Child Care in Practice*, 13, 417-434.
- Naccarato, T., Brophy, M. y Courtney, M. E. (2010). Employment outcomes of foster youth: The results from the Midwest Evaluation of the Adult Functioning of Foster Youth. *Children and Youth Services Review*, 32, 551-559.
- Narendorf, S. C. y McMillen, J. C. (2010). Substance use and substance use disorders as foster youth transition into adulthood. *Children and Youth Services Review*, 32, 113-119.
- Newton, R. R., Litrownik, A. J. y Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1363-1374.

- O'Connor, T., G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., Kreppner, J. y The English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71, 376-390.
- O'Connor, T., Rutter, M. y ERA Team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Journal of Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.
- Observatorio de la Infancia (2017). *Boletín de Datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*. Madrid: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia.
- Ocón, J. (2006). Normativa internacional de protección a la infancia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 19, 113-131.
- Oriol, X. (2013). *Jóvenes delincuentes tutelados: perfiles delictivos, desarrollo socioemocional y apego*. (Tesis Doctoral). Lleida: Universidad de Lleida.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo?. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 353-363.
- Palacios, J. y Jiménez, J. (2007). *Acogimiento familiar en Andalucía*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Palacios, J., Jiménez, I., Oliva, A. y Saldaña, D. (1998). Malos tratos a los niños en la familia. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 399-421). Madrid: Alianza.
- Palma del Teso, A. (2006). *Administraciones públicas y protección de la infancia. En especial, estudio de la tutela administrativa de los menores desamparados*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Pecora, P. y English, D. J. (2016). *Elements of effective practice for children and youth served by therapeutic residential care*. Recuperado de: <https://www.casey.org/media/Group-Care-complete.pdf> el 24 de febrero de 2018.

- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. y Ortiz, A. (2009). Mental Health Services for Children Placed in Foster Care: An Overview of Current Challenges. *Child Welfare*, 88, 1-25.
- Pérez, G. (2001). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes II: Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla.
- Portwood, S. G., Boyd, S. A., Brooks Nelson, E., Murdock, T. B., Hamilton, J. y Miller, A. D. (2018). A comparison of outcomes for children and youth in foster and residential group care across agencies. *Children and Youth Services Review*, 85, 19-25.
- Quinton, D. y Rutter, M. (1988). *Parenting breakdown*. Londres: Avebury.
- Ramis, A. (2016). *Evaluación de la calidad de la atención residencial en Mallorca. Acogimiento residencial del sistema de protección a la infancia*. (Tesis Doctoral). Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears.
- Raviv, T., Taussig, H. N., Culhane, S. E. y Garrido, E. F. (2010). Cumulative risk exposure and mental health symptoms among maltreated youth placed in out-of-home care. *Child Abuse and Neglect*, 34, 742-751.
- Redondo, E., Muñoz, R. y Torres, B. (1998). *Manual de buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Reinoso, M. y Forns, M. (2010). Stress, coping and personal strengths and difficulties in internationally adopted children in Spain. *Children and Youth Services Review*, 32, 1807-1813.
- Ringle, J. L., Ingram, S. D. y Thompson, R. W. (2010). The association between length of stay in residential care and educational achievement: Results from 5- and 16-year follow-up studies. *Children and Youth Services Review*, 32, 974-980.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar: Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.

- Rome, S. H. y Raskin, M. (2017). Transitioning Out of Foster Care: The First 12 Months. *Youth and Society, 1*, 19.
- Roy, P., Rutter, M. y Pickles, A. (2000). Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 139-149.
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X. y Localio, A. R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics, 119*, 336-344.
- Rubio Larrosa, V. (1985). *Estudio de carencias afectivas y la posible influencia negativa futura*. Madrid: Dirección General de Protección Jurídica del Menor.
- Rushton, A. y Minnis, H. (2002). Residential and foster family care. En: M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 359-372). Blackwell Publishing.
- Rutter, M., O'Connor, T., Beckett, C., Castle, J., Croft, C., Dunn, J., Groothues, C.H. y Kreppner, J. (2000). Recovery and deficit following profound early deprivation. En P. Selman (Ed.), *Intercountry adoption. Developments, trends and perspectives* (pp. 107-125). Londres: BAAF. (Trad. cast.: Recuperación y déficit tras privaciones iniciales profundas. *Bienestar y protección infantil*, 2002, 1, 11-32).
- Sainero, A. (2014). *Evaluación de la salud mental de niños y adolescentes con medidas de protección* (Tesis Doctoral). Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Sainero, A., Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2014). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: An empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 22*, 16-26.
- Sainero, A., Del Valle, J. F. y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial: *Anales de Psicología, 31*, 472-480.

- Sainero, A., Del Valle, J. F., López, M. y Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: Children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35, 1393-1399.
- Sala-Roca, J., Arnau, L., Courtney, M. E. y Dworsky, A. (2016). Programs and Services to help Foster Care Leavers during their Transition to Adulthood: A Study Comparing Chicago (Illinois) to Barcelona (Catalonia). Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2016/158016/2016-05-26_summary_report.pdf el 17 de abril de 2018.
- Sala-Roca, J., Villalba, A., Jariot, M. y Arnau, L. (2012). Socialization process and social support networks of out-of care youngsters. *Children and Youth Services Review*, 34, 1015-1023.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Londres: Sage.
- Samuels, G. M. y Pryce, J. P. (2008). What doesn't kill you makes you stronger. Survivalist self-reliance as resilience and risk among young adults aging out of foster care. *Children and Youth Services Review*, 30, 1198-1210.
- Sánchez, J. M. (2001). Toma de decisiones. El plan de caso. En J. de Paúl y M.I. Arruabarrena (Eds.), *Manual de Protección Infantil* (pp. 229-294). Barcelona: Masson.
- Santos, I. (2015). *Las necesidades psicológicas en los menores extranjeros no acompañados acogidos en España*. (Tesis Doctoral). Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Schofield, G., Ward, E. y Young, J. (2009) *Parenting while apart: The experiences of birth parents of children in long term foster care: Full Research Report. ESRC End of Award Report, RES-000-22- 2606*. Swindon: ESRC.
- Scholte, E. M. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 657-666.

- Scholte, E. M. y Van der Ploeg, J. D. (2010). *Effectiviteit in de residentiele jeugdzorg: Doelgroepen en werkwijze van Horizon* [Eficacia en la atención residencial: Grupo objetivo y método de Horizon]. Leiden: Universiteit Leiden afdeling Orthopedagogiek.
- Sempik, J., Ward, H. y Darker, I. (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13*, 221-233.
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D. y Münir, K. (2007). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems Reported by Teachers: Turkish Orphans Study. *Children and Youth Services Reviews, 29*, 883-899.
- Sinclair, I. (2005) *Fostering Now: Messages from Research*. Jessica Kingsley Publishers, Londres.
- Skinner, A. (1992). *Another Kind of home*. Edimburgo: HMSO
- Sloutsky, V. M. (1997). Institutional care and developmental outcomes of 6 and 7- year-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Behavioral Development, 20*, 131-151.
- Stein, M. (2006). Young people aging out of care: The poverty of theory. *Children and Youth Services Review, 28*, 422-434.
- Stein, M. y Dumaret, A. (2011). The mental health of young people aging out of care and entering adulthood: Exploring the evidence from England and France. *Children and Youth Services Review, 33*, 2504–2511.
- Strijker, J., Knorth, E. y Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement history of foster children: A study of placement history and outcomes in long-term family foster care. *Child Welfare, 87*, 107–124.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 1*, 153-172.
- Spitz, R. (1946a). Hospitalism: a follow-up report on investigation described in volume 1, 1945. *Psychoanalytic Study of the Child, 2*, 113-117.

- Spitz, R. (1946b). Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A. y Rutter, M. (2008). Inattention/Overactivity Following Early Severe Institutional Deprivation: Presentation and Associations in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 385-398.
- Stone, S. (2007). Child maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability: A fifteen-year review of evidence and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29, 139-161.
- Sulimani-Aidan, Y. (2014). Care leavers' challenges in transition to independent living. *Children and Youth Services Review*, 46, 38-46.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30, 1-25.
- Tarren-Sweeney, M., y Vetere, A. (2014). *Mental health services for vulnerable children and young people*. New York: Routledge.
- Taussig, H. N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: A longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse and Neglect*, 26, 1179-1199.
- Tizard, B. y Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 61-73.
- Triseliotis, J. y Russell, J. (1984). *Hard to place*. Londres: Heineman.
- Trout, A. L., Hagaman, J., Casey, K., Reid, R. y Epstein, M. H. (2008). The academic status of children and youth in out-of-home care: a review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 30, 979-994.
- Tolfree, D. (1995). *Roofs and Roots*. Londres: Avebury.

- Urban Institute (2008). *Coming of age: Employment outcomes for youth who age out of foster care through their middle twenties*. Recuperado de: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/31216/1001174-Coming-of-Age-Employment-Outcomes-for-Youth-Who-Age-Out-of-Foster-Care-Through-Their-Middle-Twenties.PDF> el 7 de febrero de 2018.
- Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., Belenger, L. y Gypen, L. (2017). Who returns home? Study on placement outcomes of Flemish Foster children. *Child and Family Social Work*, 22, 503-514.
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F. y De Maeyer, S. (2012). Development of an intervention for foster parents of young foster children with externalizing behavior: Theoretical basis and program description. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 330–344.
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S. y Robberechts, M. (2013). Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use. *Children and Youth Services Review*, 35, 716–724.
- Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A., Wolkind, S. y Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: I. Social, emotional and behavioural differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 225-245.
- Vostanis, P. (2010). Mental health services for children in public care and other vulnerable groups: Implications for international collaboration. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 555-571.
- Vostanis, P., Bassi, G., Meltzer, H., Ford, T. y Goodman, R. (2008). Service use by looked after children with behavioural problems: Findings from the England survey. *Adoption and Fostering*, 32, 23-32.
- Wade, J., Biehal, N., Farrelly, N. y Sinclair, I. (2010). *Maltreated Children in the Looked after System: A Comparison of Outcomes for Those Who Go Home and Those Who do Not*. Research Brief DFE-RBX-10-06.

- Wade, J. y Munro, E. R. (2008). United Kingdom. En M. Stein y E. R. Munro (Eds.), *Young People's Transitions From Care to Adulthood* (pp. 209-224). Londres: Jessica Kingsley.
- Wagner, G. (1988). *Residential Care. A positive Choice*. Londres: HMSO.
- Ward, A. (2003). The Core Framework. En A. Ward, K. Kasinski, J. Pooley, A. Worthington (Eds.), *Therapeutic communities for children and young people* (pp. 21-42). Londres: Jessica Kingsley.
- Ward, H. y Scuse, T. (2001). Performance targets and stability of placements for children looked after away from home. *Children and Society*, 15, 333–346.
- Whittaker, J. K., Del Valle, J. F. y Homes, L. (2015). *Therapeutic residential care for children and youth. Developing evidence based international practice*. Londres: Jessica Kingsley.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., Del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J.,..., y Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the international work group on therapeutic residential care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 33, 89–106.
- Woodward, L., Fergusson, D. y Belsky, J. (2000). Timing of parental separation and attachment to parents in adolescence. Results of a prospective study from birth to age 16. *Journal of Marriage and Family*, 62, 162–173.
- Wulczyn, F., Kogan, J. y Harden, B. J. (2003). Placement stability and movement trajectories. *Social Service Review*, 77, 212-236.
- Yampolskaya, S., Sharrock, P., Armstrong, M. I., Strozier, A. y Swanke, J. (2014). Profile of children placed in out-of-home care: Association with permanency outcomes. *Children and Youth Services Review*, 36, 195–200.

ANEXOS

ANEXO I
PROTOCOLO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Código de Identificación	
Fecha de cumplimentación	
Fecha de Alta	

A) DATOS PERSONALES DEL CASO

A.1 Fecha de nacimiento:

A.2 Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

A.3 ¿Pertenece a etnia gitana? 0. No 1. Sí

A.4 ¿Es huérfano? 0. No 1. Sí

B) SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

B.1 ¿Cuál es la situación legal del niño/a?

1. Tutela Judicial
2. Tutela Administrativa
3. Guarda voluntaria
4. Otros

B.2 Motivo de protección (marcar todos los que correspondan)

1. Malos tratos (en cualquiera de sus tipos)
2. Imposible cumplimiento de obligaciones paternas (prisión de los padres, orfandad...)
3. Abandono/renuncia (sólo en el caso de renuncia del recién nacido o en los casos de abandono total en los que los padres se desentienden completamente del niño)
4. Incapacidad de control parental (se refiere a los casos en los que los padres no son capaces de controlar y poner límites a sus hijos)
5. Violencia contra los padres por parte del hijo o hija
6. Otros (especificar):

B.3 En caso de haber sufrido malos tratos, señale los tipos de los que se tiene conocimiento.

1. Maltrato físico
2. Negligencia física
3. Maltrato emocional
4. Negligencia emocional
5. Abuso sexual
6. Explotación sexual
7. Otros (especificar): _____

B.4 ¿Cuál es el plan de caso del niño/a?

1. Reunificación familiar
2. Separación definitiva
3. Preparación para la vida independiente/emancipación
4. En evaluación

B.5 Tiempo de estancia en protección en meses: _____

B.6 ¿Ha estado en otros centros anteriormente? 0. No 1. Sí

B.7 En caso afirmativo, ¿cuál es la estancia en el centro de protección actual? (en meses): _____

B.8 En caso afirmativo, ¿En cuántos centros ha estado en total?: _____

B.9 ¿Ha experimentado rupturas anteriores?

0. Ninguna de ellas
1. Reunificación familiar
2. Ruptura de acogimiento familiar
3. Ruptura de adopción

Nombre del centro:

B.10 ¿En qué tipo de centro se encuentra?

1. Centro de edades verticales (CEV)
2. Centro especializado en adolescentes (CEA)
3. Centro terapéutico

B.11 Se trata de un centro de gestión:

1. Directa
2. Indirecta

C. CONTEXTO FAMILIAR

C.1 ¿Padre fallecido? 0. No 1. Sí 2. Sin datos

C.2 ¿Padre en paradero desconocido? 0. No 1. Sí 2. Sin datos

C.3 Problemática del padre (marcar todas las que correspondan)

1. Delincuencia
2. Prisión
3. Violencia contra su pareja
4. Alcoholismo
5. Drogodependencias: 1.Cannabis 2.Heroína 3.Cocaína 4.Otros
6. Salud mental/problemas psiquiátricos (especificar):_____
7. Discapacidad: 1. Física 2. Intelectual 3. Sensorial
8. Enfermedad crónica (especificar): _____
9. Problemas económicos severos
10. Otras (especificar):_____
11. Sin datos
12. Ninguna

C.4 ¿Madre fallecida? 0. No 1. Sí 2. Sin datos

C.5 ¿Madre en paradero desconocido? 0. No 1. Sí 2. Sin datos

C. 6 Problemática de la madre (marcar todas las que correspondan)

1. Delincuencia
2. Prisión
3. Prostitución
4. Víctima de violencia por parte de su pareja
5. Alcoholismo
6. Drogodependencias: 1.Cannabis 2.Heroína 3.Cocaína 4.Otros
7. Salud mental/problemas psiquiátricos (especificar):_____
8. Discapacidad: 1. Física 2. Intelectual 3. Sensorial
9. Enfermedad crónica (especificar): _____
10. Problemas económicos severos
11. Otras (especificar):_____
12. Sin datos
13. Ninguna

C.7 Situación de pareja de los padres:

1. Matrimonio/pareja de hecho estable
2. Separación/divorcio
3. Viudedad
4. Soltera/o
5. Sin datos
6. Otros:

C.8 Número total de hijos (incluyendo al menor evaluado): _____

C.9 Orden que ocupa en el total de hermanos: _____

C.10 ¿Tiene hermanos en el mismo hogar? 0. No 1. Sí

C.11 En caso afirmativo, ¿cuántos?: _____

C.12 Orden que ocupa en el total de hermanos en el hogar: _____

C.13 Contactos con la familia de origen:

1. No hay contactos
2. Sólo recibe visitas
3. Sólo tiene salidas al domicilio familiar (fin de semana/vacaciones)
4. Tiene visitas y realiza salidas al domicilio familiar
5. Otros contactos (telefónicos, mails, cartas...)

C.14 En el caso de tener visitas, ¿son supervisadas? 0. No 1. Sí

D. CONTEXTO ESCOLAR

D.1 ¿Está escolarizado? 0. No 1. Sí

D.2 ¿Qué estudios cursa?

1. Educación Primaria
2. Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
3. Bachillerato
4. Formación profesional (PCPI, Módulos oficiales)
5. Módulos o talleres profesionales (no reglado)
6. No cursa ningún tipo de estudios
7. Otros estudios.: _____

D.3 ¿Ha repetido curso alguna vez o está repitiendo? 0. No 1. Sí

D.4 ¿La estancia en el sistema de protección ha supuesto cambios de centros?

0. No 1. Sí (cuántos): _____

D.5 ¿Existe algún tipo de adaptación curricular individualizada? 0. No 1. Sí

D.6 ¿Cómo es su rendimiento académico?

1. Aprueba todo con buenas notas
2. Aprueba todo con notas suficientes
3. Suspende alguna asignatura
4. Suspende varias asignaturas
5. No tiene notas en los estudios que cursa

D.7 Situación laboral

1. No aplicable (por edad o sigue estudiando)
2. Trabaja
3. En paro (buscando empleo)
4. Otros: _____

E. SALUD

E.1 ¿Existe algún tipo de discapacidad?

0. Sin discapacidad
1. Discapacidad física
2. Discapacidad intelectual
3. Discapacidad sensorial

E.2 ¿Tiene minusvalía reconocida? 0. No 1. Sí

E.3 En caso afirmativo, especifique el porcentaje:

1. Leve (por debajo del 33%)
2. Moderada (entre 33 y 64%)
3. Grave (entre 65 y 74%)
4. Muy grave (por encima del 75%)

E.4 ¿Tiene algún tipo de enfermedad crónica? 0. No 1. Sí (especificar: _____)

E.5 ¿Acude o ha acudido al psicólogo/psiquiátrico? 0. No 1. Sí 2. Sin datos

Motivo:

E.6 ¿Ha sido diagnosticado con algún problema psicológico?

0. No 1. Sí (especificar: _____) 2. Sin datos

E.7 ¿Ha presentado conductas de tipo suicida? 0. No 1. Sí 2. Sin datos

E.8 ¿Fuma?

1. Nunca
2. A veces
3. Habitualmente
4. Sin datos

E.9 ¿Consume alcohol?

1. Nunca
2. A veces
3. Habitualmente
4. Sin datos

E.10 ¿Consume tóxicos? 0. No 1. Sí 2. Sin datos

E.11 En caso afirmativo, ¿qué tipo de sustancia consume?

1. Cannabis
2. Heroína
3. Cocaína
4. Otros (especificar:_____)

E.12 ¿Cumple o ha cumplido alguna medida judicial?

ANEXO II

ENTREVISTA A JÓVENES EXTUTELADOS

PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es Patricia González y llamo de la Universidad de La Laguna. Estamos realizando una entrevista para la Dirección General de la Protección a la infancia y la Familia, cuyo objetivo es conocer cuál es la situación de los jóvenes que fueron tutelados durante su infancia y que ya han cumplido 18 años. Nos gustaría hacerte una serie de preguntas sobre la situación en la que se encuentra actualmente, porque pensamos que tu experiencia puede ayudar mucho a los chicos y chicas que van a pasar por la misma situación por la que ya pasaste.

La entrevista es breve y sólo durará un par de minutos. Por supuesto la participación es **voluntaria** y las respuestas son **confidenciales**.

(Ofrecer la posibilidad de realizar la entrevista de forma presencial o en otro momento).

- 1.- ¿A qué edad te separaron de tu familia por primera vez?:

- 2.- ¿Has estado todo el tiempo separado o volviste y te separaron otra vez? ¿A qué edad volviste?

- 3.- ¿En cuántos centros estuviste durante el tiempo que has estado en protección?:
(apuntar nº de centros en que estuvo)

- 4.- ¿Dónde estabas cuando cumpliste los 18 años, en un centro, con tu familia, etc.?:

¿Tienes relación con los educadores del centro? (Aquí adecuamos la pregunta a lo que nos respondió, y si fueron varios acogimientos puede responder a todos)

¿Con qué frecuencia?

- Cada día
- Al menos una vez a la semana
- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez al año
- Nunca

5.- ¿Con quién vives?:

6.- ¿En una vivienda de alquiler, en propiedad o de algún familiar, otros...?:

7.- Si tienes algún problema o dificultad, ¿tienes a quién acudir?:

8.- (En caso de respuesta afirmativa) ¿A quién?:

9.- ¿Tienes pareja o estás casado/a?:

10.- ¿Tienes hijos? ¿Cuántos?:

11.- ¿Tienes alguna relación con tu familia de origen? (*Adecuar esta pregunta a la respuesta dada a las preguntas 5 y 6, por ejemplo si ha respondido que vive en casa de su madre, preguntar: además de con tu madre ¿tienes contacto con otros familiares?*):

En caso afirmativo ¿Con quién? (*definir parentesco: madre, padre, abuelos...*):

¿Con cuántos?

Frecuencia de los contactos de las personas que ha nombrado:

- Cada día
- Al menos una vez a la semana
- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez al año
- Nunca

12.- ¿Estás estudiando actualmente? Sí No

13.- En caso de haber respondido a la pregunta 12 afirmativamente ¿Qué estudias?:

14.- Nivel académico obtenido ¿Hasta qué curso estudiaste?

15.- ¿Tienes la ESO terminada? ¿Alguna cualificación o titulación? Sí No

16.- ¿Estás trabajando actualmente? Sí No

17.- En caso afirmativo: ¿Tienes contrato? Sí No

¿De qué duración es el contrato?:

<6 meses 6 – 12 meses > 12 meses

¿En qué sector trabajas?: _____

Si no trabajas actualmente, ¿Has trabajado anteriormente?: Sí No

¿Cuál fue la duración del último contrato?

<6 meses 6 – 12 meses > 12 meses

18.- ¿Tienes ingresos económicos? Sí No

19.- En caso afirmativo ¿De dónde provienen? (*que defina si es sueldo, prestación, ayuda de alguien, etc.*): Podrías decirnos cuánto cobras al mes?:

20.- ¿Tienes independencia económica o necesitas ayuda de alguien?:

21.- ¿Cómo valoras tu experiencia mientras estuviste acogido, en cuanto a la atención recibida? pedirle que puntúe de 0 (muy mala) a 10 (muy buena):

22.- ¿Hasta qué punto te encuentras a día de hoy satisfecho con toda tu vida en general?
Respuesta de 0= completamente insatisfecho a 10= completamente satisfecho

23.- Para finalizar, puesto que has pasado por la experiencia de abandonar el sistema de protección con 18 años, ¿qué consideras que tendría que hacerse para ayudar a los chicos y chicas que van a pasar por ese proceso?

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

