




Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESI DOCTORAL

Els CREI de Catalunya. Intervenció, perfil i evolució dels joves atesos

Presentada per

Marta Sabaté Tomàs

PROGRAMA DE DOCTORAT EN EDUCACIÓ
DEPARTAMENT DE PEDAGOGIA SISTEMÀTICA I SOCIAL
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Dirigida per:

Dra. Josefina Sala Roca (Universitat Autònoma de Barcelona)

Dra. Laura Arnau Sabatés (Universitat Autònoma de Barcelona)

Bellaterra, 2018

No hi ha joves dolents;
hi ha joves que no saben que poden ser bons i algú els ho ha de dir.

Sant Joan Bosco

L'evidència és la més decisiva demostració.

Marc Tul·li Ciceró

Sense dades, la seva, és simplement una opinió més.

Andreas Sleicher

Agraïments

Gràcies a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) per haver fomentat aquesta investigació i haver-li donat el suport necessari. Concretament, gràcies al Sr. Joan Mayoral, al Sr. Jordi Muner, a la Sra. Araceli Lazaro i a tot l'Equip de Treball dels CREI pel vostre acompanyament i assessorament en el procés.

Gràcies als directors dels 4 CREI de Catalunya, per haver-nos obert les portes dels vostres centres i haver trobat el temps necessari per atendre'ns i ajudar-nos tot i la intensitat del dia a dia. Gràcies també a tots els professionals que han participat en l'estudi, per haver-nos ofert el seu temps i la seva dedicació. Gràcies per la vostra predisposició a respondre totes les entrevistes i qüestionaris que us hem demanat.

Gràcies, també, a tots aquells joves que algun dia van viure als CREI i que, sense ser-hi, hi han estat a través de les paraules dels seus tutors i educadors. La vostra experiència és primordial per seguir avançant i que els centres siguin cada vegada millors.

Molt especialment, gràcies a les meves tutores, la Dra. Fina Sala i la Dra. Laura Arnau, perquè ha estat un privilegi treballar amb vosaltres. Gràcies pel vostre acompanyament i guiatge, la vostra implicació, el vostre entusiasme, i la vostra calidesa i carinyo. M'emporto una motxilla plena de bons moments, hores compartides, riures i feina dura. Espero poder continuar treballant amb vosaltres molt de temps.

Per últim, vull donar les gràcies a la meva família i amics, per ser-hi sempre, per compartir les alegries i oferir-me el vostre suport i comprensió especialment en els moments de més estrès.

Gràcies a tots i cada un de vosaltres. Sense la vostra ajuda i aportació guanyar aquest partit no hagués estat possible.

Joc, set i partit!

Índex de continguts

Resum	7
Resumen	11
Abstract.....	15
1. INTRODUCCIÓ	20
2. MARC TEÒRIC.....	24
2.1. Els problemes de conducta en l'adolescència.....	25
2.1.1. L'adolescència com a etapa de desenvolupament evolutiu.....	26
2.1.2. Problemes emocionals i trastorns de conducta.....	38
2.2. Els adolescents tutelats	50
2.2.1. Perfil dels infants i adolescents tutelats.....	51
2.2.2. Principals dificultats a les que s'enfronten els joves tutelats.....	54
2.2.3. Factors que condueixen a l'evolució positiva dels joves tutelats	66
2.3. L'acolliment dels joves al sistema de protecció	70
2.3.1. El Sistema català de protecció.....	70
2.3.2. Les mesures de protecció.....	80
2.3.3. Tipologies de centres residencials	91
2.4. L'acolliment dels joves amb trastorns de conducta i problemes de salut mental: Els CREI i els centres d'acolliment residencial terapèutic	96

2.4.1.	Els centres terapèutics	97
2.4.2.	Iniciatives i programes innovadors en l'acolliment residencial terapèutic 108	
2.4.3.	Els recursos residencials especialitzats a Catalunya: Els centres residencials d'educació intensiva (CREI)	119
3.	DISSENY I DESENVOLUPAMENT DE LA RECERCA	130
3.1.	Preguntes inicials de la investigació	130
3.2.	Objectius	131
3.3.	Metodologia i disseny d'investigació	132
3.4.	Participants.....	134
3.5.	Pla de recollida de la informació	136
3.5.1.	Selecció i elaboració de tècniques i instruments	136
3.5.2.	Validació dels instruments	141
3.5.3.	Procediment de recollida de dades	142
3.6.	Anàlisi de la informació.....	145
3.7.	Evidències de qualitat de la recerca	146
4.	RESULTATS	150
4.1.	Els CREI de Catalunya: descripció, similituds i diferències	151
4.2.	Perfil de la població acollida que es va desinternar durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi	175
4.3.	Evolució dels joves que van residir més d'un any als CREI	189
5.	LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	237

6.	DISCUSSIÓ DE RESULTATS	240
7.	CONCLUSIONS I ORIENTACIONS DE FUTUR	252
8.	FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ	258
9.	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	260
10.	ANNEXOS	294

Resum

Els Centres Residencials d'Educació Intensiva (CREI) són una tipologia de recurs residencial especialitzat existent a Catalunya per a joves amb problemes greus de comportament, sobre els que no s'ha realitzat cap investigació específica fins el moment. És per això que la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* (DGAIA), organisme dependent del *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies* de la Generalitat de Catalunya va encarregar la realització del present estudi amb la finalitat d'endinsar-se en els CREI i, així, entendre com funcionen, quin perfil de joves acullen i quina és l'evolució que aquests joves fan durant la seva estada. A més, es va aprofundir en les trajectòries d'aquells joves que van evolucionar positivament analitzant els factors que podrien haver tingut una incidència significativa. Les característiques personals dels joves, la intervenció dels centres, les xarxes socials i de suport i altres elements van ser estudiats.

Els CREI són centres residencials que acullen a joves d'entre 12 i 18 anys tutelats per la Generalitat de Catalunya que presenten alteracions de conducta que requereixen d'uns sistemes d'educació intensiva. Aquests centres tenen com a objectiu donar resposta educativa a les necessitats específiques d'aquests joves en un període de temps limitat treballant per reconduir la seva problemàtica i retornar-los a un entorn més normalitzat.

En aquest estudi exploratori hem utilitzat un disseny transaccional mixt, que combina la metodologia qualitativa i quantitativa, que busca descriure unes variables i analitzar la seva incidència i interrelació en un interval de temps concret. La investigació es va desenvolupar en tres fases:

1. Descripció dels CREI: Característiques, funcionament i intervenció que es realitza.
2. Anàlisi del perfil de població que els CREI van acollir i que es va desinternar durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi.
3. Anàlisi de l'evolució dels joves que van residir durant un any o més en els CREI i els factors que hi van influir.

La recollida de dades es va fer a través dels equips directius i els professionals dels centres mitjançant els següents instruments:

- Entrevista semiestructurada. Per a recollir informació sobre el funcionament dels centres.
- Qüestionari. Per a recollir informació sobre els joves que es van desinternar en els 3 anys previs a la realització de l'estudi. Es van obtenir dades de 169 casos.
- Entrevista semiestructurada. On es demanava informació detallada sobre aquells joves que havien residit durant un any o més als centres. Es van recollir dades de 86 casos.

Les dades obtingudes es van organitzar en tres blocs. En el primer d'ells es van identificar similitud i diferències referents a l'organització i el funcionament dels centres.

En el segon bloc, es va identificar que, durant els tres anys previs a la realització de l'estudi, la mitjana d'edat d'ingrés era de 15.4 anys (SD=1.4) i normalment procedien de CRAE, de centre d'acollida o de domicili familiar. El temps mitjà d'estada era de 14.4 mesos (SD=10.10) i més de la meitat dels joves es van escapar alguna vegada durant el seu internament, consumia algun tòxic i es coneixia que havia comès algun delictes. Ja al centre, un 47.8% van fer una millora progressiva –entenent-la com a millora substancial en els problemes que presentava el jove a la seva arribada, així com una bona adaptació

a la dinàmica i normativa del centre, encara que poguessin haver tingut alguna falta durant el procés-; un 44.9% no va presentar cap millora significativa; i un 7.3% va iniciar un procés amb una millora però va acabar trencant el seu procés, possiblement per un escapoliment. La mitjana d'edat de sortida va ser de 16.6 anys (SD=1.10) i dels que es coneixia el destí de sortida normalment retornaven al domicili familiar o a CRAE, o anaven a altres recursos residencials de transició a l'autonomia, o acabaven internats en un Centre educatiu del Departament de Justícia. Els principals motius pels quals aquests joves van ser desinternats van ser la pèrdua de plaça per escapoliment de llarga durada, la finalització del procés, la majoria d'edat i el trasllat a un altre centre que s'adaptés millor a les seves característiques.

En el tercer bloc es va aprofundir en aquells casos que van residir als CREI durant un any o més, ja que es considerava el temps necessari per a que la intervenció rebuda fos significativa. Els anàlisi van mostrar que els joves que havien evolucionat positivament eren aquells que majoritàriament s'havien adaptat al funcionament del centre molt ràpidament, van crear un vincle positiu amb els professionals, tenien bona relació amb persones de dins i fora del CREI, assistien a recursos externs, van residir més temps als centres desinternant-se per haver finalitzat el seu procés, i el destí més freqüent va ser el retorn a domicili o a CRAE. En pocs casos consumien estupefaents, se'ls coneixien delictes o es van escapolir del centre.

D'altra banda, els joves que no van millorar significativament eren aquells que majoritàriament consumien drogues, havien comès algun delicte, s'escapolien, no tenien cap persona disponible fora del centre i, si la tenien, la relació amb era desorganitzada o negligent. En sortir del centre, aquests joves ingressaven en un Centre educatiu del Departament de Justícia o retornaven al domicili familiar.

Conèixer els centres, els joves i els factors que influeixen en l'evolució que realitzen durant el procés d'intervenció als CREI pot aportar informació rellevant que faciliti als professionals vinculats a aquests centres reflexionar sobre la seva pràctica i evolucionar cap al disseny i la implementació d'intervencions i estratègies que incrementin el seu impacte positiu.

Resumen

Los Centros Residenciales de Educación Intensiva (CREI) son una tipología de recurso residencial especializado existente en Catalunya para jóvenes con problemas graves de comportamiento, sobre los que no se ha realizado ninguna investigación específica hasta el momento. Es por ello que la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* (DGAIA), organismo dependiente del *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies* de la *Generalitat de Catalunya* encargó la realización del presente estudio con la finalidad de adentrarse en los CREI y así entender cómo funcionan, qué perfil de jóvenes acogen y cuál es la evolución que dichos jóvenes protagonizan durante su estancia. Además, se profundizó en las trayectorias de aquellos jóvenes que evolucionaron positivamente analizando los factores que podrían haber tenido una incidencia significativa. Las características personales de los jóvenes, la intervención de los centros, las redes sociales de apoyo y otros elementos fueron estudiados.

Los CREI son centros residenciales que acogen a jóvenes de entre 12 y 18 años tutelados por la Generalitat de Catalunya que presentan alteraciones de conducta que requieren de unos sistemas de educación intensiva. Estos centros tienen como objetivo dar respuesta educativa a las necesidades específicas de estos jóvenes en un período temporal limitado trabajando para reconducir su problemática y devolverlos a un entorno más normalizado.

En este estudio exploratorio hemos utilizado un diseño transeccional mixto, que combina la metodología cualitativa y cuantitativa, que busca describir unas variables y

analizar su incidencia e interrelación en un intervalo de tiempo concreto. La investigación se desarrolló en tres fases:

1. Descripción de los CREI: Características, funcionamiento e intervención que se realiza.
2. Análisis del perfil de población que los CREI acogieron y que se desinternaron durante los 3 años previos a la realización del estudio.
3. Análisis de la evolución de los jóvenes que residieron durante un año o más en los CREI y los factores que tuvieron influencia.

La recogida de datos se hizo a través de los equipos directivos y profesionales de los centros mediante de los siguientes instrumentos:

- Entrevista semiestructurada. Para recoger información sobre el funcionamiento de los centros.
- Cuestionario. Para recoger información sobre los jóvenes que se desinternaron en los 3 años previos a la realización del estudio. Se obtuvieron datos de 169 casos.
- Entrevista semiestructurada. Donde se pedía información detallada sobre aquellos jóvenes que habían residido durante un año o más en el centro. Se recogieron datos de 86 casos.

Los datos obtenidos se organizaron en tres bloques. En el primero de ellos se identificaron similitudes y diferencias referentes a la organización y el funcionamiento de los centros.

En el segundo bloque, se identificó que, durante los tres años previos a la realización del estudio, la mediana de edad de ingreso era de 15.4 años (SD=1.4) y solían proceder de CRAE, centro de acogida o domicilio familiar. El tiempo medio de estancia era de 14.4 meses (SD=10.10) y más de la mitad de los jóvenes se fugó en alguna ocasión durante su internamiento, consumía algún tóxico y se conocía que había cometido algún delito. Ya en el centro un 47.8% realizaron una mejora progresiva –entendiéndola como mejora substancial en los problemas que presentaba el joven a su llegada, así como una buena adaptación a la dinámica y normativa del centro, aunque pudieran haber tenido alguna falta durante su proceso-; un 44.9% no presentó mejora significativa; y un 7.3% inició su proceso con una mejora, pero acabó truncado su proceso, posiblemente por una fuga. La mediana de edad de salida fue de 16.6 años (SD=1.10) y de los que se conocía el destino de salida, solían retornar al domicilio familiar o a CRAE, u otros recursos residenciales de transición a la autonomía, o acababan internados en un Centro educativo del Departament de Justícia. Los principales motivos por los que estos jóvenes fueron desinternados fueron la pérdida de plaza por fuga de larga duración, la finalización de proceso, la mayoría de edad y el traslado a otro centro que se adaptara mejor a sus características.

En el tercer bloque se profundizó en aquellos casos que residieron en los CREI durante un año o más, por considerarse el tiempo necesario para que la intervención recibida fuera significativa. Los análisis mostraron que los jóvenes que habían evolucionado positivamente eran aquellos que mayoritariamente se habían adaptado al funcionamiento del centro de forma muy temprana, crearon un vínculo positivo con los profesionales, tenían buena relación con personas de fuera del centro y tenían amigos dentro del CREI, asistían a recursos externos, residieron más tiempo en los centros, desinternándose por haber finalizado su proceso y el destino más frecuente fue el retorno a domicilio o a

CRAE. En pocos casos consumían estupefacientes, se les conocían delitos o se fugaron del centro.

Por otro lado, los jóvenes que no mejoraron significativamente eran aquellos que mayoritariamente consumían drogas, habían cometido algún delito, se fugaban, no tenían ninguna persona disponible fuera del centro y si la tenían la relación con ellas era desorganizada/negligente, y al salir del centro ingresaban en un centro educativo del Departament de Justícia o volvían al domicilio familiar.

Conocer los centros, los jóvenes y los factores que influyen en la evolución que realizan durante su intervención en los CREI puede aportar información relevante que facilite a los profesionales vinculados a estos centros reflexionar sobre su práctica y evolucionar hacia el diseño y la implementación de intervenciones y estrategias que incrementen su impacto positivo.

Abstract

Residential Centers for Intensive Education (CREI) are a type of specialized residential resource in Catalonia for young people with serious behavioral problems, over which no specific research has been carried out so far. For this reason, the *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* (DGAIA), a body dependent on the Departament de Treball, Afers Socials i Famílies of the Generalitat of Catalonia, commissioned the realization of this study with the aim of getting in the CREIs and understand how they work, what is the profile of the attended youth and the evolution these young people make during their stay. Besides, the trajectories of those young people who evolved positively, analyzing the factors that could have had a significant impact were studied in depth. The personal characteristics of this youth, the intervention carried out in the centers, social and support networks and other elements were studied.

CREIs are residential centers that foster young people between 12 and 18 years of age protected by the Generalitat de Catalunya who present behavioral alterations that require intensive education systems. These centers have the objective of providing an educational response to the specific needs of these young people in a limited period of time, working to redirect their problems and return them to a more standardized environment.

In this exploratory study we have used a mixed transactional design, which combines qualitative and quantitative methodology, which seeks to describe variables and analyze their incidence and interrelation in a specific time interval. The research was developed in three phases:

1. Description of the CREI: Characteristics, operation and carried out intervention.

2. Analysis of the profile of the fostered population in the CREI and which became depleted during the 3 years prior to the completion of the study.
3. Analysis of the evolution of the young people who resided for a year or more in the CREI and the factors that could have influenced it.

The collection of data was made through the management teams and the professionals of the centers through the following instruments:

- Semi-structured interview. To collect information about the functioning of the centers.
- Questionnaire. To collect information about the young people who left the centers in the 3 years prior to the completion of the study. Data were obtained from 169 cases.
- Semi-structured interview. Where detailed information was requested about those young people who had lived in the centers for a year or more. Data from 86 cases was collected.

The obtained data was organized in three phases. In the first one, we identified similarities and differences among centers regarding the organization and functioning.

In the second phase, the three years prior to the study were considered and we identified that the main age of admission was 15.4 years ($SD = 1.4$) and the youngsters usually came from CRAE, care center or family home. The average time of stay was 14.4 months ($SD = 10.10$) and more than half of the young people escaped during their stay, had substance abuse and it was known that they had committed a crime. When in the center, 47.8% made a progressive improvement, -understanding it as a substantial improvement in the problems presented at their arrival, as well as a good adaptation to

the dynamics and regulations of the center, although they may have had some offense during the process-; 44.9% did not show any significant improvement; and 7.3% initiated the process with an improvement but ended up breaking its process, possibly due to a scape. The main age of departure was 16.6 years ($SD = 1.10$) and those whose departure destination was known normally returned to their family home or to the CRAE, or went to other residential resources of transition to autonomy, or ended up in an educational center depending of the Department of Justice. The main reasons for leaving of these young people were the loss of placement due to a long-term scape, the end of their process, the majority of age and the transfer to another center that suited its characteristics best.

In the third phase, those cases that resided in the CREI for one year or more were studied in depth. One year was considered the needed time for the intervention received to be significant. The analysis showed that young people who had evolved positively were those that had mostly adapted to the functioning of the center very quickly, created a positive bond with professionals, had a good relationship with people from the inside and the outside of the CREI, they assisted to external activities, they lived more time in the centers and they left the centers because they had finished their process, and the most frequent destiny was returning to the family home or CRAE. Only a few cases had substance abuse, committed crimes or escaped from the center.

On the other hand, young people who did not improve significantly were those who mostly had substance abuse, had committed a crime, escaped from the center, had no available person outside the center and, when they had it, their relationship was disorganized or neglected. When leaving the center, these young people entered an educational center of the Department of Justice or returned to the family home.

Getting to know the centers, the young people and the factors that influence the evolution they make during their intervention process at the CREI can provide relevant information that facilitates professionals linked to these centers to think about their practice and to evolve towards the design and implementation of interventions and strategies that increase their positive impact.

* En la redacció d'aquest text s'ha utilitzat majoritàriament el genèric masculí per fer més àgil la lectura. Així, cada vegada que s'esmenta la forma masculina queda considerada també la femenina, tot i que, quan es parla específicament dels centres que acullen a noies s'han diferenciat els sexes.

1. INTRODUCCIÓ

Entre els objectius de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) del Departament de Treball, Afers socials i Famílies existeix la voluntat de promoure i facilitar investigacions científiques en l'àmbit de la infància i l'adolescència que permetin millorar el coneixement de la població que s'atén, i oferir eines als responsables per facilitar la presa de decisions així com millorar la intervenció diària dels professionals d'infància i adolescència.

En aquesta línia, el Sr. Joan Mayoral i Simón, subdirector general de la DGAIA, va expressar la petició de realitzar una investigació sobre els Centres residencials d'educació

intensiva (CREI) de Catalunya, ja que no existien dades amb rigor científic sobre aquesta tipologia de centres especialitzats.

Per aquest motiu, i en desenvolupament del que disposa l'article 19 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, la DGAIA va signar un conveni de col·laboració amb el grup de recerca en Infància i Adolescència en Risc Social (IARS) de la Universitat Autònoma de Barcelona per a la realització del present estudi (aquest conveni es pot consultar a l'annex).

Amb aquest punt de partida i amb l'encarrec d'endinsar-nos en els CREI, ens preguntàvem quins eren els aspectes més interessants a investigar tenint en compte que aquests centres eren uns grans desconeguts per a la comunitat científica. Així, després d'un període de contextualització de tot l'equip investigador ens van sorgir les següents preguntes: Què són els CREI que hi ha a Catalunya? Com funcionen? Com està plantejada la intervenció que s'hi fa? Quin perfil de joves s'até als CREI? Quins elements contribueixen a que els joves facin una evolució positiva durant la seva estada?

Partint d'aquestes interpellacions ens proposem, en aquesta Tesi, explorar com funcionen els CREI, quin és el perfil de joves que s'hi acullen i quines intervencions s'hi fan, i analitzar quins factors estan associats a l'evolució positiva que fan els joves als centres. Conèixer aquests factors pot aportar informació rellevant que faciliti als professionals vinculats als CREI reflexionar sobre les seves intervencions i analitzar quines estratègies poden incrementar el seu impacte.

Per aconseguir-ho, la recerca s'ha desenvolupat en tres fases:

1. Descripció dels CREI: Característiques, funcionament i intervenció que s'hi realitza.

2. Anàlisi del perfil de població que els CREI van acollir i que van ser desinternats durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi.
3. Anàlisi de l'evolució dels joves que van residir durant un any o més als CREI i els factors que hi van influir.

Cal destacar que hem posat especial cura en l'elecció del títol i en l'enfocament general de la tesi. Hem volgut evitar tota possible connotació negativa, judici de valor o estigmatització d'un recurs i un col·lectiu, la infància en risc, que ja de per si, té unes circumstàncies molt delicades.

Hem organitzat aquesta memòria de la tesi de la següent manera:

El primer capítol que segueix a aquesta introducció, recull l'emmarcament teòric que ofereix la contextualització de l'objecte d'estudi. Es parla sobre els problemes de conducta a l'adolescència, sobre la particular situació dels adolescents tutelats, s'explica com funciona el Sistema català de protecció, i quins recursos i programes d'intervenció existeixen pels joves amb problemes greus de conducta.

En el capítol que segueix s'explicita quin és el disseny que s'ha utilitzat en aquesta recerca i s'explica com s'ha dut a terme.

En el quart capítol s'hi recullen els resultats que s'organitzen en tres blocs en coherència amb les tres fases de l'estudi.

En el cinquè capítol expliquem les principals dificultats i limitacions amb les que ens hem trobat a l'hora de treballar al llarg de l'estudi.

El sisè capítol conté la discussió de resultats. Aquí les dades obtingudes es relacionen amb la literatura científica que exposàvem en el marc teòric.

Fruit de la discussió de resultat van sorgir unes conclusions que queden recollides en el setè capítol. Aquestes conclusions van acompanyades d'un seguit de propostes de millora que estan en consonància amb les troballes. Aquestes propostes tenen la voluntat de ser útils als tècnics i professionals a l'hora de prendre decisions relatives al funcionament dels CREI.

En el vuitè capítol presentem les futures línies d'investigació que creiem podrien seguir a la nostra recerca.

Finalment, adjuntem un apartat d'annexos on es poden consultar documents com els instruments de recollida de dades utilitzats, l'informe positiu del Comitè ètic de la UAB, o el Conveni de col.laboració entre la DGAIA i la UAB.

2. MARC TEÒRIC

2.1. Els problemes de conducta en l'adolescència

En aquest primer capítol coneixerem els trets característics de la població que configura la mostra del present estudi, els adolescents. En aquesta etapa de la vida les persones experimentem una sèrie de canvis a nivell físic, neurobiològic i social que suposen un increment de l'autonomia i el descobriment d'experiències que, moltes vegades, porten a tenir més possibilitats d'incórrer en conductes de risc. A més, aquests canvis interns normalment provoquen importants dificultats per a contenir la reactivitat emocional i això pot portar a problemes conductuals. No obstant, així com els factors de risc tenen una influència destacada en aquesta etapa també existeixen els factors protectors, que són aquells aspectes que redueixen la probabilitat de que succeeixi un comportament problemàtic.

Amb tot aquest rerefons de canvis interns i externs que l'adolescent ha d'enfrontar, es poden donar certs desordres emocionals que poden acabar esdevenint trastorns. Els desordres més comuns, i a la vegada els més greus que s'identifiquen, són els que s'agrupen sota el títol de "Trastorns destructius, del control d'impulsos i de la conducta" del manual estadístic i diagnòstic DSM-V de la American Psychological Association. Aquests trastorns del comportament es caracteritzen per presentar conductes antisocials persistents i repetitives que violen els drets dels altres i els estàndards i normes socials apropiats a la edat.

Conèixer aquestes particularitats de l'etapa adolescent és, doncs, de gran importància per tal de situar la població objecte d'aquest estudi.

2.1.1. L'adolescència com a etapa de desenvolupament evolutiu

L'adolescència és una etapa de la vida que uneix la infància amb l'adultesa i que està marcada per canvis físics, psicològics, socials i sexuals dràstics. Aquesta etapa és variable i té una duració diferent en cada persona però l'*Organització Mundial de la Salut* (2011) la defineix com:

El període de creixement i desenvolupament humà que es produeix després de la infància i abans de l'edat adulta, entre els 10 i els 19 anys d'edat. És una de les etapes més importants en la vida de l'ésser humà, que es caracteritza per un ritme accelerat de creixement i de canvis condicionada per diversos processos biològics. (OMS, 2011)

Aquesta etapa vital es caracteritza per una sèrie de canvis universals que es produeixen amb independència de les influències socials, culturals i ètniques. Pérez i Santiago (2002) els sintetitzen en els següents punts:

1. Creixement corporal donat per un augment de pes, estatura i canvis de la forma i dimensions corporals.
2. Augment de la massa muscular i de la força, més marcat en l'home, acompanyat d'un augment de la capacitat de transportació d'oxigen, increment i maduració dels pulmons i el cor, tenint un major rendiment i una recuperació més ràpida en l'exercici físic.
3. Increment de la velocitat de creixement, canvis en la forma i dimensions corporals, processos endocrino-metabòlics i corresponent maduració. Tot i que no sempre succeeixen de manera harmònica, per la qual cosa és comú presentar malaptesa motora, descoordinació, fatiga i trastorns de la son que poden generar trastorns emocionals i conductuals de manera transitòria.

4. Desenvolupament sexual caracteritzat per la maduració dels òrgans sexuals, l'aparició dels caràcters sexuals secundaris i l'inici de la capacitat reproductiva.
5. Aspectes psicosocials integrats en una sèrie de característiques i comportaments que en major o menor grau estan presents al llarg de tota l'etapa. Són:
 - Recerca d'un mateix i de la pròpia identitat, necessitat d'independència.
 - Tendència grupal.
 - Evolució del pensament concret a l'abstracte. Les necessitats intel·lectuals i la capacitat d'utilitzar el coneixement arriben a la màxima eficiència.
 - Manifestacions i conductes sexuals amb desenvolupament de la identitat sexual.
 - Contradiccions en les manifestacions de la seva conducta i constants fluctuacions de l'estat anímic.
 - Relacions conflictives amb els pares que oscil·len entre la dependència i la necessitat de separació dels mateixos.
 - Actitud social reivindicativa: els joves es fan més analítics, comencen a pensar en termes simbòlics, formular hipòtesis, corregir falsos preceptes, considerar alternatives i arribar a conclusions pròpies. S'elabora una escala de valors en correspondència amb la seva imatge del món.
 - Elecció d'una ocupació i la necessitat de formació i capacitat per al seu exercici.

- Necessitat de formulació i resposta d'un projecte de vida.

L'adolescència és doncs un període de preparació per a l'edat adulta durant la qual es produeixen diverses experiències de desenvolupament de gran importància. Així l'adolescent ha d'enfrontar-se a canvis físics, cognitius i socials on, com mostren els estudis, la sensibilitat vers la interacció amb el grup d'iguals, les relacions properes i la desitjabilitat social són alguns dels components més importants a tenir en compte en el desenvolupament de la personalitat (Barra, 2004; Berger, 2007; Krauskopf, 2011). L'adolescència és també aquella etapa en que s'assoleixen i es consoliden estils de vida, es reforcen alguns comportaments adquirits en la infància i s'adquireixen noves pautes de comportament d'acord amb els diferents entorns d'influència, com són la família, els amics, l'escola, els mitjans de comunicació, les institucions i la societat en general (Estévez, Jiménez i Moreno, 2011; Rodrigo et al., 2004).

Aquests canvis provoquen que generalment comenci a aflorar tensió entre l'adolescent i els seus pares, tutors o educadors, ja que s'ha de redefinir la seva relació i responsabilitats per permetre el correcte creixement del menor. Bravo i del Valle (2009) expliquen en una de les seves investigacions que el rol que ha de desenvolupar l'adult és el "d'acompanyar" a l'adolescent en aquest procés, convertint-se en el seu mentor, el seu tutor i la seva font de suport, oferint propostes, recursos i, en algunes ocasions, provocant reaccions i tensions que reconduïxin el procés de maduració del jove. En aquest moment de canvis, s'ha de modificar el funcionament dels rols i assumir noves formes de funcionament. La crisi, marcada per pautes i normes de convivència precedents, ha de ser aprofitada per enfortir les relacions (Infante, 2001).

Són, doncs, uns anys de novetats, canvis i transformacions físiques i cognitives que els portaran a construir la pròpia identitat i a convertir-se en adults. En aquest procés apareixeran situacions confuses i conflictives amb si mateixos i amb els demés arribant a assumir riscos. El desenvolupament afectiu i emocional i les relacions que s'estableixin amb el seu grup d'iguals, que estan experimentant els mateixos canvis, seran trets fonamentals a l'hora d'explicar l'assumpció de determinades conductes i comportaments. Tal i com diu la OMS (2011), encara que l'adolescència és sinònim de creixement i gran potencial, "constitueix també una etapa de riscos considerables, durant la qual el context social pot tenir una influència determinant".

En el cas dels centres, aquesta etapa evolutiva requereix que es desenvolupin programes que garanteixin informació i acompanyament, a més de potenciar els factors protectors, per reduir les conductes de risc. Ja que l'adolescència no és només una etapa de vulnerabilitat sinó també d'oportunitat: és el temps en que és possible contribuir al desenvolupament del jove, ajudar-lo a enfrontar els riscos i les vulnerabilitats, així com preparar-lo per a que sigui capaç de desenvolupar les seves potencialitats (Borrás Santiesteban, 2014).

2.1.1.1. Per què s'assumeixen més riscos durant l'adolescència?

Conjuntament amb tots els canvis que comporta, l'adolescència és considerada també com una etapa en que poden aparèixer conductes de risc. Això podria explicar-se pel fet que, segons els estudis existents, el cervell de l'adolescent té certes peculiaritats que el fan molt diferent del cervell dels infants i del cervell dels adults. La principal diferència rau en que en aquesta etapa existeix una major activitat a l'amígdala, fet que provoca

majors nivells de reactivitat emocional, dificulta els processos cognitius i, consegüentment, fa augmentar la probabilitat de tenir comportaments de risc (Hare et al., 2008; Pfeifer, Masten i Moore, 2011; Steinberg, 2010).

A més, Steinberg (2004) va trobar en un dels seus estudis que els adolescents mostren una major propensió a assumir riscos perquè existeixen diferències amb l'edat adulta en quant als factors socials, emocionals i d'autoregulació. Al mateix temps va desestimar la hipòtesis de que aquestes conductes més arriscades es produïen, com es podria pensar, per la diferència en la percepció i valoració del risc que l'edat comporta.

En el mateix estudi, Steinberg (2004) explicava que els adolescents assumeixen més riscos a causa d'una disjunció entre dos factors que al no desenvolupar-se al mateix temps faciliten el fet d'adoptar conductes arriscades. Per una banda, es troba el desig per "la novetat" i "la recerca de sensacions", que ambdues augmenten dràsticament en la pubertat, i per l'altra hi ha el desenvolupament de la competència d'autoregulació, que pel contrari, no madura completament fins a la primera adultesa i, per tant, durant l'adolescència no està preparada per equilibrar el primer factor.

Seguint en la mateixa línia, un altre factor a tenir en compte és la presa de decisions dels adolescents respecte a comportaments que poden comportar risc per a la salut. La literatura existent explica que aquesta presa de decisions està influïda en els adolescents per tres aspectes. En primer lloc, per la percepció subjectiva dels beneficis implicats en l'acció plantejada, com per exemple, la valoració social o la fama que pot reportar adoptar el comportament arriscat (Goldberg et al., 2002; Halpern-Felsher, Biehl, Kropp i Rubinstein, 2004; Meier, Slutke, Arndt i Cadoret, 2007; Song, Morrell, et al., 2009). En segon lloc, aquesta presa de decisions també està influïda per la percepció dels

riscos que té l'adolescent en qüestió; i per últim, pels sentiments i sensacions que pot provocar la conducta mencionada, que es consulten com a font d'informació per fer un judici de valor sobre un objectiu determinat (Slovic, Peters, Finucane, i MacGregor, 2005). Aquests sentiments/sensacions que aporten informació són bàsicament: l'emoció d'estar amb els amics, l'emoció de creuar els límits parentals o jurídics, i la por/emoció de ser descoberts (Albert i Steinberg, 2011).

Està clar, doncs, que la tendència a assumir riscos en l'adolescència té unes causes molt particulars i molt condicionades pels canvis biològics que aquesta etapa comporta.

2.1.1.2. El concepte de conducta de risc

Entrar a l'etapa adolescent suposa un increment d'autonomia i un descobriment d'experiències noves, que no sempre són positives, i diversos factors hi predisposen. Segons Lerner (1998) els diversos comportaments de risc que s'associen a l'adolescència poden ser classificats en 4 grups:

1. Abús d'alcohol i drogues: El consum de drogues s'associa a una ampla gama de variables individuals i contextuais de risc com, per exemple, problemes d'adaptació a l'escola, una pobre relació amb els pares i el consum de tòxics per part dels pares o del grup d'iguals entre d'altres.
2. Relacions sexuals no protegides: S'associa a variables com actituds de refús a normes socials convencionals, actituds poc clares vers la maternitat adolescent i estrès emocional, l'oposicionisme o els trastorns de conducta.

3. Baix rendiment, fracàs o abandonament escolar: Es veu influït per la pobresa, el baix suport social per a l'aprenentatge, dificultats cognitives, falta de motivació, estils parentals inadequats i una estructura poc atractiva de les classes.
4. Delinqüència, crim i violència: Existeix un gran nombre de variables de risc que poden influir en el desenvolupament del comportament delictiu com són els factors socials, familiars, les influències dels pares i certes característiques cognitives.

2.1.1.3. Factors de risc associats a l'adolescència

Paral·lelament a la tendència inherent que tenen els adolescents a incórrer en conductes de risc de forma més freqüent del que succeeix en altres edats, hi ha tota una sèrie de factors, anomenats factors de risc, vinculats amb els propis adolescents i el seu entorn, que està demostrat que poden afavorir aquesta tendència.

En termes més específics, quan es parla de factors de risc es fa referència a qualsevol tret, característica o exposició d'un individu, així com la presència de situacions contextuais o personals que, a l'estar presents, incrementen la probabilitat de desenvolupar problemes emocionals, conductuals o de salut (WHO, 2017). Aquests problemes promouen l'aparició de desajustaments adaptatius que dificulten l'assoliment del desenvolupament esperat en el jove pel que fa a la seva transició de nen a adult responsable i capaç de contribuir i participar activament a la societat (Hein, Blanco i Mertz, 2004).

Trudel i Puentes Neuman (2000) estableixen una classificació dels factors de risc agrupant-los en sis àmbits de procedència des del nivell individual fins el nivell sociocultural. Són els següents:

1. Factors individuals: Baix coeficient intel·lectual, pobre capacitat de resolució de conflictes, actituds i conductes de risc (ús i abús d'alcohol, drogues i vandalisme), hiperactivitat, temperament difícil en la infància.
2. Factors familiars: Baixa cohesió familiar, pares amb algun tipus de malaltia mental, estils parentals coercitius, ambivalents o permissius.
3. Factors associats al grup d'iguals: Pertinença a un grup d'iguals involucrats en activitats de risc (per exemple: comportaments delictius, consum de drogues).
4. Factors escolars: Baix suport del mestre/professor, alienació escolar, violència escolar.
5. Factors socials o comunitaris: Baix suport comunitari, estigmatització i exclusió d'activitats comunitàries.
6. Factors socioeconòmics i culturals: Viure en condició de pobresa.

Així doncs, sembla que després d'observar aquests factors de risc podem deduir que és decisiu el vincle i l'estil de relació que l'adolescent va establir amb els seus pares, com

a primer model de socialització, ja que determinarà la manera com es relaciona amb el seu grup d'iguals i el seu entorn i, en conseqüència, explicarà el grau d'implicació i adopció de conductes arriscades.

De fet, disposar de persones de confiança a qui poder parlar de les emocions, problemes o dificultats, escoltar la seva opinió, o tenir la sensació de ser escoltats i acceptats com a persones, ha demostrat tenir un fort impacte en l'autoestima i en la capacitat de la persona per encarar adequadament situacions difícils i estressants (Cava, 1995; Herrero, 1994; Lin i Ensel, 1989; Musitu et al., 2001). En el cas de l'adolescència, la literatura mostra que aquells joves que perceben un major suport dels seus pares utilitzen estratègies d'afrontament més efectives, tenen una autoestima més favorable i compten amb majors competències socials (Barrera i Li, 1996; Musitu et al, 2001). Aquesta major percepció de suport patern es relaciona també amb un menor ànim depressiu i menor consum de substàncies tòxiques a l'adolescència (Musitu i Cava, 2003).

Seguint en la mateixa línia, en un estudi de Sánchez-Queija i Oliva (2003) es va trobar que aquells joves que recordaven relacions amb els seus pares basades en l'afecte, la comunicació i l'estimulació de l'autonomia eren els que millors relacions afectives desenvolupaven amb els amics durant l'adolescència. També es va trobar que era suficient amb que existís un vincle segur amb un dels dos progenitors per a que existeixi una relació positiva amb els iguals.

Aquestes estratègies de socialització apreses a la família són de vital importància ja que seran similars a les que després s'utilitzaran a l'escola i definiran la relació amb el grup d'iguals. De fet, com ja hem vist, un grup d'iguals involucrats en conductes de risc està considerat un factor de risc. Més concretament, en un gran nombre d'estudis (entre ells: Gómez i Muñoz, 2000; Hawkins, Catalano i Miller, 1992; López, Martín i Martín,

1998; Muñoz Rivas i Graña López, 2001; Newman, Lohman i Newman, 2007; Peñafiel Pedrosa, 2009) apareixen repetits factors de risc que es poden vincular amb el grup d'iguals en l'inici i manteniment de conductes arriscades i que són:

- Associació amb iguals que consumeixen o valoren les substàncies perilloses
- Associació amb iguals que refusen les activitats laborals i altres característiques de la seva edat
- Susceptibilitat a la pressió/influència negativa dels iguals
- Conducta antisocial delinqüent o primerenca

No obstant, els factors de risc no afecten a tothom de la mateixa manera ni amb la mateixa intensitat. Hein, Blanco i Metz (2004) van trobar que aquests factors de risc poden influir en el desenvolupament de conductes problemàtiques a dos nivells. Depenent de si actuen de forma pròxima o distant en el temps pot variar la intensitat de la seva influència. Així, segons la persona, hi ha factors de risc que exerceixen la seva influència en un termini pròxim en el temps i tenen una incidència directa sobre el desenvolupament de problemes conductuals. En canvi, hi ha altres factors de risc que actuen de forma llunyana en el temps, i tot i que podria semblar que no han provocat problemes conductuals, amb el pas del temps poden iniciar mecanismes que exposen a les persones a altre factors de risc d'acció directa.

De totes formes, Garaigordobil (2004) defensa que no existeix un únic conjunt aïllat de factors responsables del desenvolupament infantil i adolescent inadequat i que l'etiologia d'aquests problemes no respon tant a mecanismes causals sinó a aspectes més probabilístics. A més, Hein, Blanco i Mertz (2004) van constatar en la seva investigació

que els factors coexisteixen, interactuen i són mediats per una gran varietat d'altres variables que intervenen en la cadena causal del desenvolupament dels comportaments problemàtics.

Amb tot aquest rerefons Steinberg (2004) considera que és improbable que la tendència a assumir riscos en l'adolescència pugui ser solucionada a través d'intervencions educatives dissenyades per canviar la percepció, avaluació i/o comprensió del risc en els adolescents. A més, certs estudis en criminologia han trobat que existeix una corba edat-crim que mostra que la implicació en conductes de risc i delictives dels individus disminueix progressivament i de forma natural durant l'adolescència tardana (més de 17 anys) i el principi de l'edat adulta (Blumstein, Cohen, Roth, i Visher, 1986; Mulvey et al., 2004; Piquero, Farrington, i Blumstein, 2003).

Així doncs, per a realitzar intervencions efectives, aquestes haurien de partir de la premissa que els adolescents són inherentment més propensos que els adults a prendre riscos i que aquesta tendència anirà disminuint naturalment durant el procés maduratiu del jove, i per tant, aquestes intervencions haurien de concentrar-se en reduir el dany que es pugui derivar i/o associar amb les conductes de risc.

2.1.1.4. Factors protectors associats a l'adolescència

Contràriament als factors de risc, els factors protectors són aquells atributs individuals, condició situacional, ambient o context que redueixen la probabilitat de que succeeixi un comportament desviat (Clayton, 1992). Aquests factors protectors donen suport o afavoreixen el ple desenvolupament de l'individu i estan orientats cap a estímuls de vida saludable servint, a la vegada, com a moderadors dels factors de risc.

En aquest sentit, la literatura existent mostra que és bàsic que des de l'entorn del jove es fomentin les conductes protectores i la resiliència. Les conductes protectores són aquelles conductes que promouen una autoestima positiva, seguretat, sentit d'autoeficàcia, compliment i reconeixement de responsabilitats, oportunitats de desenvolupar destreses socials, cognitives i emocionals per enfrontar problemes, prendre decisions i preveure conseqüències (Krauskopf, 1995; Valdés Correa et al., 1995). La resiliència, concepte que Rutter va encunyar el 1992, es refereix a la capacitat de l'ésser humà de recuperar-se de l'adversitat i, a més a més, de transformar factors adversos en un element d'estímul i desenvolupament.

Partint d'aquesta base, els factors protectors que es consideren més rellevants, segons la revisió feta per Pedreira (2004), són:

- Característiques individuals: una alta autoestima, un CI elevat i una bona capacitat per solucionar problemes.
- Un suport familiar adequat: una supervisió coherent i mantinguda en el temps.
- Un suport funcional i enriquidor pel nen o adolescent que afavoreixi les relacions socials i la pràctica d'activitats saludables d'oci i temps lliure.
- Bona accessibilitat als serveis assistencials específics, la qual cosa permetria un diagnòstic i tractament primerenc i una continuïtat en la intervenció.

Concretant en aquests factors protectors, i com ja hem deixat entreveure anteriorment un adequat funcionament del sistema familiar és fonamental en aquesta protecció (Santander et al., 2008), ja que els adolescents que perceben més suport per part dels seus pares compten amb majors competències socials per fer front a les pressions de l'entorn (Barrera i Li, 1996). La família pot actuar donant suport al creixement de l'adolescent, confirmant el seu procés d'individualització, adaptant-se positivament als nous rols que

van sorgint, empatitzant amb el jove, guiant, aconsellant, col·laborant i supervisant. La família també pot ajudar a disminuir l'exposició al risc donant suport al desenvolupament i vinculació amb nous interessos, reconeixent els talents del jove i fomentant la participació social (Krauskopf, 1995).

Ampliant el cercle, també tenen una importància fonamental els factors protectors externs. En general, la xarxa de suport a l'entorn constitueix un dels principals recursos amb els que compta la persona per enfrontar canvis i situacions noves com els que comporta l'adolescència (Gracia, Herrero i Musitu, 2002). Més concretament, els factors més destacats són: d'una banda, estar vinculat a una pràctica esportiva regular, que redueix el risc d'adoptar conductes arriscades (González Hernández i Berger Vila, 2002; Páramo, 2011); i de l'altra la permanència escolar, que en un estudi de Hein, Blanco i Mertz (2004) es va trobar que és el factor extern que més influeix en el desenvolupament integral de la persona i en les seves possibilitats futures d'inserció social.

2.1.2. Problemes emocionals i trastorns de conducta

Els condicionants específics que l'adolescència comporta, i que hem anat veient al llarg d'aquest capítol, provoquen normalment importants dificultats en els joves per a contenir la reactivitat emocional i pot conduir a importants problemes conductuals.

Des del punt de vista de la psicopatologia del desenvolupament adolescent, en els últims anys s'ha consolidat la tendència d'agrupar els problemes emocionals i conductuals a partir de models d'avaluació estandarditzada (Alarcon Parco, Jó i Patricia,

2015). Dins d'aquesta perspectiva, Achenbach (1991) va distribuir els problemes de l'adolescència en dos grans grups:

- Les conductes internalitzants: Que es refereixen a aquelles manifestacions de comportaments ansiosos, depressius i problemes psicossomàtics.
- Les conductes externalitzants: Que inclouen problemes relacionats amb l'agressivitat, la manca d'atenció, la desobediència i les conductes delictives.

En aquest sentit, els estudis mostren que durant el transcurs de l'adolescència solen augmentar els problemes d'ajust extern en ambdós sexes. És a dir, la problemàtica externalitzant s'incrementa tant en nois com en noies a l'inici d'aquesta etapa evolutiva (Sandoval, Lemos i Vallejo, 2006), i això fa que s'impliquin amb més probabilitat en comportaments temeraris, il·legals i antisocials. No obstant, és en el cas dels nois on es produeix un increment de comportaments antisocials més pronunciat (Sandoval et al., 2006) i hi ha diferències notòries en els tipus de comportaments antisocials més habituals d'uns i altres. Així, els nois tendeixen a presentar més agressivitat verbal o física directa, mentre que les noies presenten un tipus de problemes de conducta antisocial més encobert i subtil que solen fer-les passar més desapercebudes (Ortega i del Rey, 2003).

Seguint la mateixa línia, la literatura assenyala que existeixen diferències entre homes i dones en la prevalença de diferents trastorns conductuals en la infància i l'adolescència (Rutter, Caspi i Moffitt, 2003; Sancerni, 2012; Zahn-Waxler, Shirlcliff i Marceau, 2008). Així es va trobar que els homes tenen entre 2 i 4 vegades més de probabilitat de presentar problemes externalitzants (Andrade, Betancourt i Vallejo, 2010; Odgers et al., 2008; Zahn-Waxler, Crick, Shirlcliff i Woods, 2006), mentre que les dones demostren majors problemes emocionals, és a dir, problemes internalitzants (Rutter et al., 2003; Zahn-

Waxler, Crick, Shirlcliff i Woods, 2006). Més concretament, en un estudi de Parco, Jó i Patricia (2015) les dones van puntuar més alt en ansietat, depressió, queixes somàtiques, problemes d'atenció i conductes internalitzants, mentre que els noi van puntuar més alt en transgressió de normes i conductes externalitzants.

2.1.2.1. Els trastorns destructius, del control d'impulsos i de la conducta

Amb tot aquest rerefons de canvis interns i externs que l'adolescent ha d'enfrontar, és en aquesta etapa on es poden donar certs desordres emocionals que dificulten el desenvolupament del jove. Els desordres més greus que es poden donar, i a la vegada dels més comuns són els anomenats “Trastorns destructius, del control d'impulsos i de la conducta” categoritzats en el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-V) de la *American Psychological Association*. De fet, en un estudi realitzat per Aláez Fernández, Martínez Arias i Rodríguez Sutil (2000) a la Comunitat de Madrid, es va trobar que d'entre aquells infants i adolescents els pares dels quals demanaven tractament psicològic en un *Centro Comunitario de Salud* els trastorns més prevalents eren els trastorns de conducta -que era com s'anomenaven els Trastorns destructius, de control d'impulsos i de la conducta en la versió del DSM que prevalia en aquell moment- (23.0%), seguits dels trastorns depressius (14.6%), els trastorns d'ansietat (13.3%), trastorns del desenvolupament (12.7%) i els trastorns d'eliminació (9.7%).

El conjunt de trastorns englobats en la categoria de “Trastorns destructius, del control d'impulsos i de la conducta” són trastorns del comportament que es caracteritzen per comportaments antisocials persistents i repetitius que violen els drets dels altres i els estàndards i normes socials apropiats a la edat. Els comportaments antisocials poden

incloure irresponsabilitat (com per exemple absentisme escolar), comportaments delinqüents, violar els drets dels altres (com ara fer robatoris), i/o agressió física contra persones i animals i altres (com assalt i violació). Aquests comportaments generalment succeeixen junts, tot i que un o diversos poden donar-se sense altres.

De totes formes, la definició de les conductes pertorbadores dependrà, per un costat, de l'edat del nen i, per l'altra, de la valoració que en facin els pares o altres adults significatius. S'ha de tenir en compte que algunes conductes problemàtiques són característiques d'una etapa concreta del desenvolupament normal del nen i tendeixen a desaparèixer en moments evolutius més avançats. Les conductes antisocials que sorgeixen de forma aïllada no tenen significació clínica ni social en la majoria dels casos. No obstant, si aquestes conductes es presenten de manera extrema i no remeten amb el temps poden tenir repercussions en el desenvolupament del jove.

La classificació de trastorns internacional més comú, realitzada per la *American Psychological Association*, que s'anomena Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM) i que al 2013 va publicar la seva última actualització (DSM-5), ubica dins de la categoria "Trastorns destructius, del control dels impulsos i de la conducta" els següents trastorns:

- Trastorn negativista desafiant
- Trastorn explosiu intermitent
- Trastorn de la conducta
- Trastorn de la personalitat antisocial
- Piromania
- Cleptomania
- Altre trastorn destructiu, del control dels impulsos i de la conducta especificat

- Trastorn destructiu, del control dels impulsos i de la conducta no especificat

A la classificació internacional de malalties de la Organització Mundial de la Salut (CIE-10), els problemes de conducta i oposicionisme s'inclouen en la categoria de trastorns de la conducta. En tots dos casos, el nucli del trastorn de conducta són les violacions repetitives i persistents de normes i drets dels demés.

Observant aquestes categories es dedueix que no tots els comportaments perturbadors són similars, ni tenen la mateixa intensitat. Les conductes englobades en aquestes categories són força dispars: agressió física o verbal, desobediència, absentisme escolar, consum de drogues o robatoris. En aquest sentit, les classificacions internacionals (DSM i CIE), tot i ser de tipus categorial, reflecteixen en certa mesura un contínuum en la gravetat dels comportaments. Així, dels vuit trastorns mencionats, els que major repercussió social tenen, degut a les seves característiques i conseqüències són el trastorn negativista desafiant, el trastorn explosiu intermitent i el trastorn de conducta. Per tal de conèixer aquests tres trastorns amb més profunditat veurem els criteris que el DSM-5 (APA, 2013) estableix per a cadascun d'ells:

❖ **El trastorn negativista desafiant**

CRITERIS DSM-5 PER AL DIAGNÒSTIC DEL TRASTORN NEGATIVISTA DESAFIANT (APA, 2013)

- A. Un patró d'enuig/irritabilitat, discussions/actitud desafiant o venjativa que dura al menys sis mesos, que es manifesta al menys amb quatre símptomes de qualsevol de les categories següents i que exhibeix durant la interacció al menys amb un individu que no sigui un germà.

Enuig/Irritabilitat

1. Sovint perd la calma.

2. Sovint està susceptible o es molesta amb facilitat.
3. Sovint està enfadat i ressentit.

Discussions/actitud desafiant

4. Discuteix sovint amb l'autoritat o amb els adults, en el cas dels nens i els adolescents.
5. Sovint desafia activament o refusa satisfer la petició per part de figures d'autoritat i normes.
6. Sovint molesta als demés deliberadament.
7. Sovint culpa als demés pels seus errors o el seu mal comportament.

Venjatiu

8. Ha sigut rancorós o venjatiu al menys dos vegades en els últims sis mesos.

- B. Aquest trastorn del comportament va associat a un malestar en l'individu o en altres persones del seu entorn social immediat (és a dir, família, grup d'amics, companys de treball) o té un impacte negatiu en les àrees social, educativa, professional o altres importants.
- C. Els comportaments no apareixen exclusivament en el transcurs d'un trastorn psicòtic, un trastorn per consum de substàncies, un trastorn depressiu o un bipolar. A més, no es compleixen els criteris d'un trastorn de desregulació perturbador de l'estat d'ànim.

Nota: S'ha de considerar la persistència i la freqüència d'aquests comportaments per a distingir els que es considerin dins dels límits normals, dels simptomàtics. En els nens de menys de cinc anys el comportament ha d'aparèixer gairebé tots els dies durant al menys un període de sis mesos, a menys que s'observi una altra cosa (Criteri A8). En els nens de cinc anys o més, el comportament ha d'aparèixer al menys una vegada per setmana durant al menys sis mesos, a menys que s'observi una altra cosa (Criteri A8). Si bé aquests criteris de freqüència es consideren el grau mínim orientatiu per a definir els símptomes, també s'han de tenir en compte altres factors, com per exemple, si la freqüència i la intensitat dels comportaments superen els límits

de la normalitat pel grau de desenvolupament de l'individu, el seu sexe i la seva cultura.

❖ El trastorn explosiu intermitent

CRITERIS DSM-5 PER AL DIAGNÒSTIC DEL TRASTORN EXPLOSIU INTERMITENT (APA, 2013)

- A. Arrencades recurrents en el comportament que reflecteixen una manca de control dels impulsos d'agressivitat, manifestada per una de les següents:
1. Agressió verbal (per exemple, enrabiades, diatribes, disputes verbals o baralles) o agressió física contra la propietat, els animals o altres individus, de mitjana dues vegades per setmana, durant un període de tres mesos. L'agressió física no provoca danys ni destrucció de la propietat, ni provoca lesions físiques als animals ni a altres individus.
 2. Tres arrencades en el comportament que provoquin danys o destrucció de la propietat o agressió física amb lesions a animals o altres individus, succeïdes en els últims dotze mesos.
- B. La magnitud de l'agressivitat expressada durant els arravataments recurrents és força desproporcionada respecte a la provocació o qualsevol factor estressant psicosocial desencadenant.
- C. Els rampells agressius recurrents no són premeditats (és a dir, són impulsius o provocats per la ira) ni persegueixen cap objectiu tangible (p.ex. diners, poder, intimidació).
- D. Els rampells agressius recurrents provoquen un marcat malestar en l'individu, alteren el seu rendiment laboral o les seves relacions interpersonals, tenen conseqüències econòmiques o legals.
- E. L'individu té una edat cronològica de sis anys com a mínim (o un grau de desenvolupament equivalent).

F. Els rampells agressius recurrents no s'expliquen millor per un altre trastorn mental (p. ex. Trastorn depressiu major, trastorn bipolar, trastorn de desregulació pertorbador de l'estat d'ànim, trastorn psicòtic, trastorn de la personalitat antisocial, trastorn de personalitat límit) , ni es poden atribuir a una altra afecció mèdica (p. ex., traumatisme cranioencefàlic, malaltia d'Alzheimer) ni als efectes fisiològics d'alguna substància (p. ex., drogoaddicció, medicació). En els nens d'edats compreses entre 6 i 18 anys, a un comportament agressiu que formi part d'un trastorn d'adaptació no li ha d'assignar aquest diagnòstic.

Nota: Aquest diagnòstic es pot establir a més del diagnòstic de trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat, trastorns de conducta, trastorn negativista desafiant o trastorn de l'espectre de l'autisme, quan els arravataments agressius impulsius recurrents superin als que habitualment s'observen en aquests trastorns i requereixin atenció clínica independent.

❖ El trastorn de la conducta

CRITERIS DSM-5 PER AL DIAGNÒSTIC DEL TRASTORN DE LA CONDUCTA (APA, 2013)

A. Un patró repetitiu i persistent de comportament en el qual no es respecten els drets bàsics d'altres, les normes o regles socials pròpies de l'edat, el que es manifesta per la presència en els dotze últims mesos d'almenys tres dels quinze criteris següents en qualsevol de les categories següents, i hi ha almenys un en els últims sis mesos:

Agressió a persones i animals (criteris 1-7), destrucció de la propietat (criteris 8 i 9), engany o robatori (criteris 10-12) i incompliment greu de normes (criteris 13-15):

1. Sovint assetja, amenaça o intimidada a uns altres.
2. Sovint inicia baralles.

3. Ha usat una arma que pot provocar seriosos danys a tercers (p. Ex., Un bastó, un maó, una ampolla trencada, un ganivet, una arma).
4. Ha exercit la crueltat física contra persones.
5. Ha exercit la crueltat física contra animals.
6. Ha robat enfrontant-se a una víctima (p. ex., Atracament, robatori d'un moneder, extorsió, atracament a mà armada).
7. Ha violat sexualment a algú.
8. Ha calat foc deliberadament amb la intenció de provocar danys greus.
9. Ha destruït deliberadament la propietat d'algú (però no per mitjà del foc).
10. Ha envaït la casa, edifici o automòbil d'algú.
11. Sovint menteix per obtenir objectes o favors, o per evitar obligacions (p. ex. "Enganya" a altres).
12. Ha robat objectes de valor no trivials sense enfrontar-se a la víctima (p. ex., Furt en una botiga sense violència ni invasió; falsificació).
13. Sovint surt a la nit tot i la prohibició dels seus pares, començant abans dels 13 anys.
14. Ha passat una nit fora de casa sense permís mentre vivia amb els seus pares o en una llar d'acollida, almenys dues vegades o un cop sí que va estar absent durant un temps prolongat.
15. Sovint falta a l'escola, començant abans dels 13 anys.

B. El trastorn del comportament provoca un malestar clínicament significatiu en les àrees social, acadèmica o laboral.

C. Si l'edat de l'individu és de 18 anys o més, no es compleixen els criteris de trastorn de la personalitat antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) **Tipus d'inici infantil:** Els individus mostren almenys un símptoma característic del trastorn de conducta abans de complir els 10 anys.

312.82 (F91.2) **Tipus d'inici adolescent:** Els individus no mostren cap símptoma característic del trastorn de conducta abans de complir els 10 anys.

312.89 (F91.9) **Tipus d'inici no especificat:** Es compleixen els criteris del trastorn de conducta, però no hi ha prou informació disponible per determinar si l'aparició del primer símptoma va ser anterior als 10 anys d'edat.

Especificar si:

Amb emocions prosocials limitades: Per poder assignar aquest especificador, l'individu ha d'haver presentat almenys dues de les següents característiques de forma persistent durant dotze mesos almenys, en diverses relacions i situacions. Aquestes característiques reflecteixen el patró típic de relacions interpersonals i emocionals de l'individu durant aquest període, no només episodis ocasionals en algunes situacions. Per tant, per avaluar els criteris d'un especificador concret, es necessiten diverses fonts d'informació. A més de la comunicació del propi individu, cal considerar el que diuen altres que ho hagin conegut durant períodes prolongats de temps (p. Ex., Pares, professors, companys de feina, familiars, amics).

Falta de remordiments o culpabilitat: No se sent malament ni culpable quan fa una cosa dolenta (no compten els remordiments que expressa només quan el sorprenen o davant un càstig). L'individu mostra una manca general de preocupació sobre les conseqüències negatives de les seves accions. Per exemple, l'individu no sent remordiments després de fer mal a algú ni es preocupa per les conseqüències de transgredir les regles.

Insensible, sense empatia: No té en compte ni li preocupen els sentiments dels altres. Aquest individu es descriu com fred i indiferent. La persona sembla més preocupada pels efectes dels seus actes sobre si mateix que sobre els altres, fins i tot quan provoquen danys apreciables a tercers.

Despreocupat pel seu rendiment: No mostra preocupació respecte a un rendiment deficitari o problemàtic a l'escola, a la feina o en altres activitats importants. L'individu no realitza l'esforç necessari per assolir un bon rendiment,

fins i tot quan les expectatives són clares, i sol culpar els altres del seu rendiment deficitari.

Afecte superficial o deficient: No expressa sentiments ni mostra emocions amb els altres, llevat d'una manera que sembla poc sentida, poc sincera o superficial (p. ex., Amb accions que contradiuen l'emoció expressada; pot "connectar" o "desconnectar" les emocions ràpidament) o quan recorre a expressions emocionals per obtenir beneficis (p. ex., expressa emocions per manipular o intimidar als altres).

Cal afegir que, com explica *El Defensor del Pueblo* (2009), existeix una controvèrsia científica significativa en relació al diagnòstic de trastorns de conducta. Alguns experts demanen que s'eliminin aquests trastorns de les classificacions de malaltia mental i que es considerin un problema social i educatiu, i destaquen la importància d'evitar la medicalització d'aquests problemes. Altres assenyalen la necessitat de detectar i tractar els problemes de salut mental sovint subjacents o "comòrbids", també presents en aquests menors, com són els trastorns del vincle, les alteracions afectives (depressions i ansietat) o els trastorns relacionats amb les addiccions.

2.1.2.2. Epidemiologia

Com ja hem anat veient, els trastorns relacionats amb els problemes de conducta són un dels diagnòstics més freqüents en les unitats de salut mental infanto-juvenils. Les investigacions mostren que la prevalença tant del trastorn de conducta com del trastorn negativista desafiant es troba entre un 2% i un 16% de la població (Díaz-Sibaja, 2005; López-Soler, Castro Alcántara, Fernández i López, 2009; Moreno i Revuelta, 2002).

Una altra dada a tenir en compte és que els estudis consultats reflecteixen que la freqüència en el diagnòstic d'aquest tipus de trastorns es duplica a l'adolescència. Així, mentre la prevalença del trastorn negativista desafiament o del trastorn de conducta és situa al voltant d'un 3% als 10 anys, passa a ser de 8-9% als 16 anys.

Pel que fa al sexe, i com ja hem vist al principi del capítol, la literatura mostra que aquest tipus de trastorns són més freqüents entre els nois que entre les noies, encara que, com també hem vist, aquesta diferència disminueix amb l'edat.

2.2. Els adolescents tutelats

En aquest segon capítol del marc teòric ubicarem quin és el perfil que tenen els adolescents i joves tutelats del nostre sistema de protecció. Veurem que hi ha més nois que noies amb mesura protectora i que el volum de casos atesos va augmentant a la vegada que augmenta la franja d'edat. Així, trobarem que el major nombre de casos que s'atenen es troba acotada entre els 15 i els 17 anys.

També explorarem en profunditat com influeix en els joves el fet d'estar en una situació que requereix una mesura de protecció en acolliment residencial. Aquesta circumstància sol comportar una sèrie de problemàtiques que dificulten el seu correcte desenvolupament com a persona i la seva posterior inserció social i laboral en el món adult. Veurem que entre aquests problemes destaquen els baixos nivells educatius, l'abandonament escolar prematur, el major consum de tabac, cannabis i altres substàncies, l'escassa formació laboral, els problemes socioeconòmics, d'inserció i inestabilitat laboral, l'ocupació de treballs de baixa qualificació, les pobres xarxes de suport social, la poca integració social, la maternitat adolescent i les conductes delictives.

No obstant, tot i aquesta gran quantitat de problemes associats que tenen els nois i noies tutelats també s'han estudiat altres factors amb efectes beneficiosos per aquests joves. Conèixer aquests aspectes és imprescindible per així potenciar-los i treballar per millorar la seva situació personal i prevenir que s'arribi a circumstàncies més greus.

Cal afegir que també veurem com cada vegada són més els països que estan apostant per allargar l'acolliment d'aquests nois i noies fins els 21 anys. Sovint els joves tutelats es troben que el mateix sistema que els ha protegit els desprotegeix per complet als 18 anys, quan encara no estan suficientment preparats ni són prou madurs per emancipar-se. Així, aquesta extensió de dos anys, dels 18 als 21, pot marcar la diferència en les seves trajectòries de vida i les investigacions ja han identificat múltiples beneficis.

2.2.1. Perfil dels infants i adolescents tutelats

Observant les dades del Sistema de protecció de Catalunya, que apareixen a *l'Informe Estadístic Mensual de la DGAIA*, a 30 de juny de 2017, hi havia un total de 6.955 d'infants i adolescents amb mesura protectora. Aquestes xifres suposen que 5 menors catalans de cada 1.000 estaven protegits per l'administració.

Tal com expliquen les dades publicades pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2015), els motius més freqüents que actualment impliquen la separació dels infants i adolescents de la seva família biològica són, per ordre, la negligència, l'abandó emocional, el maltractament psicològic, el maltractament físic i l'abús sexual.

Observant amb més detall les dades, *l'Informe estadístic mensual de la DGAIA* (DGAIA, 2017) explica que a juny de 2017 hi havia més nens que nenes (53,4% vs. 46,6%) tutelats per la Generalitat de Catalunya. També es diu que hi havia més casos de nacionalitat espanyola (75,7%) que de nacionalitat estrangera (24.3%); i que els infants acollits en família (56.6%) eren superiors als casos en acolliment residencial (43.4%). Pel que fa al nombre de casos atesos en funció de l'edat es pot veure que el major volum de casos es trobava entre els 15 i els 17 anys. En la Figura 1 mostra més detalladament aquesta distribució.

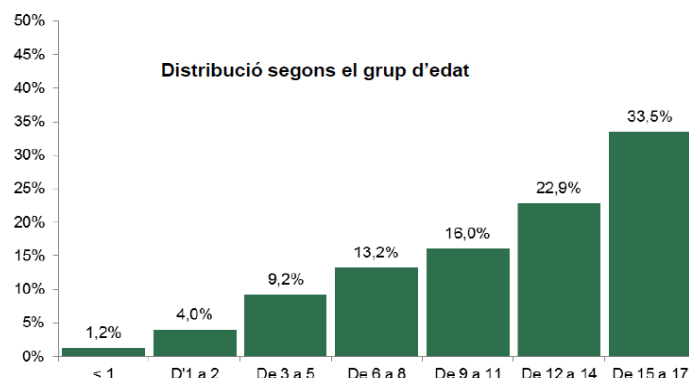


Figura 1. Distribució segons l'edat dels infants i adolescents amb mesura de protecció en dades de l'*Informe estadístic mensual* de la DGAIA a juny de 2017 (DGAIA, 2017; p.14)

Si comparem les dades del sistema català amb les del conjunt de l'Estat espanyol veiem que els trets més destacats d'un i altre sistema estan en consonància, com es pot veure en el *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (2017)*. En termes absoluts, també predominen les mesures d'acolliment familiar per sobre de les d'acolliment residencial entre aquells joves que estan tutelats per l'Administració a les diferents comunitats autònomes. I de la mateixa manera que passa a Catalunya, s'atén en acolliment residencial a més nens que nenes i el volum de casos al sistema va augmentant a la vegada que augmenta l'edat. Com es pot veure a la Taula 1, la franja de 15 a 17 anys és la que més casos conté.

Taula 1. Distribució segons l'edat i el sexe dels infants i adolescents amb mesura d'acolliment residencial en dades del 31 de desembre de 2015 aparegudes al *Boletín de*

datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017; p.27)

Menores en acogimiento residencial por grupos de edad y sexo a 31 de diciembre						
Grupo de edad	TOTAL		SEXO			
	Abs.	Tasa	Femenino		Masculino	
	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa
0 - 3	654	7,8	297	3,6	357	4,3
4 - 6	951	11,4	433	5,2	518	6,2
7 - 10	2.288	27,4	1.025	12,3	1.263	15,2
11 - 14	4.201	50,4	1.743	20,9	2.458	29,5
15 - 17	5.502	66,0	2.122	25,5	3.380	40,5
Total	13.596	163,1	5.620	67,4	7.976	95,7
Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años						

Com també podem veure a la Taula, pel que fa a la distribució per sexes, predominen els homes en tots els grups d'edat i especialment en el segment de 15 a 17 anys tal i com passa en el sistema català.

En consonància amb el que reflecteixen les dades estadístiques consultades, a l'Estat espanyol, ja fa uns quants anys que l'acolliment residencial es va especialitzant en l'adolescència tal i com ja van explicar del Valle i Fuertes en una investigació de l'any 2000. A més, aquest fet es va paulatinament reforçant amb la implantació de la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del Sistema de protecció a la infància i l'adolescència que, entre altres novetats, estableix la prohibició d'emplaçar nens menors de 6 anys en centres residencials.

A més, el propi sistema de protecció busca, cada vegada més, que s'adoptin prioritàriament mesures de tipus familiar per a tots els menors i especialment per als més petits. Aquest fet ha ocasionat que la població atesa a l'acolliment residencial sigui cada vegada de major edat. D'aquesta manera es fa palès que la pròpia evolució del sistema de

protecció ha fet que aquest es converteixi en un entorn d'intervenció dirigit fonamentalment a adolescents i nens que presenten característiques que dificulten la seva acollida en un entorn familiar (Dale et al., 2007).

En un altre estudi, Bravo i del Valle (2009) van analitzar els canvis més importants que hi ha hagut en els últims anys en el perfil de joves acollits en l'àmbit de l'acolliment residencial. Van trobar que una característica sobresurt per sobre de les demés: els menors atesos presenten cada vegada amb major freqüència problemes de conducta que dificulten greument la convivència als centres.

Sembla clar, doncs, que els trets representatius dels casos atesos en l'actual sistema de protecció és que s'acull, cada vegada més, a adolescents i joves del sexe masculí amb freqüents problemes de conducta en centres residencials i, a Catalunya, són els centres terapèutics i els CREI els recursos especialitzats dissenyats per a treballar amb els casos més extrems d'aquest tipus de població i casuística. Aquesta situació identificada presenta per a educadors, equips directius, legisladors i demés professionals implicats en el sistema de protecció uns reptes específics i complexos que han de dirigir la forma de planificar les intervencions i formes de treballar-hi.

2.2.2. Principals dificultats a les que s'enfronten els joves tutelats

A més de les circumstàncies i problemàtica que comporta l'etapa adolescent a tota la població en general, els joves tutelats presenten encara tota una sèrie de reptes afegits. I dins del conjunt de joves tutelats, són els que estan acollits en centres residencials els que tenen majors obstacles. Segons la literatura existent, sembla que això és degut a que sovint

acaben residint als centres residencials els joves que acumulen majors dificultats personals i socio-familiars i els que han vist interromput el seu acolliment familiar o adopció (López, Del Valle, Montserrat i Bravo, 2010). En conseqüència, les dades referides a la problemàtica que presenten els joves que estan en acolliment en família extensa o aliena tendeixen a ser relativament millors que les dels joves acollits en centres residencials (Montserrat, Casas i Bertrán, 2013).

Així, revisant la literatura existent, podem identificar tota una sèrie de problemàtiques que aquests joves acollits en centres residencials presenten sovint en diferents àmbits de la seva vida.

A nivell general trobem, com ja s'ha mencionat, que als centres hi ha més nois que noies, i que els temps d'estada dels nois és més llarga. Pel que fa a l'adaptació al recurs, les noies obtenen millors resultats, tant a les variables d'adaptació al recurs com a l'escola i a la configuració de xarxes de suport social. En canvi, quan es comparen les dades referides al procés de transició a la vida adulta els resultats són millors pels nois (Martín, 2015).

Aprofundint les circumstàncies d'aquests joves, les problemàtiques més freqüents s'identifiquen especialment en quatre àmbits vitals, que són: l'àmbit acadèmic, l'àmbit de la salut física, l'àmbit de la salut mental i l'àmbit de la inserció socio-laboral.

2.2.2.1. Àmbit acadèmic

Els estudis mostren que la població tutelada amb mesura d'acolliment residencial presenta baixos nivells educatius, més problemes de rendiment acadèmic, abandona

l'escola prematurament i obté menys graduats en ESO en comparació amb la població general, i per tant, arriben a l'edat adulta amb menys estudis. A més, com han d'emancipar-se molt abans i posar-se a treballar, en la majoria d'ocasions deixen d'estudiar (Montserrat Boada i Casas Aznar, 2010; Montserrat, Casas i Malo, 2013; Maclean i O'Donnell, 2017; Sala, Villalba, Jariot i Rodríguez, 2009; Sebba et al., 2015; Zima et al., 2000).

De forma més explícita, Montserrat, Casas i Bertrán van realitzar un estudi el 2013, on van analitzar la situació acadèmica de 265 joves amb mesura protectora a Catalunya i van identificar tota una sèrie de resultats força alarmants. Així, van trobar que només el 31.7% de joves de 15 anys estaven en el curs que els corresponia per edat (4t d'ESO) mentre que a la població general aquest percentatge se situava en el 69.4%. Un 10.6% estava escolaritzat en centres d'educació especial, mentre que només l'1.1% de la població general es troba en aquesta situació als 15 anys (en aquesta dada ja s'havien exclòs prèviament aquells joves que estaven en centres residencials per discapacitats, terapèutics o d'educació intensiva). Una altra dada a tenir en compte és que el 22.5% dels casos que cursaven l'ESO ho feien amb algun tipus de suport o règim especial (Unitat d'Escolarització Compartida, Adaptació Curricular, Pla Individualitzat, Aula Oberta, etc.).

Cal destacar que el 64.5% estava repetint algun curs mentre que la taxa de repetició general a Catalunya és del 9.1%. I només un 20.6% havia obtingut el graduat escolar, quan cada any ho fan aproximadament un 60% dels joves de Catalunya.

Un 30.9% de la mostra havia abandonat l'escolaritat obligatòria sense obtenir el graduat a l'edat de 15 anys. El 48.6% van ser orientats cap a PCPI, en canvi només un

4.4% de la població general segueix aquest itinerari, ja que són orientats a Batxillerat (62.2%) o Cicles Formatius de Grau Mitjà (33.4%).

Sembla també, que aquest mal pronòstic en el rendiment acadèmic encara pot ser empitjorat si es produeixen canvis de centre mentre dura la mesura protectora (Maclean i O'Donnell, 2017). I cal tenir en compte que, a més de les dificultats acadèmiques, s'ha de considerar que molts d'aquests joves presenten problemes de comportament a l'escola de forma més freqüent que els seus companys (Zima et al., 2000). De fet, en la recerca de Montserrat, Casas i Bertán (2013) abans mencionada, s'explica que un 29.4% dels joves tutelats havien estat involucrats en problemes greus a l'escola, que havien requerit mesures disciplinàries.

Segons Jariot Garcia, Sala Roca i Arnau Sabatés (2015), els factors que expliquen el baix rendiment acadèmic i el fracàs escolar són: l'alta mobilitat escolar conseqüència de la seva situació, la baixa autoestima acadèmica, l'escassa motivació, la necessitat de treballar per mantenir-se una vegada complerts els 18 anys, l'escàs o nul suport familiar, no disposar d'espais per a l'estudi i no rebre atenció per a realitzar les tasques escolars.

D'altra banda, la literatura científica també explica que quant abans comença la mesura protectora millor pronòstic en el rendiment acadèmic es demostra, així entrar aviat en el sistema de protecció pot reduir el risc d'uns resultats escolars pobres (Sutcliffe, Gardiner i Melhuish, 2017). A més, les dades també indiquen que quants més anys s'està en un mateix centre escolar menys problemes de comportament i d'assistència s'observen i més continuïtat en els estudis es troba (Montserrat, Casas i Bertán, 2013).

2.2.2.2. *Àmbit de la salut mental*

Pel que fa a l'àmbit de la salut mental, sembla que els menors acollits en el sistema de protecció -especialment aquells amb mesura de separació familiar- són considerats població de risc en la manifestació de problemes emocionals i conductuals (Farmer, Bustillo, Burns i Holden, 2008). Concretament, aquells joves acollits en centres residencials presenten més problemes de salut mental i majors dificultats de socialització que la població normativa (Bronsard et al., 2011; Bronsard et al., 2016; Delgado, Fornieles, Costas i Brun-Gasca, 2012; Farmer et al., 2001; Fisher, Gunnar, Dozier i Pears, 2006; Greiner i Beal, 2017; Keller, Salazar i Courtney, 2010; Kortenkamp i Ehrle, 2002; Turney i Wildeman, 2016). Dins d'aquesta població és el sector adolescent el que mostra una major presència de problemes -tant d'aïllament i psicossomàtics (internalitzats) com conductes delictives (externalitzants)- respecte a menors de més curta edat, amb la qual cosa s'observa que l'increment de l'edat comporta un augment d'aquest tipus de problemàtiques (Bravo i del Valle, 2009).

De fet, en un estudi recent de Bronsard et. al. (2016) en el que es va fer una meta-anàlisi de dades a nivell internacional sobre prevalença de trastorns mentals en els joves del sistema de protecció aparegudes en les bases dades més comuns (tals com PubMed, ERIC, FRANCIS, PsycARTICLES, PsichINFO i Science Direct) van identificar que gairebé 1 de cada 2 d'aquests adolescents reunia els criteris de diagnòstic de trastorn mental. El trastorns més comuns eren els que formaven part de la classificació de Trastorns destructius, del control d'impulsos i de la conducta (27%), que incloïen el Trastorn de conducta (20%) i el Trastorn negativista desafiant (12%). La prevalença de l'ansietat i els Trastorns depressius era del 18% i 11% respectivament i el Trastorn per estrès post-traumàtic era el que apareixia amb menys freqüència (4%).

A nivell espanyol, González-García, Bravo, Arruabarrena, Martín, Santos i Del Valle (2017) van trobar que el 61% dels menors en acolliment residencial a Espanya arribava al rang clínic en les escales del Child Behavior Checklist de Achenbach (1991); i un 49% rebien tractament de salut mental. En canvi, només un 20% de nens i adolescents de la població general presenta algun tipus de trastorn psicopatològic (Urra, 2017).

Més en profunditat, les investigacions sobre salut mental en adolescents en acolliment residencial a Espanya mostren una alta incidència de trastorns de tipus externalitzant (Sainero, del Valle i Bravo, 2015). Les conductes agressives, tot i no ser el principal problema que presenten els adolescents (els menors de 7 a 12 anys presenten més conductes agressives però de diferent naturalesa), són les que generen més malestar i sentiments d'inseguretat als centres, i per tant, és on es focalitzen els esforços educatius. Els problemes internalitzants (conductes de caràcter ansiós o sentiments d'infelicitat i depressió) apareixen amb similar intensitat però no provoquen la mateixa preocupació al no deteriorar la convivència (Bravo i del Valle, 2009).

Pel que fa a les diferències entre sexes, la literatura mostra que els nois tenen majors nivells d'agressivitat, i menys depressió i símptomes d'ansietat que les noies (Attar-Schwartz, 2008). En canvi, les noies presenten significativament més problemes internalitzants i menys problemes externalitzants que els nois (Bravo i del Valle, 2009; Rosenthal i Curiel, 2006).

Revisant els estudis científics també es detecten certs factors que fan que augmentin aquests problemes mencionats -agressivitat, problemes de conducta i problemes internalitzants- dels joves acollits en centres. Aquests factors són: passar un major temps en el centre (Bravo i del Valle, 2009; Delgado, Fornieles, Costas i Brun-Gasca, 2012; Vinnerljung, Sallnäs i Berlin, 2017); haver canviat freqüentment de centre mentre

s'estava sota la mesura de protecció (Aarons et al., 2010; Courtney i Barth, 1996; Jonson-Reid i Barth, 2000; Morrison i Shepherd, 2015; Newton, Litrownik i Landsverk, 2000; Rubin, O'Reilly, Luan i Localio, 2007; Sala, Jariot, Villalba i Rodríguez, 2009;); també pot fer augmentar els problemes conductuals i emocionals el clima del centre en el que es resideix (Attar-Schwartz, 2008; Choo et al., 2017; Sala, Jariot, Villalba i Rodríguez, 2009), totes les experiències traumàtiques viscudes abans de l'ingrés al centre i els problemes emocionals (Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Testal i Hesse, 2001; Slaughter, 2017; Vidal et al., 2017) i la falta de recolzament ja sigui social i/o familiar després dels 18 anys (Jones, 2014, Mitchell, Jones i Renema, 2015; Packard, Delgado, Fellmeth i McCready, 2008).

2.2.2.3. Àmbit de la salut física

Un altre dels àmbits vitals en el que els joves acollits en centres residencials solen presentar problemes és el de la salut física. En aquest sentit els estudis mostren que els joves en aquesta circumstància tenen un major consum de substàncies perjudicials per a la salut que els seus coetanis.

Revisant la literatura existent s'ha trobat que el consum de tabac, cànnabis i altres drogues dures entre els joves de 12 a 17 anys és més comú entre els joves que estan al sistema de protecció i que viuen en centres residencials que entre la població normativa. Sembla també que aquests joves proven per primera vegada el tabac i el cànnabis més aviat i en consumeixen més freqüentment que els nois de la mateixa edat. Els estudis no mostren diferències significatives pel que fa al consum d'alcohol (Ahmadi-Montecalvo, Owens, DePasquale i Abildso, 2016; Backović, Marinković, Grujčić-Šipetić i

Maksimović, 2009; Siegel, Benbenishty i Astor, 2016; Traube, James, Zhang i Landsverk, 2012).

En un estudi realitzat per Backović, Marinković, Grujičić-Šipetić i Maksimović (2009) es va preguntar a joves consumidors del sistema de protecció per què havien començat aquesta pràctica i es va trobar que els principals predictors eren la quantitat de companys que també consumien i el fet de sentir-se sols i amb baixa autoestima.

Més específicament, la literatura també explica que hi ha molts adolescents que comencen a consumir freqüentment tabac, cànnabis i altres substàncies estupefaents durant el seu primer any d'estada als centres (Monshouwer, Kepper, van den Eijnden, Koning i Vollebergh, 2015).

2.2.2.4. Sexualitat i parentalitat adolescent

Un altre aspecte a destacar és l'alta incidència d'embarassos adolescents entre les joves tutelades. Els joves en acolliment tenen més sovint relacions inconsistents amb els adults, experimenten menys estabilitat en l'emplaçament on viuen, han viscut més traumes, i tenen molt menys accés a les formacions preventives que altres joves que no estan tutelats. Aquestes barreres han demostrat situar als joves en acolliment en un major risc d'esdevenir pares a una curta edat, i a més, la manca de polítiques consistents i de línies mestres clares per als professionals de l'àmbit sembla que encara empitjoren aquest problema (Svoboda, Shaw, Barth i Bright, 2012).

Així, els estudis reflecteixen que les noies que estan o han estat en acolliment residencial tenen entre dues i tres vegades més possibilitats de quedar embarassades que

la població general de noies adolescents (Boonstra, 2011; Pecora et al., 2006). Aquests alts índex de d'alts índex de maternitat adolescent tutelada (James, Montgomery, Leslie i Zhang, 2009; Leslie et al., 2010), sembla que es disparen en un 300% entre els 17 i els 19 anys (Oshima, Narendorf i McMillen, 2013).

En la mateixa línia es troben inicis molt primerencs en les relacions sexuals, essent habitual haver-ne tingut abans de complir els 13 anys (James, Montgomery, Leslie i Zhang, 2009; Grunbaum et al., 2002). No obstant, si aquestes noies no han estat sexualment actives abans dels 17 anys el risc de maternitat es redueix (Oshima, Narendorf i McMillen, 2013).

D'altra banda, en un estudi de Dworsky i DeCoursey (2009) es va trobar que al menys el 30% de les noies acollides en centres residencials havia estat embarassada més d'una vegada, i en el 90% dels casos aquests embarassos havien acabat en naixements. A la vegada, l'estudi va reflectir que tenir més d'un fill era un important impediment per a que aquestes joves continuessin vinculades a l'àmbit educatiu. Així cada fill addicional reduïa les probabilitats d'aconseguir el graduat en secundària/diploma de formació en un 45%. A més, els fills d'aquestes joves es consideraven com a especialment vulnerables i el 22% de les mares adolescents van ser investigades per abús o negligència vers els fills. L'11% d'aquests fills ja havien estat internats en centres residencials.

A nivell de Catalunya, en un estudi realitzat per Sala, Jariot, Villalba i Rodríguez, (2009) es va trobar que un 30% de les noies tutelades s'haurien convertit en mares adolescents. En un estudi posterior de Zárata, Sala i Arnau (2013) es van buscar les causes d'aquesta tendència i es va veure que les joves tutelades comencen a tenir relacions sexuals abans que els altres joves de la seva edat i tenen més parelles sexuals, tot i que els educadors els donen accés total a informació i a mètodes anticonceptius.

Sembla que els factors subjacents a aquest fenomen són les carències emocionals, les experiències negatives viscudes a la infància, les creences sobre la maternitat, la percepció que la maternitat pot ser un nou inici que porti identitat, amor i esperança, i la poca projecció de vida a nivell professional (Aparicio, Pecukonis i O'Neale, 2015; Zárate, Sala i Arnau, 2013).

Observant els índex de paternitat adolescent dins del sistema de protecció veiem que no són comparables als de maternitat adolescent. Tot i així, els nois que surten del sistema de protecció abans dels 19 anys tenen un risc de més alt que els seus coetanis de convertir-se en pares (Oshima, Narendorf i McMillen, 2013). A Catalunya es va trobar que mentre un 30.4% de les noies tutelades hauria estat mare, només un 9.4% dels nois esdevindria pare adolescent (Sala, Jariot, Villalba i Rodríguez, 2009).

Cal destacar que Dworsky i Courtney (2010) van trobar que romandre en el sistema de protecció durant més temps sembla reduir el risc d'embaràs. Els autors expliquen aquest fet per què les noies tutelades tindrien menys "oportunitats" de quedar-se embarassades a l'estar sota la supervisió dels educadors/tutors. A més, aquestes noies rebrien més assessorament sobre comportaments de risc i més encoratjament per adoptar conductes positives.

2.2.2.5. Àmbit de la inserció socio-laboral

Pel que fa a l'àmbit de la formació laboral i la inserció al món del treball els estudis reflecteixen que els joves tutelats i/o ex-tutelats es troben amb problemes d'escassa formació laboral, problemes socioeconòmics i d'inserció i inestabilitat laboral, i ocupació de feines de baixa qualificació. Cal afegir, que les accions que es duen a terme als centres

van orientades cap a la recerca i consecució de feina, sense arribar a desenvolupar actuacions orientadores que incideixin en el manteniment i progrés dins del mercat laboral. Així, la baixa preparació dels joves provoca trajectòries laborals discontinues, amb una alta mobilitat, precarietat, feines que requereixen poca o cap qualificació professional, feines temporals i una evident insatisfacció (Garcia, Roca, i Sabatés, 2015).

Aquestes dades coincideixen a nivell internacional amb les troballes fetes a la revisió bibliogràfica realitzada per Lopez, Santos, Bravo i Del Valle (2013), on s'explica que ja nombrosos autors van veure que existeixen dificultats dels joves extutelats per trobar una feina estable (Biehal et al., 1995; Courtney y Dworsky, 2006; Del Valle et al., 2003; Del Valle et al., 2008; Dixon y Stein, 2005; Hojer y Johansson, 2010; Pecora et al., 2005; Reilly, 2003), que aquests joves solen tenir un escàs nivell d'ingressos sovint sota el nivell de la pobresa (Dworsky, 2005; Naccarato, Brophy y Courtney, 2010). A més, es van trobar majors dificultats d'inserció laboral per les noies (Urban Institute, 2008) i pels adolescents amb problemes de salut mental o conductes addictives (Baron y Salzer, 2002; Courtney et al., 2001; Lenz-Rashid, 2006; Naccarato et al., 2010).

A nivell de l'estat espanyol, Del Valle, Álvarez-Baz i Bravo (2003) van realitzar un estudi amb 260 joves que van estar en centres residencials als anys 90 quan encara eren menors d'edat. Entre 1 i 9 anys després de sortir dels centres es va avaluar la seva integració laboral i social. Els resultats obtinguts van mostrar que només un 5.8% continuava estudiant i només un 1.9% treballava i estudiava al mateix temps. També es va veure que el 60% tornava a casa amb la família en sortir del centre, però allí s'hi havien produït escassos canvis respecte a la situació que havia desencadenat el seu ingrés anys abans. Els problemes de marginació social afectaven al 15% dels entrevistats i una quarta part de la mostra encara depenia del suport dels serveis socials.

Així, tot i la importància per a aquest tipus de població de disposar d'una xarxa de suport social per tal de superar tots els reptes que la seva situació comporta, els estudis mostren que els adolescents amb mesura de protecció perceben un menor suport social de la seva xarxa en comparació amb els seus coetanis sense mesura protectora (Bravo y Del Valle, 2003). Cameron (2007) va identificar que entre els joves que sortien dels centres del seu estudi, un 49% deia que no tenia cap familiar o amic a qui dirigir-se per demanar ajuda en un moment de dificultat greu.

Un altre aspecte a tenir en compte és que s'observa que els joves que han passat pel sistema de protecció presenten un major nombre de conductes delictives en comparació amb la població normativa.

En un estudi de Fernández del Valle, Álvarez i Ferranz realitzat el 1999 a Astúries es va estudiar les problemàtiques que 188 joves havien tingut al sortir dels centres i van trobar que un 19% haurien tingut problemes amb la llei o transgressions socials, i entre ells un 2.7% havia estat o estava a la presó mentre que aquesta taxa a la població general era d'un 0.1%.

A Catalunya, Sala, Jariot, Villalba i Rodríguez (2009) van trobar que l'11.4% dels joves haurien tingut problemes amb la justícia. Aquests resultats són consistents amb la literatura científica internacional, on també es troba una major incidència de la delinqüència juvenil en la població tutelada (Benedict et al., 1996; Cook, McLean i Anselm, 1991; Courtney, Piliavin, Grogan-Kaylor, i Nesmith, 1998, 2001; Courtney et al., 2005; Festinger, 1983; Hayden, Gough, 2010; Kraus, 1981).

2.2.3. Factors que condueixen a l'evolució positiva dels joves tutelats

Tot i que, tal i com hem vist, els joves tutelats tenen molts problemes associats a la seva condició és imprescindible conèixer quins són aquells factors que poden conduir a una evolució positiva de la seva situació per així potenciar-los, millorar la situació personal d'aquests joves i infants, i prevenir que s'arribi a circumstàncies més greus.

En un estudi realitzat a Catalunya per la Fundació Plataforma Educativa i l'IRQV de la UdG (2010) es buscaven els factors d'èxit que actuessin com a facilitadors d'una evolució positiva en la trajectòria dels infants i joves acollits en els CRAE de la seva fundació. El que van trobar van ser:

- Estabilitat en el llarg temps que van estar al CRAE (una mitjana de 5 anys), no van tenir interrupcions i van marxar d'una manera planificada. Mentre hi eren van gaudir majoritàriament dels mateixos tutors i els qui tenien germans hi van estar junts.
- Suport i l'atenció fins i tot més enllà dels 18 anys.
- Qualitat de l'atenció i implicació dels professionals, establir vincles segurs i rebre afecte per part dels educadors.
- Haver rebut experiències de cura i atenció satisfactòries per part dels seus responsables.
- Disposar de xarxes de suport positives, ja siguin germans, amics (dins i fora del centre), parella, família de la parella.
- Percepció d'identitat «normal», de ser, voler ser o viure el màxim possible, igual com els altres infants i joves. El fet d'intentar passar desapercibuts a l'escola, que els altres nens no sabessin que ells eren nens de centre.

En altres estudis fets a Catalunya amb els CRAEs finalistes es va observar hi havia certs aspectes que ajudaven a que els joves fessin una inserció sociolaboral més exitosa. Aquests aspectes eren fonamentalment disposar de millors habilitats socioemocionals i haver residit en centres en els quals hi havia una millor ràtio educador-joves i es comptava amb la col·laboració de voluntaris i famílies col·laboradores (Sala, Jariot, Villalba i Rodríguez, 2009). Quan es preguntava als joves tutelats, aquests valoraven positivament el seu procés d'acollida al CRAE, els centres en general i la intervenció rebuda. I en un to no tant positiu, aquests joves consideraven que els havia mancat una major implicació afectiva per part dels educadors, també deien que no havien rebut suficient informació relativa als motius d'entrada al centre i un excés de control i disciplina per part dels centres (Soldevila, Peregrino, Oriol i Filella, 2012). D'altra banda, quan es preguntava als joves extutelats, aquests també valoraven de forma positiva la relació amb els educadors (en especial amb el tutor), però també demanaven més vinculació afectiva dels educadors i es queixaven de la manca d'informació sobre els motius de l'entrada al centre, del control establert pels centres, de la falta de temps de lleure compartit amb els educadors i la manca d'espais i recolzaments individualitzats a l'hora d'estudiar (Sala, Villalba, Jariot i Arnau, 2012).

Un altre dels factors que sembla primordial potenciar és l'àmbit educatiu, ja que, paral·lelament als beneficis ja coneguts d'una bona educació acadèmica, la literatura existent també en descriu efectes molt positius entre els joves acollits en centres residencials. D'una banda, estar correctament vinculat a l'escola fa que els joves del sistema de protecció redueixin la tendència a incórrer en comportament de risc en el futur i tinguin més oportunitats (Forsman, Brännström, Vinnerljung i Hjern, 2016; Pears, Kim i Fisher, 2016). I de l'altra, per a aquells infants i joves que no disposen d'una casa amb un ambient estable, segur i carinyós, l'estabilitat a l'escola ajuda d'alguna manera a

pal·liar aquesta manca i fomentar i afavorir un desenvolupament sà (Leonard i Gudiño, 2016).

Cal afegir que, cada vegada són més els països que estan apostant per allargar l'acolliment d'aquests joves fins els 21 anys ja que s'han trobat múltiples beneficis. Els joves necessiten suport per a realitzar la transició al món adult. I sovint, aquest suport prové de la xarxa de social que molts d'aquests joves no tenen, és per això que el recolzament del sistema de protecció és primordial per aquests joves (Paulsen i Berg, 2016). També s'ha trobat que ja el primer any d'extensió d'acolliment s'associa amb un menor risc de detenció per conductes delictives (Lee, Courtney i Tajima, 2014). I un altre estudi va identificar que cada any addicional en el sistema de protecció incrementava la possibilitat d'aquests joves d'assolir el següent nivell educatiu en un 46% (Courtney i Hook, 2017).

Així doncs, sembla que es necessita quelcom més que una llista de competències pràctiques per a la vida independent a l'hora de realitzar una bona transició a l'edat adulta, i més, entre els joves amb mesura d'acolliment. Saber trobar i mantenir un lloc on viure, mantenir la feina i gestionar un pressupost és, sens dubte, necessari per a l'èxit com a adult autosuficient. Però cal també tenir voluntat i sentit d'identitat adulta. Si es desenvolupen aquests recursos interns poden marcar la diferència en la forma en què un individu accedeix i interacciona amb recursos externs per, posteriorment, navegar pel camí cap a l'edat adulta (Lee i Berrick, 2014). Però la realitat del sistema de protecció és que s'exigeix a aquests joves amb 18 anys un nivell d'habilitats i de maduresa que els seus iguals rarament han d'afrontar, és per això que l'extensió en l'acolliment sembla una proposta molt prometedora. I més tenint en compte que en un estudi recent, s'ha trobat que el fet d'haver estat acollit en la infància i/o adolescència en el sistema de protecció

multiplica per dos el risc d'acabar en una posició desafavorida en arribar a la mitjana edat en comparació amb la població normativa (Brännström, Vinnerljung, Forsman i Almquist, 2017).

2.3. L'acolliment dels joves al sistema de protecció

En aquest tercer capítol coneixerem l'evolució que ha fet el sistema de protecció de Catalunya des que se'n van començar a transferir les competències al 1980 veient com ha anat canviant de departament gestor i com es va creat la DGAIA.

També veurem quines són les lleis que regeixen la seva actuació i quin camí legal s'ha recorregut per arribar fins a aquest punt.

A més, aprofundirem en el funcionament actual del sistema de protecció coneixent quin circuit es segueix quan es detecta un cas que pot estar en risc, quines són les mesures protectores existents i com funcionen, de quina tipologia de centres residencials es disposa. També es mostren les dades actuals d'infants i joves dins el sistema de protecció.

2.3.1. El Sistema català de protecció

La protecció dels infants i els adolescents en risc social és competència de la Generalitat de Catalunya, segons el que declara l'article 166.3 i 4 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya i normatives complementàries. Aquest article atribueix a la Generalitat:

“la competència exclusiva en matèria de protecció de menors i de promoció de les famílies i de la infància; i vetlla per l'acompliment efectiu de la protecció i l'atenció als infants que es troben en situació de risc a través del Departament de Treball, Afers socials i Famílies”. (p 115)

Al llarg d'aquest capítol farem un breu repàs històric del sistema de protecció des de la seva creació fins a la situació actual i descriurem com funciona.

2.3.1.1. Breu evolució històrica

En aquest capítol es realitza un breu repàs de l'evolució històrica de la legislació, que regula l'acolliment residencial a Catalunya, basat fonamentalment en les obres de Del Valle i Fuertes (2000), Bravo i Del Valle (2009), Casas (2012) i l'Informe extraordinari del Síndic de Greuges (2009).

La història de les polítiques socials de protecció a la infància a Catalunya té un punt i a part en el 1980. És en aquesta data quan comencen les transferències del govern central al govern autonòmic de Catalunya, en virtut del nou model d'Estat aprovat amb la Constitució democràtica (Casas, 1994). En aquell moment les competències en matèria d'infància, que estaven en mans de diversos organismes estatals, van passar a altres Departaments de la Generalitat de Catalunya, tot i que es va perpetuar la fragmentació departamental que ja existia en l'abordatge de la protecció a la infància.

Aquesta fragmentació va durar fins al 1988, quan es va crear la Direcció General d'Atenció a la Infància. Tot i que, en aquest moment, encara no s'acaba la peregrinació administrativa de les polítiques de protecció social a la infància: les competències canviaran en diverses ocasions de denominació i també de departament del qual depenen (Casas, 2012). La taula 2 mostra les diverses instàncies de la Generalitat competents en matèria d'infància des del 1981 al 2016.

Taula 2. Instàncies de la Generalitat de Catalunya competents en matèria de protecció a la infància des del 1981 al 2016 (adaptació de Casas, 2012)

DEPARTAMENT	DIRECCIÓ GENERAL	DECRET REGULADOR
de Justícia	de Protecció i Tutela de Menors (DGPTM)	RD 1291/1981, de 5 de juny
de Benestar Social	d'Atenció a la Infància (DGAI)	Decret 332/1988, de 21 de novembre
de Justícia	d'Atenció a la Infància (DGAI)	Decret 184/1996, de 7 de juny
de Justícia	d'Atenció al Menor (DGAM)	Decret 332/2000, de 21 de novembre
de Benestar i Família	d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)	Decret 284/2002, de 12 de novembre
d'Acció Social i Ciutadania	d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)	Decret 572/2006, de 19 de desembre
de Benestar social i Família	d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)	decret 332/2011, de 3 de maig
de Treball, Afers socials i Famílies	d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)	Decret 2/2016, de 19 de gener

La primera llei catalana important en el camp d'atenció a la infància va ser la Llei 11/1985, de 13 de juny, de protecció de menors. Aquesta Llei incloïa facultats reformadores i protectores i de prevenció de la delinqüència, però dedicava més extensió al tractament de la delinqüència juvenil.

Al 1987 el Ministerio de Justícia, mitjançant la Direcció General de Protecció Jurídica del Menor va promoure una reforma legislativa que va concloure amb la Llei 21/1987, d'11 de novembre, que va ser de gran impacte en les polítiques d'atenció a la infància a Catalunya. Aquesta Llei va comportar una profunda reforma en l'Administració que va marcar de manera significativa el que és l'atenció de la infància a Catalunya en l'actualitat. Els canvis que va generar són:

- Separació de les funcions de protecció i atenció a la infància de les funcions de tractament de delinqüència juvenil.
- Desenvolupament de l'acolliment familiar temporal com una institució plena de contingut i com un sistema d'integració familiar dels infants desemparats.
- Unificació del règim jurídic de les guardes administratives (guardes amb consentiment dels progenitors i sense intervenció judicial), que van passar a ser competència de la Generalitat de Catalunya i va provocar-ne la progressiva disminució fins a la situació actual residual.
- Necessitat de comptar amb el consentiment de l'infant major de 12 anys per ser acollit o adoptat.

El 20 de novembre de 1989 s'esdevé la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets dels Infants, i implica un nou punt de vista sobre l'infant i els seus drets, ampliant el contingut de la Declaració de 1959 i donant-li força jurídica vinculant: reconeix els drets civils i polítics als infants. El 30 de novembre de 1990 l'Estat espanyol va ratificar aquesta convenció però no va tenir ressonància social ni transcendència en les polítiques públiques d'atenció a la infància.

La Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció, va incorporar dins l'ordenament civil català les línies avançades per la Llei estatal 21/1987. Va suposar la consolidació de la professionalització de l'atenció a la infància; va establir mesures de protecció, preveient l'acolliment en institució només quan no hagués estat possible o aconsellable l'acolliment en família; va preveure que les institucions d'acolliment haurien de ser totalment obertes, integrades en un barri o una comunitat, i que haurien d'organitzar-se sempre en unitats que permetessin

un tracte afectiu i una vida quotidiana normalitzada; i va impulsar l'acolliment en família aliena i preadoptiu.

Més endavant, la Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i adolescents va intentar fixar un sistema general català d'assistència a l'infant, més enllà de la protecció, i de reconeixement dels seus drets: per primera vegada l'infant és considerat amb una visió global. Aquesta llei va estar vigent fins l'entrada en vigor de la Llei 14/2010, de 27 de maig, de drets i oportunitats en la infància i l'adolescència (LDOIA d'ara en endavant), tot i que no va tenir pràcticament aplicació.

La Llei orgànica 1/1996 espanyola, de protecció jurídica del menor, va ampliar i generalitzar el principi d'interès superior de l'infant. Una de les grans línies que va marcar aquesta llei va ser la distinció entre situacions de risc (que no requerien la separació de l'infant de la seva família) i situacions de desemparament (que sí que la requerien), diferenciació que van assumir tots els sistemes d'atenció a la infància de la resta de comunitats autònomes i que a Catalunya incorporà la LDOIA.

D'altra banda, en aquest moment també s'estableixen dos mesures d'acolliment: el de tipus familiar i el residencial. D'aquesta manera, l'acolliment residencial es converteix en una possibilitat més i deixa de ser una resposta única i institucionalitzadora. A partir d'aquí, les diferents comunitats autònomes van desenvolupant una xarxa de centres d'acolliment residencial diversificada i especialitzada per atendre la varietat de necessitats d'intervenció i els diferents perfils d'infants i joves que acullen. Les residències són, a partir d'aquell moment, més petites, amb temps d'estada inferiors i edats superiors d'acollida, equips de professionals especialitzats i programes d'atenció socioeducativa que superen l'assistencialisme i que s'han obert més a la comunitat en la

que es troben ubicades (Bravo i Del Valle, 2009; Lopez, Montserrat, Del Valle i Bravo, 2010).

Entre aquests equipaments residencials especialitzats que es comencen a crear s'hi troben les llars per a adolescents amb problemes emocionals o conductuals –que establirà les bases del nostre objecte d'estudi-. Aquestes llars sorgeixen com a resposta a l'augment de casos d'adolescents que a banda d'estar en situació de desemparament presenten importants problemes de convivència, especialment quan representen un greu risc per a si mateixos o els demés (Bravo i Del Valle, 2009). Són centres que estan situats en entorns allunyats de nuclis urbans, habitatges unifamiliars o granges, on conviuen un nombre reduït d'adolescents amb una dotació d'educadors i de suport psicoterapèutic molt superior a la resta.

És amb la Llei 14/2010, dels drets i oportunitats en la infància i l'adolescència (LDOIA) que es fa un pas més cap a una legislació amb una vocació més integral. Aquesta llei inclou tant els infants i adolescents desprotegits o en risc, com la resta de menors, i els visualitza com a subjectes de drets i oportunitats. D'altra banda aporta a l'ordenament jurídic una major claredat i unitat, alhora que facilita una localització més ràpida del dret aplicable i reforça la seguretat jurídica, ja que reuneix en un sol instrument jurídic, en forma de codi de la infància i l'adolescència, dues regulacions: d'una banda, la destinada a l'infant i a l'adolescent en general, en què s'estableixen els principis rectors i els drets d'infants i adolescents que posteriorment, en els capítols successius, es van concretant en els diferents àmbits d'actuació; i, de l'altra, la destinada a regular la protecció dels infants i els adolescents quan els mecanismes socials de prevenció no han estat suficients i s'han produït situacions de risc o de desemparament que cal pal·liar amb les mesures necessàries d'intervenció pública per tal de garantir que aquestes situacions no es tradueixin en perjudicis irreparables per a l'infant o l'adolescent.

En l'actualitat està en desplegament el Pacte per a la infància (2015), que és el marc a partir del qual es desplega el Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència. El Pacte proporciona la visió compartida pel que fa al reconeixement de la infància com una de les prioritats del nostre país (Pacte per la Infància, p.5), impulsant i promovent la perspectiva d'infància en les polítiques que es desenvolupin per fer visible aquest grup social i facilitar espais per a la construcció del seu futur (Pacte per la Infància, p.21).

El Pacte per a la Infància defineix el marc conceptual de cadascun dels eixos amb què s'estructura: participació social de la infància, de la inclusió social a la qualitat de vida: igualtat d'oportunitats, atenció a la infància (salut, educació i valors, família) i mitjans de comunicació. També estableix el criteris d'aplicació i fixa els principis que l'han d'interpretar, de manera que els plans que el desenvolupin ho facin en la mateixa direcció (Pacte per la Infància, p.25).

Aquest Pacte queda concretat i delimitat pel Pla d'atenció integral, que en regeix el desplegament des del 2015 i ho farà fins el 2018. Per assolir els reptes plantejats els poders públics han de garantir els drets de tota la infància. Això inclou tots els infants més enllà de la seva situació, estat, creences, ètnia i origen (Pacte per la Infància, p.23).

El Pla d'atenció integral previst en la vigent Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència ha de desplegar aquestes línies clau, ha d'aportar objectius concrets i avaluables a mitjà i llarg termini que aniran acompanyats d'una sèrie d'accions i mesures per assolir-los tenint en compte també la variable territorial (Pacte per la Infància, p.24).

Al mateix temps, el 12 d'agost de 2015 va entrar en vigor la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del Sistema de protecció a la infància i l'adolescència. Aquesta Llei desenvolupa drets i llibertats fonamentals dels menors d'edat que són

aplicables a tot l'Estat, i, per tant, també a Catalunya. Tal i com s'explica al butlletí *d'Inf@ncia* num.89 de la DGAIA, aquesta llei modifica la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor en els sentits següents:

1. Desenvolupa d'una manera més extensa i com a dret fonamental l'interès superior de l'infant, i incorpora els criteris de l'Observació general núm. 14 (2013) del Comitè de les Nacions Unides dels Drets de l'Infant (article 2).
2. Regula l'aplicació dels instruments internacionals (article 3).
3. Regula de manera més detallada el dret del menor d'edat a ser oït i escoltat (article 9).
4. Regula el dret de queixa i el dret a sol·licitar l'assistència legal i el nomenament de defensor judicial (article 10).
5. Estableix una nova regulació dels centres de protecció específics de menors d'edat amb problemes de conducta (articles 25 a 35) i estableix que l'ingrés de menors d'edat en aquests centres està subjecte a autorització i control judicial, i introdueix en la Llei d'enjudiciament civil un nou article, el 778 bis, que regula el procediment d'ingrés, seguiment i finalització.
6. Introdueix en la Llei d'enjudiciament civil una regulació específica de l'entrada en domicilis per l'execució forçosa de les mesures de protecció de menors d'edat, que atribueix la competència al jutjat de primera instància del domicili de l'entitat pública (article 778 de la Llei d'enjudiciament civil i 91.2 de la Llei orgànica del poder judicial).
7. Incrementa la protecció de persones estrangeres víctimes de tràfic de dones i els seus fills (article 59 bis.2 de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social).

8. Reconeix, els fills i filles com a víctimes de violència de gènere en la normativa estatal sobre violència de gènere (articles 1.2, 61.2, 65 i 66 de la Llei orgànica 1/2004 de mesures de protecció integral contra la violència de gènere).

Els canvis més destacats d'aquesta llei són la prohibició d'emplaçar nens menors de 6 anys en centres residencials, obligació de desenvolupar serveis de suport als joves que surten dels recursos d'acolliment i una regulació detallada de l'ús dels recursos especialitzats d'acolliment.

2.3.1.2. Descripció i funcionament del sistema de protecció a Catalunya

El sistema català de protecció a la infància i l'adolescència es troba sota la batuta del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya, i posa a disposició de familiars, veïns o veïnes, altres adults i dels propis menors diverses vies per denunciar o comunicar la sospita d'una situació de maltractament, de desemparament o de risc. Al mateix temps, el sistema engloba el col·lectiu de professionals i les institucions que estan més a prop dels infants i que són els qui millor poden detectar aquestes situacions. Quan es requereix, hi intervenen els equips especialitzats.

Dins de l'estructura organitzativa del Departament, i d'acord amb el Decret 289/2016, de 30 d'agost, de reestructuració del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (DOGC num.7196), les responsabilitats corresponen a la Secretaria d'Afers Socials i Famílies, i el principal organisme públic de referència d'aquest sistema és la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). Aquest organisme

exerceix la protecció i la tutela dels infants i adolescents desemparats; i tal com es diu al seu web (<http://treballiaferssocials.gencat.cat>):

entre les seves funcions estan les de promoure i coordinar polítiques proactives i de foment de la convivència, de la tolerància i de la integració sociolaboral, així com del respecte als drets de la infància, per tal que els infants i adolescents assoleixin el millor grau de benestar i desenvolupament possibles en el seu procés de consolidació de l'autonomia personal.

Pel que fa al funcionament general del sistema de protecció, tal i com s'explica a la seva pàgina web, un cop es detecta una situació de risc, maltractament o desemparament l'objectiu és garantir la protecció del menor en tot moment. En funció de la valoració que es fa del cas, aquest pot seguir dos circuits: l'ordinari o l'específic, que es posa en marxa quan s'han d'atendre situacions insostenibles i de risc greu o molt greu que poden requerir la separació urgent i immediata de l'entorn familiar, perquè es troba en perill la vida o la integritat física o psíquica del menor.

El circuit ordinari queda gestionat pels Serveis Socials Bàsics. Si una situació s'identifica com d'alt risc es deriva l'infant als EAIA. A partir de la valoració que en faci l'EAIA serà la DGAIA la institució que formularà, si es dona el cas, la declaració de desemparament, l'assumpció de la tutela i l'aplicació de la mesura de protecció que correspongui. Aquestes mesures de protecció poden ser l'atenció en la pròpia família, l'acolliment en família extensa o l'ingrés en un centre residencial. En els casos que es produeixi una proposta d'acolliment en família aliena o d'acolliment en família preadoptiva serà l'ICAA qui gestionarà el cas (DGAIA, 2017).

Pel que fa a les mesures de protecció en l'àmbit residencial el sistema català de protecció a la infància opta principalment per l'ingrés de l'infant en un centre d'acollida (CA), en un centre d'acció educativa (CRAE) o en un centre residencial d'educació intensiva (CREI).

L'Àrea de Suport als Joves Tutelats i Extutelats (ASJTET) s'encarrega de les mesures de transició a la vida adulta i a l'autonomia personal que consisteixen a oferir acompanyament en la inserció sociolaboral i d'habitatge per garantir una preparació progressiva per a la independència personal, d'acord amb les necessitats formatives i d'integració social i laboral de cada adolescent. Aquestes mesures es poden acordar, fonamentalment, respecte d'adolescents majors de setze anys, amb llur consentiment, que es trobin amb possibilitats escasses de retorn al nucli familiar d'origen o sense perspectives d'integració en altres nuclis de convivència o que tinguin risc d'exclusió social en assolir la majoria d'edat.

2.3.2. Les mesures de protecció

El sistema de català de protecció disposa de tota una sèrie de mesures protectores que s'apliquen quan es detecta que un infant o jove menor de 18 anys es troba en situació de desprotecció. Depenent de la gravetat de la situació les lleis contemplan diferents processos per a la prevenció i actuació dirigides a evitar que els menors arribin a una situació de desemparament. A la Taula 3 es pot veure la gradació segons el tipus de procés a realitzar en funció del nivell de desprotecció identificat.

Taula 3. Processos, finalitat i intensitat de la intervenció a realitzar en funció del nivell de desprotecció identificat

Expedient	Finalitat	Intensitat de la intervenció
INFORMATIU	Identificar la situació de desprotecció	BAIXA
RISC	Avaluar i redreçar situacions de risc	MITJANA
DESEMPARAMENT	Avaluar situacions de desemparament	ALTA
TUTELA	Protegir i tenir cura del menor desemparat	ALTA
GUARDA <i>Desemparament preventiu</i>	Protegir i tenir cura de menors no desemparats en dificultats	MITJANA-ALTA
ASSISTENCIAL	Cercar recursos de suport i integració per extutelats amb dificultats	MITJANA-ALTA

Font: Lázaro Riol (2012)

2.3.2.1. *Concepte de desemparament, tutela i guarda administrativa*

Aquest apartat s'ha realitzat en base les al que recull la Llei catalana 14/2010 dels drets i les oportunitats de la infància i l'adolescència (LDOIA).

Els menors pateixen una **situació de risc** quan el seu benestar i desenvolupament personal o social es veu perjudicat per qualsevol circumstància personal, social i familiar i, per a la seva protecció efectiva, l'Administració ha d'adoptar mesures que no facin necessària la seva separació del nucli familiar.

Les lleis que regulen de la situació de risc i les mesures de protecció es dirigeixen a prevenir situacions més greus, que ja serien considerades situacions de desemparament. Tot i així, si s'arriba aquest punt l'Administració fa una actuació més contundent.

La LDOIA en l'article 105 defineix la **situació de desemparament** en la infància i l'adolescència com: “una situació de fet en que els manquen els elements bàsics per al

seu desenvolupament integral de la personalitat, sempre que per a llur protecció efectiva calgui aplicar una mesura que impliqui la separació del nucli familiar” (p. 109); fins que la situació que hagi suscitat la separació es restableixi o el menor arribi a la majoria d’edat.

Les situacions de desemparament seran totes aquelles que comportin desatenció o negligència i que atemptin contra la integritat física o psíquica de l’infant o l’adolescent, o l’existència objectiva d’altres factors que n’impossibilitin el desenvolupament integral. Aquestes situacions es consideren tan quan estiguin efectuades pels progenitors, o pels titulars de la tutela o de la guarda; com quan s’hagin portat a terme amb el coneixement i la tolerància dels mateixos (LDOIA, 2010, p. 109).

Una vegada identificada una situació de desemparament, l’organisme competent pot dictar, sense més tràmits, la resolució que declara la situació de desemparament, si els progenitors o els titulars de la tutela o de la guarda manifesten la conformitat amb la declaració, i un cop escoltat l’adolescent, o l’infant, si té prou coneixement. Aquesta resolució és de caire administratiu i en el cas que els progenitors s’oposin a la mesura, ja ho hauran de fer davant d’un òrgan judicial i un Jutge serà l’encarregat de dirimir si dóna suport a la mesura administrativa o bé als pares i mares.

La **resolució administrativa de declaració de desemparament** comporta dos tipus d’efectes diferents: de naturalesa administrativa i de naturalesa civil. D’una banda, l’assumpció automàtica de les funcions tutelars sobre el menor per part de l’organisme competent (DGAIA). I per l’altra, implica la suspensió de la potestat del pare i de la mare o de la tutela ordinària durant el temps d’aplicació de la mesura. En el moment en que l’Administració assumeix la tutela del menor pot adoptar les mesures de protecció que consideri més convenients en interès del menor.

La **tutela** es caracteritza per la seva relativa provisionalitat, ja que subsistirà mentre es mantenen els factors que van determinar la declaració de desemparament. No obstant, una vegada neutralitzats aquests factors, el menor ha de ser reintegrat amb la seva família. Per això és essencial adoptar, des del primer moment, mesures que facilitin el retorn del menor amb la seva família.

Ara bé, en alguns casos, la tutela administrativa arriba a tenir caràcter definitiu. Així succeeix quan no és possible o convenient la reintegració del menor amb els seus pares, el nomenament d'un tutor civil o la seva adopció. En aquests casos l'Administració assumirà la tutela fins a la majoria d'edat del menor.

Cal tenir en compte que la titularitat de la tutela correspon a l'Administració competent, no obstant, l'Administració delega l'exercici de la guarda inherent a aquesta funció. Aquesta guarda es realitza mitjançant l'acolliment familiar o l'acolliment residencial.

Obtenir la guarda del menor obliga a qui l'exerceix, a vetllar per ell, tenir-lo en la seva companyia, alimentar-lo, educar-lo i procurar-li una formació integral. Aquesta responsabilitat recau sobre el pare i la mare, titulars de la potestat, o en el seu defecte, sobre els tutors ordinaris. No obstant, com que l'administració té atribuïda la tutela continua sent la responsable del menor, i ha de respondre dels danys i perjudicis que el jove pugui causar.

Una altra situació que es pot donar és la **guarda administrativa protectora**. Aquesta situació consisteix en que l'Administració assumeix la guarda del menor a sol·licitud dels propis fills o tutors, que de forma temporal no poden complir els seus deures de protecció per concórrer greus circumstàncies que ho impedeixen. L'assumpció de la guarda del menor per l'Administració no comporta, com en el cas de la tutela, la suspensió de la

potestat parental: els pares segueixen sent titulars plens de la mateixa. És més, la constitució de la guarda administrativa pot evitar, en molts casos, que el menor arribi a la situació de desemparament i que l'Administració hagi d'assumir la seva tutela.

Els pares o tutors que sol·licitin a l'Administració que es faci temporalment càrrec de la guarda del menor, han d'expressar i justificar les greus circumstàncies o motius -una malaltia, condemna penal, drogodependència, motius laborals o altres- que impedeixin de forma temporal oferir la protecció necessària als menors. L'Administració comprovarà i avaluarà les causes que es presentin, que hauran de ser suficientment greus per justificar la separació del menor de la seva família i que l'Administració passi a assumir la seva guarda. Per altra banda, l'Administració només assumeix la custòdia mentre persisteixen aquestes greus circumstàncies.

Una d'aquestes greus situacions que pot portar als pares a sol·licitar a l'Administració que n'assumeixi la guarda del menor, podria ser el trastorn de conducta del propi menor. Si el jove té conductes que comporten un risc greu o evident de causar-se dany a si mateix o tercers i els pares es veuen impeditos per a donar resposta a la situació del menor, i per tant, donar-li la protecció necessària, poden sol·licitar a l'Administració que assumeixi la guarda i adopti les mesures de protecció convenients.

La guarda administrativa assumida a sol·licitud dels pares o tutors s'exerceix a través de les mesures d'acolliment familiar o residencial. En aquest cas, tenint en compte el caràcter temporal de la guarda, no és possible constituir l'acolliment preadoptiu que, en canvi, sí es dona en el marc de la tutela administrativa.

La guarda administrativa s'extingeix quan les causes que van motivar-la desapareixen. Així mateix, la guarda administrativa pot finalitzar per la declaració

desempament del menor i la consegüent presa de possessió de la tutela per l'Administració.

2.3.2.2. Principals mesures protectores

Quan es declara una situació de desempament, l'Administració disposa d'una sèrie de mesures protectores en funció de les necessitats del menor i de les circumstàncies personals i sòcio-familiars de la situació. Les principals mesures protectores per aquests nois i noies que es troben en una situació de desempament són: l'acolliment en família (que la llei la proposa de forma preferent) i l'acolliment residencial (que es procurarà que el menor hi romangui el menor temps possible).

- L'acolliment en família: Pot ser l'atenció en la pròpia família, l'acolliment simple en família extensa, o l'acolliment simple en família aliena i l'acolliment preadoptiu. Aquesta mesura fa possible la integració del menor en una família, a la que l'Administració, que té atribuïda la tutela del menor, delega l'exercici de les funcions personals inherents a la guarda: vetllar pel menor, tenir-lo en la seva companyia, educar-lo i procurar-li una formació integral. En el quadre 1 s'explica cada modalitat.

Quadre 1. Modalitats d'atenció en l'àmbit familiar per a infants en situació de risc a Catalunya (Síndic de Greuges, 2009; p.47)

Mesura	Situació de l'infant	Suport que rep la llar on viu el menor
Atenció en la pròpia família	La DGAIA assumeix la tutela de l'infant, però els pares en mantenen la guarda. Professionals dels EAIA fan un seguiment i una avaluació de la situació.	La família rep ajut econòmic i/o psicosocial
Acolliment simple en família extensa	La DGAIA assumeix la tutela de l'infant, i la guarda es confia temporalment a alguna persona amb la qual el menor té una relació de parentiu. La família d'acollida té l'obligació de mantenir i educar l'infant i vetllar pel seu benestar fins que no pugui tornar amb la família d'origen. Els EAIA treballen amb la família d'origen per corregir els motius que han originat la separació.	La família d'acollida rep ajut econòmic i assessorament per part dels EAIA
Acolliment simple en família aliena	La DGAIA assumeix la tutela de l'infant, i la guarda es confia temporalment a una família que no té cap relació de parentiu amb el menor. La família d'acollida té l'obligació de mantenir i educar l'infant i vetllar pel seu benestar fins que no pugui tornar amb la família d'origen. Els EAIA treballen amb la família d'origen per corregir els motius que han originat la separació. Dins d'aquesta modalitat s'inclou l'acolliment d'urgència i diagnòstic, el qual té per objectiu substituir l'ingrés de l'infant menor de tres anys en un centre d'acolliment mentre l'equip tècnic duu a terme l'estudi de les circumstàncies familiars i socials de l'infant.	La família d'acollida rep ajut econòmic i assessorament per part de les entitats col·laboradores amb l'ICAA
Acolliment preadoptiu	És la mesura prèvia a l'adopció. S'aplica quan els pares biològics de l'infant estan impossibilitats per exercir-ne la potestat i es preveu que aquesta situació serà permanent. La família d'acollida i sol·licitant de l'adopció té l'obligació de mantenir i educar l'infant i vetllar pel seu benestar.	La família d'acollida rep ajut econòmic i assessorament per part de les entitats col·laboradores amb l'ICAA

Font: DGAIA

- L'acolliment residencial: El menor ingressa en un centre de protecció. L'Administració té encomanada la seva tutela però la guarda es delega en el director o persona responsable del centre, que ha d'exercir-la amb la col·laboració i supervisió de l'Administració. Des dels centres s'ofereix també als menors una atenció adequada a les seves necessitats i, quan així s'escau, es facilita les seves relacions personals, especialment amb les famílies. A més, es procura la integració amb la comunitat per facilitar la integració social dels menors. Aquest punt es desenvoluparà més extensament en el proper capítol.

2.3.2.3. *Situació actual del Sistema de protecció de Catalunya*

Segons les dades que presenta mensualment la DGAIA a través del seu *Informe estadístic mensual* (DGAIA, 2018), en el sistema de protecció de Catalunya hi havia, a 30 de març de 2018, un total de 7.571 d'infants i adolescents menors d'edat amb mesura protectora. D'aquests casos, un 49,9% estava acollit en família (en les seves diverses tipologies), el 47,8% dels casos tenien una mesura d'acolliment residencial i a un 2,3% se li havien assignat altres mesures.

En funció de la tipologia de mesura protectora s'observa que, entre els menors acollits en família, la mesura més freqüent és la família extensa amb un 64,0% dels casos; els acollits en família aliena representen el 24,7% i els infants i adolescents en acolliment preadoptiu són el 11,3% dels casos. D'altra banda, entre els casos acollits en centre residencial s'observa que el 52,6% estan acollits en CRAE, el 22,0% es troben acollits en centres d'acolliment, 6,2% estan en centres d'acolliment (de primera acollida), el 3,3% estan en pisos assistits de 16 a 18 anys, l'1,5% resideixen en cases d'infants, el 3,5% en CREI, i el 5,4% estan en altres tipologies de recurs.

A l'hora de considerar aquestes dades cal tenir en compte que en l'articulació del sistema català de protecció hi ha una intenció explícita de perseguir el *Principi de Normalització*. Tal i com apareix en el capítol IV del Pla integral de suport a la infància i l'adolescència de Catalunya 2001-2004, que declara la normalització com un dels principis rectors que han de guiar les accions de protecció dels infants en risc i que defineix el principi de normalització de la següent manera:

“L’atenció a la infància i l’adolescència s’ha de fer, sempre que sigui possible, amb recursos normalitzadors i integradors, defugint compartimentacions segregadores o discriminatòries.

Per *normalització* s’entén:

- L’actuació sobre les causes origen del fet o del problema, com a únic remei eficaç del desemparament dels infants, desenvolupant treballs de prevenció de riscos i sensibilització social.
- La no-diferenciació (en la mesura que sigui possible) dels subjectes o els col·lectius sobre els quals s’actua, per la qual s’afavoreix la seva participació en la vida social i l’ús dels recursos disponibles per a la població en conjunt. Es pretén així evitar la segregació i l’etiquetatge d’aquest col·lectiu.
- El manteniment de l’infant en el seu medi familiar o, quan això resulta inviable, la disposició d’un medi familiar alternatiu”.

Tot i aquesta intenció, les dades reflecteixen el desequilibri existent entre l’acolliment residencial i l’acolliment en família aliena que es constata per l’elevat nombre d’infants i adolescents tutelats per l’Administració que estan en centres (3.620 a març del 2018, el 47,8% del total) en contrast amb el nombre d’infants tutelats acollits en família aliena (934 a març del 2018, el 24,7% del total), o també pel nombre d’infants que estan pendents d’un acolliment familiar i que estan en centres residencials -segons dades de l’any 2013 facilitades per CRAE i EAIA, més de 200 infants estan en CRAE en

espera d'una família aliena- (Síndic de Greuges de Catalunya, 2015). Amb aquestes dades ens situem entre els països europeus amb un major nombre de nens que tenen una mesura de protecció que suposa treure'ls de la família, i també entre els països que més utilitza els recursos residencials per emplaçar aquests casos (Jackson & Cameron, 2011; Genet et al., 2011). Això és degut a que, tal i com s'explica a l'*Informe sobre els drets de l'Infant* (Síndic de Greuges de Catalunya, 2015), la mancança estructural que suposa per al sistema no disposar d'una xarxa més àmplia de famílies acollidores fa evident que l'acolliment en família aliena, lluny del a previsió inicial del model i del referent normatiu, ha esdevingut una mesura subsidiària respecte de l'acolliment en centre residencial.

Quan el jove assoleix la majoria d'edat s'extingeixen les mesures de protecció. No obstant, la DGAIÀ pot continuar disposant mesures de suport quan ho consideri necessari a través dels Expedients assistencials. Aquestes mesures assistencials poden tenir contingut econòmic, jurídic i social o consistir en l'atorgament o el manteniment d'una plaça en centre i es poden estendre fins als 21 anys, en consonància amb el que s'està fent en altres països. Aquesta decisió es pren mitjançant una resolució motivada i amb el consentiment de la persona interessada o, mitjançant autorització judicial si manca el consentiment (quan es tracta d'un presumpte incapac). En la Figura 2 es pot veure com el volum més alt de casos amb suport es troba a la franja de 18 anys i a mesura que l'edat va augmentant, i els joves van avançant en el seu procés de transició, el volum de suport va disminuint.

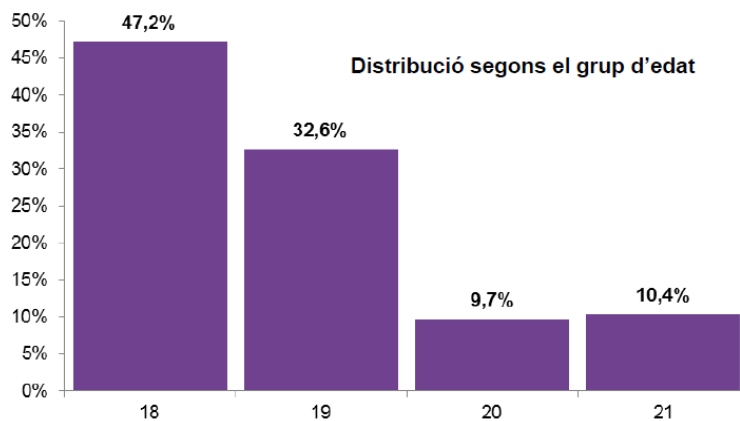


Figura 2. Expedients assistencials segons el grup d'edat en dades de *l'Informe estadístic mensual* de la DGAIA a juny de 2017 (DGAIA, 2017; p.16)

El mencionat suport es fa a través de L'Àrea de Suport a Joves Tutelats i Extutelats (ASJTET), que és la unitat que s'encarrega d'intervenir en l'accés als recursos i serveis per a persones joves tutelades, extutelades i amb dificultats socials que ho demanen. És a dir, és l'organisme que cerca la solució per cobrir les necessitats de cada jove, valorant a quins programes es poden adscriure o si necessiten un altre tipus addicional de suport. L'atenció que l'ASJTET dona als joves és individualitzada, a través de professionals que els informen, orienten, acompanyen, assessoren i formen. El seguiment personalitzat es fa durant un període de temps determinat i està basat en un compromís, anomenat programa de treball, que marca el camí cap a l'autonomia personal. És a dir, s'acompanya la persona jove fins que adquireix la capacitat que li permetrà desenvolupar la seva vida quotidiana sense la intervenció dels serveis especialitzats.

2.3.3. Tipologies de centres residencials

Tal i com ja hem començat a introduir en l'apartat anterior, el sistema de protecció a la infància i l'adolescència de Catalunya disposa d'una sèrie de recursos d'acolliment residencial per a aquelles persones menors d'edat amb una situació específica que no els permet romandre a casa seva. Amb aquests recursos es dona resposta a situacions de gravetat en la vulneració dels Drets de l'Infant a través de les desatencions greus en la cura i tracte inadequat familiar per acció o omissió, quan no hi ha possibilitats que puguin ser atesos en un entorn familiar.

L'objectiu de l'ingrés de cada infant/jove en un centre residencial del sistema de protecció és proporcionar-li les atencions de cura i protecció, en un entorn el més favorable possible alternatiu a la pròpia família, que alhora l'eduqui tot i permetent el creixement harmònic entès en sentit ampli en les àrees personal, formativa i social, amb ajut dels professionals de l'àmbit educatiu.

Als centres s'intervé, com s'explica al document els Centres residencials del Sistema de protecció a la infància i l'adolescència del Col·legi de Pedagogs de Catalunya (COPEC, 2015), en els següents nivells:

1. A **nivell personal** s'intervé per garantir el desenvolupament i el bon vincle afectiu i emocional, atenent a la individualitat biopsicosocial i personalitat de l'infant procurant el seu benestar general. Ajudar-lo al creixement en valors, actituds i hàbits; escoltar la seva veu i l'esperit crític en un marc educatiu que atén els sentiments, emocions i iniciatives. I s'ocupa d'impulsar i afavorir els aspectes que promouen la seva autonomia i el bon desenvolupament de la personalitat.

2. A **nivell formatiu**, per facilitar una integració acadèmica exitosa i de continuïtat, atenent la diversitat i les necessitats educatives especials; i combinar o ampliar amb l'educació no formal i de temps de lleure que li possibiliti aprenentatges, coneixements i vivències enriquidores.
3. A **nivell de socialització** per a fomentar les habilitats socials, l'empatia, els valors de convivència, tolerància i respecte; i arribar a acords o pactes en les relacions, així com aprendre eines per intentar prevenir o resoldre conflictes i promoure'n el desenvolupament ètic i moral.
4. A **nivell assistencial** per a garantir la cobertura de les seves necessitats bàsiques de cura; físiques, evolutives i de salut, així com la cobertura material necessària. (p.3)

Aquests centres residencials de protecció són de diferents tipus segons l'edat dels menors atesos, les característiques i les necessitats d'aquests, i segons si són especialitzats. Però tots tenen una estructura d'organització de centre i de professionals similar, tot i que adaptada a les particularitats dels menors a qui van destinats. Més específicament i com s'explica a la web del *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies* aquests centres de diferents tipologies són principalment els següents:

Centres d'acolliment (CA): Són centres residencials per a l'atenció immediata i transitòria de l'infant i adolescent de zero a divuit anys que ha de ser separat del seu nucli familiar mentre es realitza el diagnòstic de la situació i es determina la mesura que cal aplicar. L'objectiu d'aquests centres és, per tant, l'observació, el diagnòstic, la guarda i

l'educació en les situacions d'urgència de les persones menors en alt risc social. Funcions dels centres d'acolliment:

- Oferiment d'una resposta immediata i transitòria d'acollida i protecció a qualsevol infant o adolescent que estigui en situació de risc.
- Exercici d'una funció substitutòria temporal de la família, que comprèn:
 - Exercici de l'activitat educativa integral que l'infant o adolescent necessita.
 - Satisfacció de les necessitats del nen o nena: alimentació, vestuari, allotjament, higiene, descans i lleure.
 - Cura de la salut física i psíquica de l'infant o adolescent.
 - Realització d'un estudi diagnòstic interdisciplinari de la situació de les necessitats de l'infant o adolescent acollit.
 - Formulació de les propostes de mesura de protecció adients: retorn a la família biològica, acolliment familiar simple o preadoptiu o acolliment en un centre residencial.

Centres residencials d'acció educativa (CRAE): Aquests establiments ofereixen a l'infant o adolescent de zero a divuit anys un recurs alternatiu a un medi familiar inexistent, deteriorat o amb greus dificultats per cobrir les seves necessitats bàsiques. Als CRAE s'aplica la mesura d'acolliment simple en una institució i les persones poden accedir-hi per derivació de la DGAIA. Alguns d'aquests centres són de titularitat pròpia de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència i d'altres pertanyen a entitats d'iniciativa social concertats amb la DGAIA. Funcions dels CRAE:

- Atenció integral als infants i adolescents que són ingressats a proposta dels equips tècnics corresponents per contribuir al seu procés educatiu i de desenvolupament personal.
- Cura de la seva salut física i psíquica, vetllant pel desenvolupament harmoniós de la seva personalitat.
- Disseny del projecte educatiu individual dels infants i adolescents a partir del diagnòstic o l'avaluació inicial.
- Coordinació amb els altres serveis i professionals que intervenen en el procés d'atenció i protecció als infants i adolescents.
- Promoció, en els casos en què sigui possible, del retorn de l'infant o adolescent amb la família d'origen o, en cas contrari, l'acolliment en família extensa o aliena.

Centres residencials d'educació intensiva (CREI): Són serveis residencials, per l'acolliment d'estada limitada, per a les persones adolescents i joves de dotze a divuit anys tutelades per la Generalitat de Catalunya que presenten alteracions de la conducta que requereixen uns sistemes d'educació intensiva. Aquests centres tenen com a objectiu donar resposta educativa i assistencial a aquests infants i adolescents, per la qual cosa disposen de mesures estructurals de protecció per a la guarda i l'educació.

S'aprofundirà més en aquesta tipologia de centre en l'apartat següent, ja que és l'objecte del nostre estudi.

Llars funcionals i Pisos Assistits: Els joves entre 16 i 18 anys que han desenvolupat un cert nivell d'autonomia personal també poden optar a llars funcionals o pisos assistits – gestionats per l'Àrea de Suport al Jove Tutelat i Extutelat (ASJTET)-, que com es descriu a la Cartera de Serveis de la web del Departament és un “servei d'habitatge de caràcter assistencial i educatiu per a joves de 16 a 18 anys amb mesura d'acolliment simple en institució, per a iniciar un procés de desinternament progressiu per assolir la majoria d'edat amb la capacitat suficient per obtenir la integració social, tot mantenint la tutela i el control per part de l'entitat pública de protecció de menors”. Són grups molt reduïts on a cada pis hi ha entre 4 i 6 adolescents de la franja d'edat mencionada. D'acord amb la les necessitats de la població resident, el pis assistit desenvolupa programes flexibles individuals i de grup.

De la mateixa manera, existeixen els Pisos Assistits per a majors de 18 anys, que són habitatges que estan destinats a joves entre 18 i 21 anys sense recursos propis, ni familiars que quan arriben a la majoria d'edat surten de les institucions on han estat acollits.

2.4. L'acolliment dels joves amb trastorns de conducta i problemes de salut mental: Els CREI i els centres d'acolliment residencial terapèutic

En aquest quart, i últim capítol del marc teòric, coneixerem què són els centres terapèutics i com, després de molts anys de ser “calaixos de sastre”, un grup de recerca internacional ha arribat a encunyar una definició consensuada que explica què és un centre residencial terapèutic i quins principis ha de seguir per a ser considerat com a tal. També veurem com tots els països estan fent esforços per tenir en compte aquest tipus d'acolliment residencial fomentant avaluacions i recerques sobre el seu funcionament, els seus costos i els seus resultats.

En la segona part del capítol veurem les propostes més interessants pel que fa a iniciatives i programes innovadors en l'acolliment residencial terapèutic a nivell mundial.

I per acabar descobrirem com s'organitza l'atenció residencial terapèutica a Catalunya i, més concretament, com s'intervé a casa nostra amb els joves amb greus problemes de comportament.

A Catalunya, s'opta per diferenciar la tipologia de centres on es tracten els problemes de drogodependència i discapacitat física o psíquica, dels centres on es tracten només els problemes de conducta. Mentre el primer tipus de problemàtica mencionat es tracta en diversos recursos residencials especialitzats, els joves amb problemàtiques conductuals s'aborden en els centres anomenats Centres Residencials d'Educació Intensiva (CREI), a partir d'una intervenció intensiva però normalitzadora i acotada en el temps.

2.4.1. Els centres terapèutics

A Catalunya es dona el cas específic que els joves amb problemes de conducta són atesos als recursos residencials especialitzats anomenats Centres Residencials d'Educació Intensiva (CREI), però no és així en altres territoris ni a la resta de països. És sota el paraigües dels centres anomenats terapèutics on s'atenen aquest tipus de casos que ens ocupen en la present recerca.

Així trobem que aquesta tipologia de centres varien d'un país a un altre, i en el cas d'Espanya, fins i tot són diferents entre comunitats autònomes.

Per ordenar a nivell global la diversitat existent en aquest tipus de recursos especialitzats l'International Work Group on *Therapeutic Residential Care* es va reunir al 2016 en una cimera internacional per arribar a un consens que va quedar reflectit en una publicació recent (Whittaker et al., 2016) on donava per bona la següent definició de centre terapèutic formulada per Whittaker, Del Valle i Holmes (2014):

L'atenció residencial terapèutica implica l'ús planificat d'un entorn de vida multidimensional construït i dissenyat amb el propòsit de millorar o facilitar el tractament, l'educació, la socialització, el suport i la protecció a infants i joves amb necessitats identificades de salut mental o de comportament; en col·laboració amb les seves famílies i juntament amb una àmplia gamma de recursos d'ajuda formals i informals basats en la comunitat. (p. 24)

I establia els principis de l'acolliment en centre terapèutic com els següents (Whittaker et. al., 2016):

1. El primer principi al que s'han de cenyir els centres terapèutics ha de ser "*primum non nocere*": primerament, perjudicar.. Per tant, el nostre consens és que "la seguretat

primer" sigui el principi rector en el disseny i implementació de tots els programes dels centres terapèutics.

2. La nostra visió dels centres terapèutics està lligada integralment amb l'esperit de col·laboració entre les famílies que volem ajudar i la totalitat dels nostres professionals -ja siguin pedagogs, educadors socials, mestres, o professionals de la salut mental. Així, un segell distintiu dels centres terapèutics i dels programes que s'hi realitzen ha de ser l'esforç constant per forjar i mantenir vincles familiars forts i vitals.

3. Creiem que els centres terapèutics han de ser serveis totalment ancorats en les comunitats, cultures, i la xarxa de relacions socials que defineixen i informen als nens i les famílies a les que volem ajudar. Considerem que els programes terapèutics s'han de fonamentar en el context en tots els sentits i no ser actuacions aïllades i autònomes.

4. Pensem que els centres terapèutics són alguna cosa més que una simple plataforma per a la recollida d'intervencions basades en l'evidència o tècniques o estratègies prometedores. El nucli dels centres terapèutics es conforma d'una cultura que posa l'accent en l'aprenentatge a través de la vida i on el cor de l'ensenyament es dona en una sèrie de relacions profundament personals i humanes.

Considerem que l'objectiu epistemològic últim dels centres i programes terapèutics és la identificació d'un grup de models o estratègies basades en l'evidència per a la pràctica que són eficaços en l'assoliment dels resultats desitjats per a joves i famílies, extrapolable a altres llocs, i expansible, és a dir, suficientment clar en els procediments, estructures i protocols i com per facilitar l'accés complet al servei en qualsevol localitat, regió o jurisdicció. (p.96)

Paral·lelament a aquest punt de partida, molts països desenvolupats d'arreu del món han vist la necessitat de treballar en aquest àmbit i es troben en un moment de debat sobre aquest tipus de centres i la intervenció que s'hi realitza (Whittaker et al., 2017).

A nivell espanyol s'estan fent esforços per comprendre les necessitats d'aquest sector de l'acolliment residencial, que busca el consens en la manera de funcionar (Martín, González-García, Del Valle y Bravo, 2017). I tal com s'explica a Whittaker et al. (2017), el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad va encarregar l'elaboració d'uns estàndards de qualitat en acolliment residencial (Del Valle, Bravo, Martínez y Santos, 2013) per a millorar aquests programes, i en particular, aquells dedicats als adolescents amb trastorns conductuals i emocionals greus (EQUAR-E). A més, la nova Ley Orgánica sobre la Protección Jurídica del Menor del 2015 espanyola inclou un capítol que regula la utilització de "l'acolliment residencial específic de menors" que reconeix la rellevància d'aquests programes i la necessitat de disposar d'una regulació formal.

A Catalunya també s'està treballant en aquest sentit des de l'Administració. El passat mes de maig de 2017 es va presentar el "Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva" (DGAIA, 2017), que és el document marc que regula l'acolliment residencial especialitzat, i que era requerit en l'article 22 de la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i oportunitats en la infància i l'adolescència, que determina que el "Departament competent en la matèria ha de promoure programes generals d'actuació per a cadascun dels diferents tipus de serveis especialitzats en infants i adolescents, a fi de garantir l'homogeneïtat de criteris entre aquests serveis en tot el territori." Paral·lelament, s'estan duent a terme iniciatives de recerca com la col·laboració que l'Administració va pactar amb la UAB i que va resultar en la present treball d'investigació.

Així doncs, el treball que està realitzant a nivell global l'*International Work Group on Therapeutic Residential Care* i el que s'està realitzant més particularment des dels diferents països, és tot un punt de partida en la construcció d'un corpus de coneixement científic consensuat i de qualitat en l'àmbit de l'acolliment residencial terapèutic. Fins a l'acceptació de la definició del terme i principis, l'escassetat de recerca i la diversitat de termes era tan elevada que els estudis existents reflectien que existia una falta d'informació que arribava, fins i tot, al coneixement i al consens de la naturalesa d'aquests serveis (Bullock, 2009). I tot i haver avançat, la realitat és que, revisant la literatura, es posa de manifest que hi ha pocs estudis realitzats específicament sobre centres terapèutics (Gallager i Green, 2013), essent-ne una petita excepció els EEUU, i tot i així els existents engloben centres terapèutics que són molt diferents entre sí pel que fa a l'enfocament terapèutic (tipus, freqüència i duració de la teràpia i professionals que hi treballen) (Jakobsen, 2014; Hair, 2005).

D'altra banda, a més de l'escassetat de recerca existent, i tal com expliquen Gallager i Green (2013), també hi ha controvèrsia en les troballes sobre els efectes de l'acolliment residencial terapèutic. Així com alguns estudis presenten evidències de resultats positius (Behrens and Satterfield, 2006; Handwerk et al., 2008), n'hi ha d'altres que diuen que els centres terapèutics tenen un efecte molt petit o no en tenen cap (Andersson, 2007; Montgomery et al. , 2009).

Juntament amb la limitada recerca científica, un altre aspecte que també ha estat altament qüestionat és el cost d'aquest tipus de centres (Ainsworth i Hansen, 2015; Thompson, Duppong Hurley, Trout, Huefner, i Daly, 2017). L'acolliment residencial li surt a l'estat entre 3 i 5 vegades més car que els acolliments familiars i, sovint, no proporciona als joves els suports socials i emocionals que aquests necessiten per desenvolupar el coneixement, les habilitats diàries per viure i la xarxa social per preparar-

se per a l'edat adulta (Holten, Horne i Gerald, 2015; Noonan i Menashi, 2011). No obstant, si que s'accepta que l'atenció grupal s'utilitzi quan és l'alternativa menys perjudicial, i quan els serveis terapèutics de salut mental necessaris no es poden lliurar en un entorn menys restrictiu (Dozier et al., 2014).

Tot i el debat existent, si que hi ha una cosa que queda clara. I és que la literatura reflecteix que els centres residencials que no estan especialitzats en comportaments violents no tenen la capacitat de tractar menors amb comportaments agressius i antisocials i sovint solucionen la situació transferint aquest tipus d'infants i joves a altres centres. Així, aquests joves van passant d'un centre a un altre constantment amb la qual cosa s'empitjora la seva situació, ja que aquests trencaments en la continuïtat de les seves trajectòries vitals provocarà que tinguin molts problemes per desenvolupar i/o mantenir vincles i relacions amb altres persones (Kraleva, 2014). En la mateixa línia, s'ha trobat que els centres terapèutics tenen, efectivament, millors resultats en els joves amb problemes de comportament que els centres residencials normatius. Val a dir que els joves residents en aquest tipus d'acolliment residencial també experimenten més estabilitat que la que havien tingut en les seves experiències prèvies en centres residencials comuns (30 mesos vs. 7 mesos) i van millorar en el contacte amb les seves famílies durant la seva estada (Sullivan et al., 2011).

Partint d'aquestes evidències i de la definició de centre terapèutic acceptada, cal reflexionar sobre la direcció que ha de prendre l'acolliment residencial especialitzat. Les administracions i les polítiques que regeixen aquest tipus de centres s'han d'encaminar a ubicar-los en el mapa de recursos com a ens especialitzats amb uns destinataris concrets i no com a últim recurs per a aquells joves que no han funcionat en els estadis previs del sistema.

En aquest sentit Wittaker, Del Valle i Holmes (2015; citat a Wittaker et al., 2017) van afirmar que:

Cada vegada més, l'argument a favor de l'acolliment residencial va més enllà de la necessitat de l'assistència bàsica i implica la decisió que són necessaris uns serveis terapèutics de gran intensitat per a un nombre reduït, encara que especialment complex, de joves que presenten una multiplicitat de necessitats que no es poden satisfer de forma efectiva en les seves famílies ni en les seves comunitats, ni dins d'un règim d'acolliment familiar terapèutic especialitzat. Persistim en la nostra esperança que existeixen altres vies per aconseguir un Acolliment Residencial Terapèutic efectiu que no sigui la de 'últim recurs'. Els joves amb múltiples necessitats complexes no haurien d'haver d'anar "de fallida en fracàs" fins arribar als serveis que requereixen, sinó que haurien de rebre'ls com a elecció terapèutica quan sigui indicat. (p.293)

A banda de l'efectivitat que els centres terapèutics tenen en els joves amb problemes de comportament, sembla que també els usuaris en tenen una bona opinió. En un estudi realitzat per Gallagher i Green (2012) es va demanar a 16 joves que havien residit en un centre terapèutic d'Anglaterra que valoressin la seva estada i l'atenció que havien rebut. En general, van respondre que la seva experiència havia estat positiva, especialment pel que fa a les relacions amb els professionals, el treball fet amb la seva història de vida, les activitats d'oci i el contacte mantingut amb els professionals després de sortir del centre. Alguns d'ells també estaven contents amb les seves experiències en relació amb la teràpia, l'escola, les amistats i la preparació per a la sortida del centre, però d'altres no estaven satisfets en aquest sentit.

En un altre estudi posterior, Gallagher i Green (2013) van voler conèixer l'impacte produït per haver estat resident d'un centre terapèutic al cap d'un temps d'haver-ne sortit. Les entrevistes als joves extutelats van reflectir que, en general, els resultats en el temps eren bons pel que fa a benestar emocional i conductual, la salut, i els baixos índex de paternitat/maternitat adolescent i ús de substàncies. Alguns d'ells també reportaven bons resultats en quant a formació acadèmica i manca de condemnes per delictes. Només a un petit nombre no els havia anat tant bé en els aspectes mencionats.

A l'Estat espanyol, per tal de conèixer l'opinió dels principals destinataris dels equipaments residencials, l'any 2012 el *Ministerio de sanidad, Servicios sociales e igualdad* va publicar un informe sobre la perspectiva dels nens i els adolescents sobre la qualitat de l'acolliment residencial amb dades recollides al llarg de 14 anys. En el cas concret dels centres residencials que atenien a adolescents amb greus problemes de comportament es va trobar que els joves havien valorat aquests centres de forma positiva, tot i que amb valors no massa elevats (puntuació general mitja de 3.57 sobre 5). Els ítems amb els que més satisfets estaven eren el centre educatiu, i els educadors i la relació educativa s'establia. L'ítem que menys satisfacció reportava era el grau d'autonomia que se'ls atorgava. En la Figura 3 es pot veure com van puntuar els 9 ítems que van configurar la puntuació general obtinguda.

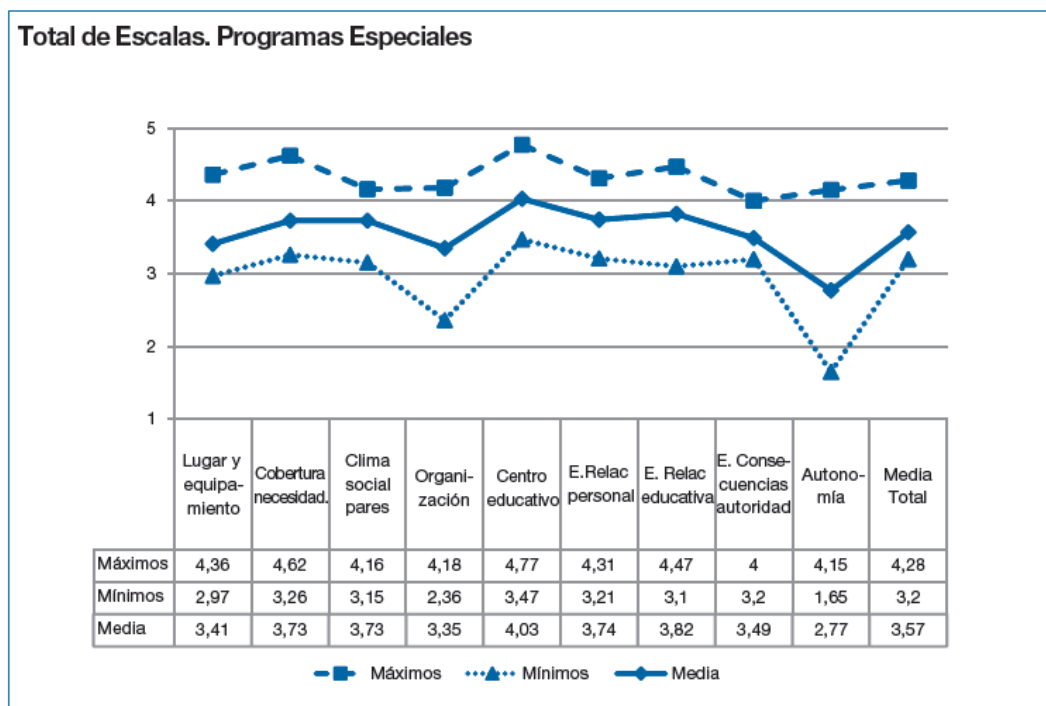


Figura 3. Mitjana , màxims i mínims de les puntuacions expressades pels joves segons els diferents ítems. *La perspectiva de ninos y adolescentes sobre la calidad del acogimiento residencial.* (Ministerio de sanidad, Servicios sociales e igualdad, 2012; p.58)

De forma general, el que menys van valorar els joves té a veure amb les restriccions que aquest tipus d'acolliment especialitzat comporta. S'anomenen entre elles les sancions, la limitació en les sortides, el control dels educadors, la manca de llibertat, les normes excessives i la limitació de les visites familiars.

També val a dir que cada vegada més es treballa per a trobar l'eficàcia i l'eficiència en els centres terapèutics. Estudis i revisions recents de la bibliografia suggereixen que progressivament s'està expandint la tendència a implementar pràctiques basades en l'evidència en els entorns d'atenció residencial (James et al., 2015), tot i que encara s'han fet relativament pocs estudis sobre l'eficàcia o fidelitat d'aplicació (James, 2011; James, Alemi, & Zepeda, 2013). En conseqüència, amb el temps van sorgint més iniciatives com

la que es mostra en un article de Thompson, Duppong Hurley, Trout, Huefner, i Daly (2017), on s'explica que s'ha establert una associació de recerca a llarg termini entre una gran agència proveïdora de serveis i un centre d'investigació d'una universitat per dur a terme un programa de recerca que tradueix pràctiques basades en l'evidència en programes per a proveïdors de serveis, a més d'oferir col·lateralment contribucions al cos de coneixement de l'atenció residencial i oportunitats de formació per a joves científics que s'especialitzin en aquest àmbit.

Així doncs, sembla que l'acolliment residencial terapèutic, tot i tenir un llarg camí per recórrer, té un horitzó molt optimista a la vista.

2.4.1.1. Principis per a una intervenció efectiva en els centres terapèutics

Tot i la ja reflectida diversitat pel que fa a conceptes, mètodes i pràctiques d'intervenció utilitzades en els centres terapèutics, Andreassen (2014) explica en una aportació recollida en el llibre *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (Whittaker, Del Valle, i Holmes, (Eds.), 2014) que s'han formulat a nivell teòric uns "principis per a una intervenció efectiva" que sembla que la seva consideració podria afavorir l'èxit de la intervenció en joves internats en centres terapèutics. Aquests principis, basats en les investigacions sobre el tractament de problemes greus de conducta dutes a terme per Andrews *et al.* (1990) són el principi de risc, el principi de necessitat i el principi de receptivitat (RNR).

Tal i com també s'explica en l'aportació d'Andreassen (2014) els resultats de diversos meta-anàlisi efectuats per diferents investigadors donen suport a l'efectivitat d'aquests principis.

El principi de risc

El principi de risc prediu que els tractaments residencials i altres intervencions intensives funcionen millor entre els joves d'alt risc, és a dir, entre aquells joves que presenten molts factors de risc. Entre aquests factors de risc es consideren: història de comportament antisocial, patrons de personalitat antisocial, pensaments antisocials, relacions antisocials, condicions familiars específiques, condicions escolars específiques, activitats de lleure específiques i abús de substàncies.

El que aquest principi planteja és que els joves d'alt risc tenen més necessitats i, per tant, se'ls ha d'oferir més recursos i un tractament més intensiu que als joves de baix risc.

D'altra banda, el principi de risc també especifica que no és efectiu que la mesura assignada a joves de baix risc sigui en acolliment residencial ja que es redueix el seu contacte amb els factors protectors (escola, companys i família) i el contacte amb joves d'alt risc els pot influir negativament.

El principi de necessitat

El principi de necessitat declara que la intervenció, per ser efectiva, ha de tenir un enfocament sistèmic i treballar a partir de les necessitats individuals de l'individu aprofundint en aspectes com la conducta, les habilitats i actituds, i la relació amb la família, els amics i l'escola.

Intervenir en aquestes necessitats individuals és un objectiu prometedor en la intervenció, ja que sembla que si el tractament redueix el nombre de factors de risc dels àmbits assenyalats, la probabilitat de presentar comportaments antisocials en un futur disminueix.

El principi de receptivitat

El principi de receptivitat considera que l'aprenentatge de noves habilitats i comportaments requereix que els joves tinguin una actitud receptiva i estiguin suficientment motivats per tal de transferir els aprenentatges a la vida real. Per tant, els programes han d'incloure tècniques de motivació que premiïn els comportaments pro-socials que es van adquirint.

A més, parteix de la base que si un programa d'intervenció es fonamenta en la teoria cognitiva-conductual i en la teoria de l'aprenentatge social i s'orienta a intervenir en certs factors de risc com són el dèficit d'habilitats socials, la mala gestió de l'enuig i la ira, i les actituds antisocials, serà més efectiu que altres programes.

Aquest principi de receptivitat també té en compte que cada persona és un ésser individual amb aspectes que el diferencien dels demés, amb la qual cosa cada jove tindrà uns resultats diferents en la intervenció. Així, aquests resultats quedaran determinats per certes característiques individuals com la capacitat mental i els problemes de salut mental entre d'altres, i en conseqüència s'han de tenir en compte.

A banda d'aquests tres principis, Andreassen (2014) n'afegeix dos més a considerar: la gestió de la cultura/clima de centre, i el treball amb les famílies i el seguiment en sortir dels centres.

Gestió de la cultura/clima de centre

Tal i com explica Andreassen (2014), Fretz (2007) afirma que l'efectivitat dels principis Risc-Necessitat-Receptivitat requereix que els centres tinguin una cultura de la intervenció que sigui pro-social, altament estructurada i mútuament respectuosa. El cos de professionals i els administradors del centre han monitoritzar constantment la cultura

del programa d'intervenció, ja que la seva efectivitat depèn de que se segueixi fidelment la totalitat del programa.

En la mateixa línia, l'autor també explica que altres autors han trobat que el clima de la intervenció s'ha de basar en bones relacions interpersonals, en el respecte i en implicar als joves en el seu propi procés d'intervenció (Andrews i Dowden, 2004).

Treball amb les famílies i seguiment post-intervenció

L'ambient familiar existent al domicili al qual retorna el jove després de l'acolliment residencial és de crítica importància per tal de mantenir els canvis positius assolits durant l'estada (Andreassen, 2014). Així, Hollin (2000, citat a Andreassen, 2014) assenyala que les millores en el comportament realitzades durant l'estada al centre poden tenir una duració molt curta si el tractament no inclou esforços per modificar l'entorn del jove fora del recurs residencial.

Cal, doncs, oferir suport a les famílies tant quan el jove és al centre com quan retorna a casa. Així, Andreassen (2014) explica que diversos autors han trobat que el seguiment post-intervenció és tant important com el tractament residencial en si mateix, i, per tant, hauria de ser integrat com a part igualment important de la intervenció (Altschuler, 2008; Liddle i Rowe, 2001).

2.4.2. Iniciatives i programes innovadors en l'acolliment residencial terapèutic

Com ja hem anat veient al llarg del capítol no existeix una única forma d'intervenir ni d'organitzar quan parlem de centres residencials terapèutics. Revisant la literatura ràpidament s'identifica que és ara quan es comença a posar atenció en aquest tipus

específic d'acolliment, ja que històricament s'ha utilitzat com a últim recurs per a aquells joves que no havien funcionat enlloc més i com a recurs de contenció per a aquells casos més difícils (McLean, Price-Robertson i Robinson, 2011). A més, no s'ha tingut interès en descriure aquest tipus d'acolliment i sovint apareix com un calaix de sastre on al llarg del temps hi ha anat a parar joves amb casuístiques molt diverses (Andreassen, 2014). En conseqüència, la varietat de formes d'organitzar aquests recursos residencials és tan extensa que les línies definides entre uns tipus i altres d'intervenció es desdibuixen fàcilment (Jakobsen, 2014).

No obstant, i com també hem vist, sembla que aquesta perspectiva va canviant en l'actualitat. Fruit dels esforços de diversos autors que busquen unificar aquest àmbit sorgeix el llibre *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (Whittaker et al., 2014). És especialment interessant el segon apartat d'aquest llibre, en el que es fa un recull de les propostes més interessants a nivell mundial pel que fa a iniciatives i programes innovadors en l'acolliment residencial terapèutic. Aquestes propostes es resumeixen a continuació.

Un tret comú de les experiències que es presenten a continuació és que totes avaluen el seu funcionament i els seus resultats de forma reiterada.

2.4.2.1. Experiències d'acolliment residencial terapèutic als països nòrdics

Observant el panorama del l'acolliment residencial terapèutic als països nòrdics trobem que, com la resta del món, sembla que la diversitat en els enfocaments terapèutics és molt àmplia. D'aquesta manera la revisió realitzada per Jakobsen (2014) en el llibre

(Whittaker et al., 2014) es limita a identificar trets comuns entre les diferents varietats d'acolliment terapèutic, especialment en el context de Dinamarca.

Així, el terme “atenció residencial terapèutica” es pot equiparar, als països nòrdics, amb un tipus d'acolliment residencial, que ells anomenen el que serien "*treatment homes*" (habitatges de tractament). Aquestes habitatges són entorns de tractament especialitzats i professionalitzats, que basen la seva intervenció en el tractament dels traumes patits pels infants i joves a una edat primerenca. En aquests centres s'utilitza la “teràpia d'entorn” que es basa en la idea que un entorn acuradament organitzat és una part vital de la intervenció. Així, la "seguretat" i la "predictibilitat" en l'organització diària és un requisit previ per treballar amb els sentiments interns dels nens.

Principalment, doncs, aquest tipus de centres fan un treball en dos eixos:

- Intencional: en el sentit que tots els esdeveniments de la vida quotidiana s'entenen en termes del potencial terapèutic que poden suposar per a cada nen.
- Estratègic: Disposant sempre d'una planificació exhaustivament enfocada a uns objectius a seguir en la intervenció.

2.4.2.2. MultifunC – Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings (Noruega)

En el cas concret de Noruega, i tal i com ens explica Andreassen (2014), s'utilitza en l'atenció residencial terapèutica el model MultifunC (2004). Aquest model neix d'un encàrrec del Ministeri d'Infància, Família i Igualtat de Noruega, i la Junta Nacional de protecció institucional i el Centre d'avaluació de Serveis Socials de Suècia efectuat a

Andreassen, l'any 2000, en el que se li demanava que analitzés la literatura científica existent sobre l'acolliment terapèutic.

Fruit d'aquesta revisió Andreassen presenta, el 2004, el Multifuncional Treatment in Residential and Community Settings (MultifunC) que és un model que s'adreça a joves d'alt risc amb greus problemes de comportament.

Aquest programa està organitzat en dues fases d'intervenció i té una duració d'entre 10 i 12 mesos. La primera es duu a terme dins d'una institució i dura aproximadament sis mesos -tot i que depèn de l'evolució del jove- i la segona s'emplaça a la llar familiar i dura entre quatre i cinc mesos. És primordial el paper de la família en tot el procés, ja que mentre el jove és al centre la seva família rep formació i orientació sobre habilitats parentals i quan el jove és a casa tenen suport disponible 24 hores, tant durant les visites de la primera fase, com durant la segona fase de retorn a casa.

- Fase d'intervenció en el recurs residencial: Les unitats residencials són obertes (no limitades físicament) però les oportunitats per sortir del centre lliurement estan regulades pel personal del centre. Es busca sempre que els joves vagin a escola fora del centre però si el seu procés no ho permet se'ls ofereix l'educació acadèmica des de la pròpia unitat residencial. En aquesta primera part de la intervenció els joves segueixen un programa de cinc fases on a cada fase s'augmenta progressivament el grau d'autonomia i llibertat del jove. Es treballa les habilitats socials, la gestió de la ira i l'adquisició de noves actituds. A cada unitat residencial hi ha fins a vuit joves convivint simultàniament.
- Fase de retorn a la llar familiar: Quan es considera que el jove està preparat aquest retorna a la llar familiar. En aquesta fase la família rep suport i

seguiment per part d'un equip de professionals a través de reunions setmanals.

A més, els terapeutes familiars del centre estan disponibles 24 hores per via telefònica.

L'any 2014 aquest programa s'aplicava a nou unitats residencials de Noruega, Suècia i Dinamarca. A cadascun dels països hi ha un Equip d'Avaluació de la Qualitat extern que fa un seguiment dels programes setmanalment i s'encarreguen de formar als professionals del MultifunC. Aquest model i la seva aplicació és avaluat per l'administració sistemàticament.

2.4.2.3. The Family Home Program de Boys Town (USA)

Tal i com expliquen Thompson i Daly (2014) *The Family Home Program* és una adaptació del model *Teaching Family Model at Boys Town* que té les seves arrels a Nebraska el 1917.

El *Family Home Program* és un programa residencial per a joves delinqüents o pre-delinqüents que utilitza l'enfocament del Model de Família docent (*Teaching Family Model-TFM*) que posa l'accent en el treball de les habilitats comportamentals i acadèmiques en un entorn que simula la vida en família, amb l'objectiu final de reunificació familiar.

Els joves que acullen tenen problemes emocionals i/o conductuals greus i no poden romandre a casa seva, però poden funcionar de forma segura en un entorn comunitari. A partir de l'enfocament de TFM una parella casada, els anomenats *Family-Teachers*, amb ajuda d'un assistent a temps complet, viu a la unitat residencial les 24 hores del dia amb entre sis i vuit joves – “fills”-.

El programa d'intervenció es caracteritza per cinc elements clau. Aquests elements són:

1. construcció i manteniment de relacions saludables
2. desenvolupament d'habilitats interpersonals i per a la vida
3. desenvolupament moral i social, amb especial èmfasi en l'espiritualitat
4. amb un enfocament familiar
5. aprenentatge i pràctica de l'autogovern i l'autodeterminació.

Es posa èmfasi en que els joves s'apropin als altres i desenvolupin relacions positives i no negligents. S'ensenyen habilitats interpersonals adequades i el respecte als límits. Les habilitats que s'ensenyen estan relacionades amb la vida quotidiana i inclouen activitats tan senzilles com prendre el cafè a casa, comprar aliments i preparació dels àpats. Els joves també assisteixen setmanalment a serveis religiosos. El seu entorn vital està destinat a imitar la vida familiar normal amb activitats familiars típiques, com ara les feines de casa i activitats d'oci.

La durada mitjana de l'estada és de 12 a 18 mesos i els joves no assisteixen a l'escola ordinària, sinó a una escola específica presencial dirigida per la pròpia organització *Boys Town*.

2.4.2.4. Experiències d'acolliment residencial terapèutic a l'estat de Victòria (Austràlia)

Tal i com explica McNamara (2014) en el capítol 9 del llibre *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice*

(Whittaker et al., 2014) els programes terapèutics residencials han emergit recentment a Austràlia, i més concretament a l'estat de Victòria, que en la última dècada ha desenvolupat polítiques i lleis relatives al sistema de protecció més sensibles al desenvolupament i ecologia dels infants i joves.

En l'actualitat existeixen tres programes que dominen el panorama de l'acolliment residencial terapèutic en aquest estat, són el *Sanctuary model*, el *Therapeutic Residential Care* pilot model i el *Lighthouse model*. Els dos primers models s'han desenvolupat recentment i encara estan en evolució, el tercer ha estat funcionant durant 25 anys.

Sanctuary model

El *Sanctuary model* està enfocat a intervenir en els traumes resultants de l'abús i la violència familiar. Aquest model s'ha aplicat en més de 100 centres arreu del món. Aquest programa va ser adoptat i aplicat per Mackillop Family Services el 2012. Mackillop Family Services és una ONG de base religiosa que es troba sota els auspicis de l'Església Catòlica, i és el major proveïdor de serveis residencials de l'Estat de Victoria.

En el *Sanctuary model* les seves unitats residencials acullen entre quatre i sis joves i l'internament dura tant com es considera necessari per al procés terapèutic d'intervenció.

Els joves que entren en aquest programa són joves que tenen greus problemes en els àmbits biològic, afectiu, cognitiu, social i existencial. Aquests joves solen ser propensos a auto lesionar-se i poden ser abusadors d'altres.

Es considera primordial per a l'èxit de l'aplicació del model el coneixement i la comprensió, per part de tots els professionals, dels conceptes i efectes de l'abandonament i el trencament del vincle.

Així, ajudar als joves a desenvolupar respostes més resilients per afrontar el canvi i la imprevisibilitat és la pedra angular de l'enfocament de la intervenció d'aquest model. El model, doncs, es basa en una combinació de la teoria del trauma, la teoria de l'aprenentatge social, la pràctica no violenta i la teoria de la complexitat. Als joves se'ls ensenya a reconèixer quan es troben en un estat de hiperexcitació i com reaccionar amb una resposta no violenta. Utilitzant els quatre marcs de referència, el personal aprèn a crear un entorn residencial socialment responsable com a agent de canvi terapèutic. Això suposa un alt nivell d'autocontrol, reflexió i reflexivitat.

Els professionals que treballen en aquest programa adopten uns compromisos bàsics que són la no-violència, la intel·ligència emocional, la responsabilitat social, el creixement i el canvi. A més, tant els nens i els joves com el personal es comprometen a aplicar l'eina SELF per a la curació i la recuperació, que consisteix en:

- Seguretat (*Safety*): aconseguir seguretat en si mateix, en les relacions i l'entorn.
 - Gestió emocional (*Emotional management*): identificació dels nivells d'afectació i modulació de la resposta pel que fa als records, les persones i esdeveniments.
 - Pèrdua (*Loss*): permetre's sentir pena i treballar les pèrdues personals.
 - Futur (*Future*): provar nous rols, formes de relacionar-se i comportar-se com a "supervivent" per garantir la seguretat personal i ajudar els altres.
- (McNamara, 2014, p.88)

McNamara (2014) explica que el model està ben articulat i ofereix directrius operatives específiques. Existeixen fòrums diaris a les unitats residencials que ajuden a mantenir una

clara comunicació intra-organitzativa a tots els nivells. També es fan reunions de comunitat, plans de seguretat, treball en grup psicoeducatiu, plans d'autoocupació, reunions urgents sempre que succeeixen incidents crítics i reunions d'equip.

Tots els membres de l'organització, des del Consell d'Administració fins al personal informal, reben una àmplia formació en el model.

Therapeutic Residential Care pilot model

La preocupació del govern de l'Estat de Victòria per la manca d'opcions d'atenció residencial joves d'alt risc, van traduir-se, el 2007, en la creació del programa pilot d'acolliment residencial terapèutic, que es va iniciar en una propietat ubicada en una zona rural a les afores de Melbourne.

Els resultats positius obtinguts d'aquesta primera experiència van encoratjar al govern a desenvolupar, pilotar i avaluar aquest programa a nivell estatal. Així, unes altres 11 rèpliques del programa pilot van ser finançades pel govern estatal i aplicats per diversos proveïdors de serveis no governamentals experimentats.

Aquest model pilot té un enfocament específic centrat en les característiques específiques de cada usuari, com ara el sexe, l'edat i situació personal. La majoria de les residències d'acolliment terapèutic poden acomodar a quatre joves de 12-18 anys.

La base teòrica del model està influït pel model *Sanctuary*. Així, les teories de vincle i el trauma, la neurobiologia del desenvolupament del cervell i la resiliència sustenten el desenvolupament i pràctica del model.

És un requisit no negociable per als treballadors dels programes esser format específicament en la implementació del programa.

L'empresa Verso Consulting, consultora de recerca amb experiència en el sector, ha realitzat diverses avaluacions del programa. Així, sembla que els nens i joves d'aquests centres han fet més progressos en relació amb la qualitat de relacions i contacte amb la família, i millores significatives en la qualitat de la relació al llarg del temps amb els seus cuidadors residencials a les unitats residencials terapèutiques. També van augmentar la connexió amb la comunitat a través d'activitats lúdiques, i van fer millores significatives en l'autoconcepte. Van adoptar un estil de vida més saludable i reduir l'assumpció de riscos, així com van millorar la salut mental i emocional i van millorar les relacions amb l'escola. Aquests resultats són en comparació amb altres joves atesos en centres ordinaris i amb els avanços fets per ells mateixos anteriorment en unitats residencials generals (DHS-Verso, 2011 citat a McNamara, 2014).

Lighthouse model

El Model *Lighthouse* s'utilitza des de fa 22 anys. Aquest model es basa en la teoria del vincle i es centra en la necessitat biològica i psicològica dels individus de relacionar-se i establir vincles amb els cuidadors primaris com a part fonamental per a la supervivència i el desenvolupament futur dels éssers humans. Cada jove és encoratjat a ser actiu a l'escola, al treball i en el seu desenvolupament personal, mentre realitza programes específics per superar les barreres personals que té. El suport continuat, en la realització i l'accés a aquests programes i el compromís del jove assegura que es mantingui i es reforci el sentiment de pertinença dins d'una comunitat. Els joves solen residir en una casa del model *Lighthouse* durant, al menys, dos anys i són altament recolzats i acompanyats

quan surten del programa. A més, se'ls anima molt a mantenir-se connectats amb l'organització durant tota la vida, cosa que es fa a través d'un programa de seguiment post-intervenció. També se'ls ofereix ser membres de la comunitat *Lighthouse* quan passen a la vida independent. Molts joves visiten regularment el seu centre, especialment en dates assenyalades, com ara el Nadal.

El programa *Lighthouse* també disposa d'un comitè de voluntaris locals capacitats que recolzen els professionals ajudant amb el manteniment de la llar i socialitzant-se i construint relacions de mentoring amb els joves residents.

Aquest model té com a objectiu oferir a nens i joves traumatitzats un entorn físic de vida segur i congruent, amb models parentals positius i coherents, així com serveis clínics i de suport perquè puguin (re)construir el seu autoconcepte, aprendre noves formes de confiar i relacionar-se amb els altres, i desenvolupar connexions pro-socials dins de les seves comunitats més àmplies. El model amb el que treballen es fonamenta en la creença que es poden aprendre formes noves i constructives de comportament dels seus cuidadors, que actuen com a "pares terapèutics".

Centres similars a una llar familiar, fortes relacions amb els cuidadors i el suport d'altres especialistes, incloent-hi psicoterapeutes, ajuden als infants i joves a enfrontar-se i treballar per superar els traumes infantils. Un element clau del model és que es treballa per a que els nens i joves estableixin i mantinguin relacions positives i recíproques amb altres persones dins i fora del programa que s'estendran al llarg de la seva vida. Això s'aconsegueix mitjançant el desenvolupament de les habilitats de vida i de suport, de xarxes de suport, de vincles de suport i de xarxes socials més àmplies.

El programa avalua sistemàticament els seus resultats amb una eina que mesura la recuperació de nens i joves en vuit àrees de desenvolupament:

- Aprenentatge
- Desenvolupament físic
- Desenvolupament emocional
- Vincle
- Identitat
- Desenvolupament social
- Habilitats d'autonomia / vida
- Connexió relacional i comunitària.

A més, l'èxit del Model es mesura seguint el nombre de joves atesos, nombre de llars actives i plans de desenvolupament individual actius, nombre de joves en educació i ocupació, i reducció dels joves que tornen a ingressar posteriorment en serveis d'acolliment de persones sense sostre; la retenció del personal també es considera una mesura important d'èxit.

2.4.3. Els recursos residencials especialitzats a Catalunya: Els centres residencials d'educació intensiva (CREI)

En els últims anys s'han anat creant a totes les comunitats autònomes centres especialitzats amb diferents denominacions (centres d'educació especial, d'atenció especialitzada, d'acolliment terapèutic, d'educació intensiva, terapèutics...), degut a la necessitat creixent de donar resposta i poder atendre els problemes específics dels adolescents d'alt risc en situació de protecció.

A Catalunya, s'opta per diferenciar la tipologia de centres on es tracten els problemes de drogodependència i discapacitat física o psíquica, dels centres on es tracten només els problemes de conducta. Mentre el primer tipus de problemàtica mencionat es treballa en diversos recursos residencials especialitzats, els joves amb problemàtiques conductuals s'aborden en els centres anomenats Centres Residencials d'Educació Intensiva (CREI), a partir d'una intervenció intensiva però normalitzadora i acotada en el temps.

Per a la realització d'aquest capítol ens hem basat en el Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva de Catalunya, publicat l'any 2017.

2.4.3.1. Els recursos residencials especialitzats

Tal i com s'explica al Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva (2017), per tal de donar resposta a situacions que requereixen un abordament tècnic especialitzat complementari a la xarxa de protecció, l'organisme competent en matèria de protecció a la infància i l'adolescència pot establir concerts amb diferents entitats per a un determinat nombre de places en centres que no pertanyen a la xarxa de centres de protecció a la infància i l'adolescència: centres de la xarxa de salut mental, de persones amb discapacitats, d'intervenció en toxicomanies, etc.

Aquests recursos residencials són centres d'atenció específica per a col·lectius que necessiten una atenció molt especialitzada i tenen unes característiques especials, amb professionals, infraestructures i recursos específics, que permeten l'acolliment dels diferents col·lectius. Aquest acolliment pot ser temporal, destinat a la normalització, o de caràcter permanent, si no hi ha possibilitats de reinserció.

Aquests recursos específics estan destinats a (Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva, 2017, p.15):

- Infants i adolescents amb patologies de salut mental: Són recursos sanitaris o socio-sanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció terapèutica, per tal d'atendre infants o adolescents afectats per trastorns mentals que necessiten seguir un tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat.
- Infants i adolescents amb dependència a tòxics (drogodependència) que requereixen unes intervencions o un tractament de desintoxicació i psicoteràpia: Són recursos socio-sanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció en toxicomanies amb tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat i temporitzat i que tenen com a finalitat l'atenció a adolescents amb una problemàtica greu de consum de tòxics, sovint amb altres trastorns associats o no al consum, i que no poden ser tractats des d'un recurs ambulatori. Són, doncs, recursos sanitaris o socio-sanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció en toxicomanies amb tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat i temporitzat.
- Infants i adolescents amb una discapacitat greu, tant física com psíquica o sensorial, que, atesa la gravetat d'aquesta discapacitat, requereixen suport constant de terceres persones per al desenvolupament de les tasques habituals de la vida quotidiana: Són uns recursos específics amb infraestructura adequada i personal altament qualificat per dur a terme aquesta atenció. L'objectiu és

treballar la reducció al màxim de la dependència i evitar la sobreprotecció i estimular la seva autonomia al màxim.

L'ingrés i l'estada de persones menors d'edat en programes d'acolliment residencial especialitzat per al tractament de problemes greus de conducta, de patologies en la salut mental i de dependència a tòxics sempre requereix una autorització judicial.

Els centres terapèutics tenen doncs, una finalitat de protecció social i educativa però també incorporen la vessant sanitària d'atenció a la salut mental. En l'actualitat, a Catalunya, hi ha dos centres d'aquest tipus en servei concertats i destinats a menors d'edat en situació de desemparament. Són el Centre Masia Font Fregona/Mas Pons i la Comunitat Terapèutica Santa Maria de Valldaura. Els adolescents que atenen estan en situació de desemparament i tenen una realitat molt complexa i necessiten no només una atenció social i educativa, sinó també una atenció sanitària específica, per problemes d'addicció o de salut mental. Aquesta atenció no es podia donar amb els serveis recollits en la Cartera de serveis socials, per la qual cosa es van concertar places en recursos socio-sanitaris autoritzats i sota el control del Departament de Salut. En aquests centres s'aborden problemes de conducta malgrat puguin estar associats a problemes de consum o salut mental i es poden aplicar mesures de seguretat i/o restrictives de drets i llibertats. Inicialment, totes les activitats es desenvolupen en el mateix centre (incloent l'escolarització obligatòria i la formació) i s'apliquen mesures de contenció i limitacions al règim de sortides.

Paral·lelament existeix un altre tipus de recurs per a adolescents amb problemes de conducta associats amb greus problemes de salut mental. Aquest centre, anomenat Can Rubió, neix com a conseqüència de la col·laboració entre la DGAIA i el Departament de

Salut, per a l'atenció socioeducativa i psiquiàtrica dels menors d'edat en situació de desemparament. Aquest centre és de titularitat i gestió pública, destinat exclusivament a adolescents sota guarda i tutela de la DGAIA i, com els dos centres mencionats anteriorment, inicialment, totes les activitats es desenvolupen en el mateix centre (incloent l'escolarització obligatòria i la formació) i s'apliquen mesures de contenció i limitacions al règim de sortides. L'ingrés per a l'acolliment en aquests centres requereix autorització i control judicial. No obstant, en aquest cas, a efecte de protecció és un centre residencial d'acció educativa (CRAE) i així consta registrat en el Registre de Serveis Socials, però també disposa d'un equip clínic de salut mental (psiquiatria, psicologia i infermera psiquiàtrica) que proporciona el Departament de Salut. A la taula 4 es pot veure una síntesi de la informació referida a aquest tipus de serveis.

Taula 4. Altres recursos residencials especialitzats

Servei	Places	Tipologia	Ubicació
Font-Fregona/Mas Pons	35	Centre sociosanitari de teràpia socioeducativa/comunitat terapèutica	Vilafranca del Penedès
Valldaura	35	Centre sociosanitari de teràpia socioeducativa/comunitat terapèutica	Berga
Can Rubió	25	Centre residencial d'acció educativa per a adolescents amb greus problemes de salut mental	Martorell

2.4.3.2. Els Centres Residencials d'Educació Intensiva - CREI

D'altra banda, els CREI són els recursos que, d'acord amb la Cartera de serveis socials vigent aprovada pel Decret 142/2010, d'11 d'octubre, tenen com a objectiu “donar resposta a les necessitats educatives i assistencials específiques d'adolescents i joves amb alteracions conductuals que requereixen una especialització tècnica alternativa en la seva cura i atenció”.

Per desenvolupar aquest apartat ens hem fonamentat en el Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva de Catalunya (2017), que al seu torn descriu els CREI com a:

Un recurs d'estada limitada que, a més de complir amb les funcions d'acolliment dels serveis residencials de la xarxa de protecció, disposa de mesures estructurals de protecció per a la guarda dels adolescents sota la tutela de l'Administració de Catalunya que presenten trastorns de conducta diagnosticats i requereixen un abordatge socioeducatiu i terapèutic”. El servei, pel que fa a l'abordatge dels trastorns de conducta des d'un model socioeducatiu i terapèutic, es presta en centres o unitats d'educació intensiva, la configuració arquitectònica i l'equipament dels quals disposen d'elements constructius de protecció, i presenta l'especialització d'equips interdisciplinaris en el maneig de situacions conflictives, amb l'objecte d'afavorir l'eficàcia dels programes socioeducatius, prelaborals, psicològics i terapèutics que s'hi desenvolupen. (p.5)

En el document també s'explica que l'acolliment en un centre residencial d'educació intensiva s'ha de fer exclusivament quan no sigui possible la intervenció a través d'altres

mesures de protecció, i ha de ser intensiu i de curta durada per tal que l'adolescent, tan aviat com sigui possible, pugui reintegrar-se a la seva família o en recursos més normalitzats, com ara l'acolliment en recurs residencial bàsic o en família extensa, o preparar-se per a la transició a la vida adulta i l'autonomia personal.

Les característiques fonamentals d'aquests centres són (Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva, 2017, p.5):

- **L'atenció assistencial i l'educació integral**, així com la resta de recursos residencials de la xarxa de protecció.
- **L'abordatge socioeducatiu i terapèutic**, ja que l'objectiu fonamental que justifica aquest tipus de programes és la consecució d'un canvi i una millora en l'equilibri emocional, l'autocontrol i les habilitats adaptatives dels adolescents.
- **El context altament estructurat**, que reguli i programi de manera detallada el funcionament del recurs i contribueixi a crear un ambient previsible i predictable, millorar la convivència i possibilitar el treball socioeducatiu i terapèutic.
- L'existència de **mesures excepcionals de control i supervisió**, a fi de garantir la seguretat i prevenir situacions de risc, perill i conflicte al recurs.
- **La temporalitat de l'estada**, determinada per la consecució dels objectius terapèutics i en cap cas per la situació de desemparament que hagi motivat l'assumpció de les funcions tutelars per part de l'Administració.
- **L'autorització judicial prèvia a l'ingrés**, requisit perquè l'adolescent pugui ser acollit en el servei, fet diferencial de la resta dels serveis residencials, en què no és un requeriment.

- **La restricció de drets i llibertats fonamentals**, marcada per les característiques del recurs per a la consecució dels objectius socioeducatius i terapèutics.

Existeixen cinc Centres Residencials d'Educació Intensiva a Catalunya a Catalunya com mostra la Taula 5.

Taula 5. Centres Residencials d'Educació Intensiva a Catalunya

Servei	Places	Sexe dels joves atesos	Ubicació
Els Castanyers	42	Nois	Sabadell (Barcelona)
El Pedrenyal	20	Nois	Granollers (Barcelona)
El Guaret	20	Nois	Valls (Tarragona)
Mas Ritort	12	Noies	Arenys de Mar (Barcelona)
La Ginesta	20	Nois i noies	Juià (Girona)

Funcions

Les principals funcions dels CREI són promoure, establir i aplicar mesures educatives i d'inserció social, laboral i familiar. Coordinar-se amb els serveis socials bàsics, amb els equips professionals dels altres sistemes de treball, afers socials i famílies, amb les entitats associatives i amb les que actuen en l'àmbit dels serveis socials especialitzats. Proporcionar als menors atesos tota la cobertura inherent a l'exercici de la guarda i educació. I totes les altres funcions establertes per l'ordenament jurídic vigent.

Població destinatària

Adolescents i joves entre 12 i 18 anys, sota guarda o tutela de l'Administració i en mesura d'acolliment en centre residencial d'educació intensiva prèviament autoritzada o

ratificada per l'autoritat judicial competent, que presenten alteracions conductuals greus que requereixen d'uns sistemes d'educació intensiva. El Programa marc defineix les característiques dels adolescents per ser acollits en aquest tipus de recurs de la següent manera (Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva, 2017, p.20):

- Amb problemes de comportament greus, que presentin conductes disruptives o dissocials recurrents, transgressores de les normes socials i els drets de tercers.
- Que són susceptibles de posar en perill la seva pròpia seguretat física i/o emocional o la dels qui els envolta, i és inviable la seva convivència en contextos més normalitzats o recursos d'acolliment residencial bàsic.
- Que disposen d'un informe diagnòstic i valoració psicosocial especialitzada de trastorn de conducta (relacionat amb patologies psicosocials i educatives) emès per la xarxa pública de salut mental.
- Que requereixen l'aplicació de tècniques i actuacions molt estructurades, destinades a la contenció i a la correcció amb caràcter socioeducatiu, i a la potenciació i aprenentatge de comportaments positius i l'assimilació de les regles socials bàsiques orientats a la seva integració en els contextos normalitzadors.
- Que sovint requereixen altres tractaments estructurats i intensius per tractar l'abús de substàncies, sempre que el centre disposi d'un programa específic per a l'abordatge d'aquesta problemàtica.

Perfils professionals i ràtio

El punt 4 de l'article 25 de la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del Sistema de protecció a la infància i l'adolescència estableix que “aquests centres han de disposar d'una ràtio adequada entre el nombre de menors i el personal destinat a la seva

atenció per garantir un tractament individualitzat de cada menor” (Programa marc dels centres residencials d’educació intensiva, 2017, p.24). Però no fixa quina és la ràtio adequada ni especifica el perfil professional del personal.

A banda de l’àmbit socioeducatiu i terapèutic, aquests centres treballen en tres àmbits bàsics d’atenció als adolescents: formatiu, salut i lleure, que fa que tots els centres disposin de personal amb perfils específics en cadascun d’ells.

Particularitats de l’accés i la finalització de l’ingrés

L’ingrés i l’estada de menors d’edat en centres residencials d’educació intensiva sempre requereix una autorització judicial (Article 26 de la Llei orgànica de protecció jurídica del menor i 788 bis de la Llei d’enjudiciament civil). Per emetre aquesta autorització són competents els jutjats de primera instància del lloc on estigui el centre, tant en els casos d’ingrés urgent com en els d’ingrés ordinari.

L’ingrés del jove finalitza sempre per resolució judicial del jutjat de primera instància que està al coneixement de l’ingrés. Si el jove assoleix la majoria d’edat deixen de ser aplicables les normes previstes en el articles 25 i següents de la Llei orgànica de protecció jurídica del menor i l’article 778 bis de la LEC, i per tant pot finalitzar la seva estada. En el cas que el jove hagi de continuar ingressat en el centre, el seu procediment passa a ser el mateix que es segueix amb un major d’edat.

Estàndards de qualitat

En l'actualitat no es troben establerts els estàndards de qualitat a seguir en els CREI, tot i que s'observa una voluntat manifesta de garantir uns mínims de qualitat en l'atenció dels adolescents acollits en la disposició addicional segona de la Llei orgànica 8/2015, amb títol de Criteris comuns de cobertura, qualitat i accessibilitat. En aquesta disposició s'estableix que el Govern de l'Estat "ha de fomentar amb les comunitats autònomes l'establiment de criteris comuns i mínims estàndards de cobertura, qualitat i accessibilitat en l'aplicació d'aquesta Llei en tot el territori, i, en tot cas, pel que fa als centres de protecció de menors amb problemes de conducta". D'altra banda, publicats pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2012) trobem els *Estàndards de qualitat en l'acolliment residencial especialitzat EQUAR-E* que semblen un bon punt de partida per la finalitat que es persegueix.

Val a dir també, que des de la Generalitat de Catalunya amb la implantació del "Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva" (DGAIA, 2017), es va iniciar una línia de treball centrada a desenvolupar els indicadors de qualitat de la intervenció en els centres residencials especialitzats. Aquest projecte està en curs i serà una aportació molt valuosa de cara a millorar el treball que es fa als centres.

3. DISSENY I DESENVOLUPAMENT DE LA RECERCA

3.1. Preguntes inicials de la investigació

Com hem esmentat anteriorment la finalitat d'aquest estudi era conèixer el funcionament i el tipus d'intervenció educativa que es fa als Centres residencials d'educació intensiva de Catalunya, ja que no existien dades amb rigor científic sobre aquesta tipologia de centres especialitzats.

Les preguntes de recerca que volíem contestar amb aquesta investigació són les següents:

- Què són els Centres residencials d'educació intensiva que hi ha a Catalunya?
- Com funcionen aquests centres i com està plantejada la intervenció que s'hi fa?
- Quin és el perfil dels joves que s'atenen als CREI?
- Quins són els elements que contribueixen a que els joves facin una evolució positiva durant la seva estada al CREI?

3.2. Objectius

Les preguntes inicials ens van portar a definir uns objectius de recerca que vam concretar de la següent manera:

A nivell general, preteníem explorar les intervencions que es fan als CREI de Catalunya i analitzar quins factors estan associats a l'evolució positiva que fan els joves als centres. De manera més específica perseguíem:

1. Descriure el funcionament dels CREI de Catalunya i les intervencions educatives que s'hi realitzen.
2. Caracteritzar el tipus de població que acullen els CREI i l'evolució que fan als centres.
3. Identificar i descriure les intervencions realitzades en els centres que faciliten l'evolució positiva dels joves.

4. Analitzar els elements que es relacionen amb una evolució positiva als centres
5. Identificar els factors contextuais i els suports que poden tenir un impacte en l'evolució d'aquests joves, ja sigui positiu o negatiu.

3.3. Metodologia i disseny d'investigació

En aquest estudi exploratori hem utilitzat un disseny transeccional mixt (Hernández, Fernández i Baptista, 2010) que combina la metodologia qualitativa i quantitativa que busca descriure unes variables i analitzar la seva incidència i interrelació en un interval de temps concret. A més, al ser un tipus de disseny no experimental les variables independents no es manipulen perquè ja han succeït. Així, les inferències sobre les relacions entre variables es realitzen sense influència directa i aquestes relacions s'observen tal i com s'han produït en el seu context natural.

Prèviament a dissenyar l'estudi vam fer quatre entrevistes exploratòries a professionals que havien treballat amb els CREI des de diferents vessants. Amb aquestes entrevistes buscàvem realitzar una primera aproximació al nostre objecte d'estudi i assessorar-nos sobre la millor manera de plantejar l'estudi, accedir als centres i obtenir informació. Els entrevistats van ser un educador de CREI, un ex-director d'un dels centres, una mestra de CREI que havia canviat el seu lloc de treball d'un CREI de nois a un CREI de noies i una responsable de la DGAIA.

La recerca es desenvolupa en tres fases:

4. Descripció dels CREI: Característiques, funcionament i intervenció que s'hi realitza.
5. Anàlisi del perfil de població que els CREI van acollir i que van ser desinternats durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi.
6. Anàlisi de l'evolució dels joves que van residir durant un any o més als CREI i els factors que hi van influir.

En la primera fase buscàvem recollir informació sobre els CREI per poder conèixer en profunditat les seves característiques i la seva manera de treballar. Així mateix volíem analitzar les similituds i diferències entre centres, fer una “radiografia” dels centres i, posteriorment, poder-ho relacionar amb l'evolució dels joves.

En la segona fase preteníem indagar sobre el perfil, les problemàtiques, l'evolució i altres dades generals d'aquells joves que van ser desinternats dels CREI durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi. Volíem tenir informació d'un període de temps prou ampli per tenir dades suficients per a tenir una mostra significativa però a la vegada es buscava que aquest període no fos gaire llunyà en el temps per a tenir facilitat en recuperar la informació que es demanava, ja que els informadors eren els professionals que havien treballat amb aquests joves i s'havia de confiar en els records que en tenien.

En la tercera fase volíem aprofundir en el coneixement de tots aquells casos estudiats a la fase 2 que havien residit durant un any o més als CREI. Vam decidir considerar aquest període de temps perquè en preguntar als professionals dels centres aquests van manifestar que un any era el temps mínim d'intervenció necessari per a que l'efecte de la intervenció fos significatiu. En aquesta part de l'estudi perseguíem recollir informació

detallada de les particularitats de la situació de cada jove per a poder valorar la influència i l'impacte que va tenir l'estada al centre en cada cas.

L'estudi va ser aprovat pel Comitè Ètic de la Universitat Autònoma de Barcelona (CEEAH) i compleix els principis ètics i de respecte als drets de les persones participants. La resolució positiva del CEEAH es pot consultar a l'annex.

3.4. Participants

L'estudi va comptar amb el total de la població de s Centres Residencials d'Educació Intensiva existents a Catalunya i dels professionals que hi treballaven. Hi havia quatre centres en funcionament en el moment de la realització de l'estudi.

A la primera fase de l'estudi vam seleccionar els participants d'entre la plantilla de professionals de cada centre. Els criteris seguits van ser escollir el director i un representant de cadascun dels perfils professionals existents a cada CREI, que portés més de dos anys treballant al centre i que tingués disponibilitat per assistir a l'entrevista en les dates en que vam fer la recollida de dades. Aquests participants van ser, de cada centre, un educador, un psicòleg, un mestre i un mestre de taller, a més del director. Cal mencionar que un dels centres no disposava de psicòleg i que només vam poder entrevistar el mestre de taller en un centre. Van participar en aquesta fase 16 professionals que van respondre una entrevista semiestructurada. Els participants es distribueixen de la següent manera:

- Pedrenyal: 4 professionals (director, educador, mestre i psicòleg)
- Castanyers: 5 professionals (director, educador, mestre, psicòleg i mestre de taller)

- Guaret: 3 professionals (director, educador i mestre)
- Mas Ritort: 4 professionals (director, educador, mestre i psicòleg)

A la segona fase, el criteri que vam emprar per seleccionar la mostra, va ser incloure tots els joves que havien estat desinternats durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi, independentment del temps que haguessin estat en el centre, o qualsevol altre aspecte. Així, la mostra va quedar configurada per la totalitat de la població de joves acollida i desinternada en el mencionat lapse de temps. El conjunt dels 4 CREI van proporcionar informació de 206 casos, distribuïts de la següent manera: 107 casos procedents de Castanyers, 37 casos de Pedrenyal, 38 de Guaret i 24 de Mas Ritort.

A la tercera fase, vam modificar aquesta mostra de 206 joves de forma no probabilística utilitzant un *mostreig subjectiu per decisió raonada* (Corbetta, 2007). El criteri que vam utilitzar per formar part d'aquesta fase de l'estudi va ser haver residit al centre durant un any o més, ja que era el període de temps que els professionals dels centres van assenyalar com convenient per a què la intervenció es pogués considerar efectiva. Aquest criteri el complien 86 casos, que vam estudiar a partir d'entrevistes indirectes que van respondre els professionals que havien treballat amb els joves durant la seva estada al centre. Aquests 86 casos es distribueixen de la següent manera:

- Pedrenyal: 20 casos
- Castanyers: 35 casos
- Guaret: 23 casos
- Mas Ritort: 8 casos

La següent taula mostra com van quedar distribuïts els participants segons cada fase de l'estudi.

Taula 6. Distribució dels participants de cada centre segons la fase de l'estudi

	Pedrenyal		Castanyers		Guaret		Mas Ritort		Total	
	Professionals	Joves	Professionals	Joves	Professionals	Joves	Professionals	Joves	Professionals	Joves
Fase 1										
Entrevista observació	4	-	5	-	3	-	4	-	16	-
Fase 2										
Qüestionari	-	37	-	107	-	38	-	24	-	206
Fase 3										
Entrevista	2	20	2	35	2	23	2	8	8	8

3.5. Pla de recollida de la informació

3.5.1. Selecció i elaboració de tècniques i instruments

Tenint en compte els objectius que perseguíem en aquesta recerca vam considerar que les tècniques i instruments de recollida d'informació més adequats per assolir-los eren els següents: l'entrevista semiestructurada i l'observació, utilitzades a la primera fase de l'estudi; el qüestionari, utilitzat a la segona fase; i l'entrevista semiestructurada a informants clau, utilitzada a la tercera fase. A més, cal destacar que també vam crear una entrevista inicial exploratòria que vam realitzar quan estàvem plantejant l'estudi.

Entrevista inicial exploratòria

Aquesta primera entrevista, de caràcter exploratori, la vam crear per tal de contextualitzar-nos, l'equip investigador, en relació amb l'objecte d'estudi i, així, ajudar-nos a enfocar el disseny de la recerca i accedir als centres de la manera més adequada.

Consta de 5 blocs que són els següents:

- Bloc 1: L'arribada. Es pregunta pel tipus de joves que arriben als centres, quines causes en poden motivar l'entrada i quin és el procés que segueix un jove en la seva arribada al centre.
- Bloc 2: L'estada al centre. Es busca reunir informació sobre com són i com funcionen els centres, i com s'intervé amb els joves i amb les famílies.
- Bloc 3: La sortida. Les preguntes van dirigides a conèixer com s'esdevé la sortida del centre, com es prepara i on van els joves després de sortir.
- Bloc 4: Factors d'èxit. Es demana als entrevistats que facin una valoració del resultat de la intervenció que els joves reben als centres, així com dels punts forts i els punts febles dels CREI. També es pregunta pels factors que creuen que poden facilitar que el jove faci una evolució positiva al centre.
- Bloc 5: Recomanacions. Es sol·licita als entrevistats si poden recomanar algun tipus de documentació o recurs per a seguir contextualitzar-nos.

L'entrevista es pot consultar a l'annex.

Entrevista semiestructurada sobre la situació dels centres adreçada als professionals

Per a l'obtenció de dades a la primera fase vam utilitzar una entrevista semiestructurada per a cadascun dels perfils professionals de cada centre (director, educador, psicòleg, mestre, mestre de taller). Aquesta entrevista tenia per objectiu conèixer l'organització i el funcionament dels CREI des del punt de vista dels professionals que hi treballaven. Estava plantejada buscant que la recollida d'informació es fes de forma homogènia i seguint la mateixa formulació i ordre, i així facilitar el posterior procés de codificació de les respostes i la comparació de les dades obtingudes en els quatre centres.

En un primer moment vam elaborar una entrevista dirigida als directors/es que va permetre conèixer el centre i el seu funcionament. Aquesta entrevista conté 6 dimensions:

- Perfil del centre i professionals que hi treballen. Es pregunta per la organització del centre, els professionals i les rutines quotidianes.
- Intervenció educativa. Permet identificar la pràctica educativa que es desenvolupa amb el jove, quins objectius es plantegen, i com actuen per assolir-los.
- Relació amb els educadors. Es pregunta sobre les relacions que s'estableixen en el centre. Entre els joves i el seu educador-tutor, i entre els joves i els altres professionals que treballen al centre.
- Relació amb la família, famílies col·laboradores, i/o voluntaris. Es busca conèixer la relació que tenen els joves internats amb la seva família i la relació que s'estableix entre el centre i la família. També es pregunta sobre la relació del centre amb les famílies col·laboradores i els voluntaris – en el cas de que n'hi hagi.

- **Conflicte.** S'aprofundeix en els conflictes més habituals del dia a dia del centre i la resposta que es dóna als mateixos.
- **Balanç.** A mode de síntesi, aquesta última dimensió pregunta per l'opinió subjectiva del director en referència als elements que poden ser facilitadors de l'evolució positiva del jove internat, i pels elements que poden causar el fracàs de la intervenció.

Partint d'aquesta entrevista al director, vam construir quatre variants d'entrevista dirigides a l'educador social, al mestre, al mestre de taller i al psicòleg del centre, respectant les mateixes dimensions però adaptant el contingut a la tasca que desenvolupava cada professional. Amb aquest dispositiu d'entrevistes vam contrastar i triangular les opinions i percepcions dels diferents professionals del mateix centre i, a la vegada, vam poder comparar els centres analitzant les seves similituds i diferències. Les entrevistes es poden trobar a l'annex.

Observació dels centres

Per complementar la informació recollida en les entrevistes de la primera fase de l'estudi vam demanar als directors que ens ensenyessin el recinte i les instal·lacions. En la visita vam realitzar una observació no estructurada prenent notes de camp. A partir d'aquesta observació vam contrastar part de la informació recollida amb les entrevistes al director i als professionals, especialment aquella informació relativa a la distribució dels centres. A partir d'aquí vam elaborar unes fitxes descriptives de cada centre, que es poden consultar a l'annex.

Qüestionari sobre el perfil dels joves adreçat als professionals

En la segona fase de l'estudi vam crear un qüestionari adreçat als professionals per demanar als centres les dades sobre els joves que havien estat desinternats durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi. Amb aquesta eina buscàvem homogeneïtzar l'obtenció d'informació i contribuir a que el tractament de dades es fes més ràpid.

Les dades que recollíem són: Data de naixement, data d'ingrés, data de baixa del centre, procedència, evolució al centre i problemàtica que presentaven en relació al consum de substàncies, delictes, trastorns i escapoliments.

Amb aquestes dades buscàvem definir el perfil-tipus de jove que s'atenia als CREI en aquell període de temps. Aquest qüestionari es pot veure a l'annex.

Entrevista semiestructurada sobre el perfil dels joves a informants clau

Aquesta entrevista estava destinada a recollir informació sobre cadascun dels joves que havien residit al centre durant un any o més, entre 2011 i 2014, amb l'objectiu d'aprofundir en alguns casos. Vam plantejar aquest entrevista per a que la responguessin un o diversos professionals de l'equip educatiu que havien tingut contacte amb els joves estudiats i recordaven la seva trajectòria. Davant la impossibilitat d'entrevistar als propis nois, vam plantejar l'entrevista per a que fos contestada per aquests informadors, no com a part del fenomen estudiat sinó com a coneixedors experts amb un visió directa i profunda dels subjectes d'estudi que els situava en una posició d'observació privilegiada.

Aquesta entrevista conté 6 apartats:

- Dades de filiació: On queden registrades dades com la data de naixement, el sexe, la data d'ingrés al centre i la d'inici de tutela.
- Perfil d'entrada: Informació sobre la trajectòria del jove abans d'entrar al centre i antecedents familiars relacionats amb la problemàtica que presentava.
- Problemes de comportament, nivell de conflictivitat i evolució del jove. Es pregunta sobre la problemàtica del jove i la resposta que el centre hi va donar.
- Àmbit educatiu—laboral: Recull informació sobre el nivell acadèmic que tenia a l'arribar al centre i l'evolució que va fer en aquest sentit durant l'estada. També es pregunta sobre la formació laboral, l'assistència a recursos externs i pràctiques en empreses.
- Àmbit relacional: S'aprofundeix en la xarxa social del jove, relació entre companys i amb els professionals, amistats fora del centre, i relació amb la família.
- Situació posterior a la sortida del centre: Es pregunta pel motiu de baixa, destí i situació de sortida, suports rebuts i situació en general després de reinserir-se a la vida normalitzada.

Es pot trobar aquesta entrevista a l'annex.

3.5.2. Validació dels instruments

Totes les entrevistes semiestructurades, tant les utilitzades a la primera fase com les utilitzades a la tercera, així com el qüestionari sobre el perfil dels joves, van passar per un procés de validació. Per a dur a terme aquest procés vam escollir a 5 persones que coneixien plenament els CREI, ja que hi tenien o hi havien tingut alguna relació professional. Seguidament vam sol·licitar a aquests experts que complimentessin un

document de validació, en el que se'ls explicava de què tractava l'estudi i se'ls demanava que valoressin, en una escala de 0 (gens) a 5 (molt d'acord), el grau de rellevància de cadascuna de les preguntes per assolir els objectius de la recerca. També se'ls va preguntar si les preguntes eren adequades i suficients per a recollir la informació necessària, si podien induir a biaix i se'ls animava a fer suggeriments. A més, en l'entrevista de la primera fase també se'ls demanava que indiquessin a quin dels perfils professionals creien que era més pertinent realitzar cada pregunta. Aquests documents es poden consultar a l'annex.

A partir de les apreciacions d'aquests 5 experts vam canviar el redactat d'algunes de les preguntes perquè no s'entenien prou bé o perquè la pregunta havia quedat massa llarga. A més, en vam eliminar d'altres, i vam replantejar les preguntes destinades a recollir informació sobre les contencions que s'efectuen als joves, ja que és un tema molt delicat. També se'ns va suggerir preguntar pel contacte i el treball del centre amb les famílies dels joves ja que en un principi no havíem considerat aquest tema.

Un cop validades i modificades, les entrevistes van passar un procés de pilotatge abans de ser aplicades definitivament. Per a fer aquest procés es va plantejar una proposta de guió d'entrevista al primer centre amb el que vam treballar, que es va anar corregint i adaptant al context a partir de les primeres respostes que vam obtenir.

3.5.3. Procediment de recollida de dades

Tal com ja s'ha mencionat, la recerca que ens ocupa sorgeix d'una petició específica de la DGAIA, que té la voluntat de promoure i facilitar investigacions científiques en l'àmbit de la infància i l'adolescència. Amb aquest rerefons, el Departament ens va

facilitar l'entrada als centres a través d'una carta que va enviar als quatre directors explicant la recerca i convidant-los a col·laborar. Vam accedir als centres entre el març del 2014 i el novembre del 2015, i en aquestes primeres visites vam realitzar l'entrevista amb el director/a, les entrevistes a un membre de cadascun dels diferents perfils professionals i, per finalitzar, els directors ens va fer una visita pel recinte i les instal·lacions.

En el moment de realitzar les entrevistes sempre hi va haver dues persones de l'equip d'investigació. Un dels entrevistadors feia les preguntes i l'altre s'encarregava de prendre notes dels aspectes més rellevants de les respostes i de comprovar que no quedava cap pregunta sense contestar.

Totes les entrevistes van ser enregistrades en un dispositiu electrònic i posteriorment es van transcriure.

En el moment de realitzar les entrevistes de la primera fase de l'estudi, els directors ens van acompanyar a fer una visita per les instal·lacions de cada centre per conèixer l'organització espacial i els recursos dels que disposaven. Aquesta estratègia ens va permetre contrastar la informació obtinguda amb les entrevistes.

Posteriorment, vam demanar als centres que ens proporcionessin informació de la fase 2 de l'estudi sobre els joves que havien estat desinternats durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi emplenant el qüestionari. Interval de 3 anys distribuït entre gener del 2011 i el desembre del 2014 i que varia segons el moment en que vam recollir les dades a cada centre. Des dels centres van emplenar el qüestionari proporcionat i ens el van fer arribar via e-mail.

La informació obtinguda del primer centre analitzat, Pedrenyal, quedava acotada entre els anys 2011 i 2014. Vam rebre la informació a l'abril de 2014 i les dades proporcionades eren fins el febrer d'aquell mateix any. Per tant el període de temps en que s'ubicaren els casos va ser d'una mica més de 3 anys, 38 mesos.

En el segon centre, Castanyers, vam obtenir la informació dels casos desinternats entre gener de 2011 i desembre de 2013 (36 mesos). Vam rebre les dades durant el primer trimestre de 2014.

En el tercer centre, Guaret, el qüestionari estava complimentat amb les dades dels joves que es van desinternar entre gener de 2012 i desembre de 2014, (36 mesos). Vam rebre aquestes dades el febrer de 2015.

En el quart i últim centre visitat, Mas Ritort, ens van informar sobre les joves desinternades des del gener del 2013 ja que el centre fou inaugurat el novembre del 2012 i ens van explicar que en aquells dos mesos inicials no hi va haver desinternaments. Vam obtenir la informació de les baixes produïdes fins l'abril del 2015, que és quan ens van enviar les dades (27 mesos). La mostra, en aquest centre, quedà configurada a partir de les possibilitats que oferia el temps que portava en funcionament.

Per tal de garantir l'anonimat dels joves cada cas va quedar identificat per un codi assignat pels professionals dels CREI que ens van proporcionar la informació. Així, els investigadors no podíem conèixer la identitat dels joves en cap moment, però els centres tenien una referència per a poder després aprofundir, en la tercera fase de l'estudi, en alguns d'aquests casos.

A partir de la informació recollida amb el qüestionari, vam acotar la mostra a aquells joves de cada centre que havien residit al CREI durant un any o més. Un cop feta la

selecció vam tornar a visitar els centres diverses vegades per a fer les entrevistes a informants clau i aprofundir en cadascun d'aquests casos.

Cal mencionar que en un dels centres només vam recollir informació dels 2 anys previs a l'estudi perquè el nombre de joves que atenen és molt gran i els professionals del centre no disposaven de temps suficient per revisar tants casos.

Tal com ja havíem fet amb el qüestionari els joves van quedar identificats per un codi assignat pels centres de tal forma que els investigadors no podien conèixer la identitat dels joves.

Vam elaborar un full de consentiment informat que va signar cada un dels professionals abans de realitzar les entrevistes.

3.6. Anàlisi de la informació

L'anàlisi de les dades recollides va ser qualitativa i/o quantitativa en funció de la tipologia de dades i l'objectiu de cada fase. En termes generals, vam analitzar les dades qualitatives a través de l'anàlisi de contingut de tipus categorial, i les dades quantitatives mitjançant estadístics descriptius i proves inferencials amb l'ajut del software estadístic SPSS.

Fase 1. Vam fer un anàlisi de contingut de les entrevistes seguint un procediment deductiu-inductiu. Les dades obtingudes de les diferents entrevistes fetes als professionals del mateix centre es van triangular i contrastar. A partir de la informació analitzada vam elaborar una fitxa descriptiva amb els elements més rellevants de les característiques i funcionament de cada centre. Vam retornar aquesta fitxa a cadascun dels centres per a

què validessin el seu contingut. Posteriorment a aquest procés de triangulació vam analitzar les similituds i diferències en les característiques i funcionament dels quatre centres.

Fase 2. Amb la informació obtinguda a partir del qüestionari als joves desinternats vam crear una matriu de dades que vam analitzar seguint un procediment d'estadística descriptiva i inferencial. L'anàlisi va permetre tenir una descripció clara de les característiques dels joves atesos i les diferències entre els centres.

Fase 3. En aquesta fase vam fer una anàlisi quantitativa de la informació provinent de les entrevistes semiestructurades per a recollir dades de cada cas. En un primer moment, vam codificar i categoritzar la informació textual seguint un procés mixt deductiu-inductiu. Posteriorment vam analitzar les dades quantitatives amb el programa SPSS fent proves d'estadística descriptiva, comparació de mitjanes, proves de Chi-quadrat i anàlisi de la variància. L'anàlisi ens va permetre obtenir una descripció de l'evolució d'aquests joves, identificar diferències significatives entres sexes i analitzar quins eren els factors que influïen en l'evolució positiva dels joves als centres.

3.7. Evidències de qualitat de la recerca

Al llarg de l'estudi hem treballat per garantir que en tot moment es complissin els criteris de qualitat requerits en qualsevol treball científic.

La nostra recerca té un enfocament mixt: qualitatiu i quantitatiu. Així que hem emprat diferents metodologies per recollir la informació (entrevistes i observacions) i les dades obtingudes han estat majoritàriament qualitatives; si bé per tal de respondre la pregunta

de recerca s'ha fet una part d'anàlisi quantitativa. Es per això que en aquest apartat ens referirem als criteris de qualitat que hauria de garantir una recerca mixta.

Així doncs, per tal de preservar la qualitat de la recerca s'han considerat tant els criteris de qualitat tant des de l'òptica de la recerca quantitativa com qualitativa (Guba i Lincoln, 1989; Mertens, 2014).

Veracitat

Des del punt de vista qualitatiu, hem assegurat la credibilitat utilitzant un procés de triangulació de la dades recollides en les entrevistes amb el director amb la informació recollida en les entrevistes als diferents perfils professionals dels centres i amb l'observació no estructurada efectuada a cada un dels centres. A més, en les diferents fases de l'estudi hem anat retornant la informació recollida, després d'analitzar-la, als professionals dels centres que van ser els nostres informadors. D'aquesta manera si hi havia algun aspecte que no havíem recollit correctament els centres ens n'informaven, ho contrastàvem i modificàvem l'informe.

El procediment de triangulació també ens ha servit per assegurar la veracitat de les dades el triangular la informació que donaven els diferents professionals.

Eren evidències de validesa interna, des d'un enfocament quantitatiu, el fet que hem treballat recollint dades sobre dos grups de comparació que tenien condicions similars en tot, menys en l'evolució que havien realitzat durant la seva estada als centres. A més, s'ha vetllat per la validesa instrumental durant tot el procés, ja que tots els instruments han estat validats per jutges abans de ser aplicats.

Aplicabilitat

En la vessant qualitativa de l'estudi, el fet d'haver fet descripcions exhaustives de nostre objecte d'estudi sustentades per la disponibilitat de dades abundants ens ha proporcionat el criteri de la transferibilitat. D'altra banda cal considerar que es van incloure a l'estudi tots els centres que hi havia a Catalunya i la totalitat dels joves que havien estat desinternats els últims 3 anys a Catalunya

En la part quantitativa, la validesa externa queda demostrada pel fet que els resultats obtinguts són generalitzables a altres entorns en els que es treballi amb centres residencials que atenen joves amb problemes greus de comportament. En la nostra investigació s'ha treballat amb tota la població de centres d'aquesta tipologia existents a Catalunya.

Consistència

La dependència ha quedat assegurada pel fet que hem descrit minuciosament el procés seguit en l'estudi, així com les tècniques utilitzades i la utilitat de les mateixes.

A més, s'han revisat tots els instruments abans d'utilitzar-los assolint un alt grau d'acord en la revisió, que posteriorment s'ha confirmat amb l'aplicació dels mateixos.

Neutralitat

La conformabilitat s'ha aconseguit proporcionant la informació de la forma més objectiva i neutral possible, i generant una revisió permanent de les dades que s'anaven produint. Tots els resultats han estat contrastats i consensuats amb els participants, efectuant revisions contínues i conjuntes amb els centres. Cosa que hem fet a través del

procediment per triangulació, que hem dut a terme retornant als centres els resultats obtinguts a les diferents fases, i al seu temps els centres en els han revisat i retornat.

A més, les conclusions finals de l'estudi es van triangular en sessions de discussió amb els centres i en una jornada amb professionals i responsables de l'administració.

Pel que fa la part quantitativa de l'estudi hem treballat per garantir en tot moment que existien condicions de validesa interna i validesa externa.

Per assegurar la fiabilitat de les dades hi ha hagut sempre un segon investigador en totes les entrevistes que es van realitzar. A més, aquestes entrevistes les vam enregistrar en un arxiu d'àudio i les vam comprovar posteriorment amb les notes que havíem anat prenent durant les sessions. El procés d'anàlisi de la informació també ha esta corroborat per un segon investigador.

4. RESULTATS

A continuació es presenten els resultats obtinguts a les tres fases de l'estudi. Així hem organitzat aquest bloc en tres apartats que corresponen als resultats obtinguts a cada fase:

En primer lloc, es parla dels CREI, del seu funcionament i de les similituds i diferències identificades entre els quatre centres existents.

En segon lloc, s'exposa el perfil de la població acollida als centres i que es va desinternar durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi.

En tercer lloc, es presenta l'estudi en profunditat dels casos que van residir als centres durant un any o més.

4.1. Els CREI de Catalunya: descripció, similituds i diferències

Els Centres Residencials d'Educació Intensiva (CREI) de Catalunya són 4 i presenten tipologies i ràtios diverses. Tres dels centres pertanyen a la Fundació Resilis (Fundació Plataforma Educativa) i són concertats pel *Departament de Treball, Afers socials i Famílies* de la Generalitat de Catalunya – Pedrenyal, Guaret i Mas Ritort-, el quart, Castanyers, és un centre públic del Departament. El nombre de places disponibles en el conjunt dels 4 centres és de 94 i la distribució d'aquestes varia en funció del tamany dels centres. Mentre que Castanyers disposa de 42 places, Pedrenyal i Guaret n'ofereixen 20 i Mas Ritort, que és el de creació més recent (novembre 2012), en té 12 –en el moment de recollir les dades- amb la previsió d'arribar a les 20 places.

Edats i sexe dels joves atesos

L'edat dels joves que acullen els CREI oscil·la entre els 12 i els 18 anys i, per tal de treballar de forma individualitzada amb els joves, solen reduir els grups agrupant-los en menors de 16 anys i majors de 16 anys. Castanyers, que és el centre que ofereix més places (42) fa la distribució en tres grups –Petits, Mitjans i Grans- per treballar també en petit grup.

Castanyers, Pedrenyal i Guaret acullen a població masculina mentre que Mas Ritort està destinat a la població femenina.

Professionals dels centres i sistemes de comunicació

Tots els professionals que treballen als centres tenen la qualificació professional necessària per al treball específic amb adolescents amb problemes de comportament. Els equips dels quatre centres estan formats per educadors socials, mestres, mestres de taller i altres perfils professionals qualificats (psicòlegs, pedagogs...) que realitzen tasques d'educador. Tots els centres, menys Guaret, disposen de psicòleg que complementa la intervenció que es duu a terme. Als tres centres concertats hi predomina el personal jove que no fa gaires anys que s'ha diplomats i que aporta empenta i idees noves. En canvi, en el centre propi els treballadors són funcionaris del Departament que aporten experiència a la seva tasca.

Tots els professionals tenen oportunitats i permisos de formació permanent cada any, de forma que poden actualitzar els seus coneixements i habilitats per afrontar la seva feina. Cada any tothom realitza un mínim de 30 hores de formació.

Pel que fa a la ràtio s'observa que la càrrega de casos per professional és diferent. Si es divideix el total de joves pel número de professionals, s'obté que Castanyers té una ràtio de 0.6 nois per professional, Guaret i Mas Ritort tenen 0.8, i Pedrenyal té una ràtio de 1.1.

Mirant la ràtio pel perfil concret d'educador també es troben diferències, tot i que no tant àmplies. Mas Ritort té menys càrrega de casos amb una ràtio de 1.09 i Pedrenyal és el que en té més amb un valor de 1.3 de ràtio.

Pel que fa als perfils professionals les majors diferències en la ràtio s'observen en el professional de psicologia. A Castanyers hi ha dos professionals dedicats a tasques de suport psicològic amb una càrrega de 21 joves per professional, a Pedrenyal té una càrrega de 20 nois però en realitat la major part del temps està fent tasques d'educadora i no pot

dedicar-se a tasques de suport psicològic. A Mas Ritort la càrrega és de 12, de moment, perquè al ser un centre nou progressivament s'anirà ampliant i s'incrementarà la càrrega. A Guaret no hi ha psicòleg.

Existeix una comunicació fluida entre els diferents professionals dins de cada centre. Tots els CREI disposen d'una sèrie de processos de traspàs d'informació sistematitzats que permeten que tot l'equip estigui al dia de l'esdevenir del centre. A més, setmanalment tots els professionals es troben en la reunió d'Equip Educatiu per parlar de casos concrets, planificar les intervencions i activitats, i tractar tots aquells temes que tinguin alguna relació amb el dia a dia del centre. Cal destacar que Pedrenyal fa reunió d'*Intravisió* l'últim divendres de cada més, que consisteix en simular el que seria un assessorament extern però utilitzant l'autoreflexió per fer aportacions i millorar sistemàticament el funcionament del centre.

També Pedrenyal disposa d'un espai periòdic de comunicació entre els joves, es tracta de l'assemblea, que es duu a terme cada divendres abans de dinar i és on es posen en comú i es debaten diferents temes de funcionament i del dia a dia del centre.

Col·laboracions externes

Tots els centres es coordinen amb els diferents serveis, recursos, entitats i institucions escolars, lúdiques i/o formatives amb les que el jove està en contacte. A més, es realitza un treball conjunt amb EAIA, DGAIA, els CSMIJ i CAP de referència. El tutor és l'encarregat d'estar en contacte amb els centres formatius i d'oci on assisteixen els joves i els mestres es coordinen amb els instituts on estan matriculats els nois.

Els mestres de Guaret i Castanyers, que pertanyen al Departament d'Ensenyament, es reuneixen trimestralment a Barcelona i es coordinen amb la cap de zona.

A Pedrenyal s'han establert col·laboracions amb l'Ajuntament del poble i es realitzen programes d'Aprenentatge-Servei que combinen processos d'aprenentatge i de servei a la comunitat en un sol projecte ben articulat en el qual els joves es formen tot treballant sobre necessitats reals de l'entorn amb l'objectiu de millorar-lo.

Guaret gaudeix, gràcies a una beca, del suport d'un gabinet psicopedagògic que fa seguiment i treball amb els nois un cop per setmana, .

Espais

Els quatre centres tenen una disposició similar i estan ubicats en emplaçaments tranquils, enmig de la natura i en entorns amplis.

Tots els centres disposen dins els seus recintes d'una zona d'hort, una zona habilitada per animals, pista esportiva i, a més, Pedrenyal i Castanyers disposen de piscina.

L'edifici principal dels quatre centres té estructura de vivenda unifamiliar amb els espais interiors dividits en zones residencials diferenciades per treballar amb els diferents grups educatius. Cadascuna d'aquestes zones disposa de tots els espais i equipaments necessaris per fer vida (habitacions, sales d'estar, sales de jocs, lavabos i menjador).

Les habitacions són individuals, dobles o triples i en elles s'hi troba llit, escriptori, cadira, un panell de suro per posar elements decoratius/fotos i unes prestatgeries per a la roba per a cada jove. Cada habitació té una finestra o balcó que dóna llum natural i ventilació.

A banda d'aquestes habitacions, Pedrenyal té dues habitacions d'aïllament per a situacions en que la intervenció amb els joves ho precisa i la resta de centres disposa

d'una habitació de protecció cada un o en el seu defecte utilitza altres espais per a aquesta funció.

Per a aquells joves que ja es troben en fases avançades del seu procés i mostren un nivell alt d'autonomia Castanyers disposa d'un edifici annex que consta de 8 places en el que els joves que hi resideixen tenen més llibertat. De la mateixa manera, Guaret disposa d'una habitació triple per a joves amb les mateixes característiques als que se'ls atorga més llibertat per autogestionar-se.

Dins el recinte dels quatre centres també s'hi troben les zones d'aules escolars i les zones de tallers.

Tots els espais es mantenen adequadament nets i arreglats i sense elements perillosos. El manteniment de totes aquestes instal·lacions, i del producte de les mateixes, és responsabilitat dels nois, del mestre taller i dels educadors.

Règim intern o semi-intern dels joves

Els tres centres concertats tenen un reixat i portes que limiten la sortida dels nois a l'exterior sense permís i la seva ubicació queda allunyada del nucli urbà al que pertanyen. D'altra banda, Castanyers no disposa de portes que tanquen el recinte a l'exterior i està ubicat més proper al nucli urbà.

En general, els primers 21 dies d'internament els joves estan en període d'observació i no poden sortir del centre, tot i que en algun cas aquest període pot allargar-se fins els 40 dies.

Passat aquest temps, si la resolució del jove ho contempla, pot començar a tenir permisos (sense pernocta) per a anar amb la família i més endavant disposaran de permisos de cap de setmana.

Als joves que ja porten mesos i van evolucionant bé se'ls busca recursos externs per realitzar activitats fora del centre. Si són menors de 16 anys són activitats extraescolars, si són majors de 16 se'ls busca formació de caire professional. Si algun dels joves que està fent un bon procés assoleix un nivell acadèmic adequat a la seva edat se li proposa cursar els estudis fora del centre.

Els centres no deixen sortir lliurement als joves en les seves estones d'oci perquè aquests no solen ser del territori i els educadors consideren que podrien acabar posant-se en situacions de risc. No obstant, un dels centres sí dóna permís als seus nois (amb una evolució adequada) per anar a fer un volt, o anar al cinema.

Tots els centres fan controls d'orina periòdicament quan els joves tornen dels permisos.

Organització de la vida diària durant la setmana

Instaurar una rutina diària és molt important al centre. Els joves venen de quotidianitats molt desestructurades i la rutina s'utilitza com a eina per a donar seguretat i pautar el dia a dia. Hi ha indicacions per l'hora de llevar-se, la higiene, els àpats, les aules, activitats de lleure i en general per a totes les activitats que es desenvolupen al centre. Es segueix un mateix horari per a tothom, molt estructurat amb classes al matí i a la tarda, combinades amb estones d'esbarjo dirigit. A les tardes tots els centres posen especial èmfasi en l'esport, al que hi dediquen entre una hora i una hora i mitja, i que ajuda a treballar aspectes com l'autoestima, l'autoconcepte, l'autocontrol, la tolerància, el respecte i la salut. Per planificar les activitats esportives s'adapta el currículum d'ESO i es treballa en funció de les instal·lacions de les que disposa el recinte, així en alguns dels centres es posa, per exemple, més èmfasi en el futbol i en d'altres en la carrera contínua i exercicis de força.

El temps de lleure queda ubicat a les tardes i els caps de setmana. Les activitats que es fan són una combinació entre el que els joves demanen i el que el centre vol oferir com a element educatiu ensenyant-los altres opcions d'oci amb les que no estan tant familiaritzats. Durant els caps de setmana es realitzen sortides, de dia o mig dia, lúdiques i/o culturals.

Durant el dia el temps d'esbarjo s'amenitza amb futbolins, tennis taula, *Play Station*, jocs de taula... A la tarda i a la nit després de sopar es realitza ludoteca i altres tallers amb activitats variades com: teatre, música, costura, cuina, informàtica lúdica, informàtica laboral (sobretot els més grans) i guitarra.

Cada centre aprofita els seus espais exteriors per a les activitats de lleure, així els centres que tenen piscina organitzen activitats entorn a aquesta quan arriba el bon temps. De la mateixa manera, Guaret ha engegat un Centre excursionista que fa que es dirigeixi el lleure cap a les activitats de muntanya.

Les activitats de lleure es planifiquen en tots els centres, com a mínim, amb una setmana d'anel·lació i, tot i que són diversificades i els joves poden triar a quina assisteixen, es fa que tots passin per totes les activitats.

Organització de la vida diària durant els dies festius

En els períodes de vacances l'horari escolar varia i augmenten les activitats de lleure.

Per Nadal, Guaret i Castanyers, que tenen mestres proporcionats pel Departament d'Ensenyament, no fan classe i es busquen activitats per fer al territori, com ara Parcs de Nadal i altres possibilitats. D'altra banda, Mas Ritort i Pedrenyal, que disposen de mestres que són personal propi, redueixen la jornada escolar i l'aprofiten per fer repàs del temari, tot combinant-ho amb altres activitats de lleure.

Per Setmana Santa el funcionament és similar al de Nadal. A Guaret aprofiten que els professors estan de vacances per organitzar jornades culturals sobre temes educatius importants pels nois com ara el sexe, temes laborals o drogues, on es realitzen diferents ponències amb experts que parlen sobre el tema.

El període estival s'aprofita, a tots els centres, per fer un repàs general del temari que s'ha tractat al llarg del curs. En els casos en que el professor està de vacances es fa amb un professor de substitució. Aquestes classes de repàs deixen espai per a realitzar, un dia a la setmana, sortida de tot un dia. A més, dos dels centres surten dos matins a la setmana a la platja. A l'estiu també es busca l'assistència a colònies i casals d'estiu a aquells joves que el seu procés ho permet. Pedrenyal fa colònies pròpies realitzant una estada de diversos dies amb els educadors que s'utilitza com a premi, ja que només hi assisteixen els joves que s'ho han guanyat amb el seu comportament i la seva evolució durant l'any.

El Taller d'Iniciació Laboral (TIL), que es realitza a Castanyers, funciona normalment tot l'any.

Principis que orienten la intervenció del centre

D'acord amb els professionals entrevistats els 4 centres treballen amb la mateixa finalitat posant l'accent en treballar el vincle, objectiu que queda resumit en la premissa expressada per un dels professionals: "limitar, acollir i prevenir".

En un primer moment es treballen molt els límits i les normes a tots els centres ja que molts dels nois presenten dificultats per acceptar-los. Quan el jove ha superat aquest moment i accepta els límits el treball s'enfoca a crear vincle. Es busca, en tots els casos, crear un vincle sà amb el noi i una relació de confiança que li doni estabilitat i seguretat per a evolucionar com a persona.

A Guaret s'utilitza l'argot de família per a recrear l'ambient d'una situació familiar sana.

Tutories

A Castanyers, Pedrenyal i Mas Ritort les tutories són assignades per l'equip directiu en el moment de l'arribada del jove al centre i es fa per criteri de disponibilitat de tutors. S'intenta que totes les tutories tinguin una continuïtat però si es veu que un perfil específic de referent aniria millor o el jove prefereix canviar es procedeix al canvi. A Guaret la tutoria s'assigna després d'una setmana d'observació. Durant aquesta setmana s'analitza quin és el perfil del noi i es decideix quin dels tutors és el més adequat per a ell. En aquests casos el referent del noi al centre és el tutor, tot i que la seva tasca està recolzada per la resta de l'equip.

Una vegada establert el tutor no es realitzen canvis de tutoria a Pedrenyal, Guaret i Mas Ritort; mentre que a Castanyers les tutories poden canviar perquè els torns dels educadors roten i els educadors de nit no tutoritzen. En aquest cas el centre, com a ens, és el referent del jove.

Les tutories -reunions entre el jove i el seu tutor – es duen a terme cada 15 dies o una vegada al mes segons el centre. I, sobretot als centres petits, és el tutor qui normalment soluciona qualsevol situació particularment difícil del noi que es doni en moment determinat i després es repassa a la tutoria. Es busca que el tutor hi sigui tant a les situacions bones com a les dolentes perquè acompanyi al jove en els seus processos.

Procés d'acolliment, d'elaboració i seguiment del projecte educatiu individual del jove

Quan un jove arriba a qualsevol dels 4 centres el procés que es segueix és similar. Es fa un registre de les seves pertinences i s'inventarien. Tot seguit s'ha de dutxar i posar-se roba neta, i durant aquesta estona el director s'entrevista amb la persona que ha

acompanyat al noi, normalment algú de l'EAlA o del centre del que prové. Posteriorment s'explica al noi els motius que han motivat el seu internament i la normativa i el funcionament del centre.

També es fa una Reunió d'Ingrés on hi participen el jove i la direcció i se li pregunta al noi què voldrà fer en sortir del CREI, per a que reflexioni i ho expressi, i així a partir aquesta meta començar a treballar. A Castanyers, Guaret i Mas Ritort el jove ja entra en dinàmica el mateix dia d'arribada, mentre que a Pedrenyal el noi va tot el dia amb un educador i és al segon dia quan s'incorpora al funcionament normal del centre.

L'avaluació de necessitats es fa entre els primers 21 i 45 dies d'estada del jove, un cop superat el període d'observació. En aquest moment es redacta el Projecte Educatiu Individual (PEI).

La forma de pactar els objectius de treball que es reflectiran al PEI varia segons els centres. A Castanyers es reuneixen el jove, un membre de la direcció, la psicòloga, el treballador social, el tutor educatiu, el tutor escolar i, si pot ser, l'EAlA referent del cas, per definir el PEI; a Guaret i Mas Ritort sorgeix del diàleg entre el tutor i el jove presentant-se com una proposta conjunta dirigida a l'equip educatiu.

A Pedrenyal el PEI es redacta a partir de les propostes que fa el tutor després de l'observació realitzada al noi. Aquests objectius, formulats pel tutor, s'exposen a la Reunió d'Equip Educatiu, es consensuen i posteriorment s'expliquen al noi.

Al llarg de l'internament es realitzen reunions de revisió del PEI cada 4 o 6 mesos segons els centres.

El tutor es també l'encarregat de formalitzar semestralment l'Informe Tutorial de Seguiment Educatiu (ITSE), que plasma el resultat de les revisions del PEI, reflecteix la

tasca i els objectius bàsics per a tot l'equip educatiu que treballa amb el noi i descriu les estratègies d'actuació en cada cas. Cal destacar que Mas Ritort té un sistema de quantificació d'assoliment d'objectius basat en d'un llistat d'indicadors.

En tots els centres, el noi llegeix l'ITSE que el seu tutor redacta i pot fer-hi els comentaris que consideri oportuns.

Intervenció sobre els problemes de conducta

A nivell conductual es fa, als 4 CREI, un treball transversal durant tota l'estada dels nois al centre. Es treballa principalment en dues línies:

1. Tutorial, se li expliquen els objectius al jove, fent que desenvolupi unes eines per aconseguir-los i es revisa la seva evolució a les tutories. Es treballa per a que el noi tingui un projecte de vida per davant que faci que s'impliqui i vulgui millorar.
2. En equip educatiu, tots els educadors coneixen els objectius de cada noi i reforcen la tasca del tutor.

Es treballa per establir els nois i dotar-los d'uns hàbits que redueixin els problemes de conducta. L'espai físic del centre i l'estructuració de les activitats són factors que els ajuden a contenir-se i a no presentar conductes que els posin en risc. Sempre es busca que els nois acceptin la norma a base rutines i altres aspectes motivadors.

Com ja hem avançat Mas Ritort utilitza com a estratègia un sistema motivacional, que té plasmat en un protocol, en el que a mesura que s'avança en l'assoliment d'objectius es guanyen uns drets i privilegis. Aquest protocol contempla que l'estada al centre és un procés d'aproximadament un any que es divideix en quatre fases amb un augment progressiu en l'autonomia que se'ls atorga. Aquestes quatre fases estan ben diferenciades en quant a limitacions i reforçaments, objectes permesos a la seva habitació i grau

d'autonomia en el dia a dia. Per passar d'una fase a l'altra cal complir la temporalitat indicada i assolir un mínim del 85% dels objectius establerts per a cada fase.

Pedrenyal utilitza un sistema de valoració del comportament setmanal a través de gomets de colors. Aquest sistema fa que els joves es motivin i s'impliquin en el seu procés volent obtenir els millors resultats possibles cada setmana.

Castanyers disposa d'un conjunt residencial independent pels nois que es troben en una fase avançada del seu procés i tenen un grau més alt d'autonomia, amb els que s'intenta treballar amb més profunditat les habilitats d'autonomia individual. Guaret disposa d'una habitació triple per als joves amb més autonomia i que estudien a fora del centre i tenen un horari una mica diferent que s'han d'autogestionar.

Pedrenyal convida als seus ex-residents a fer xerrades per explicar les seves experiències de vida i conscienciar als actuals residents.

Cal destacar que tots els centres coincideixen que en els últims anys els perfils dels casos que atenen han canviat. Han passat de ser nois amb problemes conductuals a acollir nois amb molts problemes de salut mental que fan que el model d'intervenció s'hagi de replantejar.

Intervenció acadèmica

En l'àmbit acadèmic tots els centres treballen principalment en dues línies. La primera és afavorir que els menors de 16 assoleixin el graduat en ESO a les aules. La segona, que els majors de 16 assoleixin coneixements i continguts a través de la pràctica fent formació laboral als tallers. Quan hi ha algun d'aquests alumnes més grans que té interès en estudiar se l'ofereix la possibilitat de combinar tallers i aula d'ESO. També, hi ha alguns joves que progressen adequadament en els estudis i cursen batxillerat a l'institut ordinari fora del centre.

Pel que fa al treball a les aules, sempre es treballa amb grups molt reduïts i amb rutines molt pautades en que els nois saben exactament què han de fer a cada moment i què hauran de fer a continuació. El treball a l'aula és un element més de la intervenció i s'hi desenvolupen projectes innovadors. Així, un dels centres utilitza l'escriptura creativa i el foment de la lectura per a que els nois trobin un refugi i una via d'expressió a la seva situació. També a nivell d'aula alguns dels centres posen especial èmfasi en que els joves assoleixin les 8 competències bàsiques del currículum que treballen de forma molt pràctica, fins i tot, per als que tenen més dificultats, treballen per racons simulant situacions reals de la vida diària (botigues, restaurants...). El mateix centre treballa també a través d'una *wikispace*, un espai virtual on cada alumne té penjades les seves tasques i treballa individualment segons el seu nivell. S'ha comprovat que aquest fet ha ajudat a reduir els conflictes a l'aula perquè cada noi té els seus propis materials i no veuen el treball que fan els altres amb la qual cosa s'evita la competitivitat que generava conflictes.

Un altre dels centres fa Cinefòrum cada divendres com a activitat acadèmica amb tot el grup. En aquesta activitat s'utilitzen pel·lícules, documentals, i altres documents audiovisuals com a mitjà d'aprenentatge. L'audiovisual és escollit pels professors tenint en compte els aspectes ètics o de salut que es volen treballar i durant la setmana es fa un treball previ a les aules. Després de la projecció hi ha un debat i un examen.

La divisió de grups als 16 anys no es fa en un dels centres. En aquest cas, els professionals es van adonar que hi havia joves que no poden estar tantes hores en una aula o d'altres que tot i tenir més de 16 necessiten més hores perquè volen fer un cicle formatiu. Per això van decidir adaptar el pla de treball de cada cas flexibilitzant i combinant l'horari d'aula i taller en funció d'allò que el jove vol fer en un futur.

El comportament a l'aula influeix en tots els casos en la valoració global per a que

el jove disposi de permisos. D'aquesta manera els mestres es reuneixen setmanalment amb els tutors de cada jove per intercanviar impressions. Com ja hem mencionat, un dels centres disposa d'un sistema de valoracions setmanals a l'aula a través de gomets de colors on es valora: comportament, actitud, assoliment de continguts i realització. Cada divendres cada alumne fa tutoria amb el mestre per valorar la setmana i, a la vegada, el mestre trasllada aquestes valoracions als tutors.

Tots els alumnes que cursen l'ESO ho fan amb el currículum adaptat i figuren com a matriculats a l'institut del poble, amb el que el centre s'hi coordina trimestralment. També de forma trimestral, els mestres dels CREIS que pertanyen al Departament d'Ensenyament es troben a Barcelona per coordinar-se amb la cap de zona. A nivell de centre, els mestres es coordinen entre ells (quan n'hi ha més d'un) i també es coordinen amb els mestres de taller.

Intervenció en l'abús de substàncies

El consum de drogues està totalment prohibit dins del recinte dels 4 centres, malgrat això, els professionals van explicar que molts dels joves ho fan quan surten de permís. Amb aquestes condicions, és un tema que es treballa des de la tutoria i a l'aula especialment en moments en que hi ha hagut alguna situació que ho requereix. El treball que es fa consisteix en informar i conscienciar als nois del que passa quan es consumeix i posar molt d'èmfasi en que s'adonin de les conseqüències que el consum pot tenir a mitjà i a llarg termini, però no hi ha un programa de prevenció establert.

Els professionals manifesten que els joves tenen el consum associat a l'oci i als amics, a partir d'aquí des dels centres es busca presentar i implicar els joves en models d'oci que no són habituals per ells per trencar aquesta associació.

Per reforçar que els joves no consumeixin en sortir de permís, el fet de tornar consumit comporta una sanció.

A Castanyers, Pedrenyal i Mas Ritort les psicòlogues són les encarregades de fer un treball específic sobre el consum de substàncies. A Pedrenyal, fan tallers específics cada 2 anys (quan han canviat els nois). La Fundació Resilis, a la que pertanyen Pedrenyal, Guaret i Mas Ritort, ofereix formació per a treballar el consum als seus professionals i un formador acudeix als centres que ho sol·liciten.

A nivell general, als quatre centres es treballa amb els nois mentalitzant-los a través de xerrades i debats, i utilitzant recursos audiovisuals (cinefòrum) i murals informatius.

Resolució de conflictes

En general, els conflictes que es donen a tots els centres venen donats per la convivència i perquè la rutina marcada els impedeix tenir llibertat a l'hora de gestionar el seu temps.

El Reglament de règim intern estableix faltes lleus, greus i molt greus amb les consegüents mesures correctores a tots els centres.

En tots els centres quan es produeix una falta o incident l'actuació immediata la realitza el professional que intervé directament en el conflicte. En un primer moment es fa una contenció verbal i, si és necessari, una contenció ambiental. Amb posterioritat es treballa a través de tasques reparadores, que ajudin a la reflexió i a l'assumpció de conseqüències dels actes esdevinguts.

La contenció verbal consisteix en dialogar amb el noi, calmar-lo i fer-lo raonar i reflexionar sobre el fet succeït. Si no funciona, es passa a la contenció ambiental, que

consisteix en separar el noi del grup per evitar més conflictes mentre dura la intervenció. En un segon moment complirà les tasques reparadores que se li imposin com a conseqüència dels seus actes. La finalitat d'aquestes tasques és reparar l'acte i l'actitud a més de prendre consciència del seu comportament. Tots els professionals dels centres són coneixedors de la situació del noi i donen sentit i coherència aquesta resposta educativa.

La contenció física s'utilitza, només, com a última instància i com a mesura protectora, únicament per evitar una autolesió, un dany als que l'envolten, per prevenir grans desperfectes materials o detenir una fuga.

Mas Ritort disposa d'una habitació individual de protecció, que s'utilitza si la situació és extremament greu, per aïllar als nois si estan intentant lesionar-se o estan agredint als professionals o a algun company. Pedrenyal i Guaret no disposen de cap espai específic per a situacions extremes i, en cas que sigui necessari, l'educador utilitza algun espai del centre –normalment una habitació normal o un despatx- per aïllar al noi i estar amb ell fins que es calmi. Només Castanyers té mesura d'aïllament que es materialitza en dues habitacions individuals per a situacions d'extrema agressivitat. Cada vegada que s'utilitza aquest recurs s'ha d'omplir el llibre de registre de les habitacions individuals i es fan els corresponents Volants d'Incidències dirigits a la Direcció General i a la Fiscalia de protecció de menors.

El centres tenen un registre de totes les contencions que fan. En faltes greus i molt greus s'apliquen mesures correctores que van en el sentit de limitar les sortides, no participar en activitats, realitzar reflexions per escrit, etc. Si el jove es fa mal o fa mal a algú s'omple un volant d'accidents. En el cas que la situació es torni extrema es contacta amb els serveis sanitaris i amb els Mossos d'Esquadra.

Formació laboral i de competències d'autonomia

El treball per a la inserció laboral es fa, a tots els centres des de la formació de taller.

El treball al taller és majoritàriament pràctic i es realitzen tasques com tenir cura dels animals, cuidar l'hort, creació i manteniment del mobiliari dels animals i d'altres espais exteriors, tasques de construcció, pintura, soldadura i petites reparacions. A través d'aquestes tasques es treballen les competències laborals necessàries per a inserir-se satisfactòriament al món del treball.

A Guaret, el taller es planteja com un espai on els joves simulen un lloc de treball, on signen un contracte fictici i on han de complir les seves obligacions com haurien de fer a qualsevol feina. Es busca que tota la dinàmica s'aproximi molt al que seria un ambient real de treball, els mestres de taller encarreguen feines als joves i els supervisen. Si algun jove té una actitud inadequada o no compleix amb el que es va pactar en el contracte se'l pot fer fora i llavors ha d'assistir a l'aula a realitzar cursos de "reciclatge" com si fos a l'atur. Actualment s'està buscant la fórmula de que tota aquesta experiència pugui quedar reflectida en el currículum vitae dels joves.

Castanyers disposa del Taller d'Iniciació Laboral (TIL) que és un taller que, dins del centre, busca simular les condicions laborals que el jove es trobaria en una feina. A aquest taller només hi accedeixen els joves que s'ho han guanyat amb el seu comportament i evolució. Actualment es desenvolupa en conveni amb una empresa de serigrafia i la producció és remunerada. Els joves poden arribar a guanyar fins a 30 euros a la setmana.

Pedrenyal estableix col·laboracions amb les entitats locals fent projectes d'Aprenentatge-Servei (APS). Un d'aquests projectes APS es fa amb la Llar d'Infants del

poble oferint visites guiades pel seu zoo als petits. Els joves cuiden els animals i fan el manteniment del zoo i quan venen els infants s'encarreguen de guiar la visita i explicar les característiques dels animals a grups reduïts de nens. Amb aquest zoo es potencia el treball de la responsabilitat i del vincle a través de la cura dels animals i del contacte amb els infants. Un altre projecte APS es realitza en conveni amb l'ajuntament. En el marc d'aquest projecte els joves arreglen el parc infantil i l'ajuntament els facilita la roba i les eines necessàries quedant aquestes en propietat del centre. A més, la policia local ha donat al centre les bicicletes que tenia al dipòsit municipal de vehicles i bancs del mobiliari urbà que s'havien fet malbé. Els joves han reparat les bicicletes i ara disposen d'elles per fer activitats. També han arreglat i re-condicionat els bancs i els han instal·lat a diversos punts del recinte.

Castanyers ofereix als joves la possibilitat d'aconseguir uns diners extra si ajuden en determinades feines diàries de la casa, els anomenats "treballs de centre" pels que reben 3 euros la hora. D'aquesta manera es familiaritzen amb algunes de les exigències del dia a dia d'una casa preparant-se per quan visquin fora del centre.

Paral·lelament a aquestes pràctiques, els quatre centres busquen recursos externs per realitzar activitats en un entorn normalitzat per a aquells joves que ja porten uns mesos al centre i presenten una bona evolució. Quan són majors de 16 se'ls busca formació més de caire professional (PQPI).

En general tots els centres treballen per a que en el moment del desinternament el jove tingui les màximes garanties d'èxit. És per això que quan es comença a preparar la sortida es posa especial èmfasi en vincular els nois als diferents serveis disponibles al territori, en que coneguin els recursos on poden dirigir-se quan siguin fora i se'ls dona molta informació sobre com serà tot quan surtin.

Intervenció amb les famílies

El contacte dels centres amb les famílies és, sempre que aquestes ho permeten, molt fluït ja que no es vol que la família es desvinculi del procés que està fent el seu fill i, a més, no han d'oblidar que són el referent emocional del jove.

Amb l'arribada del jove al centre la direcció del centre es reuneix amb la família per ensenyar-los on viurà el seu fill i explicar-los com treballaran amb ell. En aquesta primera visita es busca sempre la complicitat de la família i oferir-los caliu. Passat el període d'observació, es planifiquen trucades i abans de que el noi tingui permisos de sortida s'ofereixen visites supervisades que tenen lloc als propis centres. A partir d'aquí, la direcció es coordina amb l'EAIA per estudiar la possibilitat de realitzar sortides (depèn de si el noi té un habitatge on pugui anar). També es coordinen amb la DGAIA, per escollir l'adult que serà el responsable del noi quan aquest surti de permís, cosa que és condició necessària per a que el jove pugui gaudir de permisos de sortida.

Des de tots els centres es busca treballar també amb les famílies. Se'ls dona indicacions i pautes de com funcionar i com posar límits als nois. Els ajuden a crear una relació on es pugui conviure i es pacten estratègies per treballar conjuntament quan el fill estigui de permís a casa. Aquest treball es pot fer si la família va al centre o per telèfon ja que les famílies estan repartides per tot el territori català i moltes no tenen recursos per acudir a realitzar aquest seguiment.

Si algun jove té una família col·laboradora prèvia al seu internament els centres també treballen amb ella.

En el moment de realitzar la investigació, Guaret està pendent de poder desplegar el programa "In-Situ", pel qual disposarà d'un professional que visitarà a les famílies al territori per assessorar-les i supervisar-les.

Sortida del jove del centre

Tots els centres coincideixen en que la principal sortida dels joves és la família, la família extensa i, en alguns casos, els pisos de l'ASJTET. Quan els joves es desinternen del centre abans de fer 18 anys i la situació familiar no és adequada per retornar les funcions tutelars es busca l'ingrés en un CRAE. Quan es desinternen per majoria d'edat normalment tornen amb la família, ja que molt pocs joves procedents de CREI accedeixen al programa d'habitatge de l'ASJTET.

Els centres no fan seguiment posterior al desinternament tot i que se'ls ofereix la possibilitat de continuar en contacte amb els professionals del centre si així ho desitgen.

Pedrenyal convida als seus ex-residents a fer xerrades per explicar les seves experiències i conscienciar als actuals residents

Guaret organitza anualment una calçotada a la que són convidats tots els ex-residents que hi volen assistir.

Temporalitat de la intervenció en els CREI

Tots els centres coincideixen que la intervenció hauria de ser d'entre un any i un any i mig, ja que els CREI estan pensats per realitzar una intervenció intensiva i delimitada. Consideren que si els joves estan més temps es desvirtua l'objectiu del recurs i pot acabar produint un efecte negatiu en el jove, ja que la vida al centre no representa una situació real.

Consideracions subjectives dels professionals respecte l'èxit o el retrocés en la intervenció

En aquest context es considera èxit en la intervenció quan es produeix una evolució positiva en el procés que el jove està fent al centre, és a dir, quan milloren aquells factors que van motivar la seva entrada.

a) Factors percebuts pels professionals com a facilitadors dels processos amb èxit:

En general, la majoria dels professionals entrevistats consideren que un dels factors més importants per a facilitar un procés d'intervenció amb èxit és crear un bon tàndem entre vincle/confiança i límits. És a dir, ser proper però posar límits al jove. En paraules dels propis educadors:

“Primer establir un cert nivell de vincle/confiança, connectar i concretar per què estàs aquí i què podem fer plegats [...] El límit és necessari però si no hi ha la confiança, no serveix per res [...] i evidentment el límit també hi ha de ser, ha de quedar-li clar que no sóc el seu col·lega”.

Un altre dels factors que un gran nombre de professionals percep com a facilitador és l'actitud del professional, que ha de ser tranquil·la i coherent adaptant-se a l'estil de cada jove, i ha d'utilitzar un llenguatge proper i que reforci positivament. Aquest factor queda il·lustrat en les següent declaracions:

“Sol funcionar mostrar-te tranquil, el que els transmet, la manera de comunicar i saber adequar-se a cada moment (tranquil·litat o donar-los canya). S'ha de buscar un llenguatge proper a ells que no soni a tecnicismes ni a diagnòstic”.

“(...) A mi em funciona estar tranquil·la, parlar-li calmadament, dir-li proactivament i positivament enlloc de la crítica, donar-los reforç positiu perquè ells estan acostumats a que tot ho fan malament”.

Molts dels professionals recalquen la importància de l'atenció individual als joves, treballar d'aquesta manera ajuda a que s'obrin més, agafin més confiança i es reforci el vincle.

Els professionals també coincideixen en que per a realitzar una intervenció amb èxit han d'intentar posar-se a la pell del noi i entendre la seva situació. No etiquetar ni anar amb idees preconcebudes. La directora d'un dels centres comentava que: *"[...] a mi em funciona dir sempre la veritat, personalitzar molt, dir-los que el què els passa no és anormal, sinó que és una adolescència amb una família complicada [...] treure'ls la culpa de sobre [...] però això funciona quan les nenes no tenen problemes mentals"*.

Altres factors que els diferents professionals identifiquen són: compartir temes i experiències personals per a poder connectar i humanitzar les relacions; treballar el cop de realitat, enfrontar-los amb la realitat i buscar quelcom que els motivi una voluntat de canvi; marcar un ordre i tenir clar el rol d'autoritat, sense manifestar un autoritarisme exagerat; i oferir-los un futur.

b) Factors que obstaculitzen la progressió positiva del jove segons la percepció dels professionals:

Entre les diferents opinions expressades pels professionals entrevistats es van percebre alguns factors que obstaculitzaven la progressió positiva del jove en els que coincideixen tots. Un d'ells és presentar un rol desubicat, ja sigui per mostrar-se massa llunyà o per voler ser massa proper i oblidar-se de la línia de treball del centre. En paraules d'un educador:

"No funciona ser llunyà, prendre una actitud massa freda i passiva, confondre't amb el rol que tens aquí i qui ets fora".

També coincideixen en que no funcionen les actituds incoherents. Aquesta idea queda il·lustrada en les següents declaracions:

“El no ser honest (el què et dic i el què faig no és coherent) [...] si treballo amb tu el respecte, jo no puc tractar-te irrespectuosament [...] hem de predicar amb els actes [...] i pots dir moltes coses però sempre des del respecte”.

“Ser incoherent, que vegin esclatxes, mantenir-se ferm en els límits perquè se’t gira en contra”.

Altres factors que els professionals consideren que obstaculitzen la progressió positiva són: Ser insegur, parlar un llenguatge culte i allunyat de la manera de parlar dels joves, vincular en excés amb un jove i perdre la perspectiva. Tampoc funciona cridar ni la confrontació directa amb els joves ja que consideren que l’educador no pot posar-se al mateix nivell que ells perquè es desborden. Així com tampoc funciona anar per lliure i no seguir les pautes acordades amb l’equip, ja que l’èxit es basa en la unitat de criteris.

c) Què explica l’èxit dels joves segons els professionals:

Quan es va preguntar als professionals per quins eren els factors explicaven l’èxit dels joves -entès com a superació dels problemes que presentaven a l’entrar al centre i que aquestes problemàtiques no tornin a aparèixer un cop fora del centre- les respostes van ser força coincidents.

En general, molts dels professionals coincideixen en que els factors que expliquen l’èxit dels joves són, principalment, tenir un bon perfil conductual i intel·lectual, i que tinguin algun referent fora del centre (familiar, parella, etc.) que els doni suport i confiança. Com comentaven alguns dels educadors entrevistats:

“Vam tenir un noi que els pares tenien un negoci de tràfic d’armes i ell se’n va sortir perquè va anar a viure amb una noia i no volia barrejar el què era la seva nova família i la família biològica”.

[...] algun suport emocional extern, quelcom emocional per poder lligar-se. Algú que se l’ha mirat i li ha transmès allò de “jo crec en tu”.

Els professionals també coincideixen en que els nois que se’n van sortir eren joves que no tenien gaire consum de substàncies tòxiques. *“Crec que tampoc tenen èxit els nois que han consumit molt perquè tenen un processament més lent, els costa concentrar-se, tenen deteriorament cognitiu”*, comentava un educador.

Els professionals també semblaven estar d’acord en que els joves que van tenir més facilitat per fer una evolució positiva van ser aquells que varen encaixar amb la filosofia del centre i varen entendre que el volien ajudar. Així com també tenien capacitat per il·lusionar-se per alguna cosa, quelcom emocional per poder lligar-s’hi, una motivació que guiés les seves accions, tenir un objectiu marcat i que se’l cregués, mostrar actitud. Els professionals entrevistats ho manifestaven de la següent manera:

“Capacitat per poder il·lusionar-se per alguna cosa, que hi hagi alguna cosa que emocionalment i a nivell d’interessos o anhels els sustenti [...] i això pot necessitar-ho tant un que ha vingut sol al país com un que ha viscut aquí i té tota la família”.

“Se’n surten els que estan motivats, els que tenen molt clar que les coses depenen d’ell i tenen autodeterminació. [...] Molt depèn d’ells, si ells estan convençuts, ells surten endavant. Un va sortir a través de l’esport i va sortir d’aquí per anar al CAR”.

Altres factors que explicarien l’èxit dels joves segons els professionals són: tenir plasticitat, és a dir, acceptar la pròpia història i construir alguna cosa raonable; tenir

facilitat de vincle i haver fet l'esforç per superar-se davant les dificultats que la vida li ha presentat; poder raonar amb ells, tot i tenir les seves idees, són capaços d'entendre el que l'educador vol transmetre.

I no tenen èxit aquells nois que estan massa tancats en sí mateixos i no es deixen emmotllar, estan al centre i no hi son, no els interessa el que passa i no tenen motivacions. Tampoc tenen èxit els que tenen molt malestar amb el món, ni els que no accepten la realitat que els ha tocat viure.

4.2. Perfil de la població acollida que es va desinternar durant els 3 anys previs a la realització de l'estudi

En aquest apartat es presenten les dades de tots aquells joves tutelats per l'Administració de la Generalitat de Catalunya que per dictamen del corresponent servei territorial d'Atenció a la Infància i l'Adolescència estaven en situació d'acolliment en els Centres Residencials d'Educació Intensiva del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i que van esgotar l'esmentada mesura entre gener de 2011 i desembre de 2014.

Nombre de casos atesos, perfil d'entrada i evolució en el centre

El conjunt dels 4 CREI de Catalunya van proporcionar la informació de 206 casos distribuïts de la següent manera: 107 casos procedents de Castanyers, 37 casos de Pedrenyal, 38 de Guaret i 24 de Mas Ritort.

Considerant tots els centres en conjunt s'observa que es donen de baixa del centre una mitjana de 18 joves per centre i any, provocant una renovació anual de places del

73%. Desglossant aquesta dada amb més detall s'observa que els centres que van tenir més renovació de places van ser Mas Ritort (86%) i Castanyers (85%) i els que menys Guaret (64%) i Pedrenyal (58%) (Figura 4).

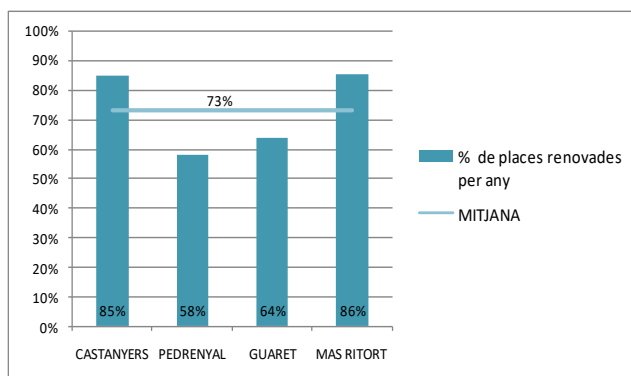


Figura 4. Renovació anual de places als CREI de Catalunya

L'edat mitjana d'ingrés és de 15.4 anys amb una desviació típica de 1,39 punts, d'aquesta manera el gruix més gran d'ingressos es produeix de mitjana a la franja de 15 a 16 anys.

Com es pot veure a la Taula 7, tres dels centres -Castanyers, Guaret i Mas Ritort- reben el major volum d'ingressos en la franja de 15 a 16 anys, mentre que a Pedrenyal això succeeix en la franja dels 12 als 14 anys.

Taula 7. Intervals d'edats d'ingrés al CREI

	%	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Global					
De 12 a 14 anys	22.5%	23.4%	37.8%	23.7%	16.7%

De 15 a 16 anys	47.1%	44.9%	35.1%	50.0%	70.8%
De 17 a 18 anys	27.7%	31.8%	27.0%	26.3%	12.5%

La **procedència** dels joves que van arribar als CREI és molt variada. Predominen els que van venir de CRAE (33.5%), centre d'acollida (27.7%) i domicili (19.4%).

En menor mesura varen tenir ingressos procedents de centres educatius del Departament de Justícia (6.3%), centres terapèutics (3.4%), altres CREI (2.9%), serveis d'urgències de la DGAIA (2.9%) i d'altres recursos residencials de transició a l'autonomia (3.4%). En una representació mínima van ingressar joves procedents de centres psiquiàtrics (0.5%).

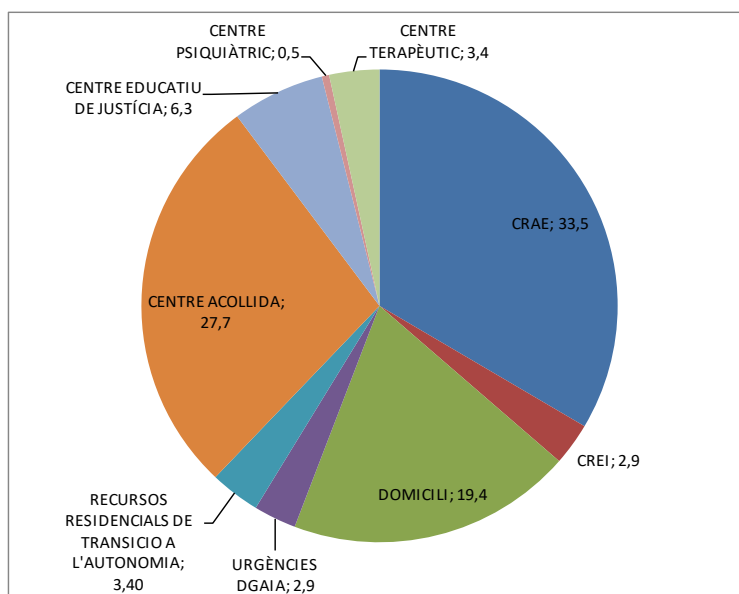


Figura 5. Procedència dels joves ingressats als CREI de Catalunya en percentatges

Mentre que a Castanyers, Pedrenyal i Mas Ritort predominaven els ingressos procedents de CRAE, a Guaret la majoria de joves provenien de centres d'acollida (42.1%). També cal destacar que Castanyers és l'únic dels 4 centres que va rebre ingressos procedents d'urgències de la DGAIA, pisos assistits, centres psiquiàtrics i centres d'altres recursos residencials de transició a l'autonomia. Pel contrari, Mas Ritort només va rebre ingressos de CRAE, domicili i centres d'acollida.

Estada al centre

El **temps mitjà d'estada** als centres supera lleugerament l'any (14.4 mesos) amb una desviació estàndard de 11.9 punts. Pedrenyal mostra una tendència a tenir internaments de més llarga durada que la resta de centres, essent la seva mitjana de 21.6 mesos. Només un dels centres, Mas Ritort, té una mitjana d'estada inferior a l'any, que és de 9.1 mesos. Veure Figura 6.

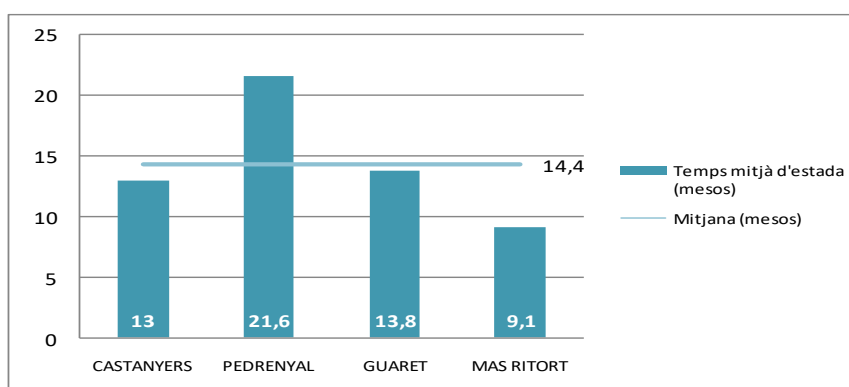


Figura 6. Temps mitjà d'estada per centres

Aproximadament la meitat de la mostra va residir als CREI durant més d'un any (50.5%), mentre que l'altra meitat hi va romandre menys d'un any (49.5%). Per centres, les dades mostren que a Pedrenyal i a Guaret hi van predominar les estades de més d'un any, amb un 59% i un 65.8% de casos respectivament, i pel contrari, a Castanyers i a Mas Ritort va ser més comú trobar internaments de menys d'un any de duració (53.3% i un 70.8% dels casos respectivament). Veure Figura 7.

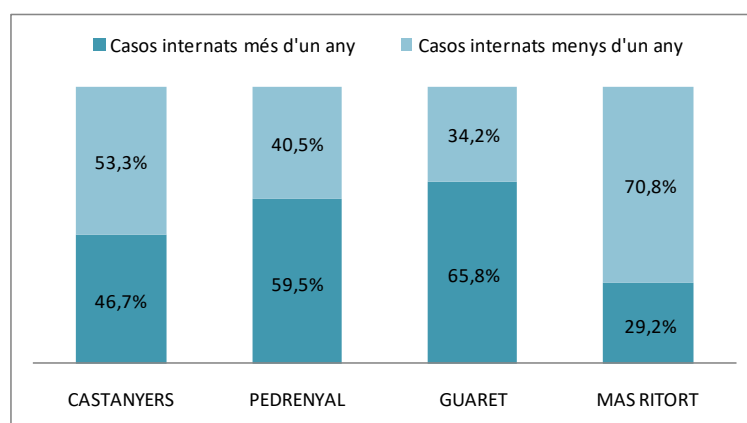


Figura 7. Quantitat de casos atesos durant més o menys d'un any, distribució per centres

En relació a la **durada de les estades** dels joves al centres, dividides en franges de 3 mesos, s'observa que a Castanyers les franges més representades van ser tres: menys de 3 mesos, entre 3 i 6 mesos i més de 2 anys; amb un 17.8% de joves.

Pel que fa a Pedrenyal, més d'un terç dels seus internaments van romandre al centre més de 24 mesos (37.8%) i un menor nombre de casos hi va ser entre 9 i 12 mesos i 12 i 15 mesos (2.7% dels joves en ambdós casos). A Guaret el major nombre d'estades foren les que van durar entre 15 i 18 mesos i entre 18 i 24 mesos, i la franja de més de 24 mesos d'estada és la que mostra menys representació de casos (2.6%). A Mas Ritort la majoria dels seus internaments va durar de 9 a 12 mesos (25%), i no tenen cap cas que hi

hagi residit més de 24 mesos. La Figura 8 mostra la distribució per centres de la duració dels internaments.

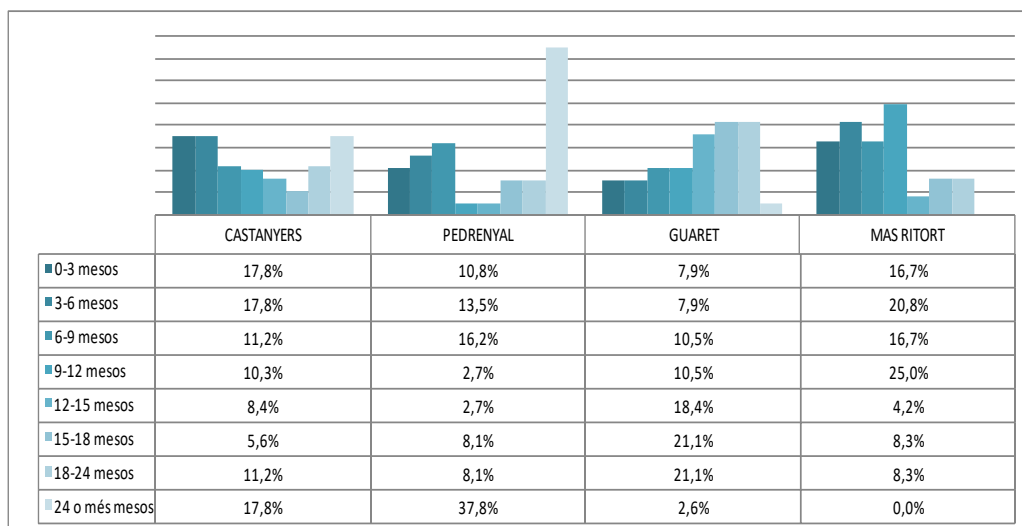


Figura 8. Duració dels internaments, distribució per centres

El 63.1% dels joves de la mostra es va **escapolir** alguna vegada durant el seu període d'internament als CREI, en canvi el 36,9% no es va escapolir mai. Per centres, i com es pot veure a la Figura 9, Guaret presenta un nombre d'escapoliments per sota de la mitjana (47,4%) mentre que Mas Ritort, reporta un percentatge força superior (83,3%).

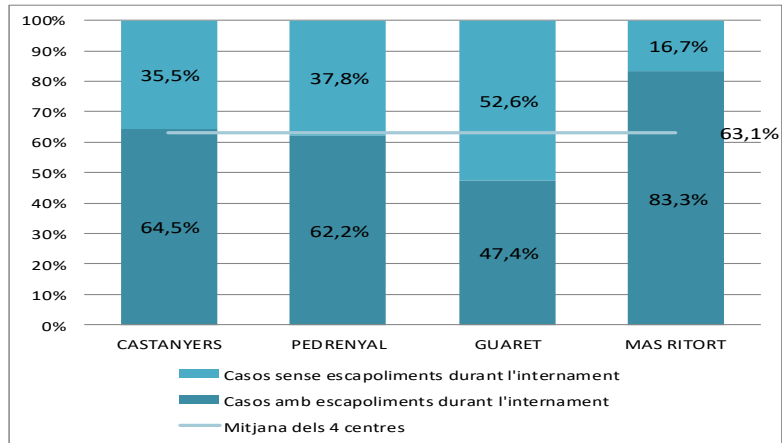


Figura 9. Escapoliments durant el període d'internament, distribució per centres

Respecte al **consum de tòxics** (considerant si ho feia abans d'ingressar al centre i/o durant els permisos un cop internat) les dades revelen que un 73,3% dels joves de la mostra consumia algun tipus de droga, mentre que del 26,7% no es coneix que consumís cap tipus d'estupefaent.

En el cas de Mas Ritort, el 100% de les joves ateses consumien tòxics abans d'ingressar al centre i/o durant els permisos (veure Figura 10).

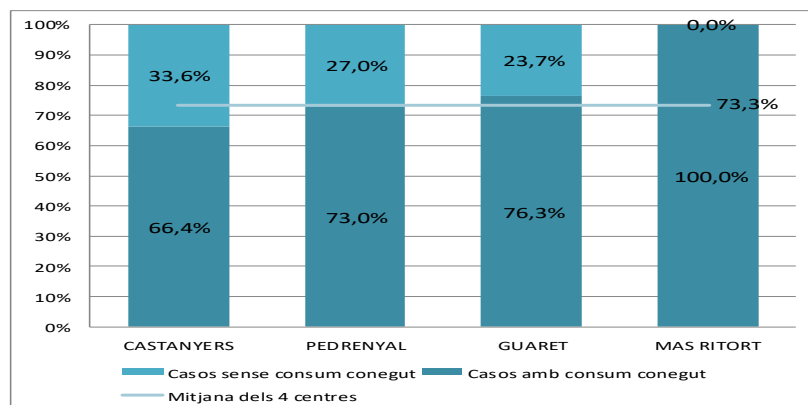


Figura 10. Consum de tòxics entre els casos atesos, distribució per centres

Centrant l'atenció en si els joves internats havien comès algun **delicte**, les dades mostren que el 54,9% presentava algun delicte mentre que el 45,1% no presentava cap tipus de delicte conegut. En la comparativa per centres, s'observa que els joves del Pedrenyal i de Guaret estan per sobre la mitjana (73% i 65,8% respectivament). En el cas de Mas Ritort, el nombre de casos amb delictes coneguts és menor (25%) com es pot veure a la Figura 11.

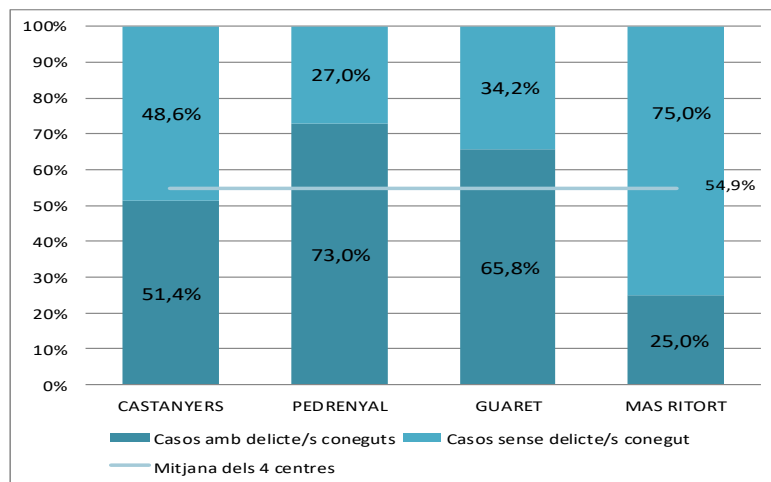


Figura 11. Delictes comesos entre els casos atesos, distribució per centres

Observant els casos que presentaven **trastorns**, el 50% dels joves tenia algun trastorn diagnosticat. Per centres, més de la meitat dels casos de Castanyers presenten trastorn (57.9%), mentre que a Pedrenyal i Mas Ritort els casos amb trastorn són minoria (37.8% i 33.3% respectivament). Es van desestimar les dades proporcionades per Guaret perquè

el seu CSMIJ de referència no volia donar diagnòstics fins que els joves no arribessin a la majoria d'edat.

En quant a la valoració que fan els centres de l'**evolució** que els joves van fer en el seu internament, les dades mostren que, de mitjana, un 47.1% dels casos fa una evolució positiva. S'entén per evolució positiva el procés protagonitzat per tots aquells joves que van fer una millora substancial o una bona adaptació a la dinàmica i normativa del centre, malgrat poguessin haver tingut faltes durant l'estada. En canvi, un 44.7% dels joves no va evidenciar una millora significativa –no es va produir millora en les causes que van motivar el seu ingrés- i un 8.3% va començar el seu procés fent una millora positiva a l'inici però va acabar fent un retrocés al final de la seva estada, possiblement finalitzant-lo amb un escapiment.

Observant la individualitat dels centres, a Pedrenyal més de la meitat dels casos fa evolució positiva (64.9%) mentre que un 35.1% no millora significativament. A Castanyers, Mas Ritort i Guaret aquesta tendència s'inverteix i un major nombre de casos no milloren significativament (el 46.7%, el 58.3% i el 58.3% respectivament). Tal i com podem veure a la Figura 12 són minoria, a tots els centres, els casos que mostraren una millora inicial i un retrocés al final del seu procés.

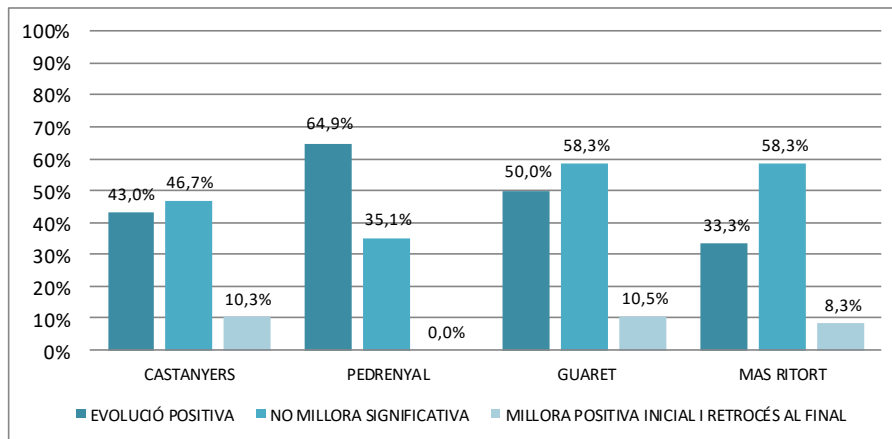


Figura 12. Evolució dels casos, distribució per centres

La sortida del centre

L'edat mitjana de causar baixa als 4 centres va ser de 16.6 anys amb una desviació estàndard de 1.10 punts. Observant cada centre per franges d'edat (Figura 13), les dades mostren que la gran majoria de baixes es van produir entre els 17 i els 18 anys menys en un centre, Mas Ritort, del que van sortir més casos en la franja de 15 a 16 anys. En tots els centres és comú la tendència de que gairebé no es van produir baixes en la franja de 12 a 14 anys.

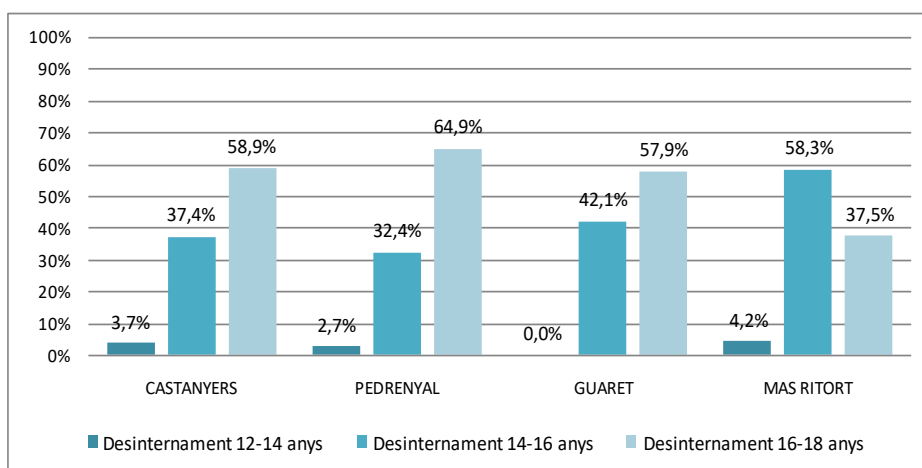


Figura 13. Volum de casos desinternats per franges d'edat, distribució per centres

El principal **motiu** pel que els joves de la mostra van ser **desinternats** va ser per pèrdua de plaça després d'un escapoliment de llarga durada (43.2%). En canvi, un 20.4% es va desinternar en haver fet una bona evolució i assolir els objectius que s'havien plantejat per a ell durant el seu procés al centre. Un 19.9% va causar baixa al centre perquè van arribar a la majoria d'edat, mentre que a un 16% se'ls traslladà a un altre centre ja fos perquè el nou centre s'adaptava millor a les seves característiques o per estar més a prop de la seva família.

Aquests resultats es poden veure a la Figura 14.

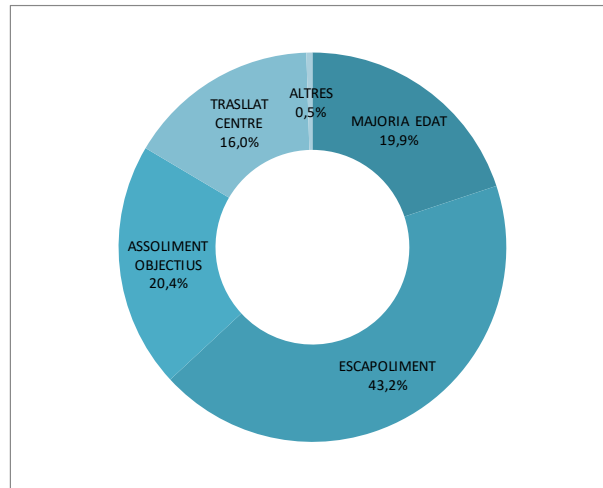


Figura 14. Principals causes de baixa dels centres

Observant les dades per a cada centre amb més detall s'extreu que la principal causa de baixa en tres dels centres és la pèrdua de plaça per escapoliment de llarga durada, en canvi, a Guaret és l'assoliment d'objectius (42.1%). La majoria d'edat és la segona causa en volum de casos a Castanyers (19.6%) i Pedrenyal (32.4%). A Guaret la segona causa en quantitat de baixes són els escapoliments de llarga durada (26.3%) i a Mas Ritort és l'assoliment dels objectius plantejats amb un 16.7%. (Veure Figura 15).

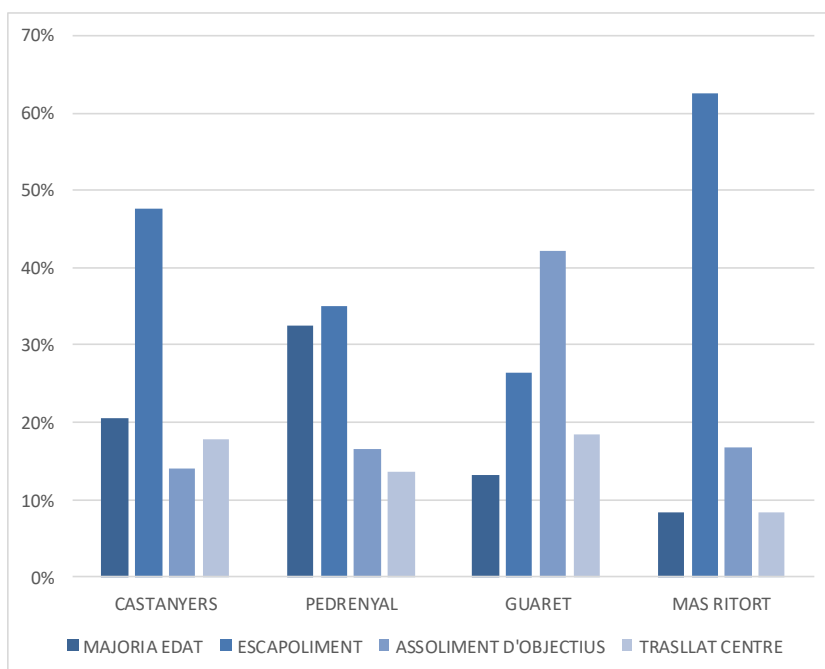


Figura 15. Principals causes de baixa, distribució per centres

Pel que fa al **lloc on van anar** els joves en sortir del CREI les dades mostren que el principal destí va ser el domicili familiar amb un 34% dels casos. Del 23.3% se'n desconeix el destí ja que es van escapar. El 11.2% va ser traslladat a un CRAE, el 13.6% va ser internat a un Centre educatiu del Departament de Justícia, el 4.9% va ser traslladat a un altre CREI i el 7.8% va passar a residir a algun recurs residencial de transició a l'autonomia. Un 3,4% dels casos van ser destinats a centres terapèutics, un 1% a centres per a discapacitats intel·lectuals i un 1% va ser traslladat a centres d'acollida i (Figura 16).

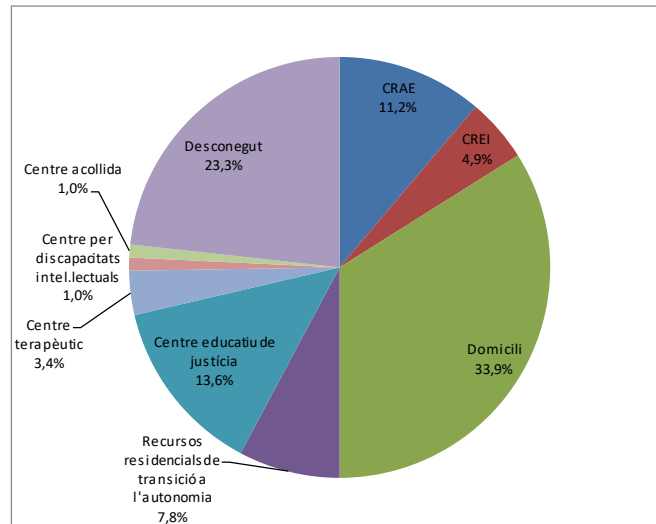


Figura 16. Destí dels joves desinternats

A la Figura 17 es pot veure el volum de casos per centre que van anar als diferents destins que els professionals entrevistats van explicar.

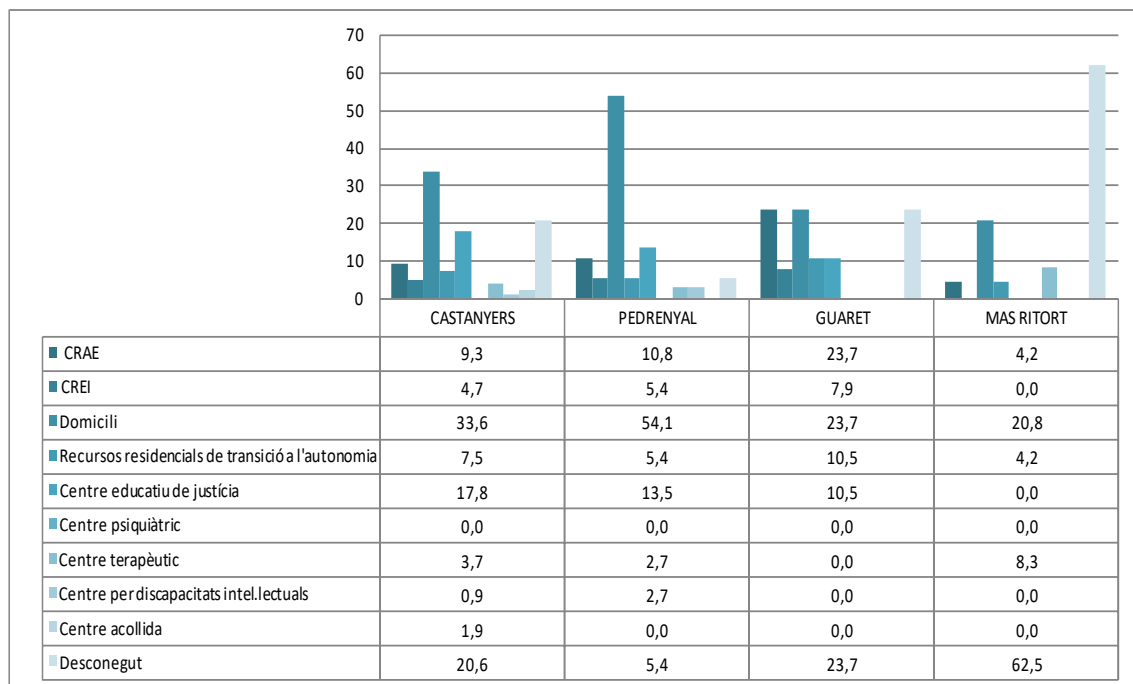


Figura 17. Destí dels joves desinternats, distribució per centres

4.3. Evolució dels joves que van residir més d'un any als CREI

En aquesta fase de la recerca es va aprofundir en l'evolució d'aquells casos de la mostra inicial que van residir durant un any o més als CREI de Catalunya. Amb aquest propòsit es va realitzar una entrevista en profunditat per a cada cas, que va ser contestada pels professionals dels centres que van intervenir amb aquests joves durant la seva estada.

Es van obtenir les dades de 86 casos, el 90.7% de les quals eren nois i el 9.3% eren noies. Aquesta diferència reflecteix proporcionalment la quantitat de places disponibles en aquesta tipologia de centres per a ambdós sexes, que és molt desigual -82 places per a nois i 12 places per a noies-. A la Taula 8 es pot observar el nombre de casos entrevistats amb més d'un any d'estada per centre en relació amb la quantitat de casos analitzats en la fase anterior. Cal tenir en compte que, en aquesta fase de l'estudi, la mostra de Castanyers es va reduir a 2 anys –els casos dels altres centres corresponen a 3 anys- perquè era un centre gran amb un volum de nois molt superior al dels altres CREI i no disposaven de temps suficient per revisar tants casos.

Taula 8. Relació de casos estudiats en les fases 2 i 3 de l'estudi

	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Casos explorats fase 2	107	37	38	24
Casos entrevistats fase 3	35 ¹	20	23	8

¹ El nombre de casos estudiats de Castanyers correspon a un període de 2 anys, mentre que en els altres centres el període és de 3 anys. Aquesta diferència es deu a que era un centre amb un volum de nois molt superior al dels altres CREI i no disposaven de temps suficient per revisar tants casos.

En les següents pàgines es presenten els resultats obtinguts a partir de les 86 entrevistes i s'estructuren de la següent manera:

Un **primer apartat**, on es parla de les característiques dels joves que van arribar als centres, de la trajectòria vital que havien tingut fins al moment de l'ingrés i els motius que van fer que ingressessin.

Un **segon apartat**, que desgrana la problemàtica dels joves en el moment d'entrar.

Un **tercer apartat**, que relata la intervenció educativa que es va dur a terme dins els centres i les estratègies d'intervenció més utilitzades pels professionals. També es parla de l'evolució que van fer els joves i de l'atribució de la mateixa.

Un **quart apartat**, que explica les accions que es van fer dins del centre en els àmbits acadèmic i formatiu.

Un **cinquè apartat**, on s'agrupen les dades relacionades amb la xarxa de suport social i els vincles establerts tant a dins com fora del centre, amb professionals, companys, persones disponibles i amics.

Un **sisè apartat**, on es detalla la situació de sortida dels joves i l'evolució que van tenir una vegada fora del centre.

I en un **setè i últim apartat**, s'agrupen aquelles dades que van relacionar-se amb el perfil d'evolució de forma estadísticament significativa.

Característiques del jove: Recorregut previ i motius d'ingrés

Observant **les edats** d'entrada al centre dels 86 joves estudiats destaca com a franja predominant l'interval de 15 a 16 anys amb un 48.8% dels ingressos. Un 39.6% de joves va ingressar entre els 12 i els 14 anys i un 11.6% ho van fer entre els 17 i els 18. La mitjana d'edat d'entrada se situa entorn als 15 anys [M=14.9; SD=1.4].

La Taula 9 mostra les edats a les que van ingressar els joves als diferents centres. La mitjana d'edat d'entrada a Pedrenyal i Castanyers va ser lleugerament inferior que a Guaret i Mas Ritort (14.4, 14.9, 15.1 i 15.4 respectivament).

Taula 9. Intervals d'edats d'ingrés al CREI

	%	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Global					
De 12 a 14 anys	39.6%	42.9%	50.0%	34.7%	12.5%
De 15 a 16 anys	48.8%	48.6%	35.0%	52,1%	75.0%
De 17 a 18 anys	11.6%	8.6%	15.0%	13.0%	12.5%

La gran majoria dels 86 joves acollits als CREI **procedien** d'altres tipologies de centres en el moment de l'ingrés (76.7%), i només un 23.3% venia directament del domicili familiar. Un gran nombre de joves que venien d'altres centres procedien de CRAE (38.4%) o de centre d'acollida (29.1%). Un 4.7% van venir d'altres CREI, un 2.3% de centres educatius de Justícia, i per últim, de centres terapèutics (1.2%) i d'altres recursos residencials de transició a l'autonomia (1.2%) en igual proporció.

Com es pot veure a la taula de percentatges de la Figura 18, a Castanyers, Pedrenyal i Mas Ritort, la majoria dels joves venien de CRAE, mentre que a Guaret la majoria procedien de centre d'acollida. Només a Castanyers van arribar joves que procedien de centres educatius de Justícia i de recursos residencials de transició a l'autonomia. De la mateixa manera, només Pedrenyal va rebre joves procedents de centres terapèutics. Mas Ritort és el centre que va acollir més joves procedents del domicili familiar.

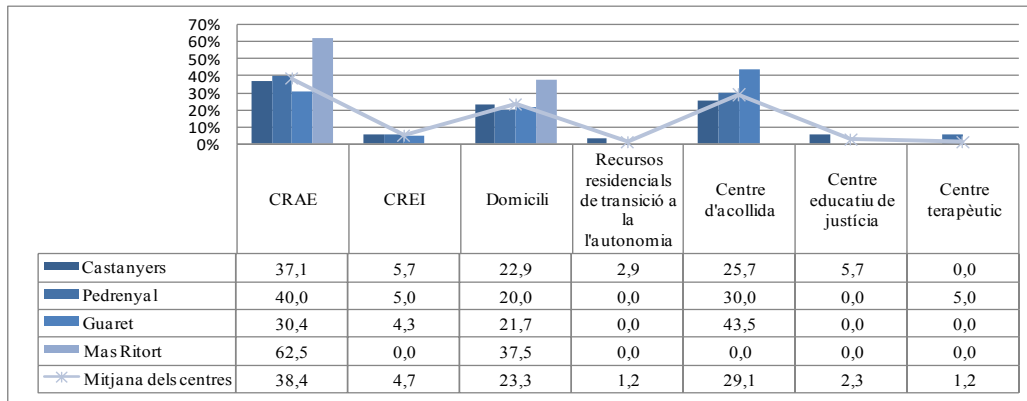


Figura 18. Procedència dels joves per centres

El **nombre de centres** on els nois havien residit oscil·lava entre 1 i 5 centres (incloent el CREI). En un 18.6% dels casos el CREI era el primer centre en el que residien, un 39.5% dels joves havia estat en 2 centres, i un 33.7% en 3. Sols un 3.5% dels joves havien estat en 4 centres i un 4.7% havia passat per 5 centres o més.

Aprofundint en els **antecedents familiars** dels nois, les dades mostren que el 82.5% dels casos tenien algun familiar amb conductes de risc. És força comú que algun o ambdós progenitors fossin consumidors habituals de substàncies estupefaents (36.1%) i els professionals van informar que en alguns casos també era freqüent trobar famílies en les que els progenitors adoptaven conductes violentes o estaven involucrats en situacions de violència domèstica i d'abusos (20.9%). En un 19.7% dels casos s'havia produït un abandonament o mort d'algun dels progenitors i un 16.3% tenia algun dels progenitors amb conductes delictives.

Pel que fa als germans, un 16.3% dels joves tenien germans que també estaven tutelats i un 10.5% tenia germans que presentaven conductes de risc.

El fet de tenir “progenitors extutelats” va ser un antecedent familiar que els professionals van informar més sovint en noies que en nois (12.5% vs. 1.3%; $p < 0.05$). La

Figura 19 desglossa tots els tipus d'antecedents familiars que els professionals dels centres van anomenar.

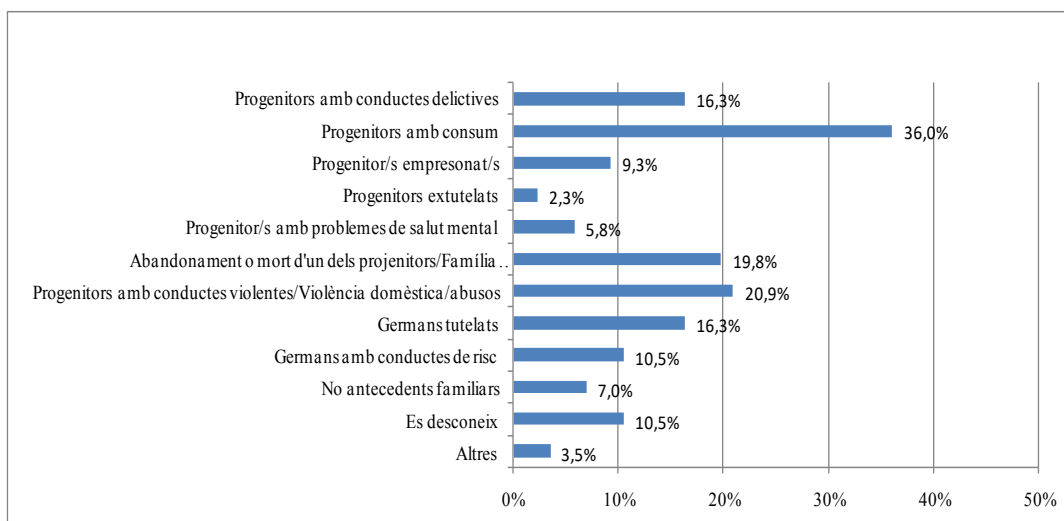


Figura 19. Antecedents familiars

Les dades sobre l'**edat d'inici de tutela** es van poder recollir només en dos dels centres i es pot observar a la Taula 10 que el gruix més gran de joves va ser tutelat entre els 10 i els 15 anys. També es pot veure que a Castanyers la segona franja més representada és la de 15 a 18 anys i la que menys representada està és la de 0 a 5 anys. En canvi a Pedrenyal, més de la meitat dels joves (55%) van ser tutelats entre els 0 i els 10 anys, deixant com a franja menys representada la d'entre els 15 els 18 anys.

Taula 10. Edat d'inici de tutela dels joves internats als CREI

	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT

Entre 0 i 5 anys	5.7%	25.0%	No disponible	No disponible
Entre 6 i 10 anys	11.4%	30.0%	No disponible	No disponible
Entre 11 i 15 anys	68.6%	40.0%	No disponible	No disponible
Entre 16 i 18 anys	14.3%	5.0%	No disponible	No disponible

Els factors que van provocar l'ingrés del jove al CREI van ser, en molts casos, múltiples. El factor més esmentat va ser “presentar comportaments agressius i/o explosius” (58.1% dels casos); “Haver perpetrat robatoris o altres delictes” (36.1%); “presentar consum de risc de substàncies estupefaents” (33,7%); i “escapolir-se reiteradament de casa o del centre en el que residien” (27,9%) són altres motius d'ingrés que es van mencionar.

Analitzant les diferències per centres en el motiu d'ingrés, es pot observar a la Figura 20 que a Mas Ritort els factors “escapoliments reiterats de casa o del centre”, “comportament agressiu/explosiu” i “consum de risc” són mencionats en més del 60% dels casos que hi van ingressar.

A Pedrenyal es parla de “comportament agressiu/explosiu” (90%) i de “robatoris o altres delictes” (60%) com a motius que presentaven la majoria dels casos.

A Castanyers també vam observar que el motiu més freqüent va estar el “comportament agressiu/explosiu” (45.7%) i ja en menor mesura, però com a segon motiu més comú, els “robatoris o altres delictes” (37.1%).

A Guaret destaca el “comportament agressiu/explosiu” (39.1%) i el “consum de risc” (39.1%) i l'acompanyen com a motius més anomenats “escapoliments reiterats de casa o del centre” (34.8%).

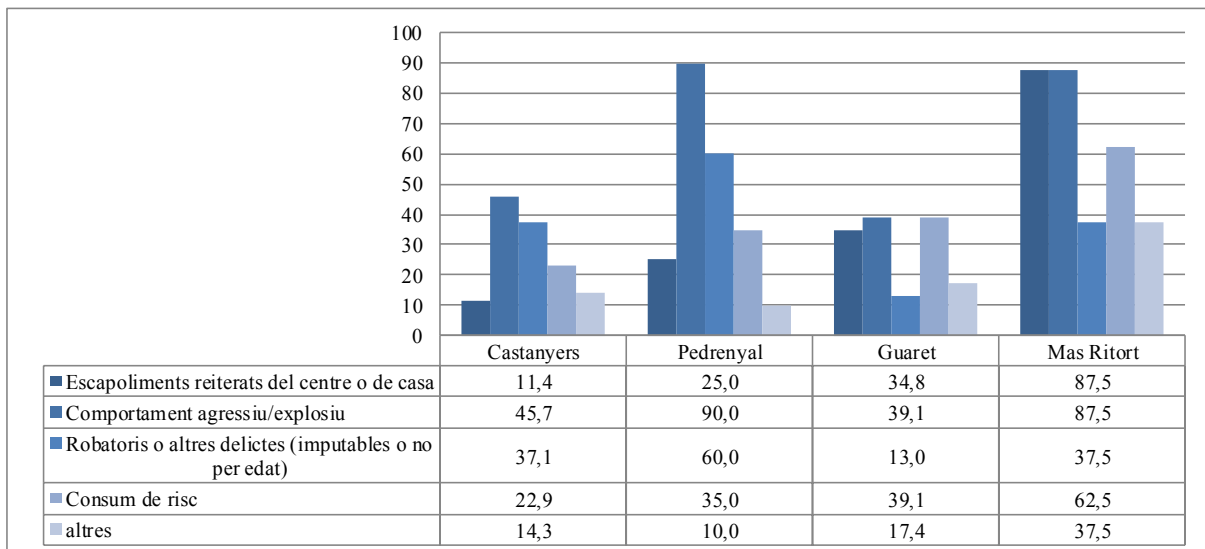


Figura 20. Principals motius d'ingrés al CREI per centres

Pel que fa a les diferències per sexes, els professionals van esmentar els “escapoliments reiterats (de casa o del centre)” i “el consum de risc” com a motius d'ingrés més freqüentment en noies que en nois (87.5% i 62.5% vs. 21.8% i 30.8%; $p < 0.01$ i $p = 0.07$; respectivament). Tot i que en el segon cas només s'observava una tendència a la significació estadística. No es van observar diferències significatives en els altres motius d'ingrés.

El **temps d'estada** als centres va oscil·lar entre 1 any (que era el temps mínim requerit per a formar part de la mostra d'aquesta fase) i 5 anys [$M = 22.5$ mesos; $SD = 11.1$]. Els nois estudiats s'hi van estar de mitjana 23.3 mesos ($SD = 11.25$) i les noies 14.5 mesos ($SD = 4.1$) ($p < 0.01$).

Molts dels centres van manifestar que, desitjablement, el temps d'estada en un CREI no hauria de superar l'any o l'any i mig. A la Taula 11 es pot veure que menys de la meitat dels joves està per sota de l'any i mig d'estada en un CREI. A Castanyers i a

Pedrenyal la proporció que va superar aquest temps d'estada és del 60% i del 75% dels casos respectivament.

Taula 11. Temps d'estada al CREI

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Entre 1 any i 1.5 anys	47.7%	40.1%	25.0%	69.6%	75.0%
Entre 1.51 i 2 anys	23.3%	25.8%	15.0%	26.1%	25.0%
Entre 2.1 i 3 anys	17.4%	26%	25.0%	4.4%	0%
Més de 3.1 anys	11.8%	8.6%	35.0%	0%	0%

Va ser una constant trobar **problemes de consum** de substàncies tòxiques entre els menors i en molts casos van ser un dels motius que van provocar l'ingrés. Així, les dades mostren que el 73.3% dels joves acollits consumien, i a tots els centres el nombre de joves consumidors era molt superior al dels que no consumien (veure Figura 21).

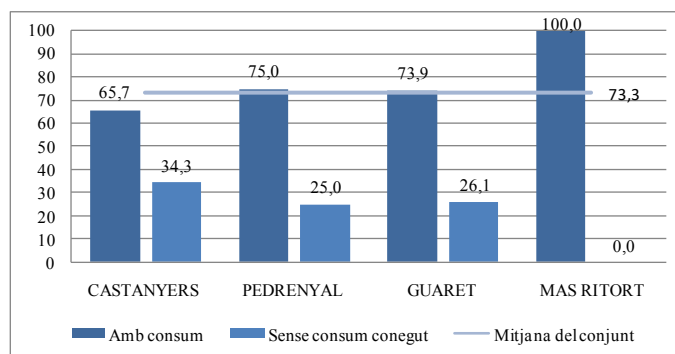


Figura 21. Consum d'estupefaents entre els joves atesos als CREI

Els equips professionals van informar de consum de substàncies en el 100% de les noies i en un 70.5% dels nois. Aquesta diferència és quasi estadísticament significativa ($p=0.07$).

De la mateixa manera, també va ser freqüent que els joves haguessin comès algun **fet delictiu** (54.1%) –ja siguin imputables o no per edat-. En tres dels centres, es coneixia que més de la meitat dels joves havien comès algun tipus delicte abans d'entrar al centre (veure Figura 22).

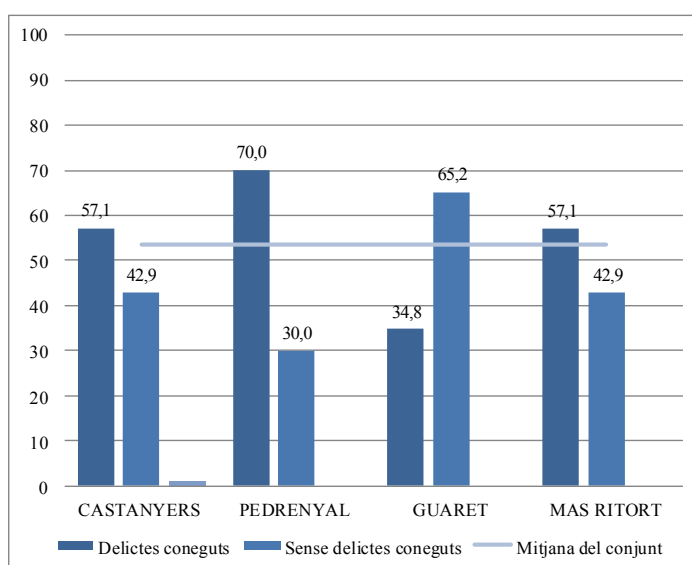


Figura 22. Problemes delictius entre els joves atesos als CREI

Els professionals dels centres van informar de la presència de **trastorns** diagnosticats en molts dels joves (40.7% amb trastorn vs. 32.6% sense trastorn)-a falta de les dades d'un dels centres-. Pedrenyal va ser el centre amb més casos amb trastorn (60% vs.40%), seguit de Castanyers (54.3% vs.45.7%) i Mas Ritort (50% vs.50%). A la Taula

12 és poden veure els diferents trastorns existents per centres. Alguns dels casos estaven diagnosticats amb més d'un trastorn.

Taula 12. Trastorns existents per centres

Classificació DSM-VI trastorns	% dels Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Trastorns per dèficit d'atenció i comportament pertorbador	26,8	48,57	15,00	0,00	25,00
Trastorns adaptatius	3,49	8,57	0,00	0,00	0,00
Trastorns del control d'impulsos	1,16	2,86	0,00	0,00	0,00
Trastorns generalitzats del desenvolupament	1,16	0,00	0,00	0,00	12,50
Trastorns de la comunicació	1,16	2,86	0,00	0,00	0,00
Trastorns de la personalitat	4,65	0,00	20,00	0,00	0,00
Trastorns de l'estat d'ànim	2,33	0,00	0,00	0,00	25,00
Trastorns de l'aprenentatge	1,16	0,00	0,00	0,00	12,50
Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	2,33	0,00	10,00	0,00	0,00
Retard mental	15,12	20,00	20,00	0,00	25,00
Altres	2,33	2,86	5,00	0,00	0,00

Quan analitzem les diferències entre sexes trobem que els Trastorns generalitzats del desenvolupament (12.5% vs. 0%; $p<0.01$), els Trastorns de l'estat d'ànim (25% vs. 0%; $p<0.01$) i els Trastorns de l'aprenentatge (12.5% vs. 0%; $p<0.01$) tenien més presència en noies que en nois.

No es van percebre diferències significatives entre els dos sexes pel que fa a l'edat d'ingrés, la procedència dels joves, el nombre de centres en els que van residir i els delictes comesos abans d'entrar al centre.

Problemàtica del jove: Perfil d'entrada

Els professionals van explicar que en el **moment d'entrar** al centre els joves presentaven **problemàtiques** com “conducta desafiant” (30.2%), “agressivitat” (23.3%), “no control d'impulsos/explosivitat” (20.9%), “manca de límits i no acceptació de la normativa” (19.8%), “problemes relacionals” (10.5%), “escapoliments reiterats del centre” (9.3%) i “manca d'hàbits” (7.0%). També van dir, en un 10.5% dels casos, que els joves presentaven “problemes derivats del propi trastorn” sense definir quins. Cal destacar que, en alguns casos, els joves presentaven diversos d'aquests problemes i, també que un 20.9% dels joves no va presentar cap problemàtica i a l'ingressar al CREI es va adaptar ràpidament al funcionament del centre. (Veure Taula 13).

Taula 13. Problemàtica del jove a l'ingressar al CREI, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Conducta desafiant	30.2%	22.9%	55.0%	17.4%	37.5%
No control impulsos/explosivitat	20.9%	22.9%	15.0%	26.1%	12.5%

Agressivitat	23.3%	17.1%	25.0%	13.0%	75.0%
No acceptació de la normativa/manca de límits	19.8%	20.0%	40.0%	8.7%	0.0%
Manca d'hàbits	7.0%	5.7%	15.0%	4.3%	0.0%
Problemes relacionals	10.5%	2.9%	15.0%	17.4%	12.5%
Problemes derivats del propi trastorn	10.5%	2.9%	20.0%	17.4%	0.0%
Escapoliments reiterats centre	9.3%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Cap	20.9%	22.9%	0.0%	39.1%	12.5%
Altres	8.1%	11.4%	5.0%	4.3%	12.5%

Les problemàtiques informades pels professionals dels diferents centres reflectien que el 95% del casos de Pedrenyal presentava “conducta desafiant” i/o “manca de límits i no acceptació de la normativa”, que contrasta amb les dades dels altres centres on la combinació d'aquests dos factors no arriba al 45%.

Els professionals expliquen que les noies van presentar un perfil més agressiu, ja que un 75% dels casos de Mas Ritort van mostrar “agressivitat” en el moment d'entrar al centre. En els altres centres s'informa d'un menor nivell d'agressivitat (Castanyers: 17.1%; Pedrenyal: 25%; Guaret: 13%).

Guaret (17.4%) i Pedrenyal (15%) són els dos centres en que els professionals identifiquen més casos que presenten “problemes derivats d'un trastorn” diagnosticat en el jove.

La problemàtica d' "escapoliments" reiterats del centre" només es troba a Castanyers, en un 20% dels seus casos, que podria ser degut a que és l'únic centre en que els accessos físics al recinte estan permanentment oberts.

Els entrevistats van informar d'un major nombre de joves que van entendre ràpidament la dinàmica del centre i no van presentar problemes a Guaret (39.1%). En percentatges menors aquesta situació es va donar a Pedrenyal (30%), a Castanyers (22.9%) i Mas Ritort (12.5%).

L' "explosivitat" i la "manca de control d'impulsos" va ser un problema que en més o menys mesura els quatre centres van observar: Castanyers en un 22.9%; Pedrenyal en un 15%; Guaret en un 26.1%; Mas Ritort en un 12.5%.

A trets generals i com es pot veure a la Figura 23, a Mas Ritort la problemàtica predominant eren les conductes agressives; a Pedrenyal hi predominava una combinació de conductes desafiantes i no acceptació de la normativa i els límits; a Castanyers escapoliments reiterats del centre, conductes desafiantes, explosivitat i no acceptació de la normativa i els límits; i a Guaret la tònica general va ser que s'ubiquessin ràpidament i no presentessin cap problemàtica a l'inici de la intervenció.

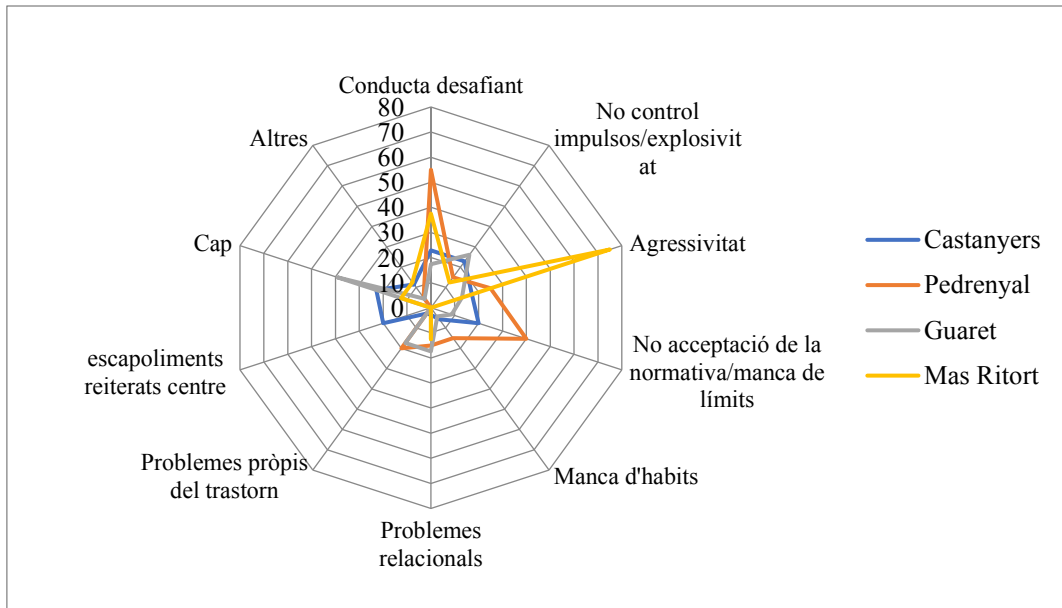


Figura 23. Problemàtica dels joves a l'ingressar als CREI

Per sexes, els professionals van reportar que l'agressivitat va ser un problema a l'inici de l'estada que es donava més en noies que en nois (75.0% vs. 17.9%; $p < 0.001$). No observem diferències significatives en la resta de problemes a l'inici de l'estada.

Pel que fa als **escapoliments** protagonitzats pels casos de la mostra, entesos com tots aquells moments en que els joves havien de ser obligatòriament al centre i no hi eren –englobant tant el no retorn de permís com l'escapoliment del centre – les dades mostren que és una conducta que es donà en un 57% dels casos.

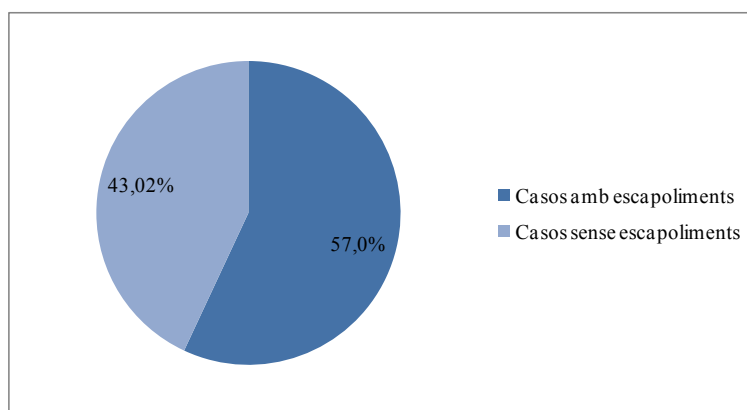


Figura 24. Escapoliments

Com es pot veure a la Figura 25, a Castanyers i a Mas Ritort els escapoliments superen al nombre de casos sense escapoliments durant la seva estada. D'altra banda, a Pedrenyal i Guaret, hi ha més joves sense escapoliments.

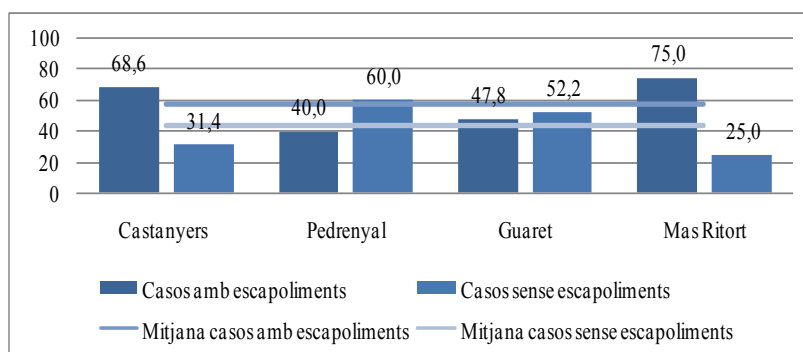


Figura 25. Escapoliments per centres

Pel que fa a la **frequència** d'aquests **escapoliments**, observant la Taula 14 destaca que a Castanyers el major nombre de casos que es van escapar (45.7%) ho van fer de forma freqüent – més de 5 vegades durant la seva estada-. A Mas Ritort, en canvi, la majoria de casos que es van escapar ho van fer entre 3 i 5 vegades durant l'estada (50%).

A Pedrenyal i a Guaret és on es van donar, en general, menys quantitat d'escapoliments. Aquests centres van acollir un 40% i un 47.8% de casos que es van escapolir respectivament. I d'aquests casos, la majoria només van escapolir-se del centre entre 1 i 2 vegades (Pedrenyal: 35.0%; Guaret: 34.8%).

Taula 14. Freqüència dels escapoliments per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Esporàdiques (entre 1 i 2 escapoliments)	27.9%	20.0%	35.0%	34.8%	25.0%
Varies (entre 3 i 5 escapoliments)	10.5%	2.9%	5.0%	13.0%	50.0%
Freqüent (més de 5 escapoliments)	18.6%	45.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Sense escapoliments	43.0%	31.4%	60.0%	52.2%	25.0%

Tot i que un gran nombre de nois i noies van escapolir-se del centre durant la seva estada, els professionals van indicar-nos que més noies que nois van fer escapoliments ($p < 0.01$). Així durant l'estada, el 75% de les noies van escapolir-se, i la freqüència amb la que ho van fer queda distribuïda de la següent manera: entre 1-3 vegades ho van fer el 25% de les noies, i entre 3-5 vegades el 50%. Pel que fa als nois, el 55.1% també van escapolir-se, quedant distribuïda la freqüència així: entre 1-3 vegades el 28.2% de casos, entre 3-5 vegades el 6.4%, i més de 5 vegades el 20.5% dels nois.

Estratègies d'intervenció, evolució del jove al centre i atribució de l'evolució

Sempre tenint en compte que els professionals actuen seguint les directrius dels seus centres, es va preguntar per **les estratègies d'intervenció** que es van utilitzar en els casos concrets sobre els que els estàvem entrevistant-los (els joves que van estar al centre un any o més). Els professionals van esmentar els següents: “marcar els límits i aplicar la normativa” (30.3%), “treballar des de la vinculació” (15.1%), “treballar de forma molt individualitzada” (9.3%), “intervenció verbal/fer raonar” (8.1%) i “cap actuació perquè el jove sempre estava escapolit” (3.5%).

En un 43% del casos només es va “seguir la dinàmica dels centres”, perquè el sol fet d'estar al centre aquesta ja tenia un efecte beneficiós pel propi jove.

Observant la Taula 15 s'identifica que els professionals de Castanyers (42.9%) i Mas Ritort (62.5%) van informar que van optar, en la majoria dels seus casos, per “marcar molt els límits i aplicar la normativa”. En canvi, a Guaret aquesta opció només va ser esmentada en un percentatge molt petit de casos perquè en el 65.2% de joves estudiats la pròpia dinàmica del centre va servir per ubicar-los. A Mas Ritort, a més, van posar força èmfasi en treballar des de la vinculació (37.5%). I a Castanyers, en un 8.6% dels casos no es va poder realitzar cap actuació perquè sempre estaven escapolits. Aquesta situació no es donà a cap altre centre.

A Pedrenyal, els entrevistats informen que un 35% es van adaptar correctament a la dinàmica del centre i pel que fa a la resta de casos, les estratègies d'intervenció afegides van quedar força repartides en funció de les necessitats dels casos atesos.

Taula 15. Estratègies d'intervenció utilitzades als CREI

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Dinàmica centre / Sense actuacions afegides	43.0%	37.1%	35.0%	65.2%	25.0%
Treball des de la vinculació	16.3%	14.3%	10.0%	17.4%	37.5%
Treball molt individualitzat	11.6%	2.9%	30.0%	13.0%	0.0%
Intervenció verbal / Fer raonar	8.1%	0.0%	35.0%	0.0%	0.0%
Marcar límits / Aplicar la normativa	31.4%	42.9%	30.0%	4.4%	62.5%
Cap actuació per escapoliments constants	3.5%	8.6%	0.0%	0.0%	0.0%
Altres	3.5%	0.0%	5.0%	8.7%	0.0%

Es va observar una major tendència a “treballar des de la vinculació” en les noies que en els nois (37.5% vs. 12.8%; $p=0.06$) mentre que en la resta de formes d'actuació no observem diferències pel que fa al sexe.

L'**evolució** que van fer els joves en els CREI va ser, en molts casos, positiva. De les entrevistes amb els professionals s'extreu que un 61.6% dels casos van tenir una evolució positiva, mentre que un 27.9% no van tenir una millora significativa. El 10.5% restant van evolucionar positivament durant el seu procés però cap al final de la intervenció van experimentar un retrocés en la seva progressió.

Per centres, els quatre CREI repeteixen la mateixa tendència i Pedrenyal és el que va reportar un percentatge més elevat d'evolució positiva en els seus casos (80%) (Veure Figura 26).

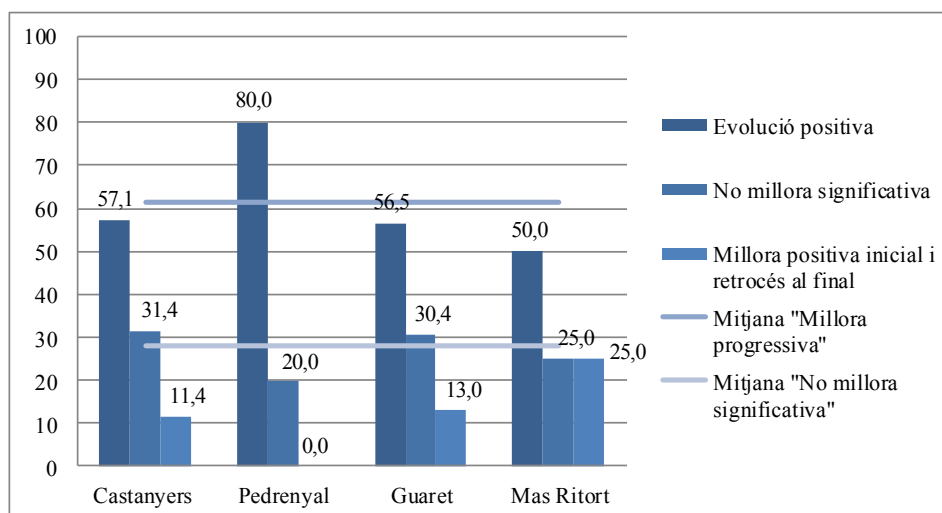


Figura 26. Evolució dels joves als centres

Els professionals entrevistats **van atribuir** aquesta evolució a factors com “el jove va trobar un límit clar que li havia faltat”(26.7%); “creació de vincle” (22.1%); “la pròpia dinàmica del centre” (15.1%); “entendre el centre com a recurs d’ajuda” (9.3%); i “treball intens individualitzat” (5.8%).

Com mostra la Taula 16, a Castanyers l’evolució s’atribueix en major mesura a la “creació de vincle” (28.6%), a Pedrenyal a que el jove “troba un límit clar que li ha faltat” (50%), a Guaret s’atribueix en un percentatge més elevat a “la pròpia dinàmica del centre” (34.8%) i a Mas Ritort el fet d’ “entendre el centre coma recurs d’ajuda” (25%) i “trobar un límit clar que li havia faltat” (25%).

Taula 16. Atribució de l'evolució dels joves per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Creació de vincle	22.1%	28.6%	35.0%	4.4%	12.5%
Entendre el centre com a recurs d'ajuda	9.3%	8.6%	10.0%	4.4%	25.0%
Trobar un límit clar que li ha faltat	26.7%	20.0%	50.0%	17.4%	25.0%
Treball intens individualitzat	5.8%	0.0%	10.0%	13.0%	0.0%
La pròpia dinàmica del centre	15.1%	5.7%	15.0%	34.8%	0.0%
No millora	18.6%	25.7%	0.0%	21.7%	25.0%
Altres	9.3%	11.4%	5.0%	8.7%	12.5%

Intervenció educativa, accions formatives

El **nivell acadèmic** que tenien els joves **en el moment d'entrar** al centre era majoritàriament d'ESO (62.8%), tot i que un 4.7% dels joves estava cursant un PQPI i un 5.8% tenien nivell de Primària. També hi havia un 26.7% que tenia un nivell molt baix, gairebé per alfabetitzar.

Com es pot veure a la Taula 17 la majoria de joves de Castanyers, Pedrenyal i Mas Ritort arriben amb un nivell acadèmic d'ESO, que és l'adequat per a la seva edat. Al quart centre, Guaret, la majoria de joves arriben amb un nivell acadèmic extremadament baix, amb els que s'ha de fer un treball d'alfabetització.

Taula 17. Nivell acadèmic dels joves a l'entrar al centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
ESO	62.8%	71.4%	75.0%	30.4%	87.5%
PQPI	4.7%	11.4%	0.0%	0.0%	0.0%
Educació Primària	5.8%	11.4%	5.0%	0.0%	0.0%
Alfabetització	26.7%	5.7%	20.0%	69.6%	12.5%

En conjunt les noies tenien un nivell formatiu més alt a l'entrar al centre. Així el 87.% de les noies estaven cursant 3er i 4rt d'ESO i només 12.5% estaven encara aprenent la lectoescriptura. El 60.3% dels nois estava cursant la ESO, estant principalment a 1r i 2n (47.4%), i un 28.2% estava aprenent la lectoescriptura. Aquest fet podria no vincular-se directament al fet de ser noi o noia, sinó a que els nois van entrar més joves, i també podria ser que hi hagués un major nombre de nois immigrants no acompanyats que no havien estat escolaritzats; però aquesta dada no es va comptabilitzar.

Després del seu pas pel centre, el **nivell acadèmic** dels joves va evolucionar i un 26.8% van obtenir el Títol de Graduat en ESO, i un 3.5%, a més, va marxar cursant estudis post obligatoris -Cicles formatius o Batxillerat-. Un 10.5% cursava un PQPI, un 47.7% encara cursava ESO i un 8.1% feia alfabetització quan van marxar. El 7.0% dels nois no va tenir una continuïtat en els seus estudis, ja sigui perquè sempre estava escapolit o perquè estava expulsat de l'escola o el taller per mal comportament.

Per centres, Pedrenyal és el centre on més joves van assolir el títol de Graduat en ESO. Guaret, que és el centre que va començar amb més alumnes per alfabetitzar, és també el que té més alumnes estudiant alfabetització en el moment de sortir. El percentatge més alt d'alumnes que no va tenir continuïtat en els seus estudis es va trobar a Castanyers.

Taula 18. Nivell acadèmic dels joves al sortir del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Cursant ESO	46.4%	54.3%	25.0%	34.8%	100.0%
Cursant estudis post obligatoris	3.5%	2.9%	0.0%	8.7%	0.0%
Alfabetització	9.3%	2.9%	5.0%	26.1%	0.0%
Títol Graduat ESO	23,3%	17,1%	55,0%	13,0%	0,0%
PQPI	9.3%	5.7%	10.0%	17.4%	0.0%
Altres	1.2%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Sense continuïtat	7.0%	14.3%	5.0%	0.0%	0.0%

Pel que fa a la **formació laboral** el 86% no va realitzar cap curs específic, ja que els professionals entrevistats van explicar que o bé no tenien l'edat suficient per a aquest tipus de formació, o el jove no tenia el perfil conductual i les habilitats d'autonomia necessàries per poder seguir aquest tipus de formació en un recurs extern. Cal recordar, però, que tots els centres imparteixen l'assignatura de taller on es proporciona als joves estratègies i situacions per a que adquireixin una base d'hàbits de treball i facin un tastet de diferents oficis.

Així doncs, només un 14% de joves va realitzar cursos de formació laboral fora del centre. Només 1 dels casos de la mostra va realitzar **pràctiques laborals** en una empresa externa, la resta de casos no en va realitzar.

A tots els centres es va buscar que els joves, un cop estiguessin estabilitzats, assistissin a **recursos externs**, situació que es va donar en un 60.5% dels casos. En aquest sentit, un 38.4% anava a activitats extraescolars, un 16.3% assistia a l'escola/institut fora del centre, un 8.1% anava a centres de formació, i un 4.7% feia activitats d'estiu (casal i/o colònies externes al centre). Aquest últim percentatge és baix, però s'ha de considerar que només s'hi van incloure els joves que es quedaven al centre durant l'estiu, ja que n'hi ha molts que van marxar de permís. Els professionals van explicar, també, que en un 39.5% dels casos el jove no tenia el perfil conductual i les habilitats d'autonomia necessàries per poder fer activitats en recursos externs al centre.

Pel que s'observa a la Taula 19, tots els centres aposten per les activitats extraescolars. Guaret destaca per tenir un percentatge superior de joves que assisteixen a l'escola fora del centre. Pedrenyal i Mas Ritort tenen més joves que no surten a fer cap activitat en recursos externs ja que no tenen una situació personal adequada per fer-ho.

Taula 19. Recursos externs al que assistiren els joves, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Centre educatiu	16.3%	8.6%	10.0%	34.8%	12.5%
Centre de formació	8.1%	8.6%	15.0%	4.4%	0.0%
Activitat extraescolar	38.4%	51.4%	25.0%	26.1%	50.0%
Casal d'estiu	5.8%	2.9%	0.0%	17.4%	0.0%
Colònies d'estiu	3.5%	8.6%	0.0%	0.0%	0.0%
Logopeda	1.2%	0.0%	0.0%	4.4%	0.0%
Cap	39.5%	37.1%	50.0%	30.4%	50.0%

Les **activitats extraescolars** més comuns van ser les activitats esportives (32.5%), seguides de les agrupacions escoltes o esplais (5.8%). Altres joves van assistir a activitats de música i dansa (2.3%), i d'altres van ser membres d'entitats com colles castelleres, o la gossera municipal (2.3%). A tots els centres les activitats més comunes van ser les esportives. Castanyers és el centre que tenia més diversitat d'activitats, seguit de Guaret i Pedrenyal. Mas Ritort va optar només per les activitats esportives, a les que van assistir la totalitat de les joves que el seu procés permetia sortir a fer alguna activitat fora del centre (Veure Taula 20).

Taula 20. Activitats extraescolars a les que van assistir els joves, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Agrupació escolta/esplai	5.8%	11.4%	0.0%	4.4%	0.0%
Activitat esportiva	32.6%	45.7%	15.0%	21.7%	50.0%
Activitat dansa/música	2.3%	2.9%	5.0%	0.0%	0.0%
Activitats en entitats (colla castellera, gossera)	2.3%	2.9%	5.0%	0.0%	0.0%
Cap	61.6%	48.6%	75.0%	73.9%	50.0%

No es van observar diferències entre sexes pel que fa a l'evolució que van fer al centre, l'atribució que els professionals fan d'aquesta evolució, el nivell formatiu al sortir del centre, la formació laboral realitzada, l'assistència a recursos externs i l'assistència a activitats extraescolars.

Xarxa de suport social: vincles dins i fora del centre

Es va preguntar si els joves tenien alguna **persona disponible fora del centre** i es va constatar que gairebé tots (94.2%) tenien alguna persona amb qui podien comptar. Només un 5.8% no tenia a ningú, ja fos perquè eren menors estrangers indocumentats no acompanyats o bé perquè la família no volia fer-se'n càrrec.

Un 62.8% tenia un o ambdós progenitors disponible/s, el 27.9% tenia algun membre de la família extensa i un 20.9% tenia un o diversos germans. Un 4.7% tenia a la família d'acollida o la família col·laboradora i un 1.2% tenia a la parella i la família de la parella que li donava suport. Aquesta tendència és similar als quatre centres tret dels joves que no tenien cap persona disponible, que es reparteix entre Castanyers (11.4%) i Guaret (4.4%) (Veure Taula 21).

Taula 21. Persones disponibles pels joves fora del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Un o dos progenitors	62.8%	48.6%	80.0%	69.6%	62.5%
Germà/ns	20.9%	25.7%	25.0%	13.0%	12.5%
Família extensa	27.9%	25.7%	20.0%	30.4%	50.0%
Família d'acollida / col·laboradora	4.7%	8.6%	0.0%	4.4%	0.0%
Parella/família parella	1.2%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Ningú	5.8%	11.4%	0.0%	4.4%	0.0%

Tot i tenir aquestes persones disponibles la **relació** amb elles no sempre va ser la desitjada ja que els professionals només van valorar aquesta relació com a “bona” en un

36.6% dels casos. En un 29.3% dels casos la relació es va definir com a “desorganitzada/negligent”, en un 12.2% aquesta era “poc fluïda/mínima”, en un 6.1% era “dolenta” i en un 4.9% “cordial”. En un 2.4% dels casos la relació “funcionava al principi i amb el temps es va trencar” i en un 6.1% dels casos “no hi havia cap tipus de relació”.

Com mostra la Taula 22, Castanyers va ser el centre que va acollir més joves amb una relació bona amb les persones que tenien fora. En canvi, Pedrenyal i Mas Ritort van acollir un major nombre de casos amb relacions més complicades. A Castanyers els professionals van dir que algunes relacions entre jove i persona externa es van trencar amb el pas del temps (5.7%).

Taula 22. Relació amb les persones disponibles pels joves fora del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Bona	36.6%	45.7%	42.1%	23.8%	14.3%
Bona amb alguns membres i dolenta amb altres	2.4%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Cordial	9.4%	0.0%	0.0%	19%	0.0%
Desorganitzada/negligent	29.3%	14.3%	52.6%	28.6%	42.9%
Dolenta	6.1%	2.9%	0.0%	4.8%	42.9%
Poc fluïda/mínima	12.2%	14.3%	5.3%	19%	0.0%
Funcionava al principi i després es va trencar	2.4%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Sense relació	6.1%	11.4%	0.0%	4.8%	0.0%

A partir de la informació proporcionada pels professionals sembla ser que els nois tenien una millor relació que les noies amb les persones disponibles fora del centre (relació bona amb totes o alguna d'aquestes persones: 41.4% vs. 14.3%); però totes les noies mantenien la relació amb aquestes persones, cosa que no passava en els nois, on un 22.7% dels casos tenien una relació mínima o inexistent. Tot i mantenir la relació, cal dir que el 85.8% de les noies mantenia una relació desorganitzada o dolenta, cosa que entre els nois es reduïa a un 30.7%. Un 5.3% dels nois mantenia una relació cordial.

Indagant sobre la **relació dels joves amb el personal del centre**, els professionals entrevistats van manifestar que la meitat dels joves tenia "bona relació amb tothom" (54.7%), en un 14.0% dels casos la relació era "bona amb la majoria encara que amb alguns dolenta"; en un 11.6% era "amb alguns bona i amb altres dolenta". Només en un 5.8% dels casos la relació era "dolenta amb tothom" i en un altre 5.8% era "nul·la" o tant mínima que no es podia valorar.

Tot i que en general tots els centres van mostrar una bona relació entre els joves i els seus professionals, sembla que és a Guaret (82.6%) i a Mas Ritort (62.5%) on es produeix una millor connexió. A Castanyers és on pitjor es valora aquesta relació.

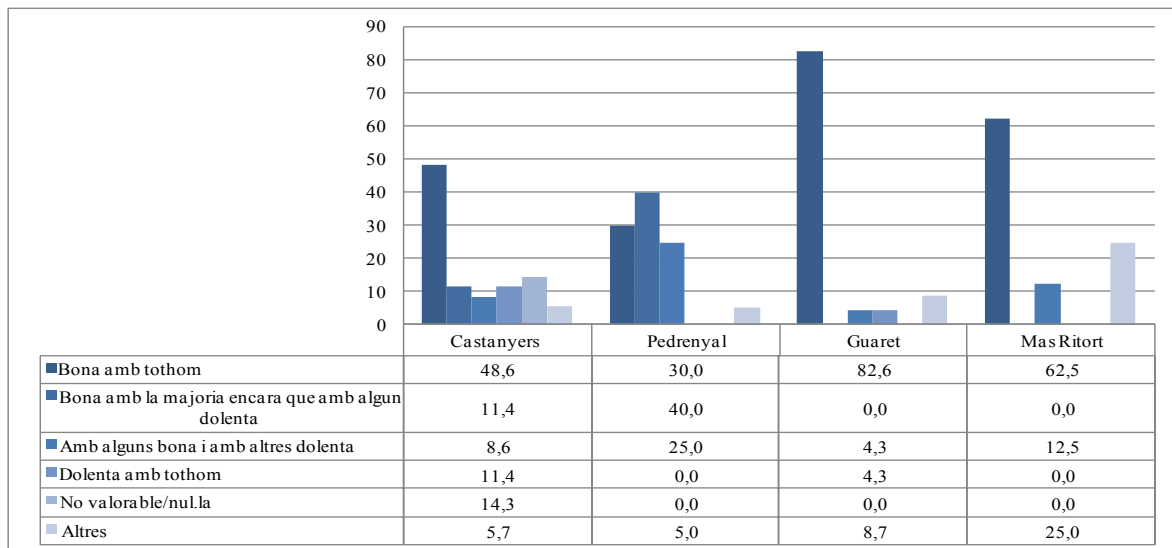


Figura 27. Relació dels joves amb el personal dels centres

L'estada als centres fa possible que es creïn **vincles especials** entre el jove i algun professional en concret. De les respostes dels entrevistats s'extreu que un 37.2% dels joves es va vincular amb algun dels professionals. El 22.1% ho va fer amb el seu tutor, el 4.7% amb algun dels educadors, el 8.1% amb algun membre de l'equip directiu i el 3.5% amb algun membre de l'equip acadèmic.

Observant les diferències per centres, trobem que a Castanyers no es va produir una vinculació especial en pràcticament cap dels casos (97.1%). Aquesta dada es podria relacionar amb la informació obtinguda en la primera entrevista que ens deia que el centre considera que el referent del jove no és el tutor, sinó que ho és el propi centre com a institució i el seu director com a últim responsable. Pel contrari, als altres tres centres es busca que el tutor sigui el referent del jove i de fet, d'entre els joves que van establir vincles amb els professionals ho van fer, majoritàriament, amb els seus tutors (Veure Taula 23). La segona vinculació més freqüent va ser amb els membres de l'equip directiu; i a continuació es troba la vinculació amb algun altre educador que no era el tutor. Només

a Guaret, els professionals van informar que el 13% dels casos van vincular amb tot l'equip que treballava amb ells, la qual cosa podria relacionar-se amb el fet del que en la primera entrevista van explicar que intenten treballar com si el centre fos una família.

Taula 23. Vinculació especial entre els joves i els professionals dels centres, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Sense vinculació	57.7%	97.1%	5.2%	52.2%	25.0%
Tutor	22.4%	2.9%	47.4%	26.1%	37.5%
Educador	4.7%	0.0%	15.8%	0.0%	12.5%
Membre equip directiu	8.2%	0.0%	26.3%	0.0%	25.0%
Membre equip acadèmic	3.5%	0.0%	5.3%	8.7%	0.0%
Altres (tot l'equip)	3.5%	0.0%	0.0%	13.0%	0.0%

Les noies van establir un vincle especial amb “un membre de l'equip directiu” amb més freqüència que els nois (25.0% vs. 6.5%), tot i que aquesta dada només mostra una tendència a la significació ($p=0.07$).

L'anàlisi de dades també mostra diferències significatives per sexes pel que fa a la “no vinculació per política de centre” però, com ja hem dit, aquesta situació només es donà en un dels centres, que atenia a nois (44.2% vs. 0.0%; $p<0.05$).

Centrant l'atenció en la **relació dels joves amb els altres joves del centre** les dades mostren que el 53.6% va establir relacions d'amistat amb alguns dels seus companys, mentre que el 46.4% no ho varen fer.

Com es pot veure en la Figura 28 la tendència de fer néixer amistats es va donar a tots els centres menys a Guaret, on els professionals entrevistats assenyalen que en aquest tipus de centres no s'estableixen veritables relacions d'amistat.

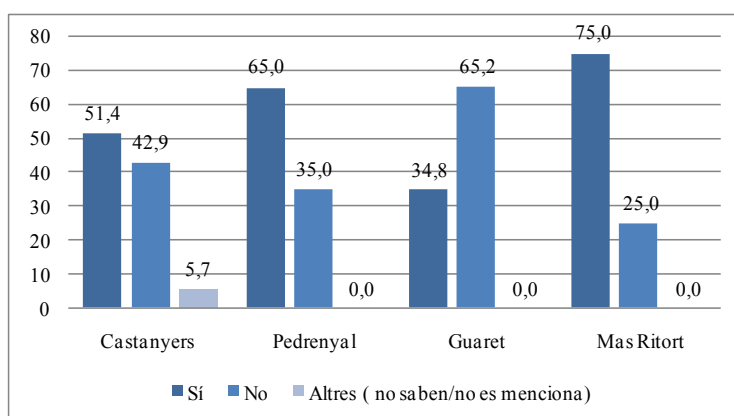


Figura 28. Relacions d'amistat entre els joves per centres

Tot i l'alt nombre de relacions d'amistat identificades pels professionals sembla que, en general, aquestes no van portar a vinculacions més significatives entre companys (73.3% sense vinculació). Només es van reportar un 14.0% de casos amb una vinculació especial entre companys de centre. Com es pot observar a la Figura 29 aquesta tendència es repeteix a tots els centres.

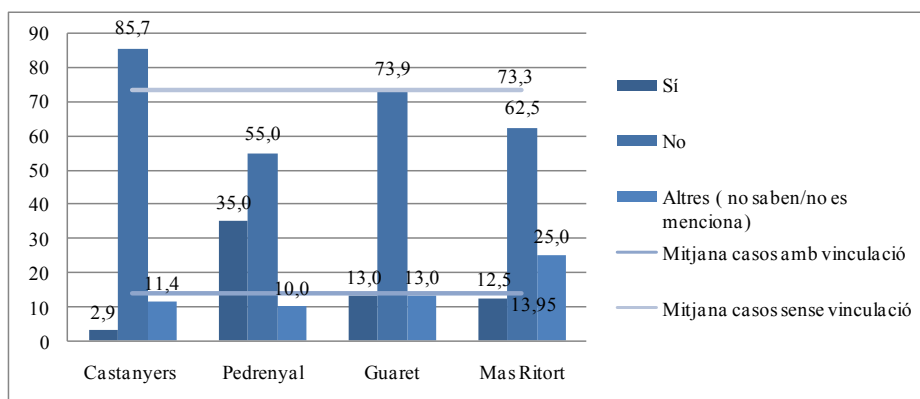


Figura 29. Vinculació especial entre companys per centres

Posant el punt de mira en les **relacions d'amistat que els joves tenien fora del centre** les dades mostren que un 44.2% sí tenia amics fora del centre, un 31.4% no en tenia i d'un 24.4% se'n desconeixia aquesta qüestió. Les dades assenyalaven que el major percentatge de casos amb amistats fora del centre es trobava a Mas Ritort. I el major desconeixement dels professionals en aquest sentit es donava a Castanyers.

Taula 24. Amistats dels joves fora dels centres, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Sí	44.2%	34.3%	50.0%	47.8%	62.5%
No	31.4%	17.1%	40.0%	47.8%	25.0%
Es desconeix	24.4%	48.6%	10.0%	4.4%	12.5%

No es van observar diferències entre sexes pel que fa al fet de tenir persones disponibles fora del centre, la relació establerta amb el personal del centre, establir un vincle especial amb els companys del centre i tenir amics fora del centre.

Situació de sortida i evolució fora del centre

Un cop superat el període d'internament al CREI, l'edat mitjana de sortida del centre es va situar a l'entorn dels 17 anys [M=16.7; SD=1.1]. Així, la tendència a tots els centres va ser que els joves sortissin quan s'apropaven a la majoria d'edat. El 61.6% dels casos tenien entre 16 i 18 anys en el moment de marxar. La segona franja d'edat més representada va ser la d'entre 15 i 16 anys amb un 36.1% dels casos quedant només un 2.3% de joves que va sortir entre els 12 i els 14 anys.

La Figura 30 mostra com aquesta situació es va repetir a tots els centres exceptuant Mas Ritort, que té el mateix nombre de baixes del centre tant a la franja de 15 a 16 com a la de 17 a 18 anys.

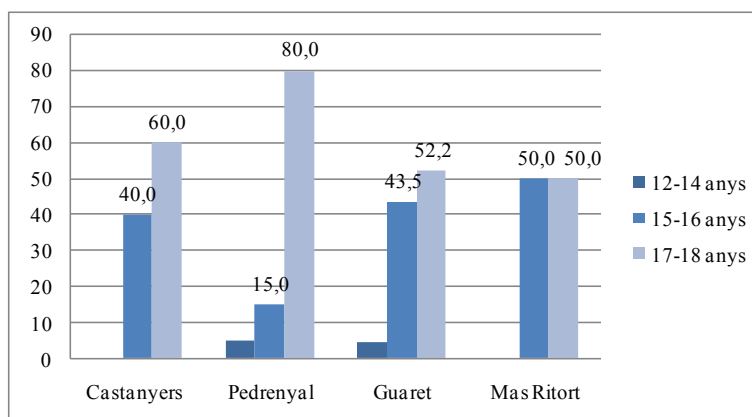


Figura 30. Edats de baixa del centre, mitjana per centres

Segons els professionals, el **motiu més comú de sortida del centre** va ser la “fi del procés d'intervenció” (36.1%). El segon motiu més anomenat va ser “l'escapoliment

sense retorn” (25.6%), el tercer el fet d’arribar a la “majoria d’edat” (23.3%) i el quart fou el “trasllat de centre” (12.8%).

Observant els diferents centres destaca que cadascun mostra una tendència diferent. A Castanyers (37.1%) i Mas Ritort (50.0%) el primer motiu de baixa és “l’escapoliment sense retorn”, a Pedrenyal és la “majoria d’edat” (50.0%) i a Guaret la “fi del procés d’intervenció” (56.5%). (Veure Taula 25)

Taula 25. Motius de baixa del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Majoria d'edat	23.3%	17.1%	50.0%	13.0%	12.5%
Fi de procés	36.1%	25.7%	35.0%	56.5%	25.0%
Trasllat de centre	12.8%	17.1%	5.0%	13.0%	12.5%
Escapoliment sense retorn	25.6%	37.1%	5.0%	17.4%	50.0%
Altres	2.3%	2.9%	5.0%	0.0%	0.0%

Des de tots els centres es va treballar per a que en el moment de la sortida els nois marxessin amb algun tipus de **suport** proporcionat per organismes i/o entitats. Tot i així, només es va aconseguir en el 25.6% dels casos, dels quals un 7% van rebre ajuda econòmica i un 18.6% altres tipus de suport. Aquesta tendència es repeteix als quatre centres com es pot veure a la Taula 26.

Taula 26. Suport als joves posterior a la sortida del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Suport entitats	18.6%	5.7%	40.0%	13.0%	37.5%
Ajuda econòmica	7.0%	8.6%	10.0%	4.4%	0.0%
No	68.6%	74.3%	50.0%	78.3%	62.5%
Es desconeix	7.0%	14.3%	0.0%	4.4%	0.0%

El lloc de **destí** més freqüent dels joves en sortir del CREI va ser el “retorn al domicili familiar” (38.4%). Els CRAE (17.4%) i el centres educatius del Departament de Justícia (12.8%) també van ser dos destins força comuns pels nois que causaren baixa. Els professionals entrevistats també van mencionar com a destí altres recursos residencials de transició a l'autonomia –pisos ASJTET i centres residencials d'inserció socio-laboral- (9.3%), altres CREI (4.7%), pisos autònoms (4.7%), centres d'acollida (2.3%), centres terapèutics (1.2%), i centres oberts (1.2%).

La Taula 27 mostra que els joves de Pedrenyal (65.0%) i els de Castanyers (37.1%) van retornar majoritàriament al domicili familiar en sortir del centre, mentre que el percentatge més elevat de Guaret va sortir derivat a un CRAE (30.4%). Del 50% dels joves de Mas Ritort que se'n coneixia el destí, van marxar en igual proporció a CRAE el 12.5% de les joves, a domicili familiar un altre 12.5%, a recursos residencials de transició a l'autonomia també un 12.5%, i centres terapèutics un altre 12.5%.

Taula 27. Destí dels joves al sortir del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
CRAE	17.4%	8.6%	20.0%	30.4%	12.5%
CREI	4.7%	5.7%	5.0%	4.4%	0.0%
Domicili	38.4%	37.1%	65.0%	26.1%	12.5%
Recursos residencials de transició a l'autonomia	9.3%	5.7%	10.0%	13.0%	12.5%
Centre acollida	2.3%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Centre educatiu de Justícia	12.8%	22.9%	0.0%	13.0%	0.0%
Centre terapèutic	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%
Centre obert	1.2%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Pis autònom	4.7%	8.6%	0.0%	4.4%	0.0%
Desconegut	8.1%	2.9%	0.0%	8.7%	50.0%

Els professionals van comentar que, un cop els nois surten del centre, no existeix un protocol de seguiment i que la informació que es rep dels joves es per via informal. Per tant, quan es va preguntar per **com havien funcionat els nois en sortir**, del 31.4% se'n desconeixia aquesta informació. De la resta de nois es sabia que a un 30.2% els anava bé, a un 24.4% els anava malament, a un 8.1% els havia anat malament i els van tornar a ingressar en un centre, a un 3.5% li havia anat bé al principi i després d'un temps malament, i a un 1.2% els va anar malament en sortir del centre però després van millorar.

Per centres, Guaret va ser el que més informació tenia dels seus extutelats (91.3%) i van reportar que a un 56.5% els anava bé, a un 8.7% els va anar primer bé i després malament, i a un 26.1% malament. El centre que menys informació tenia va ser Castanyers (51.4%), i explicava que al 22.9% els havia anat bé i al 26.7% els anava

malament. A Pedrenyal i a Mas Ritort el percentatge de joves que els havia anat malament era superior al dels altres dos centres amb un 35% i un 50% dels casos respectivament (Veure Taula 28).

Taula 28. Funcionament dels joves al sortir del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Bé	30.2%	22.9%	20.0%	56.5%	12.5%
Bé al principi, després d'un temps malament	3.5%	0.0%	5.0%	8.7%	0.0%
Primer malament, després va millorar	1.2%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Malament, se'l va tornar a ingressar en centres	8.1%	14.3%	10.0%	0.0%	0.0%
Malament	24.4%	11.4%	35.0%	26.1%	50.0%
Altres	1.2%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%
Desconegut	31.4%	48.6%	25.0%	8.7%	37.5%

En preguntar pels **problemes que els joves havien tingut des de que eren fora del centre** va resultar que aquesta informació era desconeguda en el 75.6% dels casos. De la resta se sabia que el 18.6% tenien conductes delictives, el 7.0% tenia problemes de consum i el 4.7% tenia altres problemes. Aquestes dades són similars a tots els centres i destaca Pedrenyal com el centre que més informació té dels seus extutelats.

Taula 29. Problemàtica dels joves al sortir del centre, distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Delictes/conductes delictives/conflictives	18.6%	14.3%	35.0%	17.4%	0.0%
Problemes de consum	7.0%	0.0%	15.0%	8.7%	12.5%
Altres	4.7%	0.0%	5.0%	8.7%	12.5%
Es desconeix	75.6%	85.7%	55.0%	73.9%	87.5%

Així doncs, el fet de no realitzar cap tipus de seguiment sistematitzat, va fer que la quantitat i la qualitat de la informació que es rebia dels extutelats de la mostra fos molt escassa.

Es va preguntar als professionals **què saben dels joves en el moment de l'entrevista**. Del 50%de casos se'n tenia algun tipus d'informació. Se sabia que el 18.6% tenia una vida més o menys normalitzada, el 14.0% vivia amb algun membre de la seva família, el 8.1% seguia tutelat, el 4.7% estava a la presó o tenia causes pendents amb la justícia i el 1.2% tenia problemes de consum.

Com es pot veure a la Taula 30, tots els casos dels que es va tenir alguna notícia de Mas Ritort va ser perquè tenien una vida més o menys normalitzada (37.5%) i el mateix va passar amb el percentatge més alt de casos de Castanyers (17.1%). A la majoria dels casos dels que es tenia informació a Guaret vivien amb algun membre de la família (30.4%), i en canvi a Pedrenyal el 15% vivia amb algun membre de la família i un 20% era a la presó o tenia problemes amb la justícia.

Taula 30. Informació disponible dels joves en el moment de l'entrevista (al voltant d'un any o més tard de la seva sortida del centre), distribució per centres

	% Global	CASTANYERS	PEDRENYAL	GUARET	MAS RITORT
Vivia amb algun membre de la família	14.0%	5.7%	15.0%	30.4%	0.0%
Presó/causes pendents amb la justícia	4.7%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%
Problemes de consum	1.2%	0.0%	5.0%	0.05	0.0%
Vida més o menys normalitzada	18.6%	17.1%	5.0%	26.1%	37.5%
Seguia tutelat	8.1%	11.4%	5.0%	8.7%	0.0%
Altres	3.5%	2.9%	0.0%	8.7%	0.0%
Es desconeix	50.0%	62.9%	50.0%	26.1%	62.5%

Pel que fa a la feina, només es coneixia que un 2.3% dels joves treballaven en el moment de l'entrevista, percentatge que estava repartit entre Castanyers (2.9%) i Guaret (4.4%). D'un 22.1% se sabia que no treballaven, un 1.2% continuava estudiant i del 74.4% restant se'n desconeixia la situació laboral.

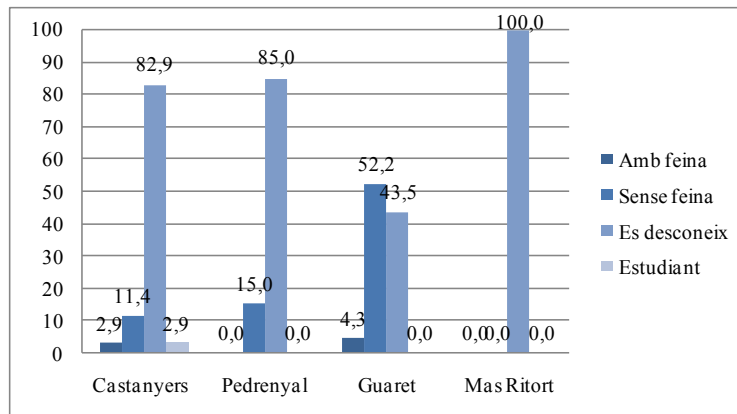


Figura 31. Situació laboral dels joves després d'un temps d'haver sortit, mitjanes per centres

No es van observar diferències entre sexes pel que fa a l'edat mitjana de sortida, el motiu de baixa, el suport rebut d'entitats en sortir del centre, el destí de sortida, funcionament després de sortir, els problemes patits al sortir i la informació que es tenia dels joves en el moment de l'entrevista.

Diferències significatives segons l'evolució protagonitzada pels joves

A partir de la informació respecte de l'evolució que van fer els joves al centre, es van classificar als joves de la mostra en tres grups -tal com també s'havia fet a la fase 2 de l'estudi- : 1) joves que van fer una **evolució positiva**, 2) joves que **no van presentar una millora significativa** i, per últim, 3) joves que després de protagonitzar una **millora positiva inicial van acabar fent un retrocés al final** de la seva estada. L'anàlisi estadística va identificar diferències significatives entre els diferents perfils d'evolució que presentem a continuació.

Pel que fa al **temps d'estada**, es va veure que els joves que van tenir una evolució positiva van residir més temps al centre que els joves dels altres perfils d'evolució (25.06 mesos vs. 18 mesos, no millora significativa i 19 mesos millora inicial amb retrocés final; $p<0.05$). No obstant, la principal causa de sortida d'aquests altres perfils d'evolució va ser l'escapoliment sense retorn, per tant, pot ser que aquestes estades més curtes es deguin a aquestes escapoliments i no tant a la planificació de la intervenció feta pels centres.

No es van observar diferències significatives en els altres elements estudiats del recorregut previ i els motius d'ingrés.

En relació a la **problemàtica del jove i el perfil d'entrada**, s'observà que els casos que van protagonitzar una millora positiva inicial i un retrocés al final respecte dels altres dos grups presentaven amb més freqüència Trastorns generalitzats del desenvolupament (11.1% vs. 0.0% i 0.0%; $p<0.05$), Trastorns de l'estat d'ànim (22.2% vs. 0.0% i 0.0%; $p<0.001$) , i Trastorns de l'aprenentatge (11.1% vs. 0.0% i 0.0%; $p<0.05$).

A més, tot i que es va identificar una elevada tendència al consum de tòxics a nivell general hi havia una menor proporció de joves que consumien entre els joves que van fer una evolució positiva (66.0% de consumidors) respecte els que no van tenir millora significativa o els que van fer una millora inicial i un retrocés al final (83.3% i 88.9%, respectivament). No obstant, no es van detectar diferències estadísticament significatives.

Els professionals tenien coneixement de delictes previs a l'entrada al centre menys freqüentment en el cas dels joves que van tenir una evolució positiva, que en el cas en que no van tenir millora significativa o els que van fer una millora inicial i un retrocés al final (45.3% vs 62.5% i 87.5%; $p=0.05$).

Pel que fa als escapoliments, tot i que en general hi havia una forta tendència a escapolir-se, ho van fer més els joves amb una millora inicial i retrocés al final i els que no van tenir millora significativa, que els que van tenir una evolució positiva (100.0% i 75.0% vs. 41.5% evolució positiva; $p < 0.01$). La Taula 31 mostra la quantitat d'escapoliments protagonitzats segons el perfil d'evolució.

Taula 31. Freqüència dels escapoliments, distribució per perfils d'evolució

Escapoliments	Evolució positiva	No millora significativa	Millora inicial i retrocés al final
Entre 1 i 3	30.2%	25.0%	22.2%
Entre 3 i 5	5.7%	12.5%	33.3%
Més de 5	5.7%	37.5%	44.4%

No es van observar diferències significatives en els altres elements estudiats de la problemàtica del jove i el perfil d'entrada.

En l'àmbit de la **intervenció educativa i l'evolució dins del centre** els professionals van reportar que, com a problemes a l'inici de l'estada, els escapoliments van ser un problema que es va donar més en els casos que després no van tenir millora significativa i els que van fer una millora inicial i un retrocés al final, que en els casos en que hi va haver evolució positiva (20.8% i 11.1% vs. 3.8% evolució positiva; $p = 0.05$).

D'altra banda, l'adaptació ràpida al funcionament del centre (el què els entrevistats en deien "estar situat des de l'inici") va ser més freqüent entre els casos que van presentar

una evolució positiva i una millora inicial i retrocés al final que no pas entre els no van tenir millora significativa (52.8% i 44.4% vs. 20.8%; $p<0.05$).

Quant a l'actuació del centre es va observar una major tendència a “aplicar la normativa” en aquells casos que després no tindrien millora significativa (37.5% vs. 13.2% evolució positiva i 33.3% millora inicial i retrocés al final; $p<0.05$). En la resta formes d'actuació no es van trobar diferències significatives. No es va poder intervenir perquè “sempre estava escapolit” amb més freqüència entre els joves que no van fer millora significativa, cosa que no va passar en la resta de casos (12.5% vs. 0.0% i 0.0%; $p<0.05$).

Els professionals van atribuir més sovint l'evolució del jove “al vincle creat” en els casos en que els joves van experimentar una evolució positiva, que en els casos en que no hi va haver millora o en que va haver una millora inicial i un retrocés al final (30.2% vs. 12.5% i 0%). D'altra banda, els professionals van considerar un factor explicatiu de l'evolució del jove que el jove “entengués el centre com un recurs d'ajuda” més freqüentment en el cas dels joves que van tenir una millora inicial i un retrocés al final, que en el cas dels joves que van tenir una evolució positiva o una no millora significativa (33.3% vs. 7.5% i 4.2%, $p<0.05$, respectivament).

Els joves amb evolució positiva i els que van fer una millora inicial i retrocés al final en el seu procés són els que més van assistir a recursos externs, en contrast amb els que no van tenir millora significativa (49.1% i 44.4% vs. 12.5%; $p<0.01$).

Els professionals explicaven que va ser molt freqüent que els joves sense millora significativa no assistissin a cap recurs extern (75% vs. 24.5% evolució positiva i 33.3% millora inicial retrocés final; $p<0.001$).

Les activitats esportives van ser els recursos externs més escollits entre els joves amb evolució positiva i millora inicial i retrocés final; i no tant entre els que no van millorar significativament (41.5% i 44.4% vs.8.3%; $p<0.05$).

No es van observar diferències significatives en els altres elements estudiats de la intervenció educativa i l'evolució dins del centre.

Analitzant les dades sobre la **xarxa de suport social i els vincles dins i fora del centre** es va reflectir que no tenir cap persona disponible fora del centre va ser més comú entre els joves que van protagonitzar una millora inicial i un retrocés la final o una no millora significativa que entre els que van tenir evolució positiva (22.2% i 8.3% vs.1.9%; $p<0.05$).

Pel que fa a la relació que tenien amb aquestes persones, la bona relació va ser més freqüent tant entre els joves amb evolució positiva com entre el que van millorar al principi i van fer retrocés al final (44.2% i 28.6% respectivament). En canvi, entre els joves amb no millora significativa el tipus de relació predominant va ser la desorganitzada o negligent (30.4%). Però cal considerar que aquestes dades només mostren una tendència a la significació estadística ($p=0.07$).

Es va observar un major percentatge de joves amb evolució positiva o amb una evolució de millora inicial i retrocés al final que de joves amb no millora significativa, que tenien una bona relació amb tothom o amb la majoria (79.3% i 66.7% vs. 45.8%). Dins del grup de joves amb no millora significativa hi havia joves que tenien una relació dolenta amb tothom (20.8% vs. 0% i 0%; $p<0.001$). A la Taula 32 es pot veure el tipus de relació establerta amb el personal del centre segons el perfil.

Taula 32. Relació dels joves amb els professionals del centre, distribució per perfils d'evolució

Relació del jove amb els professionals del centre	Evolució positiva	No millora significativa	Millora inicial i retrocés al final
Bona amb tothom	62.3%	37.5%	55.6%
Bona amb la majoria i amb alguns dolenta	17.0%	8.3%	11.1%
Amb alguns bona i amb altres dolenta	15.1%	0%	22.2%
Dolenta amb tothom	0%	20.8%	0%
No valorable/nul·la	0%	16.7%	11.1%
Altres	5.7%	16.7%	0%

P>0.001

El 69.9% dels joves amb evolució positiva tenien amics dins del centre, cosa que no passava tant freqüentment dins del grup que no va millorar significativament i del grup que fer millora inicial i retrocés al final ((27.3% vs 22.2%, $p<0.001$).

Els professionals van explicar que tenir amics fora del centre va ser més comú entre aquells joves que van fer una evolució positiva i aquells que van fer millora positiva inicial i retrocés al final que no pas entre els que no van tenir una millora significativa (69.2% i 55.6% vs.35.3%; $p=0.06$).

No es van observar diferències significatives en els altres elements estudiats de la xarxa de suport social i els vincles dins i fora del centre.

Quant a la **situació de sortida i l'evolució fora del centre** es va observar que la finalització del procés al centre va ser la principal causa de sortida dels joves que van

protagonitzar una evolució positiva (47.2%); en canvi, tant entre els que no milloraren significativament com els que van tenir millora inicial i retrocés al final la causa més freqüent va ser l'escapoliment sense retorn (50% i 66.7%). A la taula 33 es poden veure les principals causes de sortida per a cada perfil d'evolució.

Taula 33. Causes de sortida del centre, distribució per perfils d'evolució

Causa de sortida	Evolució positiva	No millora significativa	Millora inicial i retrocés al final
Majoria d'edat	30.2%	12.5%	11.1%
Fi del procés	47.2%	20.8%	11.1%
Trasllat de centre	13.2%	12.5%	11.1%
Escapoliment sense retorn	7.5%	50.0%	66.7%
Altres	1.9%	4.2%	0%

P=0.001

Els professionals també van explicar que els destins de sortida més comuns pels joves amb evolució positiva van ser el retorn al domicili familiar i el CRAE; els joves sense millora van anar més freqüentment a centres del departament de Justícia o van retornar al domicili familiar en igual proporció; i de la majoria d'aquells joves que van tenir millora inicial i retrocés al final se'n desconeix el destí ja que es van escapolir i no van retornar. Es pot veure la distribució de destins segons l'evolució a la Taula 34.

Taula 34. Destins de sortida del centre, distribució per perfils d'evolució

Destí	Evolució positiva	No millora significativa	Millora inicial i retrocés al final
CRAE	24.5%	8.3%	0%
CREI	5.7%	4.2%	0%
Domicili familiar	43.4%	33.3%	22.2%
Recursos residencials de transició a l'autonomia	15.1%	0%	0%
Centre d'acollida	1.9%	4.2%	0%
Centre de justícia	1.9%	33.3%	22.2%
Centre terapèutic	0%	0%	11.1%
Centre obert	0%	4.2%	0%
Pis autònom	5.7%	0%	11.1%
Desconegut	1.9%	12.5%	33.3%

P>0.001

No es van observar diferències significatives en els altres elements estudiats de la situació de sortida i l'evolució fora del centre.

En resum, a partir de la informació donada pels centres, els joves que van evolucionar positivament en contrast amb els altres perfils d'evolució són els que van residir més temps als centres, havien comès menys delictes, s'havien escapolit menys i consumien menys. Aquests joves s'havien adaptat al funcionament del centre en un major nombre de casos i els professionals van atribuir més freqüentment la seva millora al "vinde creat amb els professionals del centre". Aquests també eren els que tenien bona relació amb les persones disponibles fora del centre, tenien amics dins el CREI, tenien

una major assistència a recursos externs i la seva principal causa de sortida va ser la “fi de procés”. El destí més freqüent en sortir va ser el retorn a domicili familiar o al CRAE.

Entre els que no van tenir millora significativa hi ha més joves que no es van adaptar inicialment al funcionament del centre, s'escapolien més, es va "aplicar la normativa" com a estratègia d'actuació en arribar al CREI, també solien ser joves que no tenien cap persona disponible fora del centre, i entre els que tenien alguna persona, hi predominava una relació desorganitzada o negligent. Així mateix dins d'aquest grup hi havia els joves que van tenir una relació dolenta amb tothom. En sortir del centre, aquests joves, van anar majoritàriament a centres del Departament de Justícia o van retornar al domicili familiar.

5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

El present és un estudi exploratori en el que s'ha obert camí en el coneixement científic dels CREI de Catalunya. Això vol dir que per primera vegada s'ha cercat tenir elements de valoració objectius i basats en evidències que permetin als responsables competents en matèria de protecció a la infància i a l'adolescència fer modificacions que

optimitzin el sistema. A més de les dificultats que, ja de per sí, aquest repte suposa, s'han identificat principalment tres limitacions que es presenten a continuació.

La primera d'elles rau en el fet que no hem pogut disposar, en cap moment de l'estudi, de la veu dels joves degut a la impossibilitat de contactar amb ells una vegada abandonen el recurs. D'aquesta manera, s'ha hagut de confiar en la memòria dels professionals que van tractar amb els nois, inclús en les fases on s'aprofundeix en la realitat i l'experiència viscuda per cadascun dels nois i noies. Això comporta que la informació que vam recollir sobre la seva evolució en el centre està formulada pels informats sota el punt de vista de professionals i d'adults, perdent així, la visió única i personal de cadascun dels adolescents i joves sobre els que es preguntava.

Cal assenyalar també que el disseny inicial de la recerca s'havia plantejat de tal manera que, després de recollir la informació sobre els joves que havien residit durant un any o més als centres, es volia contactar amb cadascun d'ells per complementar l'estudi amb la seva percepció sobre l'estada. D'aquesta manera, haguéssim pogut triangular la informació, avaluar l'impacte de la intervenció i conèixer la seva situació personal i socio-laboral un temps després d'haver-se desinternat. Malgrat aquesta intenció, ens vam trobar amb que no podíem contactar amb gairebé cap dels joves perquè una vegada surten del centre no se'n fa seguiment, i si els centres tenien alguna informació aquesta arribava de forma esporàdica i a través de vies informals.

La segona limitació amb la que ens vam trobar fa referència al fet que l'estudi es va plantejar amb caràcter retrospectiu, i transaccional. Realitzar un estudi longitudinal on s'hagués pogut fer un seguiment de l'evolució dels casos en temps real i obtenint informació directament dels propis joves hagués produït resultats més fidedignes, però no disposàvem del temps necessari per dur-lo a terme. En tot cas aquest estudi podria ser

objecte d'una futura línia de recerca en aquest àmbit. Així, la única manera d'aconseguir informació va ser a través dels professionals, tot i no ser allò ideal, ja que som conscients que la percepció del professional podia estar esbiaixada pel pas del temps i per la seva subjectivitat. Per intentar minimitzar aquests biaixos, es va requerir que sempre hi haguessin dos professionals per centre per respondre les entrevistes.

A més, també vam tenir algunes dificultats a l'hora de recollir la informació sobre l'evolució dels joves que alguns dels centres no disposaven dels expedients físics dels casos i això va limitar el poder obtenir algunes informacions molt específiques com ara el nombre d'escapoliments o les faltes del jove.

Un altre problema que vam identificar va ser que en un dels centres el seu referent del CSMIJ no volia fer diagnòstics fins que els joves no arribessin a la majoria d'edat. Així, les dades de salut mental proporcionades per aquest centre no es van poder considerar per a l'estudi perquè només van informar de sospites de patologia formulades pels professionals del centre

Creiem, finalment, que hauria estat interessant poder complementar la recerca amb una part etnogràfica que hauria consistit en realitzar una estada d'uns mesos a cadascun dels centres. D'aquesta manera hauríem pogut viure de primera mà el dia a dia dels centres, impregnant-nos del seu clima i cultura, permetent-nos contrastar i contextualitzar la informació recollida en l'estudi. No obstant, no es va poder fer al no disposar de temps suficient, si bé podria esdevenir una futura línia de recerca a emprendre.

6. DISCUSSIÓ DE RESULTATS

En el present capítol ens disposem a reflexionar sobre els resultats obtinguts en l'estudi i, a la vegada, els discutirem relacionant-los amb la revisió científica que s'ha exposat en el capítol 2, on es desplejava el marc teòric.

La discussió s'ha organitzat entorn a tres eixos, que són: característiques dels CREI i programes que utilitzen, aspectes clau dels joves que incideixen en la seva evolució als centres i altres aspectes que caldria ampliar de la intervenció que ja es realitza als CREI.

Característiques dels CREI i programes utilitzats

Un dels objectius que ens plantejàvem en aquesta investigació era conèixer els Centres Residencials d'Educació Intensiva de Catalunya. Es volia tenir coneixement de les seves característiques, descobrir la seva manera d'organitzar-se i de funcionar, i estar al corrent dels programes que s'hi desenvolupen i amb els quals s'intervé amb els joves que hi resideixen. Amb aquest propòsit vam endinsar-nos en els quatre CREI existents i vam descobrir que, tot i tenir una organització similar de base, aquests centres presenten importants diferències entre ells. En general, hi ha importants diferències en la forma de treballar dels quatre CREI catalans la qual cosa està en consonància amb el que està passant a nivell mundial. Els estudis existents expliquen que, en general, no hi ha consens en la definició, naturalesa i enfocament terapèutic de la intervenció que es fa en aquest tipus de serveis (Bullock, 2009; Jakobsen, 2014; Hair, 2005). A més, la varietat de formes d'organitzar i intervenir en aquests recursos residencials és tan extensa que les línies definides entre uns tipus i altres d'intervenció es desdibuixen fàcilment (Jakobsen, 2014). No obstant, la tendència actual és ordenar el coneixement i l'acció relativa a aquests centres com demostra la creació de l'*International Work Group on Therapeutic Residential Care* i la tasca que desenvolupa. A nivell català, el passat maig de 2017 es va presentar el "Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva" (DGAIA, 2017), que és el document marc que regula l'acolliment residencial especialitzat, i que ja era requerit en l'article 22 de la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i oportunitats en la infància i l'adolescència.

De les diferències que vam detectar en la forma de funcionar dels centres considerem que la que crida més l'atenció és el fet de que no existeixi un programa d'actuació unificat i específic que s'utilitzi a tots els centres i, sobretot, que el suposat programa s'avaluï sistemàticament amb la finalitat d'anar polint-lo i adaptant-lo al tipus de població que es

va acollint. En aquest sentit, les diferents experiències punteres que presentàvem al capítol 4.2 titulat “Iniciatives i programes innovadors en l’acolliment residencial terapèutic”, a més de tenir clarament definit un programa d’intervenció, tenen en comú, entre altres aspectes, que els professionals reben formació específica sobre el funcionament del programa i que es revisa periòdicament el funcionament del mateix. Especialment interessant és el cas del programa MultifunC (Andreassen, 2014), nascut a Noruega i que actualment s’utilitza a altres països com Suècia i Dinamarca. A cadascun d’aquests països es disposa d’un Equip d’Avaluació de la Qualitat extern que s’encarrega de formar als professionals que hi treballen i fa un seguiment setmanal del funcionament del programa i de la fidelitat amb que s’aplica (Andreassen, 2014).

D’altra banda, també vam identificar que les necessitats de les noies en situació d’intervenció en CREI són diferents que les dels nois, i per tant, creiem que hauria d’existir un programa específic per a noies o, si més no, una adaptació del programa que s’adopti destinat a les necessitats específiques d’aquestes. En aquest sentit no s’han trobat referents bibliogràfics que hagin investigat en aquesta línia, ja que com hem anat veient no ha estat fins fa pocs anys que s’ha començat a tenir interès en descriure l’acolliment residencial terapèutic i sovint apareix com un calaix de sastre on al llarg del temps s’han acollit joves amb casuístiques molt diverses (Andreassen, 2014). Ja històricament s’havia utilitzat com a últim recurs per a aquells joves que no havien funcionat enlloc més i com a recurs de contenció per a aquells casos més difícils (McLean, Price-Robertson i Robinson, 2011). Amb aquesta situació, sembla que aquest ha de ser un dels reptes a treballar després de conèixer la població que s’acull i identificar que les noies tenen necessitats diferents.

Un dels aspectes positius relatius al fet de no disposar d’un programa unificat que s’utilitzi als quatre centres és que cada CREI té atorgada una autonomia que li permet

plantejar i posar en marxa pràctiques educatives adaptades a les necessitats dels joves i que sorgeixen de la iniciativa dels professionals dels centres. No obstant, vam trobar a faltar un espai de col·laboració entre centres on poder compartir les experiències que funcionen i, així, polir-les i transferir-les als altres CREI si es creu convenient.

Cal també destacar que els professionals dels centres van expressar que, des de fa un temps, acullen un nombre creixent de joves amb patologia mental. Aquesta informació la vam poder confirmar, després, quan vam investigar sobre el perfil de joves que acollien els CREI i està en consonància amb la literatura científica, que explica que, a nivell espanyol es va trobar que el 61% dels menors en acolliment residencial arribava al rang clínic en les escales del Child Behavior Checklist de Achenbach (1991); i un 49% rebien tractament de salut mental (González-García et al., 2017). A més, un altre estudi va identificar que els adolescents en acolliment residencial a Espanya mostraven una alta incidència de trastorns de tipus externalitzant (Sainero, del Valle i Bravo, 2015).

Amb aquest increment de casos amb problemes de salut mental els professionals manifestaven que seria interessant poder disposar de professionals especialitzats en salut mental dins dels propis centres, o que assistissin amb assiduitat, per poder gestionar diàriament i sense dilació aquesta necessitat creixent.

Aspectes clau dels joves que incideixen en la seva evolució als centres

Un altre dels objectius que perseguíem amb la present recerca era identificar factors que tinguessin una influència significativa en l'evolució que feien els joves en els centres. D'entre els factors que vam descobrir hi va haver tres aspectes que són clau i que requereixen desenvolupar intervencions més intenses i especialitzades.

El primer d'aquests aspectes és el consum de tòxics. Tot i que els CREI no són una tipologia de centres que estiguin plantejats per tractar les addiccions vam identificar que un percentatge molt elevat de joves consumia, i que aquest consum influïa en la seva evolució al centre. A més, entre els joves que van protagonitzar una evolució positiva hi havia un percentatge menor de joves que consumien en comparació amb els del grup que no feien una evolució significativa. Així, el fet de no consumir s'associa a un millor pronòstic en l'evolució d'aquests joves. Malgrat la incidència d'aquest resultat, els professionals dels centres ens van informar que no existia un programa específic per a la conscienciació/tractament del consum i que el treball que es feia es reduïa a accions esporàdiques informatives o reparadores quan el jove havia consumit.

A nivell internacional, la literatura existent reflecteix que el consum de tabac, cànnabis i altres drogues dures entre els joves de 12 a 17 anys és més comú entre els joves que estan al sistema de protecció i viuen en centres residencials que entre la població normativa (Ahmadi-Montecalvo, Owens, DePasquale i Abildso, 2016; Backović, Marinković, Grujličić-Šipetić i Maksimović, 2009; Siegel, Benbenishty i Astor, 2016; Traube, James, Zhang i Landsverk, 2012). Essent un problema generalitzat, que s'accentua pel fet d'estar tutelat, i veient que en el cas concret dels CREI els nostres resultats reflecteixen que s'associa a un pitjor pronòstic en l'evolució caldria fer una intervenció més específica i intensiva sobre aquest problema.

Un altre dels aspectes que es va trobar que té un impacte significatiu en l'evolució del jove és el fet d'haver comès algun delictes abans d'entrar al centre. Els resultats del nostre estudi van identificar que el fet d'haver comès algun delictes s'associava a que els joves no fessin cap evolució significativa al CREI. La literatura mostra que els adolescents presenten una major propensió a assumir riscos perquè existeixen diferències amb l'edat adulta en quant als factors socials, emocionals i d'autoregulació (Hare et al., 2008; Pfeifer,

Masten i Moore, 2011; Steinberg, 2010; Steinberg, 2004), però tot i aquesta tendència sembla adequat poder establir uns paràmetres que estableixin la situació d'alt risc per tal que es puguin identificar situacions d'alt risc i poder començar a intervenir amb els joves abans de que arribin al punt d'entrar al CREI. Aquesta pràctica, que els centres també van reconèixer que seria molt útil, suposaria disposar d'un equip tècnic de CREI que podés actuar en el territori intervenint preventivament en aquells joves que ja mostren comportaments que podrien portar-los a acabar necessitant l'internament al CREI.

Un dels problemes que els professionals expressaven a tots els CREI, i que té un pes significatiu en com evolucionen els joves internats són els escapoliments. Un percentatge molt elevat de joves s'escapoleixen durant la seva estada, a vegades reiteradament, i alguns d'aquests joves acaben perdent la plaça al centre per no haver retornat. Amb això, els resultats de la nostra investigació mostren que el fet d'escapolir-se s'associa a un pitjor pronòstic i a una estada sense evolució significativa.

Sembla així, que caldria treballar de manera més intensiva la vinculació del jove al centre i, especialment, la implicació i empoderament en el seu procés d'intervenció. De fet, un estudi a nivell de Catalunya va trobar que la qualitat de l'atenció, la implicació dels professionals, establir vincles segurs i rebre afecte per part dels educadors eren factors d'èxit que facilitaven l'evolució positiva dels joves als centres (Fundació Plataforma Educativa i IRQV, 2010).

Essent conscients d'aquesta problemàtica i la resta de factors identificats en aquest estudi i havent vist que el treball del psicòleg no està definit ni pautat, creiem que caldria donar més pes al treball d'aquest perfil professional. Està demostrat que, majoritàriament, la problemàtica de base d'aquests joves és el malestar emocional provocat per la seva història de vida que es tradueix en problemes conductuals (Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Testal i Hesse, 2001; Slaughter, 2017; Vidal et al., 2017). És per això que treballar per

millorar l'autoestima i l'autopercepció del jove podria ajudar a obtenir un major benestar emocional dels joves i una major disposició i receptivitat pel que fa a la intervenció.

Aspectes que caldria ampliar de la intervenció

Després de contrastar els resultats obtinguts amb les opinions dels diferents professionals dels centres i la literatura científica existent es necessari ampliar la intervenció que es fa als CREI en diferents aspectes. Fins ara el focus de treball es centra en reconduir la/es conducta/es que van motivar l'ingrés al CREI però sembla clar que cal complementar aquesta intervenció treballant amb la família i l'entorn del jove per tal que els canvis aconseguits durant els mesos de treball puguin sostenir-se quan surti del centre.

Un dels aspectes amb els que cal treballar és l'entorn familiar. Tal i com hem vist en els resultats del nostre estudi l'àmbit de la família és un aspecte que no disposa d'un programa específic de treball. Els CREI ensenyen el centre a cada família, expliquen el programa d'intervenció que es durà a terme amb el seu fill i resten oberts a que les famílies puguin contactar quan tinguin algun dubte o inquietud. No obstant, la literatura mostra que això no és suficient, ja que en un estudi de 2003 es va trobar que el 60% dels joves acollits en centres residencials tornava a casa amb la família en sortir del centre, però allí s'hi havien produït escassos canvis respecte a la situació que havia desencadenat el seu ingrés temps abans (Del Valle, Álvarez-Baz i Bravo, 2003). Sembla lògic doncs que si només s'intervé sobre el jove és poc probable que els canvis assolits es mantinguin en el temps en un entorn que no ha canviat, per tant, creiem que s'hauria de plantejar un programa paral·lel d'intervenció amb les famílies, per a que no es desvinculin del procés del jove i tinguin un millor funcionament familiar quan aquest torni a casa.

Un dels programes pioners que s'utilitza en aquest tipus de centres al que ja hem fet referència anteriorment, el MultifunC, posa molt d'èmfasi en que és primordial el paper de la família en tot el procés. Així, mentre el jove és al centre la seva família rep formació i orientació sobre habilitats parentals i quan el jove retorna a casa, ja sigui de permís o en deixar el centre les famílies tenen suport disponible les 24 hores (Andreassen, 2014).

De fet en un dels CREI, fent us de l'autonomia de la que disposen, quan vam dur a terme la nostra recollida de dades, ja s'estava definint un programa pilot, anomenat "In Situ" que contemplava accions d'intervenció amb les famílies perquè havien detectat aquestes necessitats.

Un altre dels aspectes que caldria treballar amb més profunditat és la xarxa de suport social dels joves. Hem comprovat que el fet de disposar d'alguna persona propera, ja sigui familiar o amic, a qui el jove se senti vinculat té un pes significatiu en l'evolució positiva que el jove fa al CREI. Aquest resultat està en consonància amb les troballes d'un altre estudi realitzat a Catalunya (Fundació Plataforma Educativa i IRQV, 2010) on es buscaven factors d'èxit que actuessin com a facilitadors d'una evolució positiva en la trajectòria dels infants i joves acollits en els CRAE, i van trobar que disposar de xarxes de suport positives, ja fossin germans, amics (dins i fora del centre), parella, família de la parella, era un d'aquests factors.

En aquesta línia, Sala, Jariot, Villalba i Rodríguez (2009) van trobar, també en el context català, que el factor que millor explicava que hi hagi joves que tenen una inserció sociolaboral positiva són tenir millors habilitats socioemocionals i d'empleabilitat, haver rebut una atenció més individualitzada als centres, i haver viscut més implicació de persones de la comunitat. D'aquesta manera, el factor clau és tenir aquestes competències socioemocionals perquè sense elles es molt difícil crear i mantenir una xarxa de suport social.

En el mateix sentit, un temps després es van trobar dades que incidien novament en l'aspecte de les xarxes socials i les habilitats socioemocionals. Així, Sala, Villalba, Jariot i Arnau (2012) van analitzar un grup de joves extutelats i van trobar que els joves que no se'n sortien eren aquells que tenien dificultats en les habilitats socials i tenien una xarxa social molt pobre. A més, Oriol, Sala i Filella (2014) van trobar que els nois tutelats en centres residencials tenen pitjors habilitats socioemocionals que els seus parells. És possible que la base del problema estigui en el vincle afectiu no segur. Així, la manca d'habilitats socioemocionals porta a aquests joves a actuar impulsivament i a tenir més dificultats en crear i establir relacions positives.

Partint d'aquest pes significatiu que té el fet de disposar d'una xarxa social en l'evolució positiva, sembla primordial treballar aquest aspecte perquè altres estudis també han trobat que els adolescents amb mesura de protecció perceben un menor suport social de la seva xarxa en comparació amb altres adolescents sense aquesta mesura (Bravo y Del Valle, 2003), i en un altre estudi (Cameron, 2007) es va identificar que entre els joves que sortien dels centres, un 49% deia que no tenia cap familiar o amic a qui dirigir-se per demanar ajuda en un moment de dificultat greu. Per altra banda, Arnau i Gilligan (2015) van trobar que un element fonamental en les històries d'èxit dels joves tutelats eren les persones que els havien acompanyat.

És per això que a banda de treballar per millorar les habilitats socioemocionals, també s'ha d'intervenir per conscienciar a la pròpia xarxa de la importància que tenen, i en el cas de no disposar de ningú podria optar-se per establir professionals remunerats o oferir remuneració a persones de l'entorn proper del jove (com per exemple l'entrenador de futbol o monitor d'activitats) per tal que estiguin disponibles pel jove i li facin algun tipus de seguiment.

Treballar amb més intensitat l'autonomia i el coneixement dels reptes que suposarà l'emancipació és una altra de les necessitats que es va identificar en el nostre estudi. Molts dels joves es desinternen dels centres amb 18 anys i han de començar una vida autònoma i independent. D'aquesta manera se'ls exigeix, amb 18 anys, un nivell d'habilitats i de maduresa que els seus iguals rarament han d'afrontar, i un estudi recent, s'ha trobat que haver estat acollit en el sistema de protecció multiplica per dos el risc d'acabar en una posició desafavorida en arribar a la mitjana edat en comparació amb la població normativa (Brännström, Vinnerljung, Forsman i Almquist, 2017). Cal afegir, que en un estudi d'Oriol, Sala i Filella (2015) es va trobar que el 34.5% dels joves que estan al circuit de justícia juvenil de Catalunya eren joves tutelats. Si considerem que menys d'un 0.6% dels infants i joves de la població són tutelats, els joves tutelats tenen més de 50 vegades més de possibilitats d'acabar a justícia juvenil.

Així el treball s'ha de centrar en que els joves adquireixin una sèrie d'habilitats i de competències pràctiques per a la vida independent, i a més, han d'adquirir força de voluntat i sentit d'identitat adulta. Si es desenvolupen aquests recursos interns poden marcar la diferència en la forma en què un individu accedeix i interacciona amb recursos externs amb els que farà la transició cap a la vida adulta (Lee i Berrick, 2014).

D'altra banda, cal afegir que cada vegada són més els països que estan optant per estendre l'acolliment d'aquests joves fins els 21 anys ja que els estudis han trobat múltiples beneficis, especialment en aquells joves que no disposen de xarxa de suport. És en aquests casos quan el recolzament del sistema de protecció és primordial per aquests joves (Paulsen i Berg, 2016). Així s'ha trobat que el primer any d'extensió d'acolliment s'associa amb un menor risc de detenció per conductes delictives (Lee, Courtney i Tajima, 2014) i que cada any addicional en el sistema de protecció incrementava la possibilitat

d'aquests joves d'assolir el següent nivell educatiu en un 46% dels casos (Courtney i Hook, 2017).

A Catalunya, alguns dels casos reben el suport de l'Àrea de Suport al Jove Tutelat i Extutelat en arribar a la majoria d'edat i deixar el centre, però tenint en compte les troballes científiques sembla que caldria trobar una fórmula per estendre la intervenció ja sigui atorgant cada vegada més autonomia al jove o funcionant en mode de centre obert.

Un altre de les necessitats que vam identificar, i que es relaciona amb el punt anterior, va ser que la intervenció no hauria d'acabar amb la sortida del centre. A l'estudi vam trobar que gairebé la meitat dels joves atesos feien una evolució positiva al CREI, però en tornar al territori no sembla que aquesta bona evolució es mantingués en el temps.

De fet, una de les característiques essencials d'un dels programes punters a nivell internacional, i que ja hem mencionat quan hem parlat del treball que fa amb les famílies, el MultifunC (Andreassen, 2004) és que divideix la seva intervenció en dues fases. La primera, que dura aproximadament 6 mesos, i que comprèn l'estada del jove al centre a la vegada que es treballa amb les famílies oferint-los formació i orientació en habilitats parentals, i la segona, que dura entre 4 i 5 mesos, i s'intervé en la llar familiar quan el jove ja ha retornat. D'aquesta manera tant el jove com la família reben suport en la nova situació i se'ls ajuda en l'ajustament. En aquesta fase del procés, a més de l'assessorament que reben també tenen disponible suport les 24 hores del dia.

A més, en un estudi realitzat a Catalunya per la Fundació Plataforma Educativa i l'IRQV de la UdG (2010) on es buscaven els factors d'èxit que actuessin com a facilitadors d'una evolució positiva en la trajectòria dels infants i joves acollits en els CRAE de la seva de la seva fundació, es va trobar que un d'aquests factors era rebre

suport i atenció més enllà dels 18 anys. Així doncs, aquest acompanyament pot resultar clau per garantir que la feina feta durant l'estada als CREI es mantingui en el temps.

7. CONCLUSIONS I ORIENTACIONS DE FUTUR

Les conclusions i propostes de millora que presentem a continuació són fruit de les evidències que sorgeixen a partir dels resultats obtinguts. Cal mencionar, que vam sotmetre els resultats a un procés de discussió amb els centres participants. Així, un cop analitzades les dades es van presentar als quatre CREI fent una sessió de treball amb l'equip directiu i els professionals en cadascun d'ells. A més, vam participar en una sessió

de treball organitzada per la DGAIA dirigida a tècnics i aplicadors. Aquest procés va permetre contextualitzar i valorar els resultats a partir de la perspectiva dels agents implicats, i arribar a punts d'acord en relació a les propostes de millora a emprendre.

Els aspectes que concluïm i en els que creiem que s'hauria d'incidir són els següents:

- El treball educatiu que es fa als centres es centra en la intervenció individual sobre els joves però no s'integra l'entorn ni el tractament de problemàtiques específiques. Cal considerar la naturalesa multifactorial dels problemes conductuals del jove que l'han portat a ingressar al centre. Que el jove canviï de comportament dins del centre no es garanteix que no torni a presentar els mateixos problemes quan torni amb la família o el centre del qual procedia. Sense els suports adequats i sense la implicació de l'entorn proper del jove difícilment podrà sostenir els avenços que pugui haver assolit en el CREI. Es per això que es proposa intervenir en tots els aspectes que formen part de la vida del jove, posant especial èmfasi en la família i l'entorn. Es per això que considerem que caldria fer un abordatge integral i multidimensional del jove considerant també la seva relació amb l'entorn immediat. En paraules d'un dels participants en una de les sessions de treball, "caldrà canviar la "I" d'"intensiva" del seu acrònim per la "I" d'"integral".
- Tot i que es coneix que un gran nombre de joves consumeixen tòxics i que aquest consum és un dels principals predictors de fracàs en la intervenció, els centres no disposen de programes específics per a treballar el consum. Creiem necessari impulsar el desenvolupament de programes específics per afrontar els problemes de consum que ajudin als joves que consumeixen a superar aquest problema.

- No existeix, en els centres, una planificació de treball amb les famílies ni una preparació pel retorn amb aquesta, malgrat ser en molts casos un dels destins que prenen els joves en sortir dels CREI. Els centres són els que tenen un millor coneixement de les dificultats del jove i com incideix en ell la relació amb la seva família. Es per això que els centres haurien de poder articular un pla de treball per intervenir directament amb les famílies mentre els joves estan al CREI i quan sigui necessari també mediar entre ambdues parts. És necessari que la família no es desvinculi del procés del jove i es segueixi responsabilitzant de la seva educació i protecció. Però també cal que el jove tingui una visió realista de la situació de la seva família i de quin tipus de relació positiva pot establir-hi.
- Tot i treballar l'autonomia i els aspectes relatius a l'emancipació des dels centres, els joves es troben amb molts problemes quan surten dels centres i s'emancipen, com ara trobar un pis i la burocràcia que requereix, gestionar rebuts, conèixer les ajudes a les que poden optar, etc. És per això que caldria treballar amb més intensitat l'autonomia dels joves per afrontar amb seguretat i garanties els reptes que li plantejarà la vida adulta independent. S'hauria de treballar per a que els joves coneguin les exigències de la vida diària i sàpiguen resoldre-les amb desimboltura, ja que amb 18 anys se'ls exigeix un nivell de maduresa i autonomia que la resta de població de la mateixa edat no ha d'afrontar.

- Els CREI reben un gran nombre de casos amb problemes de salut mental i aquesta tendència va en augment, cosa que provoca el sentiment d'estar desbordats en els professionals que hi treballen. El perfil de població acollit ha variat els últims anys augmentant de forma molt considerable el nombre de joves amb aquesta casuística. Disposar de la intervenció dels professionals especialitzats en salut mental al propi centre es una proposta que fan els professionals, per tal de poder atendre correctament les necessitats específiques d'aquests joves.
- En general hi ha poc acompanyament i seguiment del jove un cop deixa el CREI, i Quan els joves surten dels centres es produeix un trencament brusc ja que d'un dia per l'altre deixen de viure al CREI i deixen de rebre el suport dels professionals que tenien cura d'ell. Es proposa ampliar l'acompanyament del jove més enllà de la seva estada al centre. Cal supervisar la tornada del noi al medi i evitar que es produeixi el trencament traumàtic que succeeix actualment. Un procés de transició amb acompanyament podria tenir millors resultats. El jove perd els seus referents quan surt del CREI i es torna a trobar amb les dificultats que li planteja un entorn molt diferent al centre, i sobre el qual no s'ha intervingut ni s'ha preparat. D'altra banda, és necessari l'acompanyament dels professionals del CREI a la família/educadors de CRAE del jove per ajudar-los a superar les crisis que puguin aparèixer amb el retorn del jove i assegurar la integració positiva dels joves en el seu entorn.
- No es fa cap seguiment dels joves una vegada deixen els CREI i, per tant, no es coneix la seva situació i evolució un cop retornen al territori, i es desconeix

si la intervenció que s'ha realitzat ha estat efectiva i ha permès al jove integrar-se sociolaboralment i familiarment amb èxit. En aquest sentit, fer-los un seguiment sistematitzat una vegada deixen el centre hauria de permetre valorar l'efectivitat de la intervenció realitzada i aportaria dades per a sustentar la reflexió de la pràctica educativa i fomentar la millora sistemàtica del treball del centre i de la intervenció que s'hi fa.

- Seria interessant treballar amb els joves dels CRAE i del territori que ja mostren signes de problemes de comportament o conductes de risc sense haver d'arribar a l'extrem de requerir l'internament a CREI. Es tractaria de desenvolupar programes d'intervenció primerenca al domicili a través d'un servei especialitzat que fes el seu treball fora del centre, ja sigui amb la família o amb el CRAE, per intervenir de forma preventiva amb el jove i assessorant a pares i educadors quan el jove està mostrant els primers indicis de problemes greus de conducta i evitar, en la mesura del possible, l'internament al CREI.
- Els centres ideen propostes educatives però són per iniciativa pròpia i moltes vegades només es coneixen en el mateix centre d'on ha sortir. Caldria estimular i afavorir que els centres prenguin aquesta iniciativa de desenvolupar programes innovadors. Els centres són els primers en detectar les necessitats que plategen els perfils dels joves atesos i com van canviant, i són també els que poden desenvolupar i avaluar programes per fer-hi front. Impulsar la innovació i l'avaluació dels programes per part dels centres i trobar espais per a què puguin compartir-los, pot ser un sistema molt eficaç per millorar els resultats dels CREI.

Tot i que els centres tenen moltes potencialitats creiem que cal treballar en línia amb aquestes propostes, per millorar i reforçar el tipus d'intervenció que s'està duent a terme actualment als CREIS. Aquest podria ser un bon punt de partida ja que el nostre estudi exploratori ha constituït una bona oportunitat per a poder reflexionar conjuntament amb els centres sobre la realitat dels CREI i les dificultats els reptes que enfronten. Creiem, també, que presentar aquesta visió compartida entre el que reflecteix la recerca i la interpretació dels professionals que hi estan vinculats dia a dia assegura l'equilibri de les propostes que han sorgit del treball conjunt.

8. FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

Arribats a aquest punt de l'estudi es dibuixen diverses línies que podrien constituir maneres de continuar amb la recerca iniciada en el present treball.

La primera de les línies futures d'investigació que ens plantegem es centraria a recollir la veu dels joves. Aquesta aproximació al testimoni de l'experiència personal podria fer-se, d'una banda, mentre els joves són als centres, fent un seguiment de tot el seu procés i analitzant l'evolució que fan des de les seves pròpies vivències i el seu propi punt de vista.

D'altra banda, també seria interessant recollir el testimoni dels joves un temps després d'haver passat per l'experiència de residir en un CREI. En aquest sentit, seria interessant valorar, amb el pas del temps, la seva estada i suggerir, des d'una posició més madura, aspectes que puguin millorar la intervenció. De la mateixa manera, des d'aquest punt vista també es podria valorar l'impacte de la intervenció i oferir dades de quina és la situació personal i socio-laboral d'aquests joves un temps després d'haver passat pels CREI.

Una altra de les línies futures d'investigació podria ser realitzar un estudi longitudinal. Fer un seguiment dels joves des de que arriben als CREI fins que se'n van permetria analitzar tots els fets rellevants que succeeixen en cada moment, així com tenir una visió global i de primera mà de tot el procés que viuen els joves.

Finalment i tenint en compte que aquest ha estat un estudi exploratori en el que s'ha obert camí en el coneixement científic dels CREI de Catalunya creiem que cal seguir centrant esforços i fomentant la investigació en aquest àmbit, per a poder continuar generant coneixement sobre aquesta tipologia de centres i així tenir elements de valoració objectius i basats en evidències que permetin als responsables competents en matèria de protecció a la infància i a l'adolescència fer modificacions que optimitzin el sistema.

9. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S. & Leslie, L. K. (2010).

Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: A prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4—18 and 1991*

Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

- Ahmadi-Montecalvo, H., Owens, S., DePasquale, S. & Abildso, C. G. (2016). Tobacco and Other Drug Use among Foster Care Adolescents in West Virginia. *American journal of health behavior*, 40(5), 659-666.
- Ainsworth, F. & Hansen, P. (2015). Therapeutic residential care: Different population, different purpose, different costs. *Children Australia*, 40(4), 342-347.
- Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R. & Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4).
- Alarcón Parco, D., Jó, B. & Patricia, S. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259.
- Albert, D. & Steinberg, L. (2011). Judgment and decision making in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 211-224.
- Altschuler, D.M. (2008). 'Rehabilitating and reintegrating youth offenders: are residential and community aftercare colliding worlds and what can be done about it?' *Justice Policy Journal* 5, 1, 1–26. Citat a: Andreassen, T. (2014). MultifunC: Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.69-76). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- Andersson, B. (2007). *Diversity in Residential Care and Treatment for Young People in Sweden*. Goteborg, Sweden: University of Goteborg.

- Andrade, P., Betancourt, D. & Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 9(9), 37-44.
- Andreassen, T. (2004) *Manuals for MultifunC – Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Andreassen, T. (2014). MultifunC: Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.69-76). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- Andrews, D. & Dowden, C. (2004) ‘The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: a meta-analytic review of core correctional practice.’ *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 48, 2, 203–214. En: Whittaker, J. K., Fernandez del Valle, J., Holmes, L., & Gilligan, R. (2015). *Therapeutic Residential Care for Children and Youth : Developing Evidence-Based International Practice* (p.69-76). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F.T. (1990) ‘Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed metaanalysis’. *Criminology* 28, 3, 369–404. Citat a: Andreassen, T. (2014). MultifunC: Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.69-76). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.

- APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Washington: APA
- Aparicio, E., Pecukonis, E. V. & O'Neale, S. (2015). "The love that I was missing": Exploring the lived experience of motherhood among teen mothers in foster care. *Children and Youth Services Review*, 51, 44-54.
- Arnau-Sabatés, L. & Gilligan, R. (2015). What helps young care leavers to enter the world of work? Possible lessons learned from an exploratory study in Ireland and Catalonia. *Children and youth services review*, 53, 185-191.
- Attar-Schwartz, S. (2008). Emotional, behavioral and social problems among israeli children in residential care: A multi-level analysis. *Children and Youth Services Review*, 30(2), 229-248.
- Backović, D., Marinković, J. A., Grujličić-Šipetić, S. & Maksimović, M. (2009). Differences in substance use patterns among youths living in foster care institutions and in birth families. *Drugs: education, prevention and policy*. Volume 13 (4), 341 — 351.
- Baron, R. C. & Salzer, M. S. (2002). Accounting for unemployment among people with mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 20(6), 585-599. En: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.

- Barrera, M. & Li, S.A. (1996). The relation of family support to adolescents' psychological distress and behavior problems. En G.R. Pierce, B.R. Sarason y I.G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum.
- Behrens, E. & Satterfield, K. (2006), "Report of findings from a multi-center study of youth outcomes in private residential treatment", paper presented at the 114th Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans, LA, August 12.
- Benedict, M. I., Zuravin, S. & Stallings, R. Y. (1996). Adult functioning of children who lived in kin versus nonrelative family foster homes. *Child Welfare* 75: 529–549.
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. 7.a Ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Biehal, N., Clayden, J., Stein, M. & Wade, J. (1995). *Moving on: Young People and Leaving Care Schemes*. London: Her Majesty's Stationery Office. En: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Blumstein, A., Cohen, J., Roth, J. & Visher, C. (1986). *Criminal careers and "career criminals"*. Washington, DC: National Academy Press.
- Boonstra, D. (2011). Teen pregnancy among young women in foster care: A primer. *Policy review*, vol 14 (2).
- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.

- Bowlby, J. (1953). Some pathological processes set in train by early mother-child separation. *Journal of Mental Science*, 2, 265-272.
- Brännström, L., Vinnerljung, B., Forsman, H. & Almquist, Y. B. (2017). Children placed in out-of-home care as midlife adults: are they still disadvantaged or have they caught up with their peers?. *Child maltreatment*, 22(3), 205-214.
- Bravo, A. & Del Valle, J.F. (coords.) (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Colección documentos técnicos. Dirección General de Políticas Sociales. Gobierno de Cantabria.
- Bravo, A. & Fernandez del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psichothema*, 15(1), 136-141.
- Bravo, A., & Del Valle, J. (2009). Intervención socioeducativa en acogimiento residencial. *Gobierno de Cantabria. Recogido de http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos_e_informes/Interv_Socioeducativa_Acogimiento_Residencial.pdf[Links]*.
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S. & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7).
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M. & Siméoni, M. C. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1886-1890.

- Bullock, R. (2009). Looked after children placed in externally purchased residential care. *Journal of Children's Services*, Vol. 4 No. 3, pp. 34-48
- Cameron, C. (2007). Education and self-reliance among care leavers. *Adoption and Fostering*, 31 (1), 39-49
- Carrasco–Ortiz, M. Á, Rodríguez–Testal, J. F. & Hesse, B. M. (2001). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse y Neglect*, 25(6), 819-838.
- Casas, F. (1994). *Descentralization of services for children: The Spanish experience*. Innocenti Occasional Papers. Florencia (Italia). ICDC UNICEF (International Child Development Centre de Unicef).
- Casas, F. (2012). *La protecció dels infants i adolescents en situació de risc social i desamparament a Catalunya*. Barcelona. UNICEF Comitè Catalunya.
- Cava, M.J. (1995). *Autoestima y apoyo social: Su incidencia en el ánimo depresivo en una muestra de jóvenes adultos universitarios*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València.
- Choo, J., Kim, H. J., Turk, M. T., Kim, E. K. & Yang, K. S. (2017). Ecological factors associated with behavioral problems in vulnerable children. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(3), 205-218.
- CLAYTON, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. Citat a: T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto)

- Col·legi Oficial de Pedagogs de Catalunya. (2015). *Centres residencials del sistema de protecció a la infància i adolescència. Funcions diferencials del pedagog/a i psicopedagog/a en centres de protecció d'infants i adolescents desemparats*. Barcelona: Col·legi de Pedagogs de Catalunya
- Cook, R., McLean, J. & Ansell, D. (1991). *A national evaluation of Title IV-E foster care independent living programs for youth. (Vol. 1)*, Maryland: WESTAT.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. España: Mc. Graw Hill.
- Courtney, M. & Barth, R. (1996). Pathways of older adolescents out of foster care: Implications for Independent Living Services. *Social Work, 41(1)*, 75-84.
- Courtney, M.E. & Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the U.S.A. *Child and Family Social Work, 11 (3)*, 209-219. Citat a: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología, 29(1)*, 187-196.
- Courtney, M. E., Dworsky, A., Ruth, G., Keller, T., Havlicek, J. & Bost, N. (2005). *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at age 19*. Retrieved February 3, 2006 from Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago web site: <http://www.chapinhall.org/>.
- Courtney, M. E. & Hook, J. L. (2017). The potential educational benefits of extending foster care to young adults: Findings from a natural experiment. *Children and youth services review, 72*, 124-132.

- Courtney, M., Piliavin, I., Grogan-Kaylor, A. & Nesmith, A. (1998). *Foster youth transitions to adulthood: Outcomes 12 to 18 months after leaving out-of-home care*. Institute for Research on Poverty, University of Wisconsin-Madison.
- Courtney, M., Piliavin, I., Grogan-Kaylor, A. & Nesmith, A. (2001). Foster youth transitions to adulthood: A longitudinal view of youth leaving care. *Child Welfare*, 80, 685–717.
- Dale, N., Baker, A. J., Anastasio, E. & Purcell, J. (2007). Characteristics of children in residential treatment in New York State. *Child Welfare*, 86(1), 5.
- Defensor del Pueblo (2009). *Centros de protección menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social [Residential child care for children with behavioral diseases and social difficulties]*. Madrid, Spain: Defensor del Pueblo.
- Del Valle, J.F., Álvarez-Baz, E. & Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 235-249
- Del Valle, J. F. & Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide
- Del Valle, J.F., Bravo, A., Álvarez, E. & Fernanz, A. (2008). Adult self sufficiency and social adjustment in care leavers from children's homes: a long term assessment. *Child and family Social Work*. 13, 12-22. Citat a: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.

- Delgado, L., Fornieles, A., Costas, C. & Brun-Gasca, C. (2012). Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales. *Revista de investigación en educación*, 10(1), 158-171.
- Departament de Benestar i Família (2015). *Dades estadístiques de la DGAIÀ Desembre 2015*. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Generalitat de Catalunya.
- DHS (Department of Human Services-Verso) (2011) *Evaluation of the Therapeutic Residential Care Pilot Programs: Final Summary and Technical Report*. Victoria: Verso Consulting Pty Ltd. Citat a: Whittaker, J. K., Fernandez del Valle, J., Holmes, L., & Gilligan, R. (2015). *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En: Comeche, M^a. I. y Vallejo-Pareja, M. A.: *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (pp. 465-517) Madrid: Dykinson.
- Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2018). *Informe estadístic mensual – DGAIÀ, Març 2018*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers socials i Famílies
- Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. (2017). Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva. 14 de febrer de 2017. Generalitat de Catalunya.

- Dixon, J. & Stein, M. (2005). *Leaving Care, Throughcare and Aftercare in Scotland*. London: Jessica Kingsley. Citat a: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Dozier M. , Kobak R. , Sagi-Schwartz A. , Schaffer C. , IJzendoorn M. H. , Kaufman J. & Zeanah C. H. (2014). Consensus statement on group care for children and adolescents: a statement of policy of the American Orthopsychiatry Association. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84 (3) , 219 -225.
- Dworsky, A. (2005). The economic self-sufficiency of Wisconsin's former foster youth. *Children and Youth Services Review*, 27(10), 1085-1118. Citat a: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Dworsky, A. L., & DeCoursey, J. (2009). *Pregnant and parenting foster youth: Their needs, their experiences*. Chicago: Chapin Hall at the University of Chicago.
- Dworsky, A., & Courtney, M. E. (2010). The risk of teenage pregnancy among transitioning foster youth: Implications for extending state care beyond age 18. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1351-1356.
- Estevez, E., Jimenez, T. & Moreno, D. (2011). Cuando las víctimas de violencia escolar se convierten en agresores:“.Quien va a defenderme?. *European Journal of Education and Psychology*, 3, 177-186.

- Farmer, E. M. Z., Mustillo, S., Burns, B. J. & Holden, E. W. (2008). Use and Predictors of Out-of-Home Placements Within Systems of Care. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 16, 5-14.
- Farmer, E. M., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S. D., Angold, A. & Costello, E. J. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Service Review*, 75(4), 605-624.
- Fernández del Valle, J.; Álvarez, E. & Fernánz, A. (1999). *Y después... ¿qué? Estudio y seguimiento de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Festinger, T. (1983). *No one ever asked us: A postscript to forever care*. New York: Columbia University Press.
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Dozier, M., Bruce, J. & Pears, K. C. (2006). Effects of therapeutic interventions for foster children on behavioral problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 215-225.
- Forsman, H., Brännström, L., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2016). Does poor school performance cause later psychosocial problems among children in foster care? Evidence from national longitudinal registry data. *Child abuse & neglect*, 57, 61-71.
- Fretz, R. (2007) 'What makes a correctional treatment program effective: do the risk, need and responsivity principles (RNR) make a difference in reducing recidivism?' *Journal of Community Corrections* 15, 3, 5–20 Citat a: Andreassen,

- T. (2014). MultifunC: Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.69-76). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- Fundació Plataforma Educativa, IRQV de la UdG (2010). *Factors d'èxit en infants atesos en CRAE*. Girona: Fundació Plataforma Educativa.
- Gallagher, B. & Green, A. (2012). In, out and after care: Young adults' views on their lives, as children, in a therapeutic residential establishment. *Children and Youth Services Review*, 34(2), 437-450.
- Gallagher, B. & Green, A. (2013). Outcomes among young adults placed in therapeutic residential care as children. *Journal of Children's Services*, 8(1), 31-51.
- Garaigordobil, M. (2004). Intervencion psicologica en la conducta agresiva y antisocial con niños. *Psicothema*, 16, 429-435.
- Garcia, M. J., Roca, J. S. & Sabatés, L. A. (2015). Jóvenes tutelados y transición a la vida independiente: indicadores de éxito//Indicators of success of young people in care in their transition into independent life. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26(2), 90-103.
- GENERALITAT, D. C. (2006). Estatut d'Autonomia de Catalunya. *Article*, 51, 36.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, L., Fagerström, C., ... & Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11-207.

- Goldberg, J. H., Halpern-Felsher, B. L. & Millstein, S. G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescents' decisions to drink alcohol. *Health Psychology, 21*, 477 – 484.
- Goldfarb, W. (1943). The effects of early institutional care on adolescent personality. *Journal of Experimental Education, 12*, 106-129.
- Goldfarb, W. (1944). Infant rearing as a factor in foster home replacement. *American Journal of Orthopsychiatry, 14*, 162-166.
- Goldfarb, W. (1945). Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry, 14*, 247-255.
- Goldfarb, W. (1947). Variations in adolescent adjustment of institutionally-reared children. *American journal of Orthopsychiatry, 17*, 449-457.
- Goldfarb, W. (1955). Emotional and intellectual consequences of psychologic deprivation in infancy. A reevaluation. In P. Hoch and J. Zubin (eds.), *Psychopathology of Childhood* (105-119). Nueva York: Grune & Stratton.
- Gómez, J. & Muñoz, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual, 8*, 19-32.
- González Henríquez, L. & Berger Vila, K. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia y enfermería, 8*(2), 27-35.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I. & Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care:

- Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100-106.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de los recursos y estresores en la intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Greiner, M. V. & Beal, S. J. (2017). Foster care is associated with poor mental health in children. *The Journal of pediatrics*, 182, 401-404.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B., Ross, J. G., Lowry, R., & Kolbe, L. (2002). Youth risk behavior surveillance—United States, 2001. *Journal of School Health*, 72(8), 313-328.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Hair, H. (2005), "Outcomes for children and adolescents after residential treatment: a review of research from 1993 to 2003", *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 14 No. 4, pp. 551-75
- Halpern-Felsher, B. L., Biehl, M., Kropp, R. Y. & Rubinstein, M. L. (2004). Perceived risks and benefits of smoking: Differences among adolescents with different smoking experiences and intentions. *Preventive Medicine*, 39, 559 – 567.
- Handwerk, M., Huefner, J., Ringle, J., Howard, B., Soper, S., Almquist, J. & Chmelka, M. (2008), "The role of therapeutic alliance in therapy outcomes for youth in residential care", *Residential Treatment for Children and Youth*, Vol. 25 No. 2, pp. 145-165.

- Hare, T.A., Tottenham, N., Galvan, A., Voss, H.U., Glover, G.H. & Casey, B.J. (2008). Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go-nogo task. *Biological Psychiatry*, 63, 927– 934.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Hayden, C. & Gough, D. (2010). *Implementing a restorative justice approach in children's residential care*. Bristol: Policy Press.
- Hein, A., Blanco, J. & Mertz, C. (2004). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura nacional e internacional*. Santiago de Chile: Fundación paz ciudadana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGrawHill
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste biopsico- social*. Tesis Doctoral. Universitat de València.
- Hojer, I. & Johansson, H. (2010). Analysis of Quantitative Data from Sweden. The YIPPEE Project. En: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Hollin, C.R. (2000) *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. New York: John Wiley & Sons. Citat a: Andreassen, T. (2014). MultifunC: Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings. En: Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and*

youth: Developing evidence-based international practice (p.69-76). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.

Holten A., Horne T. & Gerald R. (2015). *Too many teens. Preventing unnecessary out-of-home placements*. Baltimore, MD: Anne E. Casey Foundation.

Índex de taules de serveis d'infància, adolescència i joventut. IDESCAT 2015.
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/15serveissocials/estadistiques/mapa_serveis_socials/2015/Infancia_adolescencia_jov_2015.pdf

Infante Pedreira, O. E. (2001). Adolescencia. PARTE V. Psicología de las edades, Capítulo 25. *Psicología y Salud/Fernando Núñez de Villavicencio Porro. Edit. Ciencias Médicas, La Habana*, 141-144.

Jackson, S. & Cameron, C. (2011). Final report of the YIPPEE project
[http://\(tcrui.ie.ac.uk/yippe/Portals/1/Final%20Report%20of%20the%20YIPPEE%20Project%20-%20WP12%20Mar11.pdf](http://(tcrui.ie.ac.uk/yippe/Portals/1/Final%20Report%20of%20the%20YIPPEE%20Project%20-%20WP12%20Mar11.pdf) (consultat el 19 de juny de 2016)

Jakobsen, T. (2014). Varieties of Nordic Residential Care: A Way Forward for Institutionalized Therapeutic Interventions?. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.61-68). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.

James, S. (2011). What works in group care? A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Children and Youth Services Review*, 33, 308–321.

- James, S., Alemi, Q. & Zepeda, V. (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. *Children and Youth Services Review*, 35, 642–656.
- James, S., Montgomery, S. B., Leslie, L. K. & Zhang, J. (2009). Sexual risk behaviors among youth in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 31(9), 990-1000.
- James, S., Thompson, R., Sternberg, N., Schnur, E., Ross, J., Butler, L., ...& Muirhead, J. (2015). Attitudes, perceptions, and utilization of evidence-based practices in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 32, 144–166.
- Jones, L. P. (2014). The role of social support in the transition from foster care to emerging adulthood. *Journal of Family Social Work*, 17(1), 81-96.
- Jonson-Reid, M., & Barth, R. P. (2000). From placement to prison: The path to adolescent incarceration from child welfare supervised foster or group care. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 493-516.
- Keller, T. E., Salazar, A. M. & Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and youth services review*, 32(4), 626-634.
- Kortenkamp, K. & Ehrle, J. (2002). The well-being of children involved with the child welfare system: A national overview. *New Federalism: The national survey of America's families. The Urban Institute*, series B, n. B-43
- Kraleva, D. (Ed.) (2014). *Together against violence. Compendium of research reports and recommendations*. Sofia: Bulgaria.

- Kraus, J. (1981). Juvenile drug abuse and delinquency: Some differential associations. *British Journal of Psychiatry* 139: 422–430.
- Krauskopf, D. (1995). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente*. Cartagena de Indias, Colombia.
- Krauskopf, D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Psicologica.com*, 15-51.
- Latimer, W. & Zur, J. (2010). Epidemiologic trends of adolescent use of alcohol, tobacco, and other drugs. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 451-464.
- Lázaro Riol, A. (2012, abril 20) La protecció pública dels infants i adolescents: desemparament, tutela i guarda [diapositives de Power Point]. Recuperat de http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/07infanciaiadolescencia/temes_relacionats/jornades_treball_dgaia_2012/docs_20_abril/protaccio_publica_infants.pdf
- LDOIA, Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, DOGC 5641 – 2.6.2010 (2010).
- Lee, C. & Berrick, J. D. (2014). Experiences of youth who transition to adulthood out of care: Developing a theoretical framework. *Children and Youth Services Review*, 46, 78-84.
- Lee, J. S., Courtney, M. E. & Tajima, E. (2014). Extended foster care support during the transition to adulthood: Effect on the risk of arrest. *Children and Youth Services Review*, 42, 34-42.

- Lenz-Rashid, S. (2006). Employment experiences of young adults: Are they different for youth with a history of foster care? *Children and Youth Services Review*, 28(3), 235-259. En: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Leonard, S. S. & Gudiño, O. G. (2016). *Academic and Mental Health Outcomes of Youth Placed in Out-of-Home Care: The Role of School Stability and Engagement*. *Child & Youth Care Forum*. Vol. 45, No. 6, pp. 807-827. Springer US.
- Lerner, R. (1998): Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 413-446.
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J. & Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 26-34.
- Liddle, H. & Rowe, C.L. (2001) *Adolescent Substance Abuse: Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press. Citat a: Andreassen, T. (2014). MultifunC: Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.69-76). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- Lin, N. & Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Long, S. J., Evans, R. E., Fletcher, A., Hewitt, G., Murphy, S., Young, H. & Moore, G. F. (2017). Comparison of substance use, subjective well-being and interpersonal

relationships among young people in foster care and private households: a cross sectional analysis of the School Health Research Network survey in Wales. *BMJ open*, 7(2), e014198.

López, J.S., Martín, M.J. & Martín, J.M. (1998). Consumo de drogas ilegales. En A. Martín y cols. (Eds.), *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales*. Madrid: Entinema.

López, M., Del Valle, J. F., Montserrat, C. & Bravo, A. (2010). *Niños que esperan. Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social

Lopez, M., Montserrat, C., Del Valle, J.F. & Bravo, A. (2010). El acogimiento en familia ajena en España. Una evaluación de la práctica y sus resultados. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 269-280.

López, M., Santos, I., Bravo, A. & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.

López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. & López, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.

Maclean, M. J., Taylor, C. L. & O'Donnell, M. (2017). Relationship between out-of-home care placement history characteristics and educational achievement: A population level linked data study. *Child Abuse & Neglect*, 70, 146-159.

Martín, E. (2015). Niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial. Un análisis en función del género. *Revista Qurrriculum*, 28, 91-105.

- Martín, E., González-García, C., Del Valle J. F. & Bravo, A. (2017). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child & Family Social Work*, 23(1), 1-7.
- Mayoral, J. (2015). Comentaris a la nova regulació dels centres de protecció específics de menors d'edat amb problemes de conducta que estableix la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del Sistema de protecció a la infància i l'adolescència. *DGAIA-Butlletí d'inf@ncia*, num.89
- McLean, S., Price-Robertson, R. & Robinson, E. (2011) Therapeutic Residential Care in Australia: Taking Stock and Looking Forward. Melbourne: Australian Institute of Family Studies, Government of Australia. Citat a: McNamara, P. (2014). A new era in the development of therapeutic residential care in the State of Victoria. En: Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.86-96). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- McNamara, P. M. (2014). A new era in the development of Therapeutic Residential Care in the State of Victoria. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.86-96). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.
- Meier, M. H., Slutke, W. S., Arndt, S. & Cadoret, R. J. (2007). Positive alcohol expectancies partially mediate the relation between delinquent behavior and alcohol use: Generalizability across age, sex, and race in a cohort of 85,000 Iowa schoolchildren. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 25 – 34.

- Mertens, D. M. (2014). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Sage publications.
- Mezey, G., Robinson, F., Gillard, S., Mantovani, N., Meyer, D., White, S. & Bonell, C. (2017). Tackling the problem of teenage pregnancy in looked-after children: a peer mentoring approach. *Child & Family Social Work*, 22(1), 527-536.
- Ministerio de sanidad, Servicios sociales e igualdad (2012). La perspectiva de niños y adolescentes sobre la calidad del acogimiento residencial. *Informes estudios e investigación*. Recuperado de: https://es.slideshare.net/amautajara/3-la-perspectiva-de-nios-y-adolescentes-sobre-la-calidad-del-acogimiento-residencial?from_action=save
- Ministerio de sanidad, Servicios sociales e igualdad (2017). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 18. Datos 2015. Recuperado de: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Boletinproteccionlainfancia18accesible.pdf>
- Mitchell, M. B., Jones T., & Renema, S. (2015). Will I make it on my own? Voices and visions of 17-year-old youth in transition. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(3), 291-300.
- Monshouwer, K., Kepper, A., van den Eijnden, R., Koning, I. & Vollebergh, W. (2015). Initiation of Substance Use by Adolescents After One Year in Residential Youth Care. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 44, No. 5, pp. 597-611). Springer US.

- Montgomery, P., Gardner, F., Bjornstad, G. & Ramchandani, P. (2009). *Systematic Reviews of Interventions Following Physical Abuse: Helping Practitioners and Expert Witnesses Improve the Outcomes of Child Abuse*. DCSF: London.
- Montserrat Boada, C. & Casas Aznar, F. (2010). Educación y jóvenes extutelados: Revisión de la literatura científica española. *Educación XXI*, 13.2, 117-138.
- Montserrat, C., Casas, F. & Bertrán, I. (2013). Desigualdad de oportunidades educativas entre los adolescentes en acogimiento residencial y familiar. *Infancia y aprendizaje*, 36(4), 443-453.
- Montserrat, C., Casas, F. & Malo, S. (2013). Delayed educational pathways and risk of social exclusion: the case of young people from public care in Spain. *European Journal of Social Work*, 16(1), 6-21.
- Moreno, I. & Revuelta, F. (2002). El trastorno por negativismo desafiante. En: Servera, M. (Coord.). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. (pp. 255-276) Madrid: Pirámide.
- Morrison, R. & Shepherd, M. (2015). Exploring the factors contributing to the outcomes of looked after children. *Communicare*, 21, 1–11.
- Mulvey, E. P., Steinberg, L., Fagan, J., Cauffman, E., Piquero, A. R., Chassin, L., ... & Losoya, S. H. (2004). Theory and research on desistance from antisocial activity among serious adolescent offenders. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 2(3), 213-236.
- Muñoz Rivas, M. J. & Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1). Martín, E., González-García, C., Del Valle J. F., Bravo, A. (2017). Therapeutic residential

care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child & Family Social Work*

Musitu, G. & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial intervention*, 12(2).

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.

Naccarato T., Brophy, M. & Courtney, M. E. (2010). Employment out-comes of foster youth: The results from the Midwest Evaluation of the Adult Functioning of Foster Youth. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 551-559. Citat a: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.

Newman, B. M., Lohman, B. J. & Newman, P. R. (2007). Peer group membership and a sense of belonging: Their relationship to adolescent behavior problems. *Adolescence*, 42(166), 241.

Newton, R. R., Litrownik, A. J. & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse y Neglect*, 24(10), 1363-1374.

Noonan K. & Menashi D. (2011). *Rightsizing congregate care*. Baltimore MD: Annie E. Casey Foundation.

Oggers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, ... & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20(2), 673- 716.

- Oriol, X., Sala-Roca, J. & Filella, G. (2014). Emotional competences of adolescents in residential care: Analysis of emotional difficulties for intervention. *Children and Youth Services Review*, 44, 334-340.
- Oriol-Granado, X., Sala-Roca, J. & Filella Guiu, G. (2015). Juvenile delinquency in youths from residential care. *European Journal of Social Work*, 18(2), 211-227.
- Ortega, R. & del Rey, R. (2003). *La violencia escolar: estrategias de prevencion*. Barcelona: Grao.
- Oshima, K. M. M., Narendorf, S. C. & McMillen, J. C. (2013). Pregnancy risk among older youth transitioning out of foster care. *Children and Youth Services Review*, 35(10), 1760-1765.
- Pecora, P. J., Kessler, R. C., O'Brien, K., White, C.R., Williams, J., Hiripi, E., ...& Herrick, M. A. (2006). Educational and employment outcomes of adults formerly placed in foster care: Results from the Northwest Foster Care Alumni Study. *Children and Youth Services Review*, 28 (12), pp. 1459-1481.
- Packard, T., Delgado, M., Fellmeth, R. & McCready, K. (2008). A cost–benefit analysis of transitional services for emancipating foster youth. *Children and Youth Services Review*, 30(11), 1267-1278.
- Páramo, M. D. L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Paulsen, V. & Berg, B. (2016). Social support and interdependency in transition to adulthood from child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 68, 125-131.

- Pears, K. C., Kim, H. K. & Fisher, P. A. (2016). Decreasing risk factors for later alcohol use and antisocial behaviors in children in foster care by increasing early promotive factors. *Children and youth services review*, 65, 156-165.
- Pecora, P., Kessler, R.C., Williams, J., Downs, A.C., English, D., White, J., ... & Holmes, K. (2005). *Improving Family Foster Care: Findings from the Northwest Alumni Study*. Seattle, Washington: Casey Family Programs. Citat a: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Pedreira, J. L. (2004). Introducción: agresión y comportamiento en la adolescencia. *Monografías de psiquiatría: Los trastornos del comportamiento en la adolescencia*, 1, 1-20
- Peñafiel Pedrosa, E. M. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 2009, n.32, p. 147-173.
- Pérez, S. P. & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2.
- Pfeifer, J., Masten, C. & Moore, W. (2011). Entering adolescence: resistance to peer influence, risky behavior, and neural changes in emotion reactivity. *Neuron*, 69,1029-1036.
- Piquero, A., Farrington, D. & Blumstein, A. (2003). The criminal career paradigm. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 30, pp. 359-506). Chicago: University of Chicago Press.

- Reilly, T. (2003). Transition from care: Status and outcomes of youth who age out of foster care. *Child Welfare*, 82(6), 727-746. Citat a: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Rodrigo, M.J., Maiquez, M.L., Garcia, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martinez, A. & Martin, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Rosenthal, J. A. & Curiel, H. F. (2006). Modeling behavioral problems of children in the child welfare system: Caregiver, youth, and teacher perceptions. *Children and Youth Services Review*, 28(11), 1391-1408.
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L., Luan, X. & Localio, A. R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics*, 119(2), 336-344.
- Rutter, M. (1992) *Resilience: Some conceptual considerations*. Conference on Social Change and Development in Adolescence: a Focus on the Americas. O.P.S. Washington, D.C.
- Rutter, M., Caspi, A. & Moffitt, T. E.(2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1092-1115
- Sainero, A., Valle, J. F. D. & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 31(2), 472-480.

- Sala Roca, J., Jariot García, M., Villalba Biarnés, A. & Rodríguez Parrón, M. (2009). Analysis of factors involved in the social inclusion process of young people fostered in residential care institutions. *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1251-1257.
- Sala Roca, J., Villalba Biarnés, A., Jariot Garcia, M. & Rodríguez Parrón, M. (2009). Characteristics and sociolabour insertion of young people after residential foster. *International Journal of Child y Family Welfare*, 12(1), 22-34.
- Sala-Roca J, Villalba A, Jariot M. & Arnau L. (2012). Socialization process and social support networks of out-of-care youngsters. *Children and Youth Services Review*, 34 (5), 1015-1023.
- Sancerni, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Sánchez-Queija, I. & Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 71-86.
- Sandoval, M., Lemos, S. & Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*, 18, 804-809.
- Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. & Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324.
- Sebba, J., Berridge, D., Luke, N., Fletcher, J., Bell, K., Strand, S., ... & O'Higgins, A. (2015). *The educational progress of looked after children in England: Linking care and educational data*. Rees Centre: University of Bristol

- Siegel, A., Benbenishty, R., & Astor, R. A. (2016). A comparison of adolescents in foster care and their peers in high school: a study of substance use behaviors and attitudes. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25(6), 530-538.
- Síndic de Greuges de Catalunya (2009). *La protecció a la infància en situació d'alt risc social a Catalunya. Informe extraordinari*. Barcelona. Juny 2009.
- Síndic de Greuges de Catalunya (2015). *Informe sobre els drets de l'infant. Les 30 propostes clau*. Barcelona: Desembre 2015.
- Slaughter, S. (2017). *Mental health and the welfare system: how does foster care effect mental health?* (Doctoral dissertation, California State University, Northridge).
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. & MacGregor, D. G. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health Psychology*, 24S, S35 – S40.
- Soldevila, A., Peregrino, A., Oriol, X. & Filella, G. (2012). Evaluation of residential care from the perspective of older adolescents in care. The need for a new construct: optimum professional proximity. *Child and Family Social Work*, 18(3), 285-293.
- Song, A. V., Morrell, H. E. R., Cornell, J. L., Ramos, M. E., Biehl, M., Kropp, R. Y. & Halpern-Felsher, B. L. (2009). Perceptions of smoking-related risks and benefits as predictors of adolescent smoking initiation. *American Journal of Public Health*, 99, 487 – 492.
- Spitz, R. (1945a). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R. (1945b). *Hospitalism: A follow-up report*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.

- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51-58.
- Steinberg, L. (2010). Commentary: A behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. *Brain and cognition*, 72(1), 160.
- Suarez, R., Sepulveda, R., Nino, N. & Vesga, J. F. (2008). Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. *Antipoda*, 6(1), 313-330.
- Sullivan, M., Faircloth, D., McNair, J., Southern, D., Brann, P., Starbuck, L. & Ribarow, L. (2011). *Evaluation of the Therapeutic Residential Care Pilot Programs: Final Summary & Technical Report*. Clifton Hill: Verso Consulting.
- Sutcliffe, A. G., Gardiner, J. & Melhuish, E. (2017). Educational progress of looked-after children in England: a study using group trajectory analysis. *Pediatrics*, e20170503.
- Svoboda, D. V., Shaw, T. V., Barth, R. P. & Bright, C. L. (2012). Pregnancy and parenting among youth in foster care: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 867-875.
- Taula Nacional de la Infància de Catalunya (2015). *Pacte per a la infància. Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència 2015-2018. Enfocament estratègic*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família.
- Thompson, R. W. & Daly, D. L. (2014). The Family Home Program: An adaptation of the Teaching Family Model at Boys Town. En Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L., (Eds.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (p.86-96). London [England]: Jessica Kingsley Publishers.

- Thompson, R. W., Duppong Hurley, K., Trout, A. L., Huefner, J. C. & Daly, D. L. (2017). Closing the research to practice gap in therapeutic residential care: Service provider–university partnerships focused on evidence-based practice. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25(1), 46-56.
- Traube, D. E., James, S., Zhang, J. & Landsverk, J. (2012). A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. *Addictive behaviors*, 37(5), 641-650.
- Trudel, M. & Puentes-Neuman, G. (2000). *The contemporary concepts of at-risk children: theoretical models and preventive approaches in the early years*. Paper prepared for the Pan-Canadian Education Research Agenda Symposium.
- Turney, K. & Wildeman, C. (2016). Mental and physical health of children in foster care. *Pediatrics*, e20161118.
- Urban Institute (2008). Coming of age: Employment outcomes for youth who age out of foster care through their middle twenties. Recuperado el 1 de mayo de 2011 de http://www.urban.org/UploadedPDF/1001174_employment_outcomes.pdf [[Links](#)]. En: López, M., Santos, I., Bravo, A., & Valle, J. F. D. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de psicología*, 29(1), 187-196.
- Urra, J. (2017). *Primeros auxilios emocionales para niños y adolescentes: Guía para padres*. Madrid: La esfera de los libros.
- Valdés Correa, M., Serrano Guildemaister, T., Florenzano Urzúa, R., Jeldres, L., Francisco, J., Canto, C., ... & Lara, P. (1995). Factores familiares protectores para

conductas de riesgo: vulnerabilidad y resiliencia adolescentes. *Revista psiquiatría clínica (Santiago de Chile)*, 32(1/2), 49-56.

Vidal, S., Prince, D., Connell, C. M., Caron, C. M., Kaufman, J. S. & Tebes, J. K. (2017).

Maltreatment, family environment, and social risk factors: Determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. *Child abuse & neglect*, 63, 7-18.

Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Berlin, M. (2017). Placement breakdowns in long-term foster care—a regional Swedish study. *Child & Family Social Work*, 22(1), 15-25.

Whittaker, J. K., Del Valle, J. F. & Holmes, L., (Eds.). (2014). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., ... & Courtney, M. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the international work group on therapeutic residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33(2), 89-106.

Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., ... & Courtney, M. (2017). Acogimiento residencial terapéutico para niños y adolescentes: una declaración de consenso del Grupo de Trabajo Internacional sobre Acogimiento Residencial Terapéutico¹²³. *Psicothema*, 29(3), 289-298.

World Health Organization (2011). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente* (Internet). Ginebra: WHO.

Zahn-Waxler, C., Crick, N. R., Shirlcliff, E. A. & Woods, K. E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. Citat a: Cicchetti, D. &

Cohen, D. (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 76-138). New Jersey: Wiley.

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.

Zárate, N., Sala, J. & Arnau, L. (2013). *Maternidad adolescente de las jóvenes tuteladas en Cataluña* (Doctoral dissertation, Disertación doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Barcelona, España).

Zima, B. T., Bussing, R., Freeman, S., Yang, X., Belin, T. R. & Forness, S. R. (2000). Behavior problems, academic skill delays and school failure among school-aged children in foster care: Their relationship to placement characteristics. *Journal of Child and Family studies*, 9(1), 87-103

10.ANNEXOS

Relació de documents que conté el CD:

1. Conveni de col.laboració entre la DGAIA i el grup de recerca IARS de la Universitat Autònoma de Barcelona.
2. Dispositiu d'entrevistes al director i respectives variants dirigides als diferents professionals de l'equip educatiu dels centres.
3. Qüestionari sobre el perfil de joves internats.
4. Entrevista indirecta sobre els joves que van estar al centre durant un any o més.
5. Document de validació de les entrevistes.
6. Informe d'aprovació de l'estudi per part del Comitè Ètic de la Universitat Autònoma de Barcelona (CEEAH).

