



# RECURSOS RESIDENCIALES PARA MENORES SERIAMENTE DISRUPTIVOS: APORTACIONES TÉCNICAS A UN DEBATE SOCIAL E INSTITUCIONAL

## RESIDENTIAL TREATMENT FOR SEVERELY DISRUPTIVE MINORS: TECHNICAL CONTRIBUTIONS TO A SOCIAL AND INSTITUTIONAL DEBATE

**Antonio Galán Rodríguez**

*Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia de Extremadura*

*Los centros para menores con graves conductas transgresoras son recursos muy cuestionados a nivel social e institucional, pero han recibido poca atención desde contextos académicos. Analizamos las dificultades que implica su definición, implementación y gestión, y abordamos especialmente los problemas ligados a una definición basada en criterios clínicos. Se defiende la conveniencia genérica de su adscripción al entorno sanitario, pero también al ámbito de la protección a la infancia cuando se trata de menores desprotegidos; para estos casos se sugiere el uso de conceptos y modelos diferentes a los clínicos: los déficits de autorregulación como problema básico, y la intervención socioeducativa como eje del tratamiento. Analizamos otros aspectos conflictivos como el uso de la contención, los modelos de intervención, o la relación con el Sistema de Justicia Juvenil. Finalmente, planteamos algunas recomendaciones en relación a la definición y funcionamiento de estos centros.*

**Palabras clave:** Trastorno de conducta, Trastorno del comportamiento, Acogimiento residencial, Autorregulación.

*Residential treatment for minors with severe conduct problems has been questioned from a social and institutional point of view, but little attention has been paid from academic contexts. Difficulties in definition, implementation and management are analyzed, including problems caused by clinical-based definitions. Management by the Healthcare System is considered the best choice in most cases; nevertheless, Child Protection Services could run these centers for children in foster care. If so, a number of concepts and models different from clinical ones should be used: deficits in self-regulation as the core problem, and psycho-educational intervention as the axis of the treatment. Other controversial topics are analyzed, such as restraint methods, intervention models, or the relationship with the Juvenile Justice System. Finally, some recommendations related to the definition and functioning of these facilities are provided.*

**Key words:** Conduct disorder, Behavior disorders, Residential care, Self-regulation.

**L**os modelos actuales de atención en Salud Mental infante-juvenil y en Protección a la Infancia comparten el énfasis en la búsqueda de normalización en su intervención (utilización de recursos comunitarios, permanencia del niño en la familia, escolarización ordinaria...). No obstante, algunos menores requieren una atención muy específica que no se ajusta totalmente a ese modelo. Entre ellos podrían encontrarse algunos adolescentes y jóvenes cuyas dificultades personales conllevan un patrón de conductas transgresoras muy graves que dificultan seriamente la convivencia cotidiana (en su familia, o en un centro de acogida ordinario). Aunque para la mayoría de estos menores las intervenciones comunitarias y familiares constituyen la respuesta indicada, persiste un reducido grupo que requiere una intervención intensiva en un contexto de convivencia cotidiana, es decir, un recurso residencial de media-larga estancia.

Son numerosos los centros específicos diseñados para atenderlos, con formatos y denominaciones muy variadas. Se trata de dispositivos muy cuestionados a nivel

social y profesional, y se enfrentan a diversos problemas conceptuales, prácticos y jurídico-administrativos. El estudio de estos apenas ha sido abordado en contextos académicos, restringiéndose su análisis al ámbito institucional, o a debates sociales espoleados por los medios de comunicación a partir de sucesos desafortunados.

Frecuentemente se han dirigido las críticas al Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia (SPIA a partir de ahora), puesto que éste gestiona el grueso de dichos recursos. En efecto, y aunque los trastornos del comportamiento constituyen una de las principales causas de solicitud de atención en equipos de Salud Mental, pocos servicios sanitarios han optado por asumir esta atención residencial. Una muestra ilustrativa la encontramos al revisar el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010), que no incluye ningún dispositivo de este tipo, limitándose a señalar la conveniencia de "estudiar la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para ofrecer tratamiento intensivo a niños y adolescentes con trastornos mentales graves y de conducta" (p. 126). En cambio, el Instituto Madrile-

*Correspondencia:* Antonio Galán Rodríguez. Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia. Avda. Reina Sofía, 30. 06800 Mérida. España.  
E-mail: antonio.galan.rodriguez@juntaextremadura.es



ño del Menor y de la Familia, ofrece en Mayo de 2012 un listado de nueve recursos bajo el rótulo de “Centros específicos para menores con trastornos de Salud Mental, de conducta y/o consumo de sustancias tóxicas”.

Posiblemente, los SPIA comenzaron asumiendo esta atención residencial especializada por la necesidad de ofrecer soluciones a menores acogidos en sus propios recursos, ante la falta de una respuesta adecuada desde otros lugares de la red asistencial. De esta manera, se consideró a estos menores como un nuevo perfil de población acogida, que necesitaba un modelo de atención especializada (Bravo y del Valle, 2009a). Como resultado, se ha creado una red de recursos y se ha acumulado un bagaje profesional, que han convertido a los SPIA en la principal referencia para este tipo de atención residencial. De hecho, en la actualidad es frecuente que el resto de la red trate de derivarle casos, o que las propias familias soliciten ingresos de menores; y todo ello sin que aún se haya abordado debidamente a nivel institucional y técnico la pertinencia de esta adscripción institucional.

Encontramos por tanto una precaria definición acerca de quién y cómo debe atender a esta población tan vulnerable. Considerando la necesidad de un trabajo de reflexión y definición, en el que los profesionales vinculados a la atención a la infancia sean parte activa, este documento es elaborado como una contribución al esfuerzo por delimitar algunos aspectos que deben ser tenidos en consideración a la hora de abordar esta polémica realidad.

### UNA INQUIETUD INSTITUCIONAL

Son escasas las aportaciones desde ámbitos académicos o específicamente técnicos de nuestro país, que aporten análisis y propuestas en relación a estos recursos, de modo que gran parte de las referencias actuales proceden de instituciones implicadas en la defensa de la infancia. No obstante, el principal interés de éstas se ha situado en la salvaguarda de garantías jurídicas para los menores ingresados; de ahí las continuas referencias a los mecanismos de control frente a prácticas abusivas (propuesta de que se exija autorización judicial para los ingresos o se respete la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente en cuanto a prescripciones farmacológicas...) o las demandas de cambios legislativos (fundamentalmente, una normativa estatal con rango de ley orgánica). En este contexto, los aspectos más técnicos han ocupado un lugar secundario.

Por limitaciones de espacio nos limitaremos a breves referencias sobre un reducido número de documentos especialmente valiosos o ilustrativos para ofrecer una panorámica. Muchas de estas iniciativas surgieron a partir del informe presentado por el Defensor del Pueblo en 2009, en relación a los centros para “menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social”. Sus conclusiones generaron un importante revuelo social; pero más allá de su proyección mediática, y de su concepción excesivamente ingenua del problema, tuvo el efecto beneficioso de promover iniciativas destinadas a ordenar y clarificar el funcionamiento de estos recursos. El Informe mostraba la variedad de dispositivos, que quedaba ilustrada por la diversidad de denominaciones: centros para trastornos de conducta, unidades de régimen especial, centros u hogares de socialización o de asistencia terapéutica, centros educativo-terapéuticos... Esa variedad reflejaba la dificultad para definirlos, y la ausencia de una regulación estatal que unificase las respuestas autonómicas. Además, este Informe recogía la difícil realidad de algunas familias en las que hay niños con graves conductas disruptivas, o con ciertos trastornos mentales, porque no reciben una respuesta adecuada desde instancias educativas o sanitarias, y finalmente acaban recurriendo a la entidad pública de protección de menores para solicitar un centro específico.

Fueron precisamente las quejas sobre la atención proporcionada por los dispositivos públicos (educativos, sanitarios, sociales) las que ya habían motivado un informe del Defensor del Menor de Andalucía en 2007. Éste concluía que si un menor con trastornos del comportamiento presenta dificultades leves, éstas se detectan con prontitud y la familia demanda con rapidez la intervención, los recursos en los sistemas sanitario, educativo y social son suficientes para abordarlos; pero que si el trastorno es grave, el problema tarda en detectarse, o se acude tarde a los recursos públicos, es muy posible que la familia no encuentre respuestas adecuadas. Un elemento específico de este Informe es que para el Defensor del Pueblo Andaluz el problema central es una categoría clínica (el trastorno de conducta), y como tal requeriría una atención primariamente sanitaria. Su estudio mostró que el Sistema de Salud no ofrece la respuesta adecuada: tarda en detectar, derivar y diagnosticar, a veces aporta una respuesta exclusivamente médica, y no cuenta con recursos específicos para los casos más graves (cuando se requiere un internamiento de media-larga estancia); en



cambio, el Sistema de Protección sí ha creado esos recursos residenciales, pero como dispositivos específicamente dirigidos a sus menores.

Estos debates sociales y profesionales llegaron a su máximo nivel institucional cuando el Senado destinó una serie de sesiones (del 7 de marzo al 20 de septiembre de 2011) de la “Comisión Especial de Estudio de la Problemática de la Adopción Nacional y Otros Temas Afines”, para analizar la situación de los centros especializados para trastornos del comportamiento. En las comparecencias de distintos profesionales y responsables institucionales (pueden consultarse los diarios de sesiones en [www.senado.es](http://www.senado.es)) pudo apreciarse la magnitud del problema y las incertidumbres que le acompañan. De esta Comisión surgieron propuestas destinadas a regular legalmente algunos aspectos del funcionamiento de estos centros, si bien la finalización de la legislatura impidió la completa tramitación de la Ley.

Otra institución implicada en esta problemática es la Fiscalía de Menores, en cuanto que supervisa las intervenciones protectoras de las Entidades Públicas y sus recursos residenciales. Por ello, ha generado cierta producción reglamentaria, como la Circular 8/2011 de la Fiscalía General del Estado (FGE) sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en materia de Protección de Menores. La Fiscalía pone un gran énfasis en evitar vulnerar los derechos de los menores, especialmente al considerar la indefinición legal en que se encuentran estos recursos (no funcionan como centros ordinarios, pero tampoco pueden ser tipificados como centros especiales según el artículo 271 del Código Civil). Finalmente, el necesario uso de medidas de contención constituye otro importante factor de riesgo de prácticas abusivas. Frente a estos peligros, la Fiscalía demanda una regulación estatal, y mientras ésta llega, opta por las soluciones más garantistas respecto a los derechos de los menores.

Por su parte, las entidades públicas de protección a la infancia llevaron a cabo una aportación común en Mayo de 2010, cuando la Comisión Interautonómica de Directores Generales de Infancia consensuó el “Protocolo Básico de Actuación en Centros y/o Residencias con Menores Diagnosticados de Trastornos de Conducta” (Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, 2010). A pesar de sus limitaciones a nivel normativo, adquirió una gran relevancia al convertirse en una guía de actuación con cierto respaldo institucional. En efecto, justificaba la existencia de recursos espe-

cíficos para atender graves trastornos del comportamiento y situaciones de crisis, porque éstas requieren un contexto muy estructurado, junto con un abordaje educativo y psicoterapéutico, que sólo se puede ofrecer en un programa específico. Además, ofrecía indicaciones concretas sobre diversos aspectos de su funcionamiento cotidiano.

### LAS DIFICULTADES CON SU DEFINICIÓN

En la actualidad no existe una definición inequívoca de estos centros, ni a nivel administrativo ni técnico. Así, no existe una regulación a nivel estatal que les dé una entidad específica; y a nivel asistencial resulta difícil encontrar criterios operativos (y que soporten un cuestionamiento crítico) que permitan definir la población a atender. De ahí las variopintas propuestas de perfil de menor y de requisitos de ingreso, o la diversidad de denominaciones que reciben los recursos (centros residenciales de educación intensiva, terapéuticos, para trastornos de conducta, de socialización...); bajo esta variedad subyace, entre otras, la cuestión clave de si la orientación básica de estos recursos será sanitaria o de otro tipo (de protección a la infancia, socio-educativa...).

Una de los elementos más polémicos en este sentido es el papel que deben jugar los conceptos de “trastorno mental” y “trastorno de conducta” en la definición del recurso y en los criterios de ingreso. Su presencia es innegable, pero lo que inicialmente parece una buena opción (recurrir a diagnósticos clínicos), nos introduce en un terreno fangoso. Las clasificaciones de trastornos mentales ofrecen descripciones bien operativizadas de un perfil de menor que encaja bien en estos recursos (sobre todo el diagnóstico de trastorno disocial). Ahora bien, definir los recursos según estos criterios conlleva una serie de problemas.

- A. La mayoría de estos centros no son catalogados como dispositivos clínico-sanitarios, sino de protección a la infancia; por tanto, definir el perfil de residente a partir de diagnósticos clínicos lleva a plantearse la cuestión de por qué ese menor concreto no es atendido por la institución sanitaria.
- B. Algunos profesionales (y documentos) definen estos centros como recursos para “trastornos de conducta”, al mismo tiempo que señalan que no se debería atender patología mental; se hace esta afirmación pensando que no tienen cabida ciertos trastornos mentales (esquizofrenia, trastornos bipolares, ciertas evoluciones de trastornos generalizados del desarrollo, tras-



tornos de la conducta alimentaria), que deberían ser atendidos en otro tipo de recurso. Con ello, el concepto de “trastorno mental” se convierte en confuso, y obliga a establecer una difícil distinción entre tipos de patología mental. De alguna manera, pareciera que se hace una diferenciación no explicitada entre “auténtica enfermedad mental” y “trastorno de conducta”, reservando aquella para cuadros de mayor gravedad (la “patología pesada” que configura el bagaje más tradicional de la clínica psiquiátrica). Esto se corresponde con la existencia de dos perfiles diferenciados de menores que todo profesional puede intuir pero que no terminan de ser operativizados de una forma adecuada, quizá porque los diagnósticos clínicos en solitario no son suficientes para ello, y se requieren criterios de un carácter diferente (necesidades asistenciales, capacidades de contención del entorno, niveles de organización psíquica...).

Estas incoherencias nos están remitiendo a dificultades propias del ámbito clínico, que se amplifican a la hora de trasplantarlos a este contexto particular:

1. La debilidad de los sistemas de clasificación de trastornos mentales en la infancia. Así, el modelo de psicopatología infantil defendido en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales podría ser inadecuado, porque supone una traslación a la infancia del modelo adulto. Las características del enfermar psíquico infantil (inespecificidad sintomatológica, capacidad de autorregulación, de reversibilidad y mutabilidad, patología cronodependiente, diferenciabilidad individual, comorbilidad, psicopatología del contexto) (Rodríguez-Sacristán, 1995) dan a éste una especificidad que demandaría una forma diferente de clasificación. A un nivel teórico esto se ha traducido en formulaciones diferentes, como la psicopatología del desarrollo (Lemos, 2003). Y a un nivel práctico del día a día, lo encontraremos en la resistencia de muchos profesionales sanitarios a formular diagnósticos cuando atienden a niños.
2. La debilidad de la categoría nosológica “trastorno de conducta”, como entidad clínica controvertida por su heterogeneidad sintomática, multicausalidad y alta comorbilidad (Fernández et al., 2010). De hecho, recoge tal heterogeneidad de situaciones, que frecuentemente resulta poco útil para caracterizar a los menores cuando se diseña una intervención psicológica.
3. La precariedad que presenta en muchos lugares la red asistencial sanitaria a la hora de atender a esta problemática cuando se trata de casos graves, introduce mucha confusión en relación al papel que realmente juega. A pesar de sus recursos conceptuales e institucionales (modelos teóricos, instrumentos de intervención, diseño de dispositivos de atención...), la realidad asistencial más frecuente ante casos graves es que la respuesta resulta limitada:
  - ✓ La psicofarmacología supone una importante ayuda en el tratamiento de muchos menores (Robb, 2010), pero no deja de ser una respuesta dirigida al síntoma (en cuanto reducción de ansiedad e impulsividad), y que por tanto resulta insuficiente en solitario.
  - ✓ La psicoterapia ambulatoria se enfrenta a serias limitaciones: la frecuente negativa de los menores a participar en una intervención de este tipo, y la necesidad de una frecuencia y regularidad de sesiones que la agenda saturada de muchos recursos de Salud Mental no puede aportar.
  - ✓ Las intervenciones domiciliarias aparecen como una importante herramienta del enfoque comunitario de la Salud Mental, pero en la realidad asistencial apenas está presente.
  - ✓ Los Hospitales de Día aparecen a priori como un recurso especialmente interesante para este tipo de menor: desarrollan espacios de convivencia con un componente terapéutico, despliegan una intervención integral, y respetan la obligatoriedad de escolarización. No obstante, éste es un tipo de recurso poco implantado, y que salvo contadas excepciones (véase p.e. Bertrán et al., 2011) se reservan para pacientes con otros perfiles clínicos (por ejemplo, trastornos de la conducta alimentaria) o para aquellos en los que la conducta disruptiva forma parte de problemas clínicos más amplios (trastornos generalizados del desarrollo, cuadros psicóticos en la adolescencia...).
  - ✓ Respecto a dispositivos de internamiento de larga duración, el ámbito clínico-sanitario ha realizado importantes aportaciones a nivel teórico (p.e. Jiménez, 2004). No obstante, en la actualidad son muy escasos los recursos de este tipo implementados por las administraciones sanitarias y, como ocurre con los Hospitales de Día, atienden preferentemente a casos diferentes a los menores que nos ocupan.



Vemos por tanto que el grueso de la atención residencial y de la intervención en contextos informales (el domicilio, los espacios de socialización...) son gestionadas por servicios sociales, tanto genéricos como especializados, más que por los clínico-sanitarios. E incluso parte de la respuesta psicoterapéutica es aportada también desde recursos sociales (programas de intervención familiar, unidades de psicoterapia concertadas por los Servicios de Protección de Menores...). Nos encontramos así con la paradoja de que un problema es definido desde los parámetros de un espacio asistencial ajeno al que asume una parte importante de la intervención. Es decir, que los conceptos clínico-sanitarios (como "trastorno de conducta") son los que definen la intervención en un espacio profesional diferente. Esto introduce un notable factor de confusión en la ciudadanía y en los profesionales respecto a quién debe asumir esta responsabilidad. Y desde un punto de vista técnico, frecuentemente asistimos en este ámbito psico-socio-educativo a un trasplante poco reflexivo de conceptos y modelos procedentes de otros contextos asistenciales, y a la consecuente desvalorización del bagaje del propio ámbito de pertenencia. Es por ello que consideramos recomendable que si los servicios sociales especializados continúan asumiendo esta responsabilidad asistencial, avancen en la elaboración de un modelo de comprensión del problema que sea coherente con los principios y herramientas propios de su ámbito de trabajo. Nuestra propuesta en este sentido sería abordar estos problemas desde dos presupuestos básicos:

- ✓ Los problemas de autorregulación (emocional, conductual, cognitiva), como manifestación comportamental clave y como elemento definitorio (en lugar de basarse en diagnósticos clínicos). Se parte de la conceptualización de la autorregulación como uno de los principales organizadores del desarrollo psicológico, tal como se plantea desde algunas formulaciones de la teoría del apego (Sroufe, 2005), o en algunas visiones de ciertas dificultades comportamentales (p.e. Mas, 2009)
- ✓ La necesidad de una intervención socio-educativa como eje central de la atención al menor, enfatizando su carácter intensivo y el hecho de constituir el eje sobre el que girarían las actuaciones complementarias. De esta manera, la atención a los menores se asentaría en el importante bagaje técnico y profesional acumulado en el ámbito de la protección a la infancia a lo largo de los últimos años, y que constituye uno de sus signos de identidad (Bravo y Del Valle, 2009b).

## LAS DIFICULTADES PARA SU ADSCRIPCIÓN

A partir de algunas cuestiones planteadas pueden entenderse las dudas en torno a la delimitación entre las instituciones de protección a la infancia y las sanitarias, en cuanto que existe un importante solapamiento, sostenido sobre cuestiones teóricas pero también sobre negligencias institucionales.

Evidentemente, podemos definir los problemas de estos menores en términos clínicos, adscribir sus síntomas a categorías nosológicas, y hacer uso del bagaje conceptual y técnico propio del ámbito sanitario para atenderlos. Si se asumiera esta perspectiva clínico-sanitaria, el Sistema de Salud debería contar con todo el rango correspondiente de recursos asistenciales, incluyendo los residenciales de media-larga estancia para los casos graves inabordables a nivel ambulatorio. Este modelo resulta indiscutiblemente el más adecuado para cierto perfil de menor cuyas dificultades demandan de forma primaria conceptos, técnicas e instrumentos asistenciales propios de la Psiquiatría y la Psicología Clínica. Así, ante trastornos psicóticos, ciertas evoluciones de trastornos generalizados del desarrollo, patologías afectivas graves... la intervención socio-educativa ocupa un lugar claramente secundario en el programa de intervención para estos menores. Curiosamente, incluso centros dirigidos a estos perfiles son frecuentemente asumidos por servicios sociales especializados en lugar de sanitarios (véase por ejemplo el Decreto 355/2003 de Acogimiento Residencial en Andalucía).

Incluso excluyendo estos perfiles, y salvo excepciones puntuales, la realidad asistencial actual para gran parte de nuestro país es que la red sanitaria no ofrece una respuesta adecuada para los casos graves. En este sentido, parece situarse en una tendencia en muchos sistemas sanitarios del mundo a prescindir del tratamiento residencial a largo plazo para niños y adolescentes (Leventhal y Zimmerman, 2004). Y así, en nuestro país se dispone de pocos recursos de este tipo, y sólo excepcionalmente se opta por la derivación a centros privados; además, se tiende a asumir estos ingresos sólo cuando la conducta disruptiva aparece ligada a un trastorno mental de mayor entidad, con lo que nos remitimos a un perfil de menor diferente al que estamos considerando en este artículo. Esto resulta especialmente visible cuando algunos padres solicitan centros residenciales para sus hijos; la respuesta negativa de la instituciones sanitarias lleva a estos padres a recurrir al SPIA, a pesar de que éste ha sido creado para atender a menores abandonados, de-



satendidos, maltratados... Y de hecho, la incorporación de un menor a este Sistema implica la asunción de una medida de protección, lo que conlleva una descalificación legal de los progenitores. Se desemboca así en una situación anómala a la que no se está dando la relevancia pública que merece (con algunas excepciones, como en el ya mencionado informe del Defensor del Pueblo Andaluz).

Ahora bien, para aquellos menores que ya están en la red de protección y que presentan problemas graves de autorregulación, ¿cuál sería la respuesta adecuada? ¿Derivarlos al ámbito de Salud Mental, o continuar aportando la respuesta desde el propio SPIA? Consideramos que las dos opciones son viables y coherentes. Acabamos de justificar que el Sistema Sanitario asuma esta atención, pero también sería coherente que el propio SPIA asuma esa responsabilidad con los menores desprotegidos.

El principal argumento nos remite a las necesidades de gran parte de estos menores. Todos los adolescentes y jóvenes que forman parte del Sistema de Protección requieren un cuidado que sustituya al familiar, y una intervención socio-educativa que favorezca su desarrollo personal; la conducta seriamente disruptiva no anula esa necesidad de atención, y de hecho la intervención frente a los comportamientos problemáticos hace uso de los mismos conceptos y técnicas que se aplican a la hora de aportar ese cuidado sustituto y favorecedor del crecimiento. Es decir, gran parte de los menores en situación de desamparo con serios problemas de autorregulación, requieren una intervención cuyos dos elementos clave (el cuidado sustituto y la intervención socio-educativa) constituyen la especialidad propia del Sistema de Protección. De hecho, este modelo de intervención podría ser tomado en muchos aspectos como modelo por parte de recursos residenciales que quieran atender a menores no desprotegidos. Desde este argumento, cuando un menor acogido en un recurso residencial requiere un centro especializado, está demandando un tipo de atención muy similar a la que ya está recibiendo; lo que requiere es introducir algunos cambios cualitativos y, sobre todo, un importante incremento en la intensidad de la intervención; y sobre este objetivo básico tendrán que girar las necesarias intervenciones complementarias, muchas de las cuales podrían situarse en ámbitos institucionales diferentes al de la Protección a la Infancia. De hecho, algunos de estos centros han incorporado

conceptos y técnicas propias del ámbito clínico (técnicas psicoterapéuticas, categorías diagnósticas, psicofármacos, etc.), de ahí que externamente puedan parecer centros sanitarios, y con ello aumentar la confusión en torno a su identidad.

Este planteamiento establece una continuidad entre los recursos ordinarios y los especializados, y es coherente con una concepción de la atención residencial basada en un modelo de diversidad de recursos (Del Valle y Fuertes, 2000), que apuesta por la existencia de dispositivos especializados que cubran necesidades específicas que no puedan ser abordadas desde programas genéricos.

Vemos por consiguiente que ambas adscripciones (recursos sanitarios versus servicios de protección a la infancia) pueden resultar coherentes con los principios que sostienen a estos dos ámbitos asistenciales. Sería por tanto una decisión institucional la que debiera optar por el desarrollo integral de una respuesta sanitaria para toda la población (incluyendo a los menores en desprotección) o el mantenimiento de dos redes diferentes, cada una de ellas con su especificidad asistencial. Para algunos casos incluso se podría formular como opción ideal una doble adscripción, en la que ambas instituciones compartan la responsabilidad, y cada una aplique su bagaje específico ante problemas tan complejos. Incluso podríamos ampliar esa adscripción institucional para incluir al Sistema Educativo. De hecho, existen centros que han hecho uso de esta múltiple dependencia administrativa (véase por ejemplo Gausachs, 2004). No obstante, debemos aceptar que siempre resulta difícil lograr una sinergia adecuada entre instituciones cuyas prioridades o recursos pudieran no ir parejos. Por ello, y sin olvidar que es un ideal al que se debe avanzar, deberíamos optar provisionalmente por la solución más modesta de buscar definiciones conjuntas y de asegurar la coordinación institucional frente a los casos.

### ASPECTOS CONFLICTIVOS

Son muchos más los aspectos delicados que requieren cierto análisis, como el referente a la contención. En el contexto que nos ocupa, éste ha adquirido connotaciones negativas, ligándolo a inmovilización física, maltrato o vejaciones, de ahí que se intente eludir el término. No obstante, una realidad ineludible es que el cuidado de un menor conlleva la necesidad de poner un límite a conductas destructivas; por ello, debemos



buscar conceptualizaciones y prácticas que permitan hacerlo de forma eficaz y respetuosa. Una forma productiva de entender la contención es incluirla en un continuo que comienza con la autorregulación, continúa con la regulación ordinaria y que, ante el fracaso de las anteriores, demanda un procedimiento extraordinario. Es entonces cuando “contención” sí se identifica con inmovilización física, aislamiento, o el uso de fármacos que calmen la angustia y la agitación. De esta manera, la contención:

- ✓ Es situada dentro del espacio de las necesidades del niño.
- ✓ Incluye dos dimensiones básicas: a) responde a una demanda urgente y actual (impedir un desborde afectivo, bloquear una agresión, evitar una auto-lesión); y b) tiene como objetivo final el desarrollo de la capacidad de auto-contención. Sólo sería buena la contención que busca ofrecer una seguridad básica y que al mismo tiempo contribuye a la construcción de esa capacidad de regulación interna.
- ✓ Incluye como idea básica la de que cuanto más externo es el recurso utilizado, más difícil es su interiorización. Esto implica que cuanto más pasivo sea el niño en ese proceso, mayores dificultades tendrá para desarrollar su propia capacidad de regulación. Por ello, un diálogo reflexivo es más productivo que una sujeción física, y la búsqueda de estrategias personales para evitar un desborde conductual (una actividad, un juego...) es más constructiva que un fármaco. De ahí que las estrategias más impositivas (contención farmacológica o mecánica) sean muy eficaces para ofrecer seguridad inmediata (de donde viene su necesidad) pero que contribuyan poco al desarrollo de mecanismos de autorregulación. Encontrar el punto óptimo entre seguridad inmediata y proceso de construcción personal, es una decisión que debe ser tomada de forma individual en cada caso.

Otro aspecto que genera debate es el referente a la supervisión de estos recursos, especialmente por el riesgo de prácticas abusivas. Su especificidad obliga a maximizar algunos aspectos de control y vigilancia, por ejemplo en lo referente a espacios físicos y de seguridad. Igualmente, el control institucional debería ser mayor que para un recurso ordinario, y debería quedar claramente especificado qué incidencias concretas deben ser comunicadas por los centros (ausencias injustificadas, intentos de autolisis, medidas de contención o aislamiento, etc.). En general, plantearíamos una mayor exigencia en la

búsqueda de calidad, que se reflejaría en la cualificación y formación del personal, en el diseño e implementación de los programas educativos, o en el desarrollo de protocolos específicos. De la misma manera, apostaríamos por la existencia de equipos técnicos especializados encargados de la valoración de los ingresos y del seguimiento de los casos (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2012).

Otra garantía de buen trabajo es asegurarse de que el ingreso forme parte de un Plan de Caso más amplio, que abarque de forma integral y longitudinal la atención al menor. Estos centros no deberían convertirse en lugares residuales, o en espacios ajenos al Sistema. Para evitarlo, la incorporación de un menor debe ser coherente con un plan general de intervención. Y esto va a implicar que dicho ingreso aparezca ligado a la formulación de objetivos concretos y al establecimiento de plazos temporales; por otra parte, aceptar que se trata de un recurso temporal obligará a trabajar desde el primer momento con el objetivo de un retorno del menor al hogar familiar o a su recurso residencial de origen. Además, debemos señalar que el énfasis actual en los modelos comunitarios tiene uno de sus orígenes en la constatación (tanto en recursos sanitarios como en los de protección a la infancia) de que las institucionalizaciones prolongadas conllevan diversos efectos perniciosos (pérdida de autonomía, empobrecimiento personal, estigmatización); todo ello abunda aún más en la necesidad de considerar los recursos residenciales (incluso de larga estancia) como una etapa transitoria dentro de una intervención más amplia.

Por otra parte, encontramos una amplia variedad de diseños en los programas de intervención, como recogía Zimmerman (2004) al clasificarlos en cinco tipos (modelos de ambiente terapéutico, de creación de una cultura positiva entre iguales, conductual, psicoeducativo, y cognitivo-conductual) a los que se podría añadir algún otro (como el enfoque médico-psiquiátrico, o los “modelos de desafío”). Los estudios de evidencia se han centrado fundamentalmente en modelos de intervención ambulatoria (p.e. Moreno y Meneres, 2011) o en centros para menores delincuentes (p.e. Le Blanc, 2004), de modo que la efectividad del tratamiento residencial para los menores que estamos abordando aquí aún no ha sido debidamente evaluada; en parte, esto podría responder a la heterogeneidad de los centros y de las poblaciones atendidas. Evidentemente algunos modelos son inadecuados, porque no se muestran útiles o porque resultan inaccepta-



bles para los principios básicos de nuestro sistema asistencial (por ejemplo los populares “boot camps” estadounidenses, cuyas prácticas se considerarían inapropiadas, e incluso ilícitas, en nuestro país). Pero contamos con pocas referencias de validez para otros modelos. Esto no impide que deba exigirse una estricta fundamentación teórica de su funcionamiento, en cuanto que una intervención improvisada conlleva un grave riesgo de fracaso, o la posibilidad de que el recurso se convierta en un mero instrumento de contención sobre conductas antinormativas. Esos modelos deben contemplar una concepción específica del ser humano, de la familia, del funcionamiento grupal y de la conducta transgresora, que debe ser explicitada y constituir la base sobre la que se asienten la organización y funcionamiento cotidiano. Obviamente, esos principios y su aplicación deben ser objeto de control por parte de las entidades que supervisen estos recursos.

Finalmente, debemos señalar que muchos menores susceptibles de estos recursos llevan a cabo conductas delictivas, y por tanto les será de aplicación la Ley Orgánica 5/2000 de responsabilidad penal del menor. Esto va a significar que dos sistemas institucionales (Protección a la Infancia y Reforma) van a confluir en un mismo caso, y es posible que entonces surjan discrepancias en cuanto a sus respectivos objetivos y procedimientos. La casuística nos muestra que estas diferencias existen, que han dado lugar a múltiples conflictos institucionales, y que hay disparidad de criterios entre diferentes administraciones. Con algunas de estas cuestiones se haría necesario un pronunciamiento claro de las distintas instituciones implicadas (Fiscalía, Juzgados de Menores, Servicios de Protección a la Infancia), especialmente en algunos aspectos polémicos en torno a los cuales existe diversidad de posicionamientos. Pensemos por ejemplo en si los recursos adscritos a la red de protección a la infancia podrían atender a menores que cumplen la medida judicial de convivencia en grupo educativo. Un tema diferente es el relativo a qué recursos permitirían el cumplimiento de los internamientos terapéuticos, si bien su análisis escapa a los objetivos de este documento.

A un nivel puramente técnico estimamos que la imposición de una medida judicial no constituye en sí un criterio de exclusión. El elemento determinante para valorar la pertinencia de estos recursos son las dificultades del menor que le impiden desarrollar unos mecanismos básicos de regulación emocional y conductual; la comisión del delito y la imposición de una medida

judicial constituyen elementos significativos en la configuración personal y psicosocial del menor, pero no son el elemento nuclear a la hora de plantearse si este tipo de centro especializado puede ayudarle. En cambio, sí influirán en la forma en que se implementen las estrategias de intervención, ya sea en los aspectos administrativos o en los interpersonales. Así, el hecho de estar sujeto a una medida judicial va a introducir elementos como el carácter coercitivo de la intervención, la existencia de una serie de plazos a cumplir, la presencia de ciertas restricciones en su funcionamiento cotidiano, o las consecuencias que puede acarrear la falta de colaboración en el programa de intervención.

## CONCLUSIONES

En nuestro esfuerzo por iniciar un debate en el ámbito técnico y profesional sobre estos centros especializados, podemos concluir con estas valoraciones finales:

- ✓ Existe una clara necesidad asistencial de contar con recursos residenciales específicos para menores con graves dificultades de autorregulación emocional y conductual, y las instituciones deberían asumir este compromiso ético con una población especialmente vulnerable.
- ✓ Cuando estos menores se encuentran en una situación de desprotección, su atención podría ser asumida tanto desde dispositivos sanitarios como desde la red de acogimiento residencial del Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia. No obstante, habría que definir perfiles y establecer marcos de comunicación que permitan situar a los menores en la red que mejor responda a sus necesidades.
- ✓ Situar parte de estos recursos en el ámbito de la protección a la infancia demanda el uso de conceptos y técnicas propias de este campo asistencial, de modo que el diseño y funcionamiento cotidiano resulten coherentes con su pertenencia institucional. Por ello, los recursos deberían ser definidos en función de criterios diferentes a los diagnósticos clínicos.
- ✓ Las especiales características de los menores y de la atención que estos requieren, obliga a enfatizar la necesidad de control y supervisión de la atención que se presta en el recurso.
- ✓ La excepcionalidad de estos dispositivos hace recomendable considerar la estancia en ellos como un recurso temporal, sujeto al cumplimiento de unos objetivos y plazos temporales, que serían coherentes con un Plan de Caso más amplio.



- ✓ El carácter tan especializado del trabajo técnico a realizar con los menores obliga a mantener unas mayores exigencias de calidad, que se reflejarían en la formación de los profesionales, la rigurosidad de los Proyectos Educativos, y la fundamentación de los modelos teóricos.
- ✓ La complejidad de los casos y la variedad de necesidades asistenciales a cubrir, hacen aconsejable la colaboración activa de distintas instituciones relacionadas con la atención a la infancia y adolescencia. Esto podría implicar la co-gestión de algunos recursos, pero sobre todo una relación fluida que incluya compartir profesionales para cubrir necesidades específicas.

## REFERENCIAS

- Bertrán, S., Burgos, F.J., Fernández-Mayoralas, M.C. e Hielga, S. (2011). El Hospital de Día de Adolescentes de Martorell. *Informaciones Psiquiátricas*, 206, 375-383.
- Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2009a). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 42-52.
- Bravo, A. y Del Valle, J.F. (Comps.) (2009b). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Oviedo: Dirección General de Políticas Sociales-Gobierno de Cantabria.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010). *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2104*. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Defensor del Menor de Andalucía (2007). *Menores con trastornos de conducta en Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- Defensor del Pueblo (2009). *Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- Del Valle, J.F. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia (2010). *Protocolo básico de actuación en centros y/o residencias con menores diagnosticados de trastornos de conducta*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Fernández, A., González, M.A., Abeijón, J.A., Bravo, B., Fernández de Legaria, J.A., Guadilla, M.L., Gutiérrez, J.R., Hernanz, M., Larrinaga, M.A., Lasa, A., Múgica, M.A., Palomo, J. y Rey, F. (2010). *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Investigación comisionada*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo-Gobierno Vasco.
- Gausachs, R. (2004). Estructura y organización del centro de menores "Can Rubió": un modelo de abordaje. En Fundación Internacional O'Belen y Fundación MAPHRE Medicina (Comp.), *Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes* (pp. 313-320). Madrid: Editorial MAPHRE.
- Jiménez, A.M. (2004). Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 167-186.
- Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85, 19-28.
- Leventhal, B.L. y Zimmerman, D.P. (2004). Residential treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(2), XV-XVII.
- Le Blanc, M. (2004). La readaptación de los jóvenes delincuentes. En Fundación Internacional O'Belen y Fundación MAPHRE Medicina (Comp.), *Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes* (pp. 3-52). Madrid: Editorial MAPHRE.
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*, 20, 249-259.
- Moreno, I. y Meneres, S. (2011). Tratamiento de los trastornos del comportamiento. Revisión de las propuestas actuales. *Apuntes de Psicología*, 29, 183-203.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía (2012). *Centros de Protección de Menores en Situación de Desamparo que presentan trastornos de conducta en Andalucía*. Junta de Andalucía-Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Robb, A.S. (2010). Pharmacotherapy for aggression in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 40, 231-236.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). Los rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 65-77). Sevilla: Universidad.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Zimmerman, D.P. (2004). Psychotherapy in residential treatment: historical development and critical issues. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 347-361.

