
JÓVENES CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO GRAVES ATENDIDOS EN CENTROS TERAPÉUTICOS RESIDENCIALES: ¿AL FINAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL?

Lorena Delgado Magro

Psicóloga Clínica. Referente programa de colaboración con la DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia).

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil CSMIJ de Martorell.

mdelgadam.hsagratcor@hospitalarias.es

CSMIJ Martorell

csmijmartorell@sagratcormartorell.org

Resumen

El objetivo del trabajo es describir las características de los menores en atención residencial terapéutica (ART) con graves problemas de conducta y analizar posibles mejoras en las intervenciones terapéuticas tanto para los profesionales de salud mental como para los profesionales del sistema de protección y los decisores políticos.

Palabras clave: salud mental, conductas de riesgo, cuidado residencial, centro residencial terapéutico, sistema de protección a la infancia.

YOUNG PEOPLE WITH SEVERE BEHAVIOR PROBLEMS TAKEN CARE OF IN RESIDENTIAL THERAPEUTIC CENTERS: ¿AT THE END OF THE CHILD'S PROTECTION SYSTEM?

Abstract

The objective of the work is to describe the characteristics of minors cared for in therapeutic residential centers (TRC) with serious behavior problems analysing possible improvements in therapeutic interventions for mental health professionals as well as for professionals in the protection system and political decision-makers.

Key Words: mental health, risk behaviors, residential care, therapeutic residential care, child protection system.

Introducción

La conexión existente entre experiencias adversas durante la infancia y posteriores problemas en el desarrollo ha sido demostrada en diferentes países y estudios (1) (2). En el marco internacional, los niños y adolescentes que se encuentran acogidos en el sistema de protección a la infancia (especialmente aquellos con medida de separación familiar) son considerados una población especialmente vulnerable en la manifestación de trastornos y alteraciones de salud mental (3). Las condiciones genéticas-prenatales, las condiciones relacionadas con los cuidados previos y posteriores al cuidado residencial interactúan e influyen en el desarrollo neuropsicológico. Estos niños tienen peor salud física, mayor prevalencia de problemas del aprendizaje y del lenguaje así como peores logros académicos (4). Las experiencias sociales que hacen que entren en el sistema de protección representan por tanto factores de riesgo para su bienestar físico y salud mental. La exposición a trauma psicológico, privación emocional y otras condiciones limitan la oportunidad de desarrollar apegos seguros (5). Posteriormente cuando entran en bajo el sistema de protección también encuentra un número de eventos estresantes como la pérdida de los padres biológicos, integración a nuevas familias o a nuevos emplazamientos residenciales y diversos cambios en los emplazamientos a lo largo de su infancia. Se han identificado diferentes predictores de problemas de salud mental como son una mayor edad a la hora de entrar en cuidados residenciales, inestabilidad en los emplazamientos, percepción de inseguridad en los emplazamientos y discapacidad cognitiva (2). Las rupturas de emplazamiento a menudo ocurren cuando los cuidadores se

ven confrontados por serias conductas disruptivas pero a su vez la inestabilidad influye en un deterioro cada vez mayor de la salud mental del niño (2)(8). Entrar a una corta edad en una familia acogedora parece ser un factor protector en los problemas de salud mental, pero sin embargo es un factor de riesgo para el cuidado residencial (3). La edad de entrada en el acogimiento residencial se ha relacionado con mayores problemas de apego y desarrollo neurológico y emocional. Estas dificultades en el apego (apegos inseguros y desorganizados) correlacionan con la presencia de problemas conductuales y emocionales (7).

Utilización de Recursos Sanitarios en el Sistema de Protección

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

Estas poblaciones ejercen demandas en servicios de salud mental genéricos planteado el dilema de si estos servicios son

adecuados y suficientes en el presente para poder dar una respuesta adecuada a esta situación. Las cifras de prevalencia de alteraciones y trastornos con estas muestras oscilan entre el 40 y el 80% a través de los diferentes estudios internacionales (5) y de una probabilidad 2.5 veces mayor de tener problemas de salud mental en comparación con la población general (16). Los trastornos más comunes son los que se proyectan hacia el exterior (manifestaciones externalizadas: hiperactividad, trastorno de conducta, etc.) cuyo promedio a través de los estudios es del 42% (9). Los trastornos de tipo internalizado (depresión, ansiedad, aislamiento, etc.) también están presentes, aunque en menores proporciones a los trastornos externalizados y superan a las tasas estimadas en la población general infanto-juvenil (12). También es mayor la prevalencia de discapacidad entre los niños y adolescentes del sistema de protección. Según algunos estudios, la frecuencia oscila entre el 10 y el 31% de los niños y jóvenes (21) porcentaje muy superior al estimado en la población general infanto-juvenil, aunque son escasas las referencias a sus características y necesidades.

En relación con la salud física: Los jóvenes que reciben cuidados fuera del hogar, especialmente aquellos con antecedentes de múltiples colocaciones, generalmente tienen necesidades de salud numerosas y complejas, y peores resultados de salud que sus pares que crecen dentro de una familia de origen. Estos peores resultados en salud se podrían atribuir a fallas políticas y mala comunicación entre agencias (17).

Conductas de riesgo en el Sistema de Protección

En muchos países los adolescentes en el sistema de protección presentan serios problemas emocionales y conductuales con una elevada prevalencia de conductas de riesgo (delincuencia, uso y abuso de sustancias, conductas suicidas etc.) y problemas de salud mental(16). Aunque la investigación ha demostrado repetidamente que la atención residencial para jóvenes con un problema de conducta grave tiene poco éxito en la rehabilitación, hay un grupo de jóvenes para quienes la atención residencial en un entorno cerrado es necesaria(18). Para algunos jóvenes con problemas graves de comportamiento, el cuidado obligatorio puede ser una alternativa necesaria para proteger a la sociedad y a los propios jóvenes (19).

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

Las investigaciones muestran que la agresión es relativamente estable mostrándose un apoyo muy limitado para los efectos ambientales o contextuales. En un estudio longitudinal de corto plazo se examinaron los predictores individuales e institucionales de agresión en un grupo de 198 adolescentes emplazados en instituciones residenciales juveniles de diferente tipo (abiertas, semi-seguras y seguras) (21). En este estudio se

encontró un apoyo muy limitado para el efecto de los factores contextuales; sólo la represión mostró una tendencia, prediciendo la agresión directa, mientras que la composición de género de los grupos produjo un efecto pequeño. Las chicas ubicadas en grupos del mismo sexo mostraron niveles más bajos de agresión indirecta (relacional) en comparación con las adolescentes ubicadas en grupos mixtos, incluso cuando se les controló por género y niveles iniciales de agresión. El tipo de institución (es decir, el nivel de seguridad) no predijo diferencias en la agresión pero las características individuales de los adolescentes sí se asociaron con la agresión posterior, incluidos los niveles iniciales de agresión, la edad y el sexo de los adolescentes.

Las conductas de fuga son un problema social alarmante entre los jóvenes de la población en general, así como entre los jóvenes bajo el sistema de protección aunque la magnitud del problema no está clara (22). Las fugas pueden derivar, especialmente si ocurren repetidamente, en riesgos a corto plazo (victimización, participación en la prostitución, dormir en la calle, abuso de sustancias y crimen) y a largo plazo (en depresión, falta de vivienda y desapego del hogar, la escuela y entornos de cuidados sustitutos). La huida plantea problemas especiales con respecto a los jóvenes que están en el sistema de protección. No solo los coloca en el camino de posibles resultados adversos, sino que también interrumpe, y a veces termina, el proceso de tratamiento que tenía como objetivo la rehabilitación y la provisión de formas saludables para hacer frente a situaciones estresantes. Puede evitar que los jóvenes reciban una educación, atención médica y otros servicios vitales adecuados. También podría aumentar el riesgo de que los jóvenes regresen con padres abusivos.

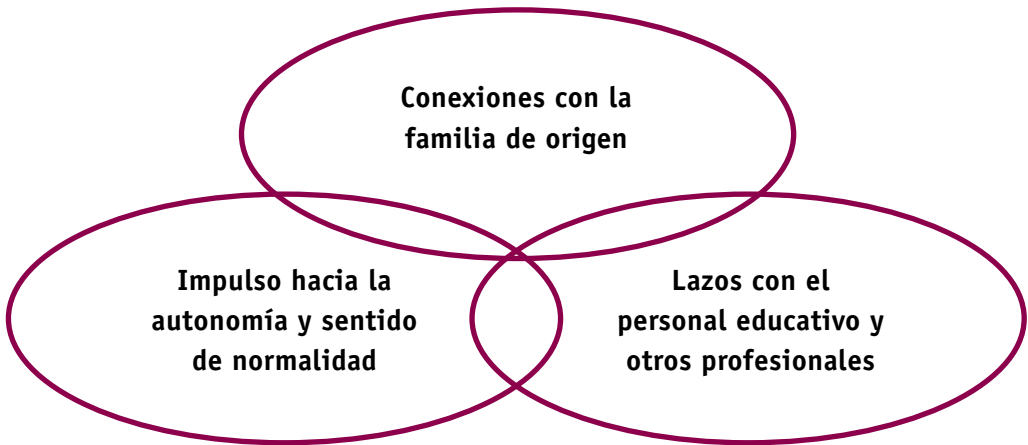
A pesar de la preocupante sobrerrepresentación de los jóvenes bajo protección entre los jóvenes fugitivos, y los múltiples riesgos que experimentan, todavía hay una falta de investigación significativa en esta área. La investigación existente sobre el comportamiento fugitivo entre los jóvenes en el sistema de protección es muy limitada, y se basa principalmente en muestras a pequeña escala, informes de adultos y datos administrativos. Existe una variación considerable entre esos estudios que puede deberse al uso de diversas definiciones de fuga, varios tipos de estimaciones y diferentes procedimientos de muestreo y poblaciones objetivo.

El estudio más grande (23) realizado hasta la fecha sobre esta población realizado con la colaboración del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois (DCFS) incluyó el análisis de datos administrativos del gobierno sobre más de 14,000 jóvenes que escaparon en un período de 10 años entre 1993 y 2003, así como entrevistas con 42 jóvenes que se habían escapado recientemente y habían vuelto a sus lugares de cuidados. Durante el transcurso del estudio, también se entrevistó a padres de acogida y otros profesionales del bienestar infantil. Las entrevistas en su conjunto capturan las voces de los jóvenes que huyen, así como las perspectivas de aquellos con quienes pueden tener un contacto más extenso, brindando una comprensión más rica de lo que buscan los jóvenes cuando huyen del cuidado en el hogar, de qué esperan escapar y qué los trae de vuelta al cuidado. Desde la perspectiva de los jóvenes entrevistados, la fuga podría verse como una conducta de afrontamiento y un intento de establecer conexiones con la familia, los amigos y una comunidad a la que sentían (o esperaban) pertenecer. La mayoría de las historias que contaron los jóvenes muestra-

ron una gran resiliencia y describir su comportamiento como simplemente “huir” es simplificar demasiado. Aunque los esfuerzos de prevención no deben ignorar a los jóvenes que entran en los servicios de protección por primera vez, la probabilidad de que un joven determinado se escape es bastante baja y difícil de predecir. En contraste, si un

joven huía una vez, era muy probable que lo hiciera de nuevo, a menos que se interviniera para abordar las razones por las que no deseaba quedarse. Los jóvenes con antecedentes diagnosticados de abuso de sustancias y algunos trastornos de salud mental tenían un mayor riesgo de fuga.

Figura 1. Motivaciones para la fuga



Por otro lado la investigación hasta la fecha se ha centrado principalmente en las características de los niños y las experiencias previas al cuidado, más que en correlatos centrados en la ubicación. En un estudio realizado (24) con una muestra de 1324 adolescentes israelíes (árabes y judíos de 11 a 19 años en 32 entornos terapéuticos y de rehabilitación) que completaron un cuestionario estructurado anónimo se encontró que el 44,2% de los adolescentes informaron que desde su ingreso al entorno actual habían huido o habían intentado huir al menos una vez. Se encontró que la inclinación a comportamientos fugitivos más frecuentes era mayor para los adolescentes de más edad, los adolescentes que habían estado en la institución por períodos más largos, los que tenían más dificultades de adaptación, los que habían experimentado más violencia física por parte de sus compañeros y el personal en el entorno de atención residencial y aquellos que percibían al personal como estricto y poco comprensivo. El comportamiento de fuga se asoció positivamente con el lugar de residencia en entornos judíos (frente a entornos árabes) y se negativamente con el tamaño de la institución. La interacción entre género y afiliación étnica mostró que las diferencias de género eran más extremas dentro del grupo árabe que dentro del grupo judío. Estos hallazgos demuestran la necesidad de una perspectiva ecológica al abordar el comportamiento de fuga de los adolescentes en el sistema de atención además de un cambio creciente en la literatura de pasar de considerar la huida del cuidado como un desvío personal y síntoma de comportamiento patológico a verlo como un fenómeno afectado en gran medida por el contexto en el que vive el niño.

Los formuladores de políticas y los profesionales deben ser conscientes de los factores de riesgo multinivel de los adolescentes que huyen de los centros de atención. Esta conciencia puede ayudar a capacitar al personal para identificar a los jóvenes en riesgo de fuga, así como los entornos que tienen más probabilidades de tener fugitivos, y para desarrollar programas de intervención diseñados para reducir ese riesgo(22).

Tabla 1. Elementos clave del Protocolo de fugitivos y desaparecidos del hogar y cuidados

Respuesta los niños desaparecidos

- Aportar detalles de la persona principal en la autoridad local, la policía y otras agencias responsables de los niños desaparecidos del hogar o del cuidado
- Un marco interinstitucional acordado para evaluar y clasificar el grado de riesgo cuando un niño desaparece del hogar o del cuidado o cuando un niño desaparecido llega a la notificación de la agencia.
- Orientación sobre las respuestas que ofrecerán las diferentes agencias en relación con cada grado de riesgo.

- a. Sin riesgo aparente (ausente): No hay riesgo aparente de daño ni para el sujeto ni para el público.
- b. Riesgo bajo: El riesgo de daño al sujeto o al público se evalúa como posible pero mínimo.
- c. Riesgo medio: El riesgo de daño al sujeto o al público se evalúa como probable pero no grave.
- d. Alto riesgo. El riesgo de daño grave al sujeto o al público se evalúa como muy probable. Esta categoría casi siempre requiere el despliegue inmediato de recursos policiales.

- Una lista acordada de medidas para garantizar que las definiciones de "desaparecidos" y "ausentes" de la policía se apliquen a los niños teniendo debidamente en cuenta su edad, vulnerabilidad y factores de desarrollo
- Detalles de qué evaluaciones se llevarán a cabo después de episodios perdidos/ ausentes y cómo se debe compartir esta información
- Respuestas para grupos que enfrentan riesgos específicos de desaparición, como niños con dificultades de aprendizaje que pueden tener poca comprensión de sus acciones o los riesgos para ellos, o para niños que han sido víctimas de trata que pueden estar en riesgo de volver a la explotación
- Qué agencias apoyarán a la familia mientras el niño está desaparecido y después de su regreso
- Establecer cómo se realizan los controles de seguridad y bienestar
- Acuerdos para realizar entrevistas de retorno con agencias independientes, que pueden proporcionarlas y como se ofrecerán a los jóvenes fugitivos.

Acuerdos adicionales relacionados con los niños

- Las acciones que deben tomar los cuidadores residenciales o de crianza temporal para localizar al niño antes de que se denuncie su desaparición (como intentar comunicarse con el niño por teléfono o contactar con amigos conocidos)
- Respuestas adecuadas a los niños que desaparecen o se alejan de la ubicación sin autorización, incluida una evaluación del riesgo, las acciones y los acuerdos para hacer denuncias a la policía cuando los niños que se encuentran bajo el cuidado desaparecen.
- Sistemas acordados por la autoridad local para informar y registrar a los niños desaparecidos y fuera de la ubicación local.
- Conocer otras agencias que brindan servicios de defensa independientes a los niños
- Acuerdos para monitorear los resultados y analizar patrones, incluidos los niños que son desplazados de su lugar de residencia por las autoridades locales.

Prevención

- Acuerdos para el intercambio de información entre la autoridad local, la policía y otras agencias
- Acuerdos para compartir información entre diferentes autoridades locales cuando un niño se escapa a otra área
- Análisis de los datos de manera regular.
- Se acordaron salvaguardias para los niños fugitivos y desaparecidos a fin de identificar a los que corren el riesgo de sufrir daños importantes, en particular teniendo en cuenta la duración del episodio perdido, la frecuencia de las fugas, los factores de riesgo, los antecedentes familiares del niño.
- Enfoques preventivos para evitar nuevos casos de fuga, incluida la provisión de alojamiento alternativo cuando sea apropiado
- Trabajo con niños en general, incluidos los que están bajo cuidado y los que no, para que comprendan los riesgos asociados con la fuga y el apoyo que está disponible para ellos

En relación a las conductas sexuales de riesgo en un estudio con víctimas de tráfico sexual se indicaba que estas difieren de las que se involucraron en otras formas de comercio sexual en disponer de antecedentes de maltrato, participación en el sistema de protección a la infancia y exposición a la inestabilidad residencial durante su crecimiento (25).

Atención en Centros Residenciales Terapéuticos (ART)

Los síntomas emocionales y conductuales graves pueden crear necesidades de seguridad que justifiquen la ubicación en un entorno donde la supervisión, el apoyo y los servicios se puedan brindar las 24 horas del día. La caracterización y necesidades de la población que hoy en día se encuentra en hogares de protección (1) fundamenta la apuesta por un modelo de acogimiento residencial cada vez más especializado puesto que sobrepasan las respuestas de los hogares residenciales. En España estos programas de cuidados Residenciales terapéuticos (ART) se inician en los años 90 con la denominación de centros de socialización.

La preocupación sobre la calidad de la atención residencial se extiende al menos cuatro décadas que podríamos resumir en una suma de casos judiciales, iniciativas políticas como la Declaración de Estocolmo sobre Niños en Atención Residencial (26) y publicaciones recientes respaldadas por la Annie E. Casey Foundation. Estas posiciones en términos generales suelen señalar el elevado costo económico de estos servicios (27)(28) y que la atención residencial de estilo institucional es muy restrictiva. También existe una preocupación justificada por los

casos de abuso y mala gestión bien documentados que se han producido en programas residenciales, y a que muchos programas no documentan los efectos positivos a corto ni a largo plazo.

Aunque se ha acumulado evidencia empírica sobre la efectividad de algunas intervenciones seleccionadas dentro de contextos residenciales (ver tabla 3), los efectos a largo plazo de estas intervenciones intensivas combinadas con el efecto del contexto residencial siguen estando en gran parte sin probar. También existe la conjetura de que los efectos iatrogénicos pueden ocurrir por la separación de la familia o la exposición a pares con comportamientos desviados.

Los proveedores de ART y particularmente aquellos que operan también niveles de atención preventivos y basados en la comunidad sirven a los jóvenes cuyas necesidades no fueron satisfechas con éxito en la comunidad. Si bien ART ha sido objeto de un escrutinio bien merecido en los últimos años, la cuestión no es si continuar proporcionando ART sino cómo tener la mejor calidad posible de ART(29).

Tabla 2. Definición de Consenso de lo que es ART (22).

“El tratamiento residencial terapéutico incluye el uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, específicamente construido, diseñado para proporcionar o reforzar tratamiento, educación, socialización, soporte y protección a niños y jóvenes con problemas conductuales o de salud mental, en colaboración tanto con sus familias como con un amplio espectro de recursos comunitarios de ayuda formales e informales” Wittaker et al.,2016 p.94)

Los principios que lo rigen son:

1. Primero no hacer daño. La seguridad debe estar lo primero de todo como forma de prevenir posibles abusos.
2. Espíritu de colaboración con las familias. Siempre que sea posible favoreceremos los vínculos, facilitaremos su participación plena y activa en la vida cotidiana del programa y con quien promoveremos responsabilidades compartidas sobre los resultados en una toma de decisiones conjunta.
3. Los programas se encuentran anclados en las comunidades, culturas y redes de relaciones sociales que definen e influyen en los menores y las familias a las que servimos.
4. Son algo más que una plataforma para recoger intervenciones basadas en la evidencia o técnicas y estrategias prometedoras. En su núcleo, se nutre de una cultura unificadora que resalta el aprendizaje a través de la convivencia y la relación personal.
5. Como ultimo objetivo epistemológico estaría la identificación de modelos o estrategias basadas en la evidencia que sean efectivos, replicables y generalizables. El grupo de trabajo se nutre de investigadores que intentan la eficacia relativa de los modelos existentes e indagar sobre lo que hay en esa “caja negra”. Existe conocimiento científico sobre que es lo que produce resultados positivos en los niños y adolescentes en dichos emplazamientos pero se sabe poco de como aplicar este trabajo en la política pública. La acreditación es necesaria pero no es suficiente para producir resultados favorables.

Ante la variedad de programas existentes se ha utilizado una declaración de consenso de lo que es ART sin basarse en un programa particular, teoría o modelo (ver tabla 2). Actualmente existe amplio conocimiento

científico sobre que es lo que produce resultados positivos en los niños y adolescentes en emplazamientos ART pero se sabe muy poco de como poder aplicar este trabajo en la política pública.

Tabla 3. Investigación sobre modelos prometedores CTR basados en dos revisiones sistemáticas

Según el grado de cumplimiento de criterios de la CEBC (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare)	James 2011 Revisan 5 modelos (30)	Pécora & English 2016 Revisan 7 modelos (13)
Sanctuary (Bloom,1997)(31)	SI	SI
Positive Peer Culture (PPC) (Vorrath&Brendtro,1985)(32)	SI	SI
Stop-Gap (McCurdly & McIntyre, 2004) (33)	SI	SI
TFM / Boys Town Family Home Program (Phillips, Phillips, Fixsen & Wolf,1971; Thompsom & Daly, 2015) (34)	SI	SI
Re-Ed (Hobbs,1996)(35)	No completamente	No completamente
Menninger Clinic Residential Program (Leitchman, Leitchman, Barber, & Neese,2001)(36)		No completamente
Multifunctional Treatment in Residential and Treatment Setting (Multifun C) (Andreassen, 2004)(37)		No completamente
Children and Residential Experiences (CARES) model. Holden, https://rccp.cornell.edu/care/care_main.html	Es un modelo organizado a través de los principios de la evidencia científica pero que no incluye practicas específicas o procedimientos	
Buildind Bridges Initiative (BBI) (Weiner, Lieberman, Huefner, Thompsom, McRae, & Blau, 2020) http://www.buildingbridges4youth.org/	Se sostiene en la importancia de la evaluación de resultados.	

Existen revisiones exhaustivas sobre los programas de atención y el tratamiento residencial (tabla 3) que indican que algunos modelos específicos de tratamiento residencial habían demostrado al menos pruebas prometedoras de resultados positivos (30) (13). Lo que es menos conocido es si la atención y el tratamiento residencial tiene o no efectos positivos duraderos en una amplia escala de modelos, aplicaciones y contextos políticos y políticos variados.

Una nueva iniciativa estatal en Florida estableció estándares de calidad para la atención residencial y actualmente está probando una evaluación de la calidad de los recursos de acogimiento residencial en el estado. El desarrollo de estándares de calidad con base empírica para los ART, como los que se emplearán en Florida, puede ser un impulsor de políticas que tenga un impacto rápido y eficaz.

Los desarrolladores de políticas y los profesionales de programas deben confiar en esta base empírica al tomar decisiones sobre el papel de los ART, cómo adaptar el diseño del programa a las necesidades de los jóvenes y qué programas financiar en el futuro. También deben tomar decisiones sobre como financiar a los proveedores en función de la complejidad de los menores que atienden en lugar de por número de plazas residenciales independientemente de las necesidades que presenten los menores. En el trabajo de (27) se realiza una clasificación de grupos complejos y costes asociados a los procesos (ver tablas 4 y 5). Como se puede ver no todos los menores pasaran por los 8 procesos pero el coste total se incrementa para aquellos menores que han sufrido inestabilidad en los emplazamientos. Una propuesta sería un

cambio en el sistema de financiación a los proveedores que incluya riesgos compartidos en los outputs de resultados entre las diferentes entidades intervinientes y que tenga en cuenta los costes individuales por sus necesidades, por el número de procesos, y los resultados obtenidos al final del proceso.

Tabla 4. Necesidades de los menores que influyen en los costos (27)

Grupos simples	Grupos complejos
<ul style="list-style-type: none"> • Menores sin evidencia de soporte adicional • Menores con necesidades emocionales o conductuales (NEC) • Menores delincuentes (J) • Menores no acompañados (MENAS) • Menores con discapacidad (D) 	<ul style="list-style-type: none"> • D+NEC • D+J • NEC+J • MENAS+NEC • MENAS+D+NEC

Tabla 5. Los 8 Procesos de cuidado residencial (27)

Nº	Descripción de proceso
1	Decidir que un menor debe ser situado en un centro residencial y encontrar emplazamiento
2	Establecer el Plan de cuidados (PEI)
3	Proporcionar los apoyos necesarios en el emplazamiento residencial
4	Salida del cuidado residencial (Acogimiento, retorno al hogar, transición a la vida independiente)
5	Encontrar un emplazamiento
6	Revisión del plan de cuidados
7	Intervenciones legales
8	Transición para abandonar servicios de cuidados

El estado actual de la investigación sugiere que los modelos basados revisados por (30)(13) tienen una ventaja sobre las prácticas basadas en la evidencia (PBE) en la clínica individual. Los desarrolladores de Positive Peer Culture, Sanctuary, Teaching Family, CARE y Stop Gap los diseñaron específicamente para entornos residenciales y las PBE clínicas, por otro lado, las destinaron a entornos comunitarios. Los formuladores de políticas y los desarrolladores de programas deben modificar el diseño de dichos programas para que se ajusten a los entornos de ATR y probar su eficacia en esos entornos.

Algunos de los modelos mencionados en la tabla de arriba (TFM, Sanctuary y CARE) han dedicado un tiempo considerable a codificar sus modelos en forma escrita, desarrollar métodos de perfeccionamiento de programas y capacitación, y una metodología básica de evaluación de la fidelidad. La acreditación formativa que ofrecen los diferentes programas es necesaria pero no es suficiente para producir resultados favorables. Debemos continuar aplicando el rigor experimental que ayudó a desarrollar la iniciativa para incluir las prácticas basadas en la evidencia en los programas de intervención familiares y comunitarios. La fidelidad de la implementación de una práctica basada en la evidencia es crucial puesto que sino pude derivar en algo diferente a lo que pretendían los desarrolladores.

Los programas que se consideran sólidos miden sus resultados durante y después de la atención. Solo de esta manera estos programas pueden evaluar las sutiles diferencias que puedan tener que ver con cambios de población diana o con cambios de implementación. Es por tanto muy recomendable implementar medidas de satisfacción del consumidor para los niños, las familias además de medidas posteriores al cuidado como la seguridad (falta de abuso / negligencia), la permanencia (reunificación familiar estable o estabilización en programas menos restrictivos) o el bienestar (éxito escolar, reducción de síntomas y desarrollo de habilidades para el empleo / éxito escolar / personal).

Figura2. Evaluación de resultados de los programas ART

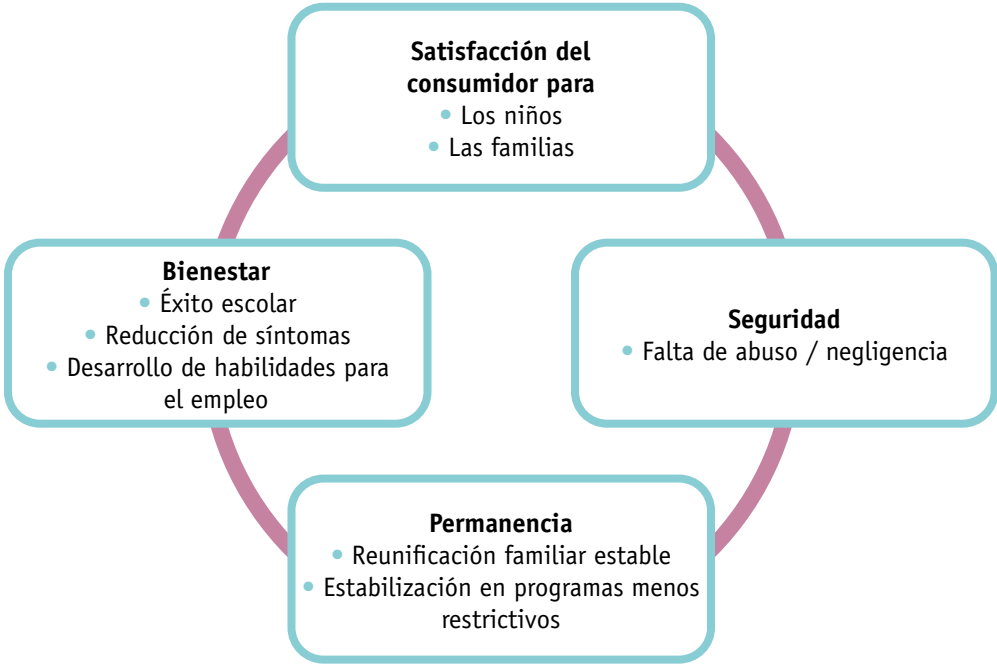


Tabla 6. Estándares de calidad para la atención en centros terapéuticos (Daly et al 2018) (38)

Estándar 1: Evaluación, admisión y planificación de servicios / planificación del tratamiento

- Énfasis en intervenciones informadas sobre el trauma, basadas en las fortalezas y basadas en la necesidad
 - Uso de herramientas basadas en evidencia para realizar la evaluación previa y durante el programa
 - Énfasis en metas mensurables
-

Estándar 2: Entorno de vida positivo y seguro

- Políticas y operaciones implementadas para luchar por un entorno libre de restricciones
 - Seguridad medible de los comportamientos problemáticos de los jóvenes
-

Estándar 3: Supervisar e informar problemas de forma eficaz

- El personal recibe formación sistemática en métodos de seguimiento y presentación de informes.
 - Los programas deben tener un sistema para evaluar externamente la satisfacción del programa de las partes interesadas clave, como padres, jóvenes y agentes de colocación.
 - Las encuestas de satisfacción del consumidor se utilizan como un elemento en un sistema de mejora continua de la calidad.
-

Estándar 4: Promover la familia, la cultura y la espiritualidad

- Las políticas, la capacitación y las estructuras de los programas promueven la reunificación familiar como el resultado preferido.
 - El estímulo activo de las visitas familiares y domiciliarias y el contacto con la comunidad / cultura.
 - Promoción de la participación religiosa personal y el desarrollo moral.
-

Estándar 5: Desarrollar y mantener un personal profesional y competente

- Todo el personal está adecuadamente capacitado
 - El personal nuevo recibe capacitación previa al servicio en modelos de intervenciones basados en evidencia / informados por evidencia
 - Las medidas de competencia se aplican a toda la formación
-

Estándar 6: Elementos del programa

- Uso de prácticas basadas en evidencia / basadas en evidencia
 - Soporte para la implementación de programas teóricamente sólidos.
 - La utilización de medicamentos psicotrópicos es supervisada por el profesional apropiado
-

Estándar 7: Promover la educación, las habilidades y los resultados positivos

- El progreso educativo de los jóvenes debe ser monitoreado de manera rutinaria mediante evaluaciones estandarizadas y basadas en criterios.
 - Los resultados educativos deben mostrar 1 año de crecimiento por 1 año de educación.
 - Los programas deben reducir los síntomas en jóvenes con problemas psicológicos evaluados por credenciales.
 - Evaluadores clínicos o evaluaciones estandarizadas
 - Los programas deben medir regularmente los resultados individuales de los jóvenes, así como los resultados de todo el programa.
 - Los programas deben demostrar una relación funcional entre los métodos empleados y los resultados obtenidos.
-

Estándar 8: Procesos de predescarga / posdescarga

- Los programas deben utilizar planes de alta para cada joven de acuerdo con sus necesidades.
 - Los resultados del programa postratamiento / postratamiento deben medirse para evaluar los resultados educativos, funcionales, legales / cívicos y del funcionamiento de los adultos.
-

Esta evaluación de resultados son medidas mínimas que los buenos programas deben ofrecer con regularidad y que los proveedores de programas deben recopilar para informar sobre la prestación de servicios. Por otro lado los responsables de la formulación de políticas deberían promover dichos sistemas de evaluación de resultados.

Con el apoyo de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., La Iniciativa Building Bridges (BBI) y los proveedores de intervenciones residenciales se asociaron con Chapin Hall para estudiar la viabilidad de un método para recopilar datos de seguimiento sobre el funcionamiento de los jóvenes que fueron recientemente dados de alta del tratamiento residencial (39). Los resultados de esta investigación brindan orientación para medir el progreso y los resultados de los jóvenes después de las intervenciones residenciales y sienta las bases para un estudio más amplio de resultados posteriores al alta que incluye vínculos con datos administrativos, datos de referencia sobre el funcionamiento de los jóvenes y evaluación de los servicios recibidos en el contexto de las intervenciones residenciales.

Según (18), existen en toda España sólo 91 centros que responden a la actual denominación de centros terapéuticos y de socialización que disponen de 1078 plazas (7.9% de toda la red de centros) para niños y adolescentes tutelados. Un 2.5% son para discapacitados físicos o psíquicos. Solamente se registran 4 centros para adolescentes con abuso de sustancias siendo este un recurso que falta en muchas comunidades autónomas por lo que deben utilizar la red de Salud Mental especializada en consumo de sustancias. Los autores refieren que según su estudio realizado con una muestra de 51 chi-

cos tutelados atendidos en centros terapéuticos el perfil es el siguiente: sexo masculino, edad media 15-16 años, mayor número de cambios de residencia, más amenazas e intentos de suicidio y mayor consumo de tóxicos. El 80% puntúan por encima del rango clínico en problemas de comportamiento exteriorizados evaluados con la escala CBCL. No existen sin embargo diferencias en la escala problemas de pensamiento, lo que sugiere que los trastornos psicóticos no son un criterio necesario para derivar a centros terapéuticos. El de origen cultural y de etnia también parece ser una variable relevante. Sorprendentemente se indica que un 34% de los casos atendidos en programas terapéuticos no reciben tratamiento especializado salud mental. Cuando reciben tratamiento, este puede realizarse en el propio centro o por el sistema público de Salud Mental.

En un estudio bastante reciente (41) realizado con una muestra representativa de 353 menores que residen en centros residenciales terapéuticos en España se indica que el 97,7% presenta al menos una o más de una conducta de riesgo como conductas violentas, abuso de sustancias, fugas e intentos de suicidio. La mayoría de estos menores fueron referidos a estos centros de socialización por sus problemas de conducta y por la enorme dificultad de los adultos para controlarlos y educarlos tanto en sus propias familias como en otros centros residenciales. Al mismo tiempo se encuentra asociado una elevada frecuencia de factores de riesgo familiar como violencia de género o consumo de sustancias por los progenitores. El 90% de la muestra en este estudio presentaba una historia de tratamientos en los servicios de salud mental de unos 10 años de media que haría pensar en la necesidad de analizar la eficacia de las intervenciones. El 21% tenía algún tipo de discapacidad oficialmente

reconocida. EL 60,6% tenían prescrito más de dos antipsicóticos al mismo tiempo. Los chicos presentaban más conductas violentas y delincuencia y las chicas más intentos de suicidio, ingresos hospitalarios, uso de cocaína, conductas sexuales de riesgo, fugas. A las chicas se les prescriben más ansiolíticos, antidepresivos y menos psicoestimulantes además disponen de un perfil de más internalizado en los cuestionarios de autoinforme administrados. Las chicas presentaban un perfil de mayor complejidad presentando el doble de conductas de riesgo que los chicos y necesidades de salud mental con mayor estrés psicológico. Estos estudios indican la necesidad de realizar intervenciones desde la perspectiva de género, adaptando la prevención y el tratamiento de las intervenciones a las características individuales de cada adolescente, teniendo en cuenta las posibles diferencias en sintomatología y en el abordaje terapéutico. En este estudio se resaltaba que cuando los problemas de salud mental se asociaban a discapacidad intelectual resultaba especialmente difícil conseguir resultados beneficiosos en el tratamiento.

Según otro estudio publicado sobre los centros de socialización en Catalunya (17): La edad media de ingreso es 15.4 años y la de salida 16.6 años, proceden (de CRAE el 34%, de Centro de Acogida el 30,5%, domicilio 18.7% y otros 16.8%), el 53% presentan delitos conocidos, el 43% tenía algún trastorno diagnosticado, el 78% consumía tóxicos y el 64% se fugo durante su estancia. En dicho estudio se recomienda la importancia de realizar un seguimiento sistematizado a la salida del centro ya que según los profesionales encuestados no existen protocolos de seguimiento. Aunque se trabajen a nivel tutorial o con el psicólogo del centro las consecuencias del consumo, no existe ningún programa de prevención establecido.

Finalmente en otro estudio realizado más recientemente (14) con 93 adolescentes que residían en centros terapéuticos en comparación con una muestra equivalente de adolescentes que recibían en programas para la autonomía, se indica que los jóvenes con mayor número de cambios de emplazamiento residencial tienen el doble de probabilidades de ser derivados a centros terapéuticos. La variable abuso de sustancia multiplica la probabilidad de ser derivado por cuatro. Los jóvenes en tratamiento terapéutico han estado en general menos tiempo en acogimiento residencial, pero han tenido muchos más cambios de centro que el grupo de comparación. Esto podría indicar que los casos derivados tenían problemas previos ocultos que hacía inviable su atención en un recurso residencial ordinario. En este estudio, a diferencia del anterior, se indica que el 70% de los casos en ambos grupos reciben alguna clase de tratamiento lo que parece indicar una mayor concienciación y esfuerzo en la atención de las necesidades de Salud mental de esta población en España. Entre las razones para que el 30% no reciban tratamiento se indica que el programa en sí puede ser en sí mismos suficientemente terapéuticos para cubrir sus necesidades, que los educadores no consideren la necesidad de tratamiento o que los jóvenes rechacen acudir a terapia. No se encontraron diferencias entre los grupos en el porcentaje de casos que recibían atención en salud mental pero los jóvenes en centro terapéutico tenían mayor probabilidad de recibir tratamiento psiquiátrico y tratamiento farmacológico. En línea con este argumento (17) indican que la media de edad de ingreso es 15.4 años, el 78,9 % consumía fármacos.

Según (17) existen ciertos factores que inciden en la evolución positiva del joven como son la capacidad para adaptarse al

funcionamiento del centro, de crear vínculos positivos con los profesionales y compañeros, la disponibilidad de personas de apoyo fuera del centro terapéutico y la asistencia a recursos externos. Otros factores que influyen negativamente en la evolución son la escasa capacidad para vincularse a compañeros y profesionales del centro, la ausencia de personas de apoyo fuera del centro, las fugas frecuentes y haber cometido algún delito o el consumo de tóxicos.

Conclusiones y propuestas de mejora:

1. Analizar la dificultad para lograr ambientes terapéuticos en sí mismos en los emplazamientos residenciales y velar porque los principios del acogimiento terapéutico residencial se apliquen a todo tipo de centros residenciales sin establecer distinciones según tipología y especialización, así como exigir a los proveedores resultados de los programas.
2. Dada la elevada presencia de fugas de los centros que dificulta la continuidad en las intervenciones y determinan una peor evolución del caso, es necesario analizar las posibles causas y establecer procedimientos o protocolos coordinados entre instituciones que consigan disminuir o paliar sus efectos así como adoptar una perspectiva ecológica al abordar el comportamiento de fuga de los adolescentes en el sistema de protección.
3. Dotar con recursos para que los tratamientos residenciales terapéuticos puedan dar cobertura a los problemas de consumo de drogas y relaciones sexoafectivas. Esta es una carencia no solo del sistema de protección sino del sistema público de salud para la población infantojuvenil.
4. Dadas las carencias en los desde los distintos ámbitos particulares para dar respuesta a necesidades complejas de diversa índole: educativas, laborales, de salud, legales etc., es necesario proponer soluciones integradas e integrales para problemas complejos. Desde cada ámbito particular no es posible dar respuesta a las complejas necesidades que presentan dichos menores y que se incrementan con el paso de los años al igual que sus problemas de conducta y rupturas de emplazamiento.
5. Una propuesta sería un cambio en el sistema de financiación a los proveedores que incluya riesgos compartidos en los outputs de resultados entre las diferentes entidades intervinientes (DGAIA, EAIA, Proveedores propios o concertados, Educación, Salud etc.) y que tenga en cuenta los costes individuales asociados a sus necesidades, asociados al número de procesos, y los resultados obtenidos al final del proceso.
6. Establecer programas de transición a la vida adulta de extutelados tras el sistema de protección inclusivos para estos perfiles para los que muchos de estos menores por sus características conductuales quedan excluidos.
7. La necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género en los programas de prevención y tratamiento en centros terapéuticos. El de origen cultural y de etnia de los también parece ser una variable relevante que debemos revisar para poder reflexionar sobre nuestras propias actuaciones y buscar los recursos más específicos que se adecuen mejor a sus necesidades.
8. Destinar más recursos específicos para estos perfiles que puedan realizar programas de intervención dentro del propio centro como a domicilio para trabajar con

el joven y la familia de forma coordinada con el plan terapéutico de intervención del centro. Tratar todas estas necesidades desde los diferentes ámbitos de forma separada incrementa la fragmentación y el coste total de las intervenciones y disminuye su efectividad. En resumen, estimamos que si dichas intervenciones se realizaran en los propios centros terapéuticos si contaran con los recursos multidisciplinarios adecuados serían más efectivas y de menor coste global.

Bibliografía

1. Raviv T, Taussig HN, Culhane SE, Garrido EF. Cumulative risk exposure and mental health symptoms among maltreated youth placed in out-of-home care. *Child Abuse Negl* [Internet]. octubre de 2010 [citado 8 de diciembre de 2020];34(10):742-51. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521341000219X>
2. Zielinski DS, Bradshaw CP. Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: a review of the literature. *Child Maltreat*. febrero de 2006;11(1):49-62.
3. Combs-Orme T, Heflinger CA, Simpkins CG. Comorbidity of Mental Health Problems and Chronic Health Conditions in Children. *J Emot Behav Disord* [Internet]. abril de 2002 [citado 17 de mayo de 2018];10(2):116-25. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10634266020100020601>
4. Nelson CA, Bos K, Gunnar MR, Sonuga-Barke EJS. V. THE NEUROBIOLOGICAL TOLL OF EARLY HUMAN DEPRIVATION: THE NEUROBIOLOGICAL TOLL OF EARLY HUMAN DEPRIVATION. *Monogr Soc Res Child Dev* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 17 de mayo de 2018];76(4):127-46. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-5834.2011.00630.x>
5. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, The Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Dev* [Internet]. septiembre de 2005 [citado 8 de diciembre de 2020];76(5):1015-28. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x>
6. Barber JG, Delfabbro PH. Placement Stability and the Psychosocial Well-Being of Children in Foster Care. *Res Soc Work Pract* [Internet]. julio de 2003 [citado 17 de mayo de 2018];13(4):415-31. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049731503013004001>
7. Tarren-Sweeney M. Mental health services for our most vulnerable children. *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. octubre de 2017 [citado 17 de mayo de 2018];22(4):521-3. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104517734093>
8. Vreeland A, Ebert JS, Kuhn TM, Gracey KA, Shaffer AM, Watson KH, et al. Predictors of placement disruptions in foster care. *Child Abuse Negl* [Internet]. enero de 2020 [citado 17 de diciembre de 2020];99:104283. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213419304600>

9. Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Johnson R, Ostergren M. Overuse of institutional care for children in Europe: Table 1. *BMJ* [Internet]. 25 de febrero de 2006 [citado 17 de mayo de 2018];332(7539):485-7. Disponible en: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.332.7539.485>
10. Howe D, Fearnley S. Disorders of Attachment in Adopted and Fostered Children: Recognition and Treatment. *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. julio de 2003 [citado 17 de mayo de 2018];8(3):369-87. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104503008003007>
11. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. agosto de 2004 [citado 27 de marzo de 2018];43(8):960-70. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709613599>
12. Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M. Children in foster care: Mental health, service use and costs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. marzo de 2006 [citado 17 de mayo de 2018];15(2):63-70. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-006-0452-8>
13. Pecora PJ, Jensen PS, Romanelli LH, Jackson LJ, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare*. 2009;88(1):5-26.
14. Keil V, Price JM. Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. julio de 2006 [citado 17 de mayo de 2018];28(7):761-79. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740905001945>
15. McMILLEN JC, Zima BT, Scott LD, Auslander WF, Munson MR, Ollie MT, et al. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Older Youths in the Foster Care System. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. enero de 2005 [citado 17 de mayo de 2018];44(1):88-95. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709613460>
16. Trout AL, Casey K, Chmelka MB, DeSalvo C, Reid R, Epstein MH. Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare*. 2009;88(2):111-36.
17. Moeller-Saxone K, McCutcheon L, Halperin S, Herrman H, Chanan AM. Meeting the primary care needs of young people in residential care. *Aust Fam Physician*. octubre de 2016;45(10):706-11.
18. Andrée Löfholm C, Olsson TM, Sundell K. Effectiveness and Costs of a Therapeutic Residential Care Program for Adolescents with a Serious Behavior Problem (MultifunC). Short-Term Results of a Non-Randomized Controlled Trial. *Resid Treat Child Youth* [Internet]. 2 de julio de 2020 [citado 7 de diciembre de 2020];37(3):226-43. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886571X.2019.1619500>

19. Bullard, L, Gaughan, K, Owens, L.W. Child welfare for the 21st Century: A handbook of practices, policies, and programs. G. P. Mallon & P. McCartt Hess. New York, NY: Columbia University Press;
20. Galán Rodríguez, Antonio. Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: aportaciones técnicas a un debate social e institucional. 2013;34(1):23-31.
21. Eltink EMA, Ten Hoeve J, De Jongh T, Van der Helm GHP, Wissink IB, Stams GJJM. Stability and Change of Adolescents' Aggressive Behavior in Residential Youth Care. Child Youth Care Forum [Internet]. abril de 2018 [citado 17 de diciembre de 2020];47(2):199-217. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10566-017-9425-y>
22. Attar-Schwartz S. Runaway behavior among adolescents in residential care: The role of personal characteristics, victimization experiences while in care, social climate, and institutional factors. Child Youth Serv Rev [Internet]. febrero de 2013 [citado 7 de diciembre de 2020];35(2):258-67. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740912004082>
23. Courtney, M.E, Skyles, A, Miranda, G, Zinn, A, Elboni, H, Goerge, R.M. Youth Who Run Away from Out-of-Home Care [Internet]. Chapin Hall. Center for Children at the University of Chicago; 2005 mar. Disponible en: https://www.chapinhall.org/wp-content/uploads/Courtney_Youth-Who-Run-Away_Brief_2005.pdf
24. Attar-Schwartz S. Runaway behavior among adolescents in residential care: The role of personal characteristics, victimization experiences while in care, social climate, and institutional factors. Child Youth Serv Rev [Internet]. febrero de 2013 [citado 7 de diciembre de 2020];35(2):258-67. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740912004082>
25. Greeson JKP, Treglia D, Wolfe DS, Wasch S, Gelles RJ. Child welfare characteristics in a sample of youth involved in commercial sex: An exploratory study. Child Abuse Negl [Internet]. agosto de 2019 [citado 17 de diciembre de 2020];94:104038. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213419302157>
26. Declaración de Estocolmo sobre Niños en Atención Residencial [Internet]. Disponible en: G0146027. Disponible en: <https://plataformadeinfancia.org/derechos-de-infancia/historia-de-la-convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>
27. Holmes. Holmes, L. (2015). Estimating unit costs for therapeutic residential care. I), (pp. 247–259). .Google Scholar. En: Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidenced based international practice. Jessica Kingsley. London: n Whittaker, J. K., del Valle, J. F., & Holmes, L.; 2015. p. 247-59.
28. Ainsworth F, Hansen P. Therapeutic Residential Care: Different Population, Different Purpose, Different Costs. Child Aust [Internet]. diciem-

- bre de 2015 [citado 8 de diciembre de 2020];40(4):342-7. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifi er/S1035077215000474/type/journal_article
29. Bellonci C, Holmes L, Whittaker J. Re-Thinking Therapeutic Residential Care (TRC) as a Preventive Service: Examining Developments in the US and England. *Resid Treat Child Youth* [Internet]. 2 de enero de 2019 [citado 7 de diciembre de 2020];36(1):35-53. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886571X.2018.1536495>
 30. James S. Implementing Evidence-Based Practice in Residential Care: How Far Have We Come? *Resid Treat Child Youth* [Internet]. 3 de abril de 2017 [citado 7 de diciembre de 2020];34(2):155-75. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886571X.2017.1332330>
 31. Bloom, S.L. *Creating Sanctuary: Toward the Evolution of Sane Societies*, Revised Edition. 1997.a ed. Routledge.: New York, NY.
 32. Vorrath, H, Brendtro, L. *Positive Peer Culture*. 1985.a ed. Aldine: New York, NY.
 33. McCurdy BL, McIntyre EK. 'And what about residential...?' Re-conceptualizing residential treatment as a stop-gap service for youth with emotional and behavioral disorders. *Behav Interv* [Internet]. julio de 2004 [citado 7 de diciembre de 2020];19(3):137-58. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/bin.151>
 34. Phillips EL, Phillips EA, Fixsen DL, Wolf MM. Achievement Place: modification of the behaviors of pre-delinquent boys within a token economy¹²³. *J Appl Behav Anal* [Internet]. 1971 [citado 7 de diciembre de 2020];4(1):45-59. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1901/jaba.1971.4-45>
 35. Hobbs N. Helping disturbed children: Psychological and ecological strategies. *Am Psychol* [Internet]. 1966 [citado 7 de diciembre de 2020];21(12):1105-15. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0021115>
 36. Leichtman M, Leichtman ML, Barber CC, Neese DT. Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2001 [citado 7 de diciembre de 2020];71(2):227-35. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0002-9432.71.2.227>
 37. Andreassen, T T. *Manuals for MultifundC-Multifunctional treatment in residential and community settings*. Oslo, Norway: kommuneforlaget; 2004.
 38. Daly DL, Huefner JC, Bender KR, Davis JL, Whittaker JK, Thompson RW. Quality care in therapeutic residential programs: definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Resid Treat Child Youth* [Internet]. 3 de julio de 2018 [citado 3 de diciembre de 2020];35(3):242-62. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886571X.2018.1478240>

39. Weiner D, Lieberman RE, Huefner JC, Thompson R, McCrae J, Blau G. Feasibility of Long-Term Outcomes Measurement by Residential Providers. *Resid Treat Child Youth* [Internet]. 3 de julio de 2018 [citado 7 de diciembre de 2020];35(3):175-91. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886571X.2018.1455563>
40. Sainero A, Bravo A, del Valle JF. Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. *J Emot Behav Disord* [Internet]. marzo de 2014 [citado 27 de marzo de 2018];22(1):16-26. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1063426612470517>
41. Águila-Otero A, Bravo A, Santos I, Del Valle JF. Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. mayo de 2020 [citado 3 de diciembre de 2020];112:104923. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740919314549>
42. Martín E, González-García C, del Valle JF, Bravo A. Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child Fam Soc Work* [Internet]. febrero de 2018 [citado 8 de agosto de 2018];23(1):1-7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/cfs.12374>