



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

SUMARIO

3. INFORMACIÓN

3.4 INSTITUCIONES Y ÓRGANOS VINCULADOS AL PARLAMENTO

3.4.2 DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

- 7-07/OIDC-000001, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz, en calidad de Defensor del Menor de Andalucía, relativo a menores con trastornos de conducta en Andalucía 41.782

3. INFORMACIÓN

3.4 INSTITUCIONES Y ÓRGANOS VINCULADOS AL PARLAMENTO

3.4.2 DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

7-07/OIDC-000001, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz, en calidad de Defensor del Menor de Andalucía, relativo a menores con trastornos de conducta en Andalucía

Sesión de la Mesa del Parlamento de Andalucía de 14 de noviembre de 2007

Acuerdo de la Junta de Portavoces, en sesión celebrada el día 14 de noviembre de 2007, para que su tramitación se lleve a cabo en la Comisión de Igualdad y Bienestar Social

Orden de publicación de 21 de noviembre de 2007

DEFENSOR DEL MENOR DE ANDALUCÍA

INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO

MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ANDALUCÍA

ANDALUCÍA

NOVIEMBRE 2007

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	41.784
1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	41.785
1. 1. INTRODUCCIÓN.	41.785
1. 2. ELABORACIÓN Y METODOLOGÍA.	41.786
1. 3. ESTRUCTURA.	41.788
2. EL TRASTORNO DE CONDUCTA EN MENORES, UN FENÓMENO COMPLEJO.	41.789
2. 1. EL TRASTORNO DE CONDUCTA COMO PROBLEMA EDUCATIVO.	41.789
2. 2. EL TRASTORNO DE CONDUCTA COMO PROBLEMA SOCIAL.	41.799
2. 3. LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA COMO PROBLEMA SANITARIO.	41.810
3. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN PARA LOS MENORES TUTELADOS CON TRASTORNO DE CONDUCTA. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	41.823
3. 1. LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA.	41.823

3. 2.	LOS CENTROS ESPECÍFICOS PARA MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.....	41.826
3. 2. 1.	Datos estadísticos.....	41.827
3. 2. 2.	Criterios de derivación.....	41.841
3. 2. 3.	Infraestructuras e instalaciones.....	41.848
3. 2. 4.	Medios personales.....	41.851
3. 2. 5.	Organización de los centros.....	41.851
3. 2. 6.	Situación educativa.....	41.859
3. 2. 7.	Situación sanitaria.....	41.861
4.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	41.862
4. 1.	CONCLUSIONES GENERALES.....	41.862
4. 1. 1.	Valoración del problema.....	41.862
4. 1. 2.	La respuesta de los poderes públicos.....	41.864
4. 1. 2. 1.	La detección y diagnóstico de los trastornos conductuales.....	41.864
4. 1. 2. 2.	El tratamiento de los trastornos conductuales.....	41.867
4. 1. 3.	Valoración final.....	41.870
4. 2.	CONCLUSIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS MENORES TUTELADOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.....	41.871
4. 2. 1.	Valoración de la necesidad y la oportunidad de la existencia de recursos específicos para menores tutelados con trastornos de conducta.....	41.871
4. 2. 2.	Conclusiones sobre la situación de los centros específicos para menores tutelados con trastornos de conducta.....	41.873
4. 2. 2. 1.	Criterios de derivación.....	41.874
4. 2. 2. 2.	Infraestructuras e instalaciones.....	41.878
4. 2. 2. 3.	Medios personales.....	41.880
4. 2. 2. 4.	Organización de los centros.....	41.880
4. 2. 2. 5.	Situación educativa.....	41.881
4. 2. 2. 6.	Situación sanitaria.....	41.882
5.	RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	41.883
5. 1.	CON CARÁCTER GENERAL PARA TODOS LOS MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.....	41.883
5. 2.	CON CARÁCTER ESPECÍFICO PARA LOS MENORES TUTELADOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.....	41.884
ANEXOS		41.893
I.	FORMULARIO DE VISITAS A CENTROS DE TRATAMIENTO DE TRASTORNO DE CONDUCTA.....	41.887
II.	CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DE TRASTORNOS DISOCIALES (CIE-10).....	41.889
BIBLIOGRAFÍA		41.893
GLOSARIO DE ABREVIATURAS		41.893

Presentación

En estos tiempos de cambio, asistimos a un amplio debate social respecto del comportamiento inadaptado de los menores. Se habla continuamente, tanto en la calle como en los medios de comunicación, de indisciplina en los centros escolares, de maltrato entre los propios alumnos, de vandalismo asociado a la botellona, de bandas juveniles, de una creciente delincuencia juvenil. En definitiva, de todo un conjunto de conductas que presenta como característica en común el asociar de forma inexorable los términos menores y violencia.

Nos estamos refiriendo a diversas modalidades de conductas desajustadas de los niños y adolescentes en las relaciones interpersonales que responden a la definición de trastornos del comportamiento, más o menos patológicos, o bien se encasillan en el concepto de conductas problemáticas, conductas antisociales o cualesquiera otros de significado parecido.

Los menores con trastornos de conducta se han convertido actualmente en un grave problema social, cuyas consecuencias trascienden a las propias familias para recaer también sobre el vecindario, la escuela, el sistema sanitario o, incluso, los Tribunales de Justicia. Pero se trata además de un problema que rompe las tradicionales barreras sociales para afectar a familias de todas las capas y estratos sociales. A este respecto, sorprende el creciente número de casos de menores integrados en familias perfectamente normalizadas, no encuadrables en supuestos de desprotección, y que, no obstante, se muestran impotentes para contener los problemas conductuales del menor a su cargo.

No es de extrañar que las familias lleguen a esta Institución implorando ayuda para afrontar las manifestaciones más graves de este problema en sus hijos. Especialmente, cuando tras un largo e infructuoso peregrinar por las Administraciones públicas comprueban que la única alternativa que éstas les ofrecen para conseguir un tratamiento efectivo para sus hijos pasan, bien porque éste sea desamparado y su tutela asumida por la entidad de protección de menores; o bien por esperar a que cumpla 14 años y su comportamiento le lleve ante un Juzgado de Menores que decreta como medida su internamiento en un centro cerrado.

Sorprende cómo algunas familias acuden desesperadas a nuestra Oficina solicitándonos que hagamos algo por su hijo o hija. Saben que su destino no augura nada bueno ya que el historial creciente de sus “hazañas” así lo demuestra, pero nadie parece darse por aludido. Han pedido ayuda a los servicios sociales de su localidad, han pedido ayuda a los profesores y a la Dirección del centro educativo, han acudido a las citas en los servicios de salud mental y seguido al pie de la letra sus instrucciones, han solicitado el auxilio de los servicios de protección de menores, e incluso se han entrevistado con la Fiscalía en solicitud de ayuda, y la respuesta siempre ha sido la misma, com-

prenden su situación pero la posible solución excede sus posibilidades.

Sin embargo, la sorpresa es mayor cuando comprobamos que no todos los menores con trastornos conductuales encuentran la misma falta de respuesta por parte de los poderes públicos. Sorprendentemente, los menores tutelados por la Administración sí disponen de centros residenciales específicamente concebidos para el tratamiento de trastornos de conducta. Un recurso terapéutico que se revela esencial para el tratamiento de los trastornos más graves, pero cuyo acceso queda vedado para el resto de la población menor de edad que no está sujeta a la tutela de la Administración.

Se trata de una situación difícil de entender y sobre todo de aceptar, ya que junto a las carencias en la respuesta de las Administraciones sanitarias, social y educativa a los menores no tutelados con trastornos de conducta, nos encontramos con la existencia de una red de recursos públicos de acceso exclusivo para los menores tutelados y en cuyo control y gestión no parecen tener participación ni la Administración sanitaria ni la educativa.

Una situación ante la que no podía mostrarse indiferente una Institución que se proclama defensora de los derechos de los menores. Por ello, hace ya algún tiempo que asumimos ante el Parlamento de Andalucía el reto de investigar en profundidad los diferentes factores que inciden en el problema de los trastornos conductuales en menores, de analizar las carencias y las virtudes de la respuesta administrativa ante el mismo y, sobre todo, de ofrecer propuestas que permitan mejorar la situación de los menores afectados por los trastornos conductuales y de sus familias.

Del cumplimiento de este deber y de la repuesta a este reto surge el presente Informe Especial que presentamos a la consideración del Parlamento de Andalucía y a la valoración de toda la sociedad andaluza. Un Informe cuya elaboración nos ha permitido concluir que los trastornos de conducta en menores han dejado ya de ser el problema emergente que esta Institución denunciara hace años, para convertirse en una preocupante realidad y en un difícil reto para el futuro. Y todo ello, ante la pasividad de unos poderes públicos que se han mostrado incapaces durante años, no sólo de reconocer la importancia del problema, sino, sobre todo, de ofrecer respuestas eficaces al mismo.

Esperemos que el presente Informe arroje algo de luz sobre un problema tan complejo, y, sobre todo, ofrezca un atisbo de esperanza a aquellas familias andaluzas que deben afrontar día a día el difícil reto de convivir con un menor aquejado de un trastorno conductual.

Andalucía, noviembre de 2007

José Chamizo de la Rubia
Defensor del Menor de Andalucía
Defensor del Pueblo Andaluz

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1. 1. Introducción.

La decisión de elaborar el presente Informe Especial surge como consecuencia de la confluencia de diversos factores que llevaron a esta Institución a considerar esta alternativa como la más eficaz para abordar el problema que se planteaba.

Entre estos factores habría que citar en primer lugar, la recepción de un número significativo y creciente de quejas en las que sus promotores planteaban las carencias existentes en los dispositivos públicos para dar respuesta al problema de los menores afectados por algún tipo de trastorno comportamental o conductual.

Estas quejas han sido muchas y muy variadas a lo largo del tiempo, dándose la circunstancia de que en muchas ocasiones planteaban el mismo problema —la difícil atención a un menor con un trastorno de conducta— desde ópticas diferentes.

Así, en el Área de Educación de esta Institución ha sido frecuente la tramitación de expedientes de queja que tenían como elemento común el referirse a menores con comportamientos disruptivos en los centros docentes. En ocasiones, las quejas se iniciaban a instancias de la comunidad educativa de algún centro docente que demandaba medidas eficaces para poner fin a las agresiones y malos tratos que sufrían los alumnos como consecuencia del comportamiento agresivo y antisocial de algún menor ingresado en el mismo.

En otras ocasiones, era la familia del propio menor conflictivo la que denunciaba que el mismo fuera objeto de continuas sanciones y expulsiones como consecuencia de su comportamiento en el centro educativo, sin que se le ofreciera ninguna alternativa de tipo educativo que ayudara a reconducir la conducta de su hijo.

Con frecuencia, la tramitación de estas quejas permitía poner de manifiesto la incapacidad del sistema educativo para dar una respuesta eficaz al problema que representaban los alumnos con comportamientos disruptivos. Una incapacidad que venía provocada, tanto por la inexistencia de un diagnóstico que certificase el problema conductual del menor, como por la ineficacia de los recursos educativos tradicionales para afrontar problemas de esta índole. Como resultado de todo ello, el sistema educativo optaba por enfrentarse al problema con un enfoque estrictamente disciplinario y sancionador, aplicando al alumno conflictivo las normas que regulan la convivencia en las aulas y con el único objetivo de restaurar la normalidad en las aulas.

Como consecuencia de este enfoque unidimensional del problema, los alumnos afectados por un trastorno conductual, se veían estigmatizados en su entorno educativo, sufrían el rechazo de sus compañeros y profesores, y terminaban trasladando su problema al ámbito social o familiar, como correlato ineludible de las continuas expulsiones que soportaban.

Evidentemente, el trastorno conductual del menor no mejoraba con este tipo de respuesta educativa, antes al contrario, se veía agravado en su patología y sumaba a sus secuelas las derivadas del fracaso escolar.

No obstante, la tramitación de las quejas relacionadas con los alumnos disruptivos nos permitió comprobar que la respuesta que se ofrecía a los mismos desde el ámbito educativo era ineficaz, no sólo porque partía de un enfoque erróneo del problema, sino también porque el sistema educativo no se había dotado de medios y recursos específicos para afrontar con garantías el reto que supone la atención educativa a menores con trastornos de conducta.

Estas quejas pusieron de manifiesto que el sistema educativo fallaba en la detección de los trastornos conductuales, lo que llevaba con frecuencia a que muchos menores fueran calificados simplemente como gamberros o antisociales; y fallaba también en el tratamiento educativo de estos menores, al aplicar exclusivamente a los mismos correcciones educativas cuando precisaban de programas terapéuticos de modificación de conducta.

Algo similar ocurría en relación a las quejas tramitadas por las Áreas de esta Institución encargadas de supervisar la actuación de los servicios sociales. Con frecuencia se recibían denuncias relacionadas con el comportamiento antisocial de algún menor o un grupo de menores que, con su conducta, provocaba situaciones de inseguridad y alarma social entre los ciudadanos.

La investigación de estas denuncias nos permitió conocer la incapacidad de los programas y recursos sociales para dar una respuesta eficaz al problema ocasionado cuando la agresividad y el comportamiento antisocial de por estos menores violentos venía derivado de la existencia de algún tipo de trastorno conductual que, en la mayoría de los casos, no estaba diagnosticado o, cuando menos, no estaba siendo abordado terapéuticamente.

Nuestras investigaciones nos permitieron comprobar que detrás de muchos de los casos de violencia juvenil, pandillismo, vandalismo o agresiones entre menores, lo que existía no era sólo un problema de orden público o de inseguridad ciudadana, sino también un problema de trastornos conductuales sin diagnosticar y sin tratar.

Ni los servicios sociales comunitarios, ni los servicios sociales especializados, contaban con programas o recursos específicos para atender a este tipo de menores, por lo que su intervención solía revelarse ineficaz, cuando no contraproducente.

En este sentido, la tramitación de las quejas recibidas nos permitió concluir que la respuesta de los servicios sociales a estos problemas precisaba, para resultar eficaz, de nuevos programas, nuevos recursos y de profesionales formados específicamente para afrontar esta nueva realidad.

Por su parte, en el Área de Salud venían tramitándose desde hace ya bastante tiempo quejas que denunciaban las carencias e

insuficiencias de los servicios de salud en general, y de los de salud mental en particular, para el abordaje de los menores con trastornos graves de conducta.

Así, pudimos comprobar que a las dificultades para la detección temprana de estos trastornos desde los servicios sanitarios primarios, se sumaban los retrasos en la derivación de los casos detectados hacia los servicios especializados de salud mental; la dificultad para obtener diagnósticos que determinaran con claridad el alcance y gravedad del trastorno; la elaboración de planes de intervención centrados estrictamente en los aspectos sanitarios y obviando las vertientes social, educativa y familiar del problema; y, por último, la constatación de la inexistencia de recursos específicos para atender aquellos casos más graves en que el trastorno imposibilitaba la permanencia del menor en su entorno familiar o social.

Como resultado de todo ello, muchas familias con hijos afectados por trastornos conductuales recalaban en esta Institución reclamando nuestra intervención para conseguir un recurso terapéutico para su hijo, puesto que los servicios sanitarios no le ofrecían respuestas válidas a su situación.

Pero junto a la confluencia de este conjunto de quejas que ponían de manifiesto las carencias existentes en los ámbitos educativo, sanitario y social para afrontar el problema de los menores con trastornos conductuales, otro factor vino a sumarse para poner de relieve la necesidad de que esta Institución abordase en profundidad este tema.

Ese factor fue la inclusión dentro del programa de visitas a centros de protección de menores —que periódicamente realiza el Departamento de Menores de esta Institución— de algunos de los centros que desarrollaban los programas específicos de atención a la diversidad diseñados por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y entre los que se incluían los denominados programas de “tratamiento de trastornos de conducta”.

Estas visitas nos permitieron conocer la existencia de una red de recursos públicos destinados al tratamiento de los menores tutelados afectados por trastornos del comportamiento que, sin embargo, estaba vedada para los menores andaluces que no se encontraban tutelados por la Administración.

Pero además, las vistas a estos centros pusieron de manifiesto ciertas cuestiones relacionadas con la forma de gestión de los mismos, con los procedimientos de derivación de los menores tutelados a estos recursos o con los programas de intervención terapéutica que se aplicaban, que nos suscitaron serias dudas acerca del acierto, idoneidad y conformidad a derecho de estos recursos y de su forma de gestión y funcionamiento.

El último factor, que determinó la decisión de elaborar un Informe especial sobre el problema de los menores andaluces con trastornos de conducta, fue la recepción de algunas denuncias que planteaban la posible utilización por algunos de estos

centros específicos de tratamiento de trastornos de conducta de procedimientos sancionadores con los menores internados que resultaban más propios de centros de reforma que no de centros de protección y que, incluso, podían vulnerar las disposiciones legales vigentes de protección de los derechos de los menores.

Estas denuncias nos llevaron a preguntar a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social acerca de la existencia de algún tipo de normas, instrucciones o reglamentación que regulase específicamente el régimen de convivencia en estos centros de protección y pudiese dar cobertura a las prácticas que nos eran denunciadas.

La respuesta recibida desde la Administración, además de reconocer la inexistencia de tal normativa, hacía hincapié en la conveniencia de que se elaborase la misma al valorar la frecuencia con que se sucedían situaciones conflictivas en estos centros que demandaban de soluciones disciplinarias específicas y diferenciadas de las que se aplicaban en un centro de protección que impartía un programa residencial básico.

El conocimiento de este posible vacío normativo, y el temor por las consecuencias que pudieran estar derivándose del mismo, nos convencieron de la oportunidad de abordar un estudio en profundidad del problema.

1. 2. *Elaboración y metodología.*

Inicialmente, nuestra intención era limitar el contenido del Informe a la investigación de los centros de protección dependientes de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que desarrollaban los programas específicos de tratamiento de trastornos de conducta.

El objetivo era seguir la línea marcada con el Informe Especial elaborado en 2004 y destinado a analizar los centros de protección que desarrollaban programas de atención a los menores inmigrantes no acompañados.

En este sentido, programamos un calendario de visitas de inspección que incluía a todos los centros que desarrollaban los programas de trastorno de conducta, y cuya relación nos fue facilitada a principios de 2006 por la Dirección General de Infancia y Familia de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

El total de centros a visitar ascendía a 11, repartidos por toda la geografía andaluza, y la temporalización del trabajo de campo preveía concluir las visitas de inspección antes de que concluyera el año 2006. De hecho, la primera visita se efectuó en marzo de 2006 y la última tuvo lugar en octubre del mismo año.

Conforme la investigación avanzaba y el número de centros visitados crecía, fue calando en nuestro ánimo la necesidad de extender el ámbito de la investigación más allá del estricto campo delimitado por los centros de protección que desarrollaban programas de tratamiento de trastornos de conducta para me-

nores tutelados, para situar en el centro de nuestro interés la respuesta administrativa a todos los menores andaluces con trastornos de conducta, estuviesen o no tutelados.

Esto supone que el presente Informe especial ha pasado de ser un informe centrado en el análisis de unos determinados recursos públicos a tomar como objeto central de estudio un grave problema social en todas sus vertientes y dimensiones.

Es decir, que lo que inicialmente era un Informe Especial sobre los centros de protección que desarrollan programas específicos de tratamiento de trastornos de conducta (en adelante CTTC) ha terminado convirtiéndose en un informe sobre el problema de los menores con trastornos de conducta en Andalucía.

No obstante, el principal trabajo de investigación acometido en el Presente Informe se ha centrado en los CTTC, por lo que daremos cuenta a lo largo de este texto de los resultados de dicha investigación.

A este respecto, y por lo que se refiere a la metodología de la investigación realizada, debemos decir que las visitas a los centros se efectuaron siempre contando con la presencia de, al menos, dos asesores de esta Institución, con el conocimiento previo de la entidad de protección de menores y previa concertación de cita con los responsables de los centros investigados.

El desarrollo de las visitas siguió, salvo excepciones, un guión previamente elaborado que incluía una entrevista con los responsables del centro para conocer los datos básicos sobre el encargo institucional recibido desde la CIBS, la historia del recurso, la organización general del centro y la situación del mismo en el momento de la visita en cuanto al número de menores internados y los medios personales disponibles.

Concretamente las cuestiones planteadas en el curso de estas entrevistas versaban sobre los siguientes aspectos:

- Encargo institucional: el objetivo era conocer qué tipo de programa desarrollaba concretamente el centro; desde cuando llevaba funcionando el recurso; de cuantas plazas disponía y qué tipo de menores estaba previsto que fueran ingresados en el centro.

- Datos básicos sobre los menores: el objetivo era conocer cuantos menores estaban ingresados en ese momento en el centro y cuál era su sexo, edad y nacionalidad. También nos interesaba conocer cuál era la procedencia de estos menores; si provenían de otro centro de protección o reforma, o venían de un entorno familiar. Asimismo, solicitábamos información sobre el total de menores atendidos en el recurso durante el año y en los años precedentes; el promedio de ocupación del centro; el tiempo medio de estancia de los menores en el centro y los datos acerca del número de menores que abandonaban el recurso antes de finalizar el tratamiento, ya fuese por abandono sin consentimiento del centro (fuga), por resolución judicial, cambio de medida o cualquier otra razón.

- Organización del centro: Nos interesamos por conocer la forma en que estaba organizado funcionalmente el centro; por

el contenido del Reglamento de Organización y Funcionamiento y por la existencia de normas específicas para regular el régimen de convivencia, las medidas correctoras por incumplimiento del mismo y el procedimiento de imposición de las medidas correctoras.

- Intervención con los menores: A este respecto, nuestro objetivo era conocer en detalle el programa de intervención que desarrollaba el centro con los menores ingresados; las fases que componían el mismo; el plazo previsto de duración de la intervención; los planes individuales de intervención con cada menor y el grado de éxito del programa.

- Criterios de derivación: Nuestro interés se centraba en conocer cuáles eran los criterios seguidos para decidir el ingreso de menores en el centro; criterios de exclusión; el procedimiento de derivación; el órgano encargado del proceso de derivación; el perfil previsto en el contrato-programa para los menores a ingresar y el perfil real de los menores derivados; y los criterios y procedimientos de derivación de los menores a otros recursos al finalizar el programa de intervención.

- Medios personales: El objetivo era conocer todos los datos relativos al personal del centro: organigrama; plantilla, cualificaciones profesionales; tipos de contrato; organización de los turnos de trabajo, etc.

- Situación educativa: Nivel educativo de los menores al ingresar en el centro; información y documentación educativa que aportaban los menores al ingresar; escolarización de los menores ingresados; recursos educativos del centro; recursos formativos y de inserción laboral; relaciones con los recursos educativos del entorno; remisión de informes educativos al concluir la intervención, etc

- Situación sanitaria: Estado de salud de los menores al ingresar; información y documentación sobre salud que aportaban los menores al ingresar; presencia de menores con patologías psiquiátricas o adicciones; recursos médicos del centro; relaciones con los recursos sanitarios del entorno; uso de fármacos en el programa de intervención; remisión de informes médicos al terminar la intervención, etc.

A continuación de la entrevista con los responsables del centro, se efectuaba una visita detenida por las instalaciones del centro y por las zonas de ocio y esparcimiento, prestando particular atención a la existencia de barreras arquitectónicas u otros obstáculos que limitasen la accesibilidad al recurso de los menores discapacitados.

Terminada la visita, o en el transcurso de la misma, se realizaban entrevistas con otros profesionales del centro, con especial atención a los responsables educativos y sanitarios del mismo.

Para terminar, y siempre que fuera posible, se mantenían entrevistas privadas con algunos de los menores internados. La elección de los menores que iban a ser entrevistados se decidía

libremente por los asesores de la Institución, tratando de evitar imposiciones de los responsables de los centros y eligiendo de entre los menores presentes durante la visita en base a los datos recabados acerca de los mismos tras el examen de sus expedientes individuales.

Durante la entrevista se daba total libertad de expresión y opinión a los menores, garantizándoles la confidencialidad de lo expuesto, y se intentaba encauzar la conversación para conocer sus opiniones y valoraciones sobre la atención recibida en el centro; las razones que les habían llevado a ser derivados al recurso; su conformidad con la decisión de internamiento en el recurso; el trato recibido; el grado de conocimiento que tenían del programa de intervención y de las normas que regían el régimen de convivencia; sus relaciones con el personal del centro y con los demás menores ingresados; sus expectativas de futuro, etc.

En ocasiones, la coincidencia de las vistas con los horarios lectivos o con visitas a médicos o salidas programadas limitaban el número de menores que permanecían en el centro y podían ser entrevistados. En todo caso, nunca se nos pusieron obstáculos para entrevistar a ningún menor por parte de los responsables de los centros visitados, del mismo modo que ningún menor puso impedimentos a que le entrevistáramos.

Una vez finalizado el programa de visitas de inspección a los centros de tratamiento de trastornos de conducta se procedió a concertar entrevistas con los responsables de la Consejería de Educación, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y Consejería de Salud, para conocer la valoración de dichos organismos en relación al objeto de estudio del presente Informe y obtener la información y documentación que precisábamos para la conclusión de la investigación.

La primera entrevista se celebró en la sede de la Consejería para la Igualdad y bienestar social y tuvo lugar el 19 de diciembre de 2006 y a la misma asistieron el Subdirector General de Infancia y Familia, la Jefa del Servicio de Centros de Protección de Menores y dos Técnicos de dicho servicio.

Por su parte, la reunión con la Consejería de salud se celebró el día 20 de diciembre de 2006, y a la misma asistieron la Directora de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Universitario de Valme, la Coordinadora de la Unidad de Salud Mental de Huelva y un Técnico del Programa de Salud Mental.

Por último, la entrevista con los responsables de la Consejería de Educación tuvo lugar el 24 de enero de 2007 y en la misma estuvo presente el Jefe del Servicio de Orientación y Atención a la Diversidad de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación y dos técnicos de dicho Servicio.

1. 3. Estructura.

El presente Informe se ha estructurado en 6 Capítulos, dedicándose el primero de ellos a una somera presentación del pro-

prio Informe, mientras que el Capítulo 2, "*Consideraciones generales*", incluye una breve introducción explicativa de las razones que llevaron a esta Institución a abordar el presente Informe Especial, y otros dos apartados destinados a exponer el proceso de elaboración del Informe, la metodología seguida durante la investigación y la estructuración del texto definitivo.

Por su parte, el Capítulo 3, bajo la rúbrica "*El trastorno de conducta en menores: un fenómeno complejo*", pretende ofrecer una visión general del problema de los trastornos conductuales en menores, deteniéndose en analizar la confusión terminológica acerca de este fenómeno y ofreciendo tres perspectivas complementarias del mismo problema, desde las ópticas educativa, social y sanitaria.

El objetivo de este capítulo nos es otro que poner de manifiesto como los trastornos conductuales en menores presentan notorias diferencias, tanto en su percepción, como en la forma de abordar el problema, según nos aproximemos al fenómeno desde el ámbito educativo, desde la perspectiva social y familiar, o desde un enfoque sanitario.

Este Capítulo trata de ofrecer una panorámica general de la situación en que se encuentran actualmente los menores andaluces que padecen trastornos conductuales y de la respuesta que se ofrece a los mismos desde los diferentes recursos públicos, sin distinguir entre menores tutelados y no tutelados por la Administración Pública.

Por el contrario, el capítulo 4 se destina por entero a evaluar la situación de los menores tutelados por la Administración que padecen trastornos de conducta, partiendo de la exposición de los resultados de la investigación realizada respecto de los recursos específicos que el sistema de protección de menores dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social ofrece a los mismos.

El Capítulo se detiene especialmente en la exposición pormenorizada de los datos e informaciones recabados con ocasión de las visitas de inspección giradas a los centros de protección que desarrollan programas específicos de tratamiento de trastornos de conducta.

El Capítulo 5 está destinado a exponer, por un lado, las conclusiones deducidas de la investigación efectuada y de los datos recabados durante la misma, y, por otro lado, a plantear una serie de propuestas que, a nuestro juicio ayudarían a mejorar la respuesta administrativa respecto al problema analizado.

Las conclusiones del Capítulo 5 se han dividido en dos subapartados, a fin de exponer separadamente las conclusiones extraídas con carácter general en relación a la situación de los menores andaluces con trastornos conductuales, sin distinguir en función de que dichos menores estén o no tutelados por la Administración, y las conclusiones específicas relativas a la situación de los menores tutelados que padecen trastornos de conducta.

Asimismo, las propuestas incluidas en este Capítulo diferencian en función de que las mismas se refieran a los menores tutelados específicamente o a los menores andaluces con trastornos conductuales en general.

Por último, el Capítulo 6, partiendo de la investigación efectuada, del análisis resultante de dicha investigación y de las conclusiones extraídas de tal análisis, pretende concretar las propuestas planteadas en el Capítulo precedente respecto de la intervención administrativa en relación al problema de los menores con trastornos conductuales, acudiendo para ello a las fórmulas resolutorias previstas en nuestra Ley reguladora y que se concretan en el art. 29 de la misma.

En este sentido, se formulan un conjunto de Recomendaciones y Sugerencias estructuradas en torno a los dos ejes fundamentales que han determinado la estructura del presente Informe y que distinguen entre aquellas propuestas destinadas con carácter general a todos los menores con trastornos conductuales y las propuestas específicas destinadas a los menores tutelados por la Administración Pública que presentan trastornos de conducta.

2. EL TRASTORNO DE CONDUCTA EN MENORES, UN FENÓMENO COMPLEJO.

Una muestra de la dificultad que presenta el abordaje del fenómeno que pretendemos analizar en este Informe es la multiplicidad de términos y conceptos utilizados para describirlo o denominarlo: trastornos de conducta, trastornos del comportamiento, graves alteraciones de conducta, trastornos disociales, comportamientos antisociales, comportamientos disruptivos, etc.

Nosotros hemos optado por el término «menores con trastorno de conducta» por cuanto nos ha parecido, de entre los utilizados más comúnmente tanto por la doctrina científica como por la sociedad, como el más apto para compendiar la diversidad de casos y patologías que engloba el fenómeno que pretendemos analizar.

Pero, no sólo terminológicamente el trastorno de conducta se nos presenta como un fenómeno complejo y heterogéneo, sino que también desde un enfoque disciplinar es posible encontrar una gran diversidad de perspectivas a la hora de determinar sus causas y consecuencias.

Así, el fenómeno de los menores con trastorno de conducta no es visto de igual manera desde una perspectiva médica, que desde una perspectiva social o educativa. Ni es posible encontrar una misma identificación de causas desde cada una de estas disciplinas, ni, menos aún, una coincidencia en la descripción de las consecuencias de tales conductas en sus respectivos ámbitos.

Podríamos decir que el fenómeno de los menores con alteraciones del comportamiento es un problema social en la medida en que la propia sociedad valora como un problema el creciente número de menores que presentan conductas injustificadamente violentas o comportamientos antisociales, que se manifiestan tanto en el ámbito familiar, como en el de las relaciones sociales o en el espacio educativo.

Para comprender mejor la multiplicidad de enfoques que permite el fenómeno de los menores con trastornos de conducta, vamos a detenernos a analizar el mismo desde tres perspectivas distintas: sanitaria, social y educativa.

2. 1. El trastorno de conducta como problema educativo.

Posiblemente una de las cuestiones que concita últimamente un mayor interés social dentro del ámbito educativo sea la relacionada con la convivencia escolar. O, expresándolo en términos menos asertivos, la relativa al problema de la violencia escolar.

Términos como acoso escolar o «*bullying*» han pasado en estos últimos tiempos a integrarse en el vocabulario popular de uso habitual, y son utilizados para describir un fenómeno que, aunque venga de muy antiguo, parece haberse convertido en el tema emergente dentro del mundo educativo.

De hecho, decir que los problemas de convivencia en los centros docentes están generando alarma social sería quedarnos cortos, quizás habría que empezar a hablar de auténtica psicosis social en relación con este tema.

Y hablamos de psicosis por cuanto estamos convencidos de que la actual proliferación de denuncias públicas sobre situaciones violentas o de acoso escolar en los centros docentes andaluces, que tanta alarma social están provocando, no implican que haya surgido una realidad nueva en nuestros colegios e institutos que repentinamente habrían pasado a ser lugares violentos y conflictivos, cuando antes eran remansos de paz y concordia. Muy al contrario, la conflictividad, la violencia y el acoso escolar han existido siempre y han sido parte inseparable de la realidad de nuestros centros escolares desde que los mismos existen. Lo que ha cambiado realmente es la percepción social acerca de este fenómeno, al que ya no se considera normal ni aceptable, ni se justifica con los consabidos «son cosas de niños», «es algo natural» o «todos hemos pasado por ello».

Actualmente, asistimos al surgimiento de una nueva conciencia social que, al igual que ha ocurrido con la violencia de género, ya no acepta, ni permite, ni justifica unas conductas que, lejos de ser naturales o irrelevantes, constituyen claramente una forma de maltrato.

Unas conductas, cuyas consecuencias, tanto para el agresor, como para la víctima o incluso para los espectadores, pueden ser muy graves y a veces irreparables, condicionando el presente y el futuro de quienes se ven involucrados en ellas. Baste decir

que cualquier somero análisis de los historiales de menores actualmente internados en centros de reforma por la comisión de delitos revela, en un elevado porcentaje de casos, que los mismos estuvieron inmersos en situaciones de violencia escolar, ejerciendo en la mayoría de los casos el papel de agresores o en algunas ocasiones el de víctimas, sin que en ningún momento recibieran la atención o el tratamiento que precisaban para superar estas situaciones y, en bastantes casos, sin que ni tan siquiera sintieran que existía un reproche social o moral para tales comportamientos.

De igual modo es posible constatar el importante número de adultos que se ven obligados a recibir algún tipo de terapia psicológica para superar los traumas derivados de una infancia marcada por el acoso o el maltrato de sus iguales.

A diferencia de lo que ocurría anteriormente estas realidades empiezan a ser conocidas por la ciudadanía y, como consecuencia de ello, parece estar surgiendo una conciencia social nueva que valora la violencia y el acoso escolar como formas de maltrato y exige de los poderes públicos soluciones que garanticen una adecuada convivencia en las aulas.

Es esta nueva conciencia o sensibilidad social la que determina que situaciones, que antes existían pero pasaban desapercibidas, sean ahora objeto de pública denuncia y generen una gran alarma y controversia ciudadana, de la que los medios de comunicación se hacen cumplido eco.

Debemos insistir en la idea de que la conflictividad, la violencia y el acoso escolar han existido siempre en nuestros centros docentes, la diferencia esencial con el momento presente es que ahora estas conductas, ni se ocultan, ni se aceptan, ni se justifican socialmente.

Y es como consecuencia de esta nueva conciencia social acerca del problema de la convivencia escolar, que han comenzado a proliferar todo tipo de estudios, investigaciones e informes sobre esta realidad, aportando al debate público una cascada de datos, cifras y estadísticas, que si bien contribuyen a un mejor conocimiento del problema y, por tanto, a la búsqueda de soluciones al mismo, lo cierto es que también están provocando cierta confusión por lo contradictorio que resultan en ocasiones los resultados de los mismos.

En este sentido, debemos mostrar nuestra preocupación por la creciente aparición de informaciones en los medios de comunicación ofreciendo los resultados de diversos estudios o investigaciones realizados, al parecer, con el soporte o el respaldo de sindicatos, universidades, ONGs, asociaciones u organismos de toda índole, y que, por la forma en que son presentados los datos al público y por la ausencia de una adecuada explicación de los términos y conceptos utilizados, parecen ofrecer un panorama de la realidad de nuestros centros docentes más parecida a la de un escenario bélico que a la de unos espacios destinados a la formación y la educación.

Lo más preocupante de la proliferación de este tipo de informaciones conteniendo datos poco contrastados o mal explicados sobre la realidad de la convivencia escolar es que los mismos, a fuerza de repetirse, acaban conformando una determinada conciencia social sobre el tema que, pese a no estar basada en premisas reales ni en informaciones contrastadas, acaba traduciéndose en una presión creciente hacia los responsables políticos para que adopten unas medidas acorde a esa distorsionada percepción de la realidad. Una medida, que de formularse partiendo de estas premisas erróneas, bien pueden, por excesivas o desajustadas, acabar siendo aún más contraproducentes que la pasividad que hasta no hace tanto tiempo parecía presidir la respuesta administrativa ante este problema.

Es por ello, que consideramos imprescindible que se haga un esfuerzo para dilucidar claramente los diferentes conceptos que integran ese complejo fenómeno denominado conflictividad escolar, diferenciando con un criterio claro y comprensible por todos, los supuestos graves de ruptura de la convivencia escolar, precisados de medidas duras y expeditivas, de aquellas situaciones menos graves o leves que son consustanciales a la propia dinámica convivencial de los grupos de menores en un mismo entorno y que sólo precisarían de medidas disciplinarias de carácter educativo.

En este sentido, resulta lógico pensar que una parte de los conflictos habidos en los centros docentes andaluces son protagonizados por menores aquejados de algún tipo de trastorno de conducta o alteración del comportamiento. Y muy posiblemente sean este tipo de menores los protagonistas de algunos de los incidentes de mayor gravedad —agresiones muy violentas o reiteradas— que tanto pábulo dan a los medios de comunicación para extender esa imagen de nuestros centros docentes como una especie de escenarios bélicos donde sólo impera la ley de la selva.

Lamentablemente, no existe —o al menos no lo conocemos— ningún estudio que ponga en relación los datos existentes sobre menores que protagonizan incidentes de convivencia escolar con los datos relativos a alumnos con necesidades educativas especiales debidamente diagnosticadas por los Equipos de Orientación Educativa (EOE).

Sí tenemos constancia de la existencia de dos bases de datos integradas en el programa Séneca de la Consejería de Educación que recogen, por un lado, las correcciones educativas impuestas por los centros por infracciones a las normas de convivencia y, por otro lado, los alumnos diagnosticados por los EOE como alumnos con necesidades educativas especiales por presentar problemas graves de conducta. Pero no se ha realizado de momento ninguna explotación específica de estos datos que nos permitiera conocer cuantos de estos incidentes han sido protagonizados por menores diagnosticados con trastorno de conducta, ni cuál es el índice de gravedad de estos incidentes, dentro de la gradación legal de las infracciones a las normas de convivencia.

Es cierto que no es fácil realizar este cruce de datos entre ambas bases de datos, especialmente por cuanto el nexo de conexión tendría que ser la identidad de los menores afectados, siendo así que, por razones de confidencialidad y protección de datos, no es normal que los datos estadísticos que integran estas bases vengan acompañadas de la identificación de los alumnos afectados.

No obstante, sería muy interesante que, respetando la confidencialidad de los datos personales, se pudieran conocer las cifras que reflejan la relación existente entre las alteraciones graves de conducta que presentan algunos alumnos y los conflictos de convivencia que se producen en muchos centros docentes.

El conocimiento de estos datos permitiría diseñar medidas más eficaces para afrontar estas situaciones de conflictividad, partiendo de la patología que padecen estos alumnos y evitando de este modo el recurso fácil a las expulsiones de los menores que, no sólo no contribuyen a frenar su nivel de conflictividad, sino que en muchas ocasiones, colocan a estos menores en situaciones de verdadero riesgo.

En este sentido, algunas de las quejas tramitadas por esta Institución en los últimos años nos han permitido conocer las dificultades que presenta la atención educativa a los alumnos con trastornos del comportamiento, los conflictos convivenciales que se derivan de su presencia en los centros y la ausencia de unos criterios administrativos claros para el tratamiento de estos casos.

Así, por ejemplo, la **queja 06/4966**, remitida por el director de un colegio público, nos permitió conocer el grave dilema que enfrentan los profesionales de la docencia cuando un menor con un comportamiento gravemente disruptivo se escolariza en un centro docente sin contar con un diagnóstico claro, ni un tratamiento definido.

Nos contaba el interesado en la queja que en uno de los cursos de 1º de primaria había un alumno de 7 años que agredía continuamente a sus compañeros con enorme violencia, dándose la circunstancia de que en una misma semana *“envió a dos compañeras al hospital con conmociones cerebrales de pronóstico reservado que, después de 24 horas en observación, evolucionaron favorablemente”*.

El director del centro conocía que el menor estaba siendo sometido a algún tipo de tratamiento por parte de la USMIJ, que incluía importantes dosis de medicación que sosegaban al alumno. Sin embargo, esta medicación había sido interrumpida por decisión paterna (según le habían comunicado oralmente), sin que nadie se hubiese molestado en explicarle los motivos de tal decisión, la duración de la misma o como afrontar sus consecuencias.

Consultada la inspección educativa sobre la situación creada en el centro, ésta se limitaba a indicar la imposibilidad de cambiar la modalidad en que se escolarizaba el alumno por otra menos integradora pero más controlada, y la impotencia de la

Administración educativa para forzar a la familia a retomar la medicación del menor.

Así las cosas, y tras comprobar la ineficacia de un programa de modificación de conducta que habían intentado aplicar al alumno, el interesado señalaba que la única alternativa posible era *“extremar la vigilancia del alumno para que no agrediera a sus compañeros, cosa que se hace pero que a veces en cualquier descuido....”*

Concluía su relato el director del centro expresando su impotencia ante la situación creada y su incapacidad para dar una respuesta adecuada a los padres de los restantes alumnos que *“me piden protección para sus hijos”*.

Este caso, ejemplifica claramente, desde la perspectiva del director de un centro educativo, el dilema y la impotencia que sienten los profesionales de la docencia cuando se encuentran con un menor con un trastorno grave de conducta y comprueban que carecen de herramientas para atender adecuadamente sus necesidades educativas especiales, al no disponer de un diagnóstico claro de la situación del alumno, ni contar con los medios y los conocimientos que precisarían para aplicar una atención educativa adecuada al mismo.

Pero el sentimiento de impotencia no es menor, si acaso mayor, cuando la situación se vive desde la perspectiva de la propia familia del menor. Así al menos se desprende de diversos escritos de queja recibidos en esta Institución, en los que los familiares de alumnos diagnosticados de trastorno grave de conducta nos expresaban su desesperación y su indignación al comprobar que las respuestas que ofrecía la Administración educativa a sus hijos estaba muy lejos de ser la que éstos precisaban, resultando en muchas ocasiones incluso totalmente contraindicadas.

Una muestra la encontramos en el relato de la **queja 07/697**, remitida por los padres de un alumno aquejado de una discapacidad del 52% y que contaba con un diagnóstico que señalaba la existencia de *“un trastorno de comportamiento con déficit de atención, negativismo desafiante, obsesivo compulsivo...”* lo que había determinado un dictamen médico que describía *“una alteración de conducta por psicosis y de etiología idiopática”*.

El menor había transitado sin problemas de especial gravedad durante la educación primaria, pero al llegar a la educación secundaria obligatoria y pasar al Instituto la situación había empeorado tanto en el aspecto educativo como en el convivencial.

Según referían sus padres el alumno estaba integrado en un aula ordinaria a tiempo parcial, con refuerzo educativo en el aula de apoyo a la integración para algunas asignaturas fundamentales, sin que los resultados académicos en el primer curso de ESO hubiesen sido los esperados, por lo que se había visto obligado a repetir curso.

Pero lo que más preocupaba a su familia era que la situación del menor fuera del aula de apoyo había devenido *“total-*

mente insostenible, se encuentra totalmente perdido, el profesorado en palabras del propio Jefe de Estudios no se encuentra cualificado para atender o comprender a niños con su problemática". Como consecuencia de esta situación el menor se aburría en las clases y su comportamiento no era el más adecuado, lo que determinaba continuos partes de amonestación y expulsiones reiteradas que, a juicio de los padres, no eran el mejor remedio para el problema del menor, sino más bien al contrario.

Los padres habían consultado con diversas instancias educativas y habían comprobado que su comportamiento y su rendimiento académico eran buenos dentro del aula de apoyo, descontrolándose y deteriorándose únicamente cuando estaba en el aula ordinaria. Asimismo, el menor estaba asistiendo a terapias grupales de modificación de conducta organizadas por la Unidad de Trabajo Social (UTS) de su zona, consiguiendo unos resultados excelentes que confirmaban que el menor reaccionaba adecuadamente en *"ambientes de control y cariño"*. Por todo ello solicitaban su escolarización exclusiva en el aula de apoyo a la integración como medida idónea para solucionar su problema educativo.

Como se puede observar, en el caso relatado la familia había optado, como mal menor, por una modalidad educativa menos integradora para el alumno que la inicialmente dictaminada por el Equipo de Orientación Educativa (EOE), considerando que así podrían afrontarse de mejor forma los problemas convivenciales que presentaba el menor y mejorar su rendimiento educativo.

Por el contrario, en la tramitación de la **queja 06/1072** nos encontramos con una situación radicalmente distinta.

En este caso, se trataba de un menor de 7 años escolarizado en un centro ordinario y que presentaba un trastorno de conducta que se traducían en un comportamiento disruptivo en el centro, que los profesionales del mismo, incluida la profesora de pedagogía terapéutica, se veían incapaces de afrontar por no tener los conocimientos precisos para aplicar un programa de modificación de conducta.

Como resultado de todo ello, el menor era objeto de continuas sanciones por sus infracciones a las normas de convivencia que, según denunciaban sus padres, se traducían en que el menor acabase *"sin compañía alguna en el patio del colegio horas y horas"*, y expulsado en su casa *"días y días"*.

Sin embargo, la gota que colmó el vaso de la paciencia de estos padres fue conocer que el centro había solicitado que el alumno abandonase el centro y fuese escolarizado en un centro específico de educación especial (c.e.e.e.). Solicitud a la que había accedido la Delegación de Educación elaborándose por parte del EOE un nuevo dictamen en tal sentido.

La oposición de los padres ante esta decisión administrativa había provocado un largo periodo de desescolarización del alumno, puesto que se negaban a enviarlo al c.e.e.e. Finalmen-

te, desesperados ante el importante deterioro en la situación educativa y afectiva del menor, y ante la postura inamovible de la Administración, los atribulados padres decidieron acatar el dictamen del EOE y enviar a su hijo al c.e.e.e. No obstante, como persistían en su oposición a esta decisión, decidieron recurrir a esta Institución.

Tras solicitar información a la Administración educativa, nos indicó ésta que la decisión de escolarizar al menor en un centro específico de educación especial, contra la opinión de sus padres, obedecía al contenido de los informes evacuados por la USMIJ y el EOE, de los que se desprendía que el menor presentaba rasgos psicóticos con desdoblamiento de la personalidad.

Asimismo, se nos indicaba que el alumno *"presenta un comportamiento regresivo y manifiesta conductas disruptivas y desafiantes, así como una falta de autonomía elevada con un cuadro de características psicóticas y gran dificultad para estructurar el pensamiento"*.

En base a estos informes la Delegación había considerado acertada la escolarización del alumno en un centro específico de educación especial.

Lamentablemente, la Administración omitió enviarnos copia de los informes que sustentaban su decisión, lo cual nos imposibilitaba un análisis adecuado y en profundidad de las circunstancias concurrentes en el caso.

A este respecto, debemos indicar que el análisis de estos informes se presentaba especialmente relevante en el caso, por cuanto de la información aportada por los propios interesados – Informes clínicos de la USMIJ, informe de pediatría del Hospital en que era tratado el menor e Informe final del curso del c.e.e.e. donde finalmente había sido escolarizado– se desprendían datos que en alguna medida parecían contradictorios con la descripción de la situación del menor que se incluía en el informe que nos había remitido la Administración educativa.

A este respecto, es interesante destacar los siguientes párrafos extraídos del informe final de curso emitido por la tutora y la educadora del c.e.e.e. en el que se encontraba escolarizado el niño:

"J.C. tiende a imitar las conductas disruptivas de sus compañeros. Este sería uno de los motivos por los que no sería aconsejable que siguiera escolarizado en nuestro centro específico ya que la mayoría de alumnos que están en este centro presentan muchas conductas disruptivas, debido a sus graves deficiencias psíquicas, lo cual no sería beneficioso para el desarrollo intelectual, personal y sobre todo social de este niño."

Además, si tenemos en cuenta su nivel de competencia curricular es un alumno con bastante aprovechamiento pedagógico y llegaría a alcanzar objetivos marcados en la etapa de educación primaria si esto se da en un ambiente más normalizado y no en un centro específico donde la dinámica de trabajo como con-

secuencia de las graves deficiencias, tanto físicas como psíquicas de los alumnos, es muy distinta.”

A la vista del contenido de este informe, y aun no habiendo podido contrastar el mismo con los informes que sirvieron de base para su escolarización en el centro específico, estimamos que, cuando menos, existía una duda razonable sobre el acierto de tal decisión y sobre la oportunidad de su continuidad en dicho centro.

En este sentido, y tomando en cuenta la firme postura mantenida por los padres del menor en el sentido de considerar que el mismo no debía permanecer escolarizado en un centro específico por resultar perjudicial para su desarrollo personal y social, estimamos que lo más prudente sería realizar una nueva evaluación de la situación de este menor y emitir, en consecuencia, un nuevo dictamen de escolarización.

En este sentido, nos dirigimos a la Administración, pudiendo reseñar con satisfacción que nuestra recomendación fue aceptada y el dictamen de escolarización de este menor fue revisado.

Una situación intermedia entre las dos que hemos relatado anteriormente, es la que pudimos conocer en la **queja 06/3412**, en la que una madre nos relataba el problema de su hijo de 16 años, aquejado de un trastorno de conducta que se manifestaba con una gran agresividad.

El menor había cursado sus estudios en un Instituto ordinario con bastantes problemas por su carácter agresivo, por lo que al acabar la escolaridad obligatoria la Administración le había indicado que era conveniente escolarizarlo en un centro específico de educación especial. Al igual que en el caso que relatábamos anteriormente, la familia se opuso a este dictamen y decidió desescolarizar al alumno y que permaneciese en su casa antes que enviarlo a un c.e.e.e. La diferencia con el caso anterior es que cuando la madre se dirigió a nosotros en demanda de ayuda era porque, según reconocía:

“El tiempo nos ha quitado la razón, nos hemos dado cuenta que no es solamente la conducta que presenta y la dependencia extrema que tiene de nosotros en todas las facetas de su vida (alimenticia, higiene personal), sino también porque él se merece algo más que estar casi todo el día en casa y sin aprender nada que le beneficiase para el día de mañana, ese mañana en el que su padre y yo no estaremos”

A este respecto, la madre nos describía de forma muy gráfica la difícil convivencia con el menor en la casa familiar:

“... Le enumeraré algunos de los comportamientos que presenta para que así pueda hacerse cargo de nuestra situación actual y se encuentre en mayor predisposición para facilitarnos esa ayuda que ansiamos, en casa no podemos dejar la puerta abierta ni podemos recibir visita alguna, parte todos los objetos que se encuentra a su alcance y grita constantemente; por

no hablar de las agresiones que se produce a sí mismo y la constante y permanente vigilancia que tenemos para que no le pegue a su hermana menor.”

El problema que se le planteaba a la madre, y para el que requería nuestra ayuda, era que no encontraba plaza en ningún centro educativo adaptado a las necesidades de su hijo.

Finalmente el asunto se solucionó y fue posible encontrar un centro específico donde el menor pudiese continuar su proceso formativo.

Todos los casos que hemos relatado hasta ahora vienen a poner de manifiesto la inexistencia de unos criterios claros dentro de la Administración educativa sobre como afrontar los casos de menores con trastornos de conductas escolarizados en centros docentes.

Por un lado, parecen existir bastantes dudas sobre cuál debe ser la modalidad educativa más idónea para estos menores, lo que se traduce en dictámenes de los EOE contradictorios ya que muchos de estos menores tienen unas capacidades educativas normalizadas, pese a presentar unas actitudes comportamentales muy desadaptadas. De tal forma que por su conducta hacen muy difícil su convivencia con los alumnos de un centro ordinario, pero por sus aptitudes como discentes no parece que un centro específico de educación especial sea precisamente su mejor destino.

Posiblemente, el principal problema estribe en la inexistencia de un protocolo específico para estos menores que, partiendo de un diagnóstico adecuado de sus necesidades educativas especiales y de sus patologías clínicas, estipule planes de intervención especialmente diseñados para este tipo de patologías y adaptados a las circunstancias personales de cada alumno. Unos planes que después deberían desarrollarse en centros adecuados a tal fin y contando con el personal especializado que sea necesario para el desarrollo de la intervención.

A la fecha actual no parece existir este protocolo de actuación, lo que provoca que muchos centros docentes afronten desde la impotencia la atención a estos menores, sin contar ni con los medios personales especializados que precisarían, ni con directrices claras sobre como preparar y desarrollar un programa de modificación de conducta adaptado a un entorno educativo normalizado.

Lo cual no quiere decir que la Administración educativa no haya realizado esfuerzos por afrontar este problema y buscar soluciones efectivas para este tipo de menores, como lo demuestra la experiencia piloto realizada en un Instituto sevillano con la creación de un aula específica para alumnos con problemas graves de conducta.

La existencia de esta experiencia educativa la pudimos conocer al tramitar la **queja 05/4790**, iniciada por la Presidenta de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) de un colegio público radicado en zona del Aljarafe sevillano, que nos

trasladaba su protesta por el hecho de que próximo a iniciarse el nuevo curso escolar la Administración educativa no ofrecía garantías de continuidad para un “aula experimental de salud mental” que, según nos indicaba, desde hacía dos años *“ha venido desarrollándose y atendiendo a cuatro alumnos con excelentes resultados”*.

Tras las oportunas gestiones ante la Administración educativa, se nos comunicó por la misma que la no renovación del aula de salud mental existente en el centro obedecía a *“no tener constancia de su continuidad”* y se nos indicaba que los alumnos que estaban siendo atendidos en dicho aula serían atendidos en un aula específica de autismo de que disponía el centro.

Trasladada esta respuesta de la Administración a los interesados en la queja, nos aportaron los mismos un conjunto de documentos que acreditaban sin ningún género de duda que la Administración educativa había conocido en tiempo y forma las demandas de continuidad del aula experimental formuladas por el centro, por lo que resultaba difícil de entender que la Administración alegase este desconocimiento acerca de la necesidad de dar continuidad al aula para justificar su desaparición.

De hecho, aportaban los interesados copia del informe remitido por el EOE a la Inspectora de Zona valorando muy positivamente el resultado obtenido por el aula para alumnos con trastornos graves de conducta y reclamando insistentemente su continuidad para una adecuada atención a estos alumnos.

Pero lo más sorprendente del caso que estamos relatando es la incongruencia que suponía la desaparición de este aula, no sólo por los excelentes resultados obtenidos por la misma, sino también por el hecho de que el centro escolarizaba a varios alumnos con trastornos graves de conducta que, no sólo precisaban de este recurso educativos, sino que los mismos fueron escolarizados en este centro precisamente por contar con tal recurso educativo especializado. Siendo el caso más paradójico el de un alumno residente en otro municipio que fue escolarizado en ese centro y era transportado diariamente al mismo por decisión de la Delegación de Educación que adujo para ello que este centro era el único que contaba con este específico recurso educativo.

Podríamos decir, a la vista de los datos recabados en este expediente, que el aula experimental para alumnos con trastornos de conducta había muerto “víctima de su propio éxito”. Y es que, según nos informaron personas próximas a la propia Administración, la difusión entre la comunidad educativa de la existencia de este aula había disparado el número de peticiones para el ingreso de alumnos en la misma.

Respecto a la posibilidad que nos apuntaba la Administración en su informe de que los alumnos de este aula pasarán a ser atendidos en el aula específica de autismo merced a un convenio con la Asociación Sevillana de Autismo, sinceramente nos causó enorme perplejidad y sorpresa que se pretendiera atender

a alumnos con trastornos de conducta como si se tratara de alumnos autistas.

Nuestra disconformidad con la actuación administrativa se tradujo en una Recomendación en la que instábamos a la Administración a preservar la continuidad del aula experimental de tratamiento de conducta. Una Recomendación que, lamentablemente, no fue aceptada por las autoridades educativas que se limitaron a ofertar para el siguiente curso *“una unidad de apoyo a la integración, para atender a estos alumnos, donde se llevarán a cabo programas específicos, quedando integrados en sus grupos ordinarios”*.

En el curso de la tramitación de este expediente de queja trasladamos en repetidas ocasiones a la Administración educativa nuestro interés por conocer la génesis, el desarrollo y los resultados de esta aula experimental durante los cursos en que había estado en funcionamiento. Asimismo, pedimos que se nos indicara si existían otras aulas de similares características en otros centros de la provincia, aportándonos, en su caso, toda la información posible sobre las mismas.

Esta petición de información sólo obtuvo como respuesta un escueto informe de la Delegación Provincial de Educación en Sevilla que aportaba escasa información sobre el aula experimental y se limitaba a señalar la inexistencia de otras aulas de igual carácter en la provincia. Por su interés reproducimos a continuación el informe recibido:

“El aula de salud mental del CEIP “...” fue un recurso específico de carácter experimental que se puso en marcha durante el curso escolar 2003/2004.

Ante la problemática generada en el CEIP “...” por la escolarización de una alumna con problemas de conducta, se solicitó desde el Servicio de Inspección de la Ilma. Sra. Delegada un recurso específico – psicóloga especializada en técnicas de modificación de conductas– para atenderla, a petición de Psiquiatría Infantil.

Posteriormente, dado que el recurso fue concedido, se escolarizó en el centro otra alumna de características parecidas. Asimismo, se atendió a otro alumno con problemas relacionales a propuesta del Equipo de Orientación Educativa.

La concesión de este recurso motivó la escolarización en el centro de alumnos de otros municipios con problemas similares a los del alumnado con el que se estaba trabajando.

Durante el curso siguiente, 2004/05, fueron atendidos cinco alumnos con trastornos de conducta perturbadora (negativista). Dos de estos alumnos presentaban además, otros trastornos asociados: retraso madurativo a nivel cognitivo y trastorno generalizado del desarrollo (espectro autista de alto funcionamiento).

De manera puntual se atendió también a dos alumnos con problemas de adaptación conductual.

Para dar respuesta positiva a las necesidades de estos alumnos, se siguió un Programa de Apoyo Afectivo con entrenamiento en autoinstrucciones, planificación y control cognitivo cuya finalidad era la adquisición y rehabilitación de una serie de conductas sociales así como la eliminación de alteraciones comportamentales.

El objetivo perseguido era “tomar conciencia del principio de realidad útil”. Se llevó a cabo una intervención individual de base afectiva, cognitiva y conductual.

** Entrenamiento afectivo: herramienta básica para poder conseguir la reestructuración cognitiva y la adquisición de conductas sociales, y desarrollar la motivación intrínseca.*

El procedimiento para ello, es el siguiente:

- Aceptación incondicional de la persona, pero no de la conducta desadaptativa que es lesiva para ella con los demás, procurando que en ese cambio haya una motivación intrínseca.

- Actuar sin descalificar, siendo consciente de un lenguaje no verbal.

- Disposición de ayuda incondicional.

- Tomar conciencia de un lenguaje verbal.

- Educación emocional, reeducación cognitiva e instauración o rehabilitación de conductas disruptivas en la clase en cuanto al orden y antisociales.

** Entrenamiento cognitivo, a través de las siguientes técnicas:*

- Auto observación, autoregistro y autorefuerso.

- Autoinstrucciones.

- Técnicas de relajación.

** Entrenamiento conductual, a través de las siguientes técnicas:*

- Instigación verbal.

- Disposición del ambiente físico.

- Modelado.

- Moldeamiento.

- Entrenamiento en generalización.

Entre los procedimientos utilizados para extinguir determinadas conductas incompatibles con otras consideradas positivas se emplearon los siguiente: tiempo fuera, casto de respuesta, sobrecorrección. Otros procedimientos utilizados para fortalecer o mantener una conducta ya presente fueron el reforzamiento intermitente y programa intermitente de razón variable.”

Este variopinto conjunto de quejas que hemos relatado, pese a la disparidad de situaciones tratadas, creemos que ponen cla-

ramente de manifiesto las carencias y deficiencias con que desde el ámbito educativo se está afrontando un problema tan real y con consecuencias tan claras para el clima de convivencia en los centros, como es el de los menores con trastornos de conducta.

Es evidente que la presencia de estos menores en los centros docentes es, de por sí, una potencial fuente de conflictos, pero si además, estos menores no están correctamente diagnosticados, no cuentan con un tratamiento adecuado y no son atendidos por un personal con la necesaria formación y especialización, las posibilidades de que se conviertan en un factor seguro de conflictividad escolar crecen enormemente.

Las quejas recibidas nos revelan la impotencia de los responsables educativos de los centros al tener que afrontar los problemas de convivencia generados por estos menores, desde el desconocimiento de la propia patología que sufre el alumno y desde la ignorancia acerca de cuál pudiera ser el tratamiento educativo más adecuado para el mismo.

Por su parte, las familias con hijos que manifiestan síntomas reveladores de padecer un trastorno del comportamiento, se desesperan al comprobar que los menores no son debidamente diagnosticados por los especialistas educativos integrados en los EOE, por encontrarse éstos desbordados por las numerosas demandas de los centros, que les llevan a priorizar aquellos casos en que resultan evidentes las discapacidades del alumno. Mientras sus hijos, carentes de un diagnóstico y de un tratamiento adecuados, protagonizan sucesivos incidentes que quiebran la convivencia educativa del centro y los exponen al rechazo de sus compañeros y profesores y a continuas correcciones educativas, incluyendo expulsiones temporales o definitivas.

En cuanto a los menores finalmente diagnosticados por los EOE, las quejas tramitadas revelan las dudas de la Administración educativa acerca de cuál sea la modalidad educativa más adecuada para los mismos, encontrándonos con dictámenes que oscilan entre modalidades muy integradoras en centros ordinarios y modalidades que apuestan por la educación especial en centro específicos, sin que en muchos casos sea posible dilucidar si la modalidad elegida lo ha sido por su adecuación a las necesidades educativas especiales del alumno o por la disponibilidad de recursos específicos para tratar adecuadamente estas necesidades.

Del mismo modo, hemos podido atisbar el drama de algunos menores que son proscritos en su entorno educativo y social, tachados de violentos, conflictivos y antisociales por sus compañeros y sus docentes, reiteradamente expulsados de los centros educativos y abocados al mundo de las drogas y las bandas juveniles, sin que nadie parezca darse cuenta de que estos menores están mostrando los síntomas de una patología clínica que nadie ha diagnosticado y que requiere de un determinado tratamiento que nadie les está ofreciendo.

Todo ello, sin olvidar la queja recurrente en la que unos progenitores o, incluso un grupo de familias, claman por la indefensión de sus hijos ante las agresiones que sufren a manos de algún menor cuyo trastorno de conducta o no está diagnosticado o no cuenta con el debido tratamiento.

Como puede verse, los menores con trastorno de conducta constituyen actualmente un importante problema desde el punto de vista educativo, por su incidencia directa en el clima de convivencia escolar, al cual la Administración educativa no está sabiendo de momento dar una respuesta adecuada.

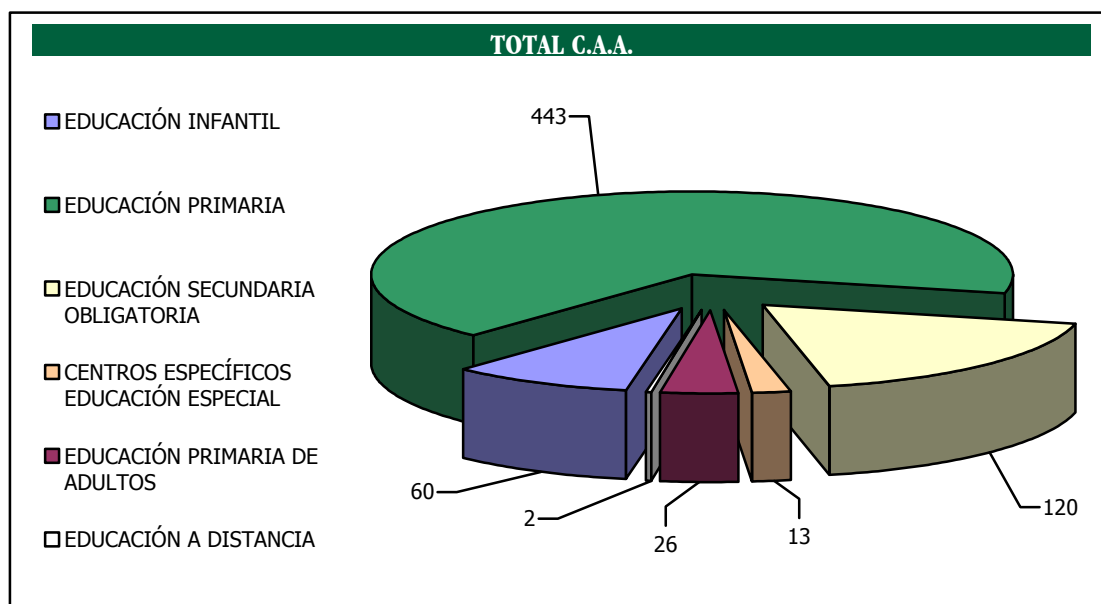
Para calibrar cuál es la importancia y gravedad de este problema tendríamos que conocer estadísticas fiables sobre el nú-

mero de menores con trastorno de conducta en edad escolar y cruzar estos datos con los de los alumnos que infringen las normas que regulan la convivencia en los centros docentes.

A este respecto, los datos que hemos podido obtener en nuestro proceso de investigación se corresponden con los alumnos diagnosticados por los EOE como alumnos con necesidades educativas especiales por razón de trastornos graves de conducta. Estos datos, facilitados por la Consejería de Educación y actualizados a fecha 24 de Enero de 2007 son los siguientes:

- Total de alumnos de la Comunidad Autónoma de Andalucía con necesidades educativas especiales asociadas a trastornos graves de conducta, distribuidos por etapas educativas:

ETAPA	TOTAL C.A.A.
Educación Infantil	60
Educación Primaria	443
Educación Secundaria Obligatoria	120
Educación Secundaria Post Obligatoria	13
Centros Específicos Educación Especial	26
Educación Primaria de Adultos	2
Educación a Distancia	0
TOTAL PROVINCIA	664



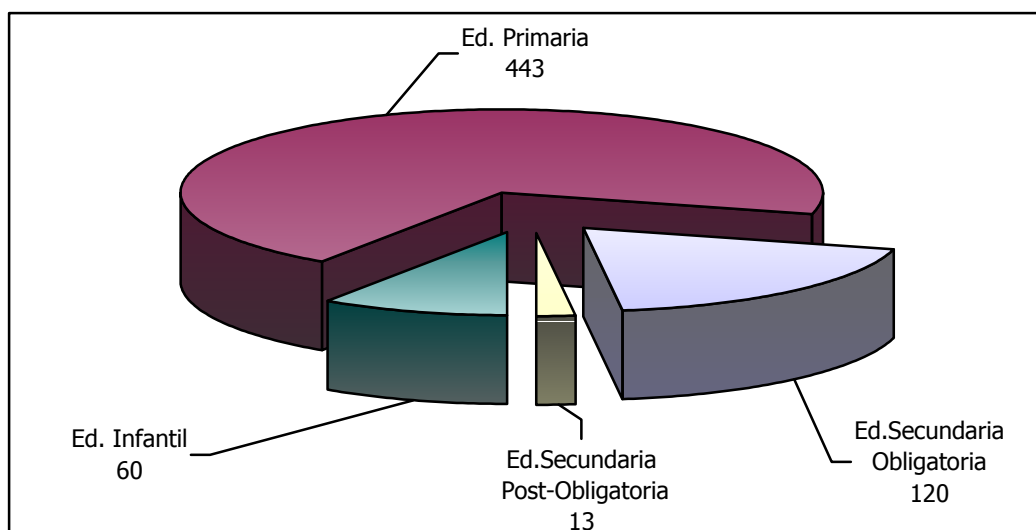
- Desglosando estos datos a nivel provincial, la tabla significativa quedaría de la siguiente forma:

ETAPA	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	TOTAL C.A.A.
EDUCACIÓN INFANTIL	2	9	0	9	3	4	6	27	60
EDUCACIÓN PRIMARIA	31	74	30	32	19	18	94	145	443
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA	13	22	4	10	4	4	24	39	120
EDUCACIÓN SECUNDARIA POST-OBLIGATORIA	0	1	1	1	1	1	6	2	13
CENTROS ESPECÍFICOS EDUCACIÓN ESPECIAL	3	3	1	2	1	0	9	7	26
EDUCACIÓN PRIMARIA DE ADULTOS	0	0	0	0	2	0	0	0	2
EDUCACIÓN A DISTANCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL PROVINCIA	49	109	36	54	30	27	139	220	664

Si analizamos las tablas de datos expuestas, en particular por lo que se refiere a los niveles educativos que cursan los alumnos diagnosticados de trastornos conductuales, comprobamos con cierta sorpresa que el mayor número de estos alumnos se con-

centra en la educación primaria, con gran diferencia sobre el resto de niveles educativos, siendo notoria la diferencia respecto de las dos etapas de la Enseñanza Secundaria.

ETAPA	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	TOTAL C.A.A.
EDUCACIÓN INFANTIL	2	9	0	9	3	4	6	27	60
EDUCACIÓN PRIMARIA	31	74	30	32	19	18	94	145	443
TOTAL	33	83	30	41	22	22	100	172	503
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA	13	22	4	10	4	4	24	39	120
EDUCACIÓN SECUNDARIA POST-OBLIGATORIA	0	1	1	1	1	1	6	2	13
TOTAL	13	23	5	11	5	5	30	41	133



Estos datos son llamativos por cuanto, como veremos en posteriores Capítulos del Informe, la mayoría de los recursos públicos destinados a menores con trastornos de conducta están destinados a menores con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. De hecho, normalmente al denominar estos recursos se suele hablar de *“adolescentes con trastornos de conducta”*, dando a entender que la población a la que van destinados los mismos son principalmente adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años.

Asimismo, los centros de protección que desarrollan programas de tratamiento de trastornos de conducta, como veremos posteriormente, atienden mayoritariamente a adolescentes con edades superiores a los 11 años, aunque ocasionalmente ingresen en los mismos niños de menor edad.

Realmente no sabemos a qué se debe esta discrepancia entre los datos facilitados por la Consejería de Educación y la información que nos trasladaban los profesionales de los ámbitos sanitario y social que hemos consultado durante la elaboración del Informe, que coincidían en valorar que entre la población andaluza menor de edad era mayoritaria la incidencia de los trastornos conductuales en los adolescentes y jóvenes.

Conviene precisar que los datos expuestos recogen únicamente aquellos alumnos que han sido objeto de dictamen por parte del EOE, es decir, alumnos diagnosticados por este servicio por petición del centro docente o de sus progenitores por entender que existían indicios claros de que el alumno pudiera presentar necesidades educativas especiales asociadas a sus condiciones personales.

Esto supone que puedan quedar fuera del dato estadístico aquellos alumnos que, pese a tener un comportamiento anormal o disruptivo, no son valorados por los centros docentes o por sus progenitores como menores con necesidades educativas especiales, por lo que no solicitan para los mismos ningún dia-

gnóstico al EOE. Se trataría de menores cuyo comportamiento anómalo no es imputado por quienes les rodean a ninguna patología precisada de diagnóstico y tratamiento, sino que son considerados simplemente como alumnos conflictivos o “gamberros”, a los que no cabe sino imponer las correspondientes sanciones por incumplimiento de las normas de convivencia.

Y aunque en ocasiones es cierto que el alumno disruptivo no padece patología clínica alguna precisada de tratamiento, respondiendo su conducta a situaciones pasajeras o coyunturales, que pueden enmendarse mediante el paso del tiempo y el empleo mesurado y coherente de las medidas de corrección educativa, no es menos cierto que, en otras ocasiones, estos denominados alumnos conflictivos o “gamberros”, son en realidad menores con trastornos graves de conducta que permanecen sin diagnosticar y, por tanto, sin recibir el tratamiento que precisan.

Asimismo, es necesario hacer referencia a esos alumnos que, aunque padecen un trastorno de conducta, éste no se manifiesta a través de comportamientos agresivos o violentos que concitan la atención preocupada de docentes y compañeros, sino que, por el contrario, se muestran retraídos, ausentes, incapaces de relacionarse con otros compañeros, tímidos y tristes. Estos alumnos, al no suponer problema alguna para la normal convivencia en las aulas, rara vez son propuestos para su diagnóstico por el EOE con lo que se convierten en los grandes olvidados del sistema de detección y tratamiento de los trastornos conductuales.

A este respecto, debemos recordar que algunos de los sucesos más violentos e inexplicables protagonizados por menores en los últimos tiempos —masacres en Institutos de Estados Unidos y Alemania— han sido cometidos por menores que, lejos de poder ser calificados como violentos o peligrosos, eran descritos por sus compañeros y profesores como alumnos tímidos, calla-

dos, con pocos amigos y nada problemáticos en clase. En muchas ocasiones, el blanco perfecto de las burlas y las humillaciones de sus compañeros de clase y del olvido y el desprecio de sus docentes.

Por otro lado, conviene aclarar que cuando un alumno presenta diversas circunstancias que lo hacen merecedor de la calificación de alumno con necesidades educativas especiales, dichas circunstancias son recogidas en los dictámenes del EOE por orden de importancia, reflejando en primer lugar aquellas que mayor incidencia pueden tener en el desarrollo educativo del alumno. Así, un alumno aquejado de una grave discapacidad física, psicológica o sensorial, que afecte de forma muy directa y principal a sus capacidades formativas, y que además presente alteraciones graves de conducta, es muy posible que aparezca diagnosticado por el EOE como alumno con n.e.e., citando en primer lugar su discapacidad y en segundo lugar su alteración conductual.

Y, a estos efectos, hemos de precisar que los datos expuestos anteriormente comprenden únicamente a aquellos alumnos diagnosticados por los EOE como alumnos con necesidades educativas especiales (n.e.e.) cuya primera circunstancia sea el trastorno grave de conducta. Esto es, quedan excluidos del listado ofrecido anteriormente aquellos alumnos que, pese a presentar trastornos graves de conducta, ésta no se haya considerado como circunstancia principal en su diagnóstico por los EOE.

Todo lo cual nos lleva a concluir en relación a los datos expuestos sobre alumnos con n.e.e. por razón de trastornos graves de conducta, que si bien son todos los que están, muy posiblemente no están todos los que son. Es decir que existe un número significativo de alumnos con trastornos graves de conducta que no aparecen en los datos referenciados.

En este sentido, y en el curso de la reunión habida con responsables de la Consejería de Educación para analizar la realidad educativa de los menores con trastorno de conducta, se nos trasladó la preocupación de los responsables educativos por el hecho de que no todos los menores con trastornos del comportamiento estuviesen adecuadamente diagnosticados por los EOE al no haber sido derivados por los centros docentes. Considerando que ello se debía a la falta de conocimientos precisos por parte de los docentes para valorar adecuadamente los comportamientos disruptivos de sus alumnos como un síntoma de una posible necesidad educativa especial precisada de dictamen por el EOE.

De igual modo, los responsables educativos consultados consideraban que los diagnósticos efectuados por el EOE en relación con estos menores adolecían de la necesaria componente clínica, ya que entre los especialistas que integran estos Equipos (psicólogos, pedagogos, logopedas, médicos...) no se incluyen psiquiatras clínicos, por lo que centran su diagnóstico básicamente en aquellos aspectos relacionados con el proceso educativo, obviando la componente estrictamente clínica derivada de

la patología que presentaba el menor, cuyo diagnóstico —cuando se produce— es efectuado por los psicólogos clínicos de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) dependientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Se dan así bastantes casos de menores diagnosticados de trastorno grave de conducta y que, según haya sido efectuado su diagnóstico por el EOE o por la USMIJ, sólo están siendo tratados de su patología desde una perspectiva médica o educativa. E incluso se dan numerosos casos en que los menores cuentan con un doble diagnóstico, clínico y educativo, y con el consiguiente tratamiento diferenciado, educativo y sanitario, sin que los profesionales que los atienden en el EOE y la USMIJ establezcan los necesarios cauces de coordinación para formular un diagnóstico integrado y diseñar un tratamiento único.

En este sentido, abogaban los responsables de la Consejería de Educación por la conveniencia de un diagnóstico integrador que compendiasse los aspectos clínicos y educativos del alumno con n.e.e., para lo cual sería necesario establecer mecanismos efectivos de coordinación entre las Administraciones educativas y sanitarias, incluyendo la elaboración de un protocolo de derivación de casos entre los EOE y las USMIJ que posibilitase la rápida elaboración de diagnósticos integrados.

A estos efectos, entendían los responsables educativos que lo más acertado, para evitar derivaciones y desplazamientos innecesarios a los menores, sería que algún psicólogo clínico dependiente del SAS se integrase en los EOE para la elaboración de los diagnósticos integrados.

En conclusión, hemos podido comprobar las consecuencias que en el ámbito educativo se derivan de la presencia en el sistema educativo de menores aquejados de problemas comportamentales y las carencias y dificultades con que el sistema afronta esta realidad.

2. 2. El trastorno de conducta como problema social.

Cambiando el enfoque que venimos realizando hasta ahora, nos centraremos en la dimensión personal, familiar y social que conllevan los trastornos de conducta de los menores de edad.

Si difícil es, con carácter general, el abordaje de los trastornos conductuales más aún si nuestro punto de vista lo centramos en las personas menores de edad, y ello por la propia naturaleza evolutiva de nuestra condición humana que en determinadas etapas de la vida —típicamente en el final de la pubertad y la adolescencia— nos hace ser especialmente vehementes en nuestras actitudes, con conductas que pudieran interpretarse como desafiantes y nada responsables.

Pero no es a ese concreto período de la vida al que nos referimos. Tradicionalmente las familias se han enfrentado al paso por la adolescencia de alguno de sus miembros, asumiendo con dedicación y paciencia el tránsito por esta delicada faceta evolutiva, su-

perando estos años sin especial trascendencia en la mayoría de los casos. Por el contrario, los supuestos a los que nos referimos en este informe son cualitativamente y cuantitativamente diferentes, teniendo en común el exceder con mucho las posibilidades de solución por el propio individuo o con ayuda familiar, siendo precisa la intervención de agentes externos que ofrezcan ayuda especializada en diferentes aspectos.

Y es que no es un problema banal. El hecho de que un niño o adolescente presente reiterados problemas conductuales, superando todas las posibilidades de abordaje y contención, propias y de sus familiares, implica una situación de crisis personal y de desestabilización familiar que a su vez repercute en diferentes facetas de la vida.

Para atisbar la dimensión del problema viene al caso que relatemos la situación que se nos planteaba en la **queja 02/4727**, en la que la interesada nos ponía al corriente de los severos problemas conductuales que padecía su hijo, de 15 años de edad, y se lamentaba de que ninguna Administración le hubiera prestado la ayuda que necesitaba, ante su manifiesta incapacidad para contener y, en la medida de lo posible, reconducir los problemas conductuales del menor.

Nos decía que a su hijo no le habían podido diagnosticar certamente su trastorno conductual pues éste se negaba a acudir a ninguna cita con especialistas de salud mental (en consecuencia tampoco recibía ningún tratamiento); de igual modo, con fundamento en sus problemas de conducta le habían expulsado definitivamente del Instituto de Enseñanza Secundaria donde cursaba sus estudios; la trabajadora social de zona le manifestaba que los problemas conductuales de su hijo excedían las posibilidades y recursos de la Administración Local; y en el Juzgado de Menores, donde tenía pendientes cerca de 10 causas por delitos de robo y hurto le decían que en tanto dichos delitos no revistieran mayor gravedad (violencia grave contra las personas) no se podría adoptar una medida cautelar de ingreso en un centro cerrado.

Por otro lado, la interesada nos decía que la conducta de su hijo le estaba causando enormes perjuicios en sus relaciones sociales y familiares, así como en el ámbito profesional y laboral: La comunidad de vecinos de la vivienda que habitaba interpuso una demanda —con Sentencia favorable— para que abandonase dicho domicilio, basada en los trastornos ocasionados por el comportamiento antisocial de su hijo. Tal situación no le resultó extraña teniendo en cuenta los antecedentes del menor que ya había robado en las viviendas de casi todas sus amistades, también en las casas de sus familiares, e incluso en su centro de trabajo, debiendo hacer frente a su responsabilidad por el montante del dinero sustraído.

En esta situación extrema, de evidente crisis familiar, la interesada acudía a esta Institución demandando ayuda para su hijo y para sí misma, expresando su impotencia y desesperación para solventar dicha problemática que excedía sus posibilidades y sobre

la que no había encontrado atisbos de solución en las diferentes Administraciones a las que se había dirigido.

Más adelante retomaremos el relato de esta queja que nos servirá de hilo conductor para ejemplificar la respuesta de las Administraciones ante estas situaciones, ya que en estos momentos nos interesa resaltar las repercusiones más inmediatas en el propio menor, en su ámbito íntimo personal y familiar.

Es así que en lo personal el trastorno de la conducta del niño o adolescente influye en la imagen de sí mismo, en su autoestima y en su consideración como persona. De este modo la conducta autodestructiva hace mella en todas las facetas de su personalidad, condicionando el modo en que se relaciona con los demás bien fuere en el ámbito más reducido, el familiar, o en su comportamiento en sociedad.

Se produce un encasillamiento en el rol de violento, de maleducado o de gamberro. Las conductas se repiten en una espiral que lleva a un autoreconocimiento personal en dichos estereotipos, asumiéndolos sin mayores inconvenientes.

No nos resulta extraño el típico caso del niño o niña que no rinde en los estudios como los demás, que no es disciplinado y no suele atender a la autoridad de los profesores. Es conflictivo y suele verse implicado en incidentes disciplinarios con otros compañeros o el Centro en general. En estos casos, no nos cansamos de señalar como es frecuente que sea reo de expedientes disciplinarios y como son monedas de uso corriente las expulsiones y los traslados forzosos de centro. Estos condicionantes se dan en la **queja 04/746**, tramitada a instancias del padre de una alumna, la cual había sido agredida en el colegio por un compañero, de 10 años de edad.

El padre refería como dicho alumno tenía antecedentes de una conducta desordenada desde 5 años atrás, con múltiples denuncias ante la Dirección del Centro Escolar y a pesar de ello, según su apreciación, nada se había hecho para remediar la situación.

Tras admitir la queja a trámite solicitamos el pertinente informe de la Delegación de Educación, en el que se calificaba el perfil del menor como conflictivo, añadiendo datos sobre su procedencia de un entorno familiar desestructurado, poco colaborador con las propuestas realizadas para encauzar la situación. En esta tesitura, el Centro Escolar valoraba la no procedencia de adoptar medidas distintas a las que ya estaba aplicando, consistentes en clases de apoyo fuera de su grupo durante dos o tres horas diarias y el seguimiento continuo de su conducta, a lo cual añadían la no procedencia del traslado de centro ante la negativa de los padres a ello.

A la vista de la información, ponderamos las especiales circunstancias del caso, habida cuenta la corta edad del alumno y las dificultades inherentes a sus características personales y sociofamiliares, quedando, por ello, condicionada la actuación del centro escolar que había de compatibilizar la garantía del derecho a la

educación del alumno (a pesar de sus problemas de comportamiento) con una convivencia pacífica y normalizada en el mismo.

Es por ello que, sin dejar de reprobar los lamentables hechos vividos por la menor, víctima de la agresión, estimamos correcta la actuación que respecto del alumno venía desarrollando el centro escolar, con una especial dedicación a sus déficits de aprendizaje y de convivencia en el entorno educativo, con unos resultados que, según nos avanzaban, empezaban a mostrar un signo positivo.

Lamentablemente, la evolución de los hechos volvió a situarnos ante la cruda realidad, y ello ante la reiteración de las conductas violentas, contrarias a la convivencia, en esta ocasión denunciadas incluso por la Asociación de Madres y Padres de Alumnos. Esta situación finalmente propició un traslado de centro del menor, solución que vino a pacificar el clima de convivencia en el centro pero que dejó pendiente la cuestión de fondo, es decir, el logro de una intervención sanitaria, social y educativa eficaz congruente con el trastorno de comportamiento del menor.

Siguiendo con nuestro hilo expositivo hemos de señalar como en el ámbito familiar el trastorno de conducta del menor tiene reflejo en las relaciones afectivas. Esto es así en tanto que los familiares sufren la carga de trabajo extra que supone contener y controlar la conducta exacerbada del menor, que actúa constantemente desafiando su autoridad, llegando hasta el punto de saturación que impone la realidad de no poder hacer más, visualizando como la situación se les escapa de las manos.

En este estado de cosas, surge la desconfianza mutua, la pérdida de respeto e incluso, en situaciones extremas, el posible empleo de la violencia como método, aparentemente fácil y expeditivo, para la solución del conflicto.

Viene al caso la **queja 04/4892** en la que un padre nos expresaba su discrepancia con la intervención del Ente Público de Protección de Menores en los incidentes con su hijo que propiciaron su ingreso “cautelar” en un centro de protección.

Los hechos ocurrieron tras una disputa familiar, en que el padre reprimió violentamente (agresión al menor con una tablilla) los insultos que le profería su hijo así como su conducta agresiva y desafiante con rechazo hacia su autoridad paterna. Tras este altercado el menor, de 14 años de edad, decidió abandonar el domicilio familiar y acudir al cuartel más cercano de la Guardia Civil. La Guardia Civil lo llevó al Grupo de Menores de la Policía, desde donde lo condujeron al centro de protección.

Respecto de la denuncia del menor se incoaron unas Diligencias Previas Penales que finalmente resultaron archivadas por el órgano judicial.

Según la documentación que nos aportaba el padre, el menor padecía un trastorno disocial de la personalidad por el que venía siendo tratado durante el último año en la USMIJ del Hospital. Dicho tratamiento también lo complementaban acudiendo

junto con su hijo al Servicio de Mediación Familiar de la Junta de Andalucía, servicio al que fueron derivados por parte del Orientador del Instituto de Enseñanza Secundaria donde cursaba sus estudios. A todo lo expuesto había que añadir las repetidas sanciones disciplinarias en el Instituto por sus reiteradas faltas de comportamiento, colaborando los padres en la medida de lo posible en la reeducación de su hijo.

Por todo ello, aun reconociendo su error por el empleo de la violencia, el padre disculpaba, que no justificaba, su conducta en función de la tensión de la situación y la desesperación que le provocaba no obtener resultado a pesar de sus reiterados esfuerzos por reconducir la conducta de su hijo. A pesar de ello, abrumado por lo que consideraba una desproporcionada respuesta tanto administrativa como judicial ante su error, el padre se dirigía a esta institución solicitando el inmediato retorno de su hijo al hogar familiar así como el restablecimiento del tratamiento de salud mental que éste venía recibiendo.

A pesar de nuestra intervención en el expediente de queja aún debieron transcurrir unos meses antes que el menor retornase, por petición propia, al hogar familiar, resultando también archivadas las Diligencias Previas Penales incoadas en contra del padre.

En las actuaciones de esta Institución que venimos relatando, ejemplificando casos concretos de menores con trastornos de comportamiento, vemos un lugar común cual es la marginación de los menores del entorno social natural de relación y amistades y su refugio en el lumpen social, con compañías siempre cercanas al mundo de la delincuencia y drogadicción.

Esta situación, tal como en reiteradas ocasiones nos explican los familiares que acuden a esta Institución, no puede conducir más que a la delincuencia y a la marginalidad, con un futuro de negras expectativas. Y es así que el niño o niña, o adolescente, que nos encontramos en los centros para menores infractores (responsabilidad penal de menores) suele arrastrar tras de sí un historial que reclamaba a voces, en su momento, una intervención diligente que sirviera para detener el proceso inexorable de deterioro en el que se encontraba.

Antes de llegar al estadio de la represión penal, los menores hacen un recorrido con constantes llamadas de atención en el que la sordera e insensibilidad de la sociedad y de las Administraciones van dejando el camino expedito hacia el Juzgado de Menores. En estos casos parece como si no se pudiese hacer nada para evitar un destino inexorable, en espera de que los propios acontecimientos vayan escalando en gravedad hasta merecer un tipo de respuesta penal que sería la llave de entrada a recursos de reeducación de conducta a los que no se podría acceder de ningún otro modo.

Sorprende cómo algunas familias acuden desesperadas a nuestra Oficina solicitándonos que hagamos algo por su hijo o hija. Saben que su destino no augura nada bueno ya que el historial cre-

ciente de sus “hazañas” así lo demuestra, pero nadie parece darse por aludido. Han pedido ayuda a los servicios sociales de su localidad, han pedido ayuda a los profesores y a la Dirección del centro educativo, han acudido a las citas en los servicios de salud mental y seguido al pie de la letra sus instrucciones, han solicitado el auxilio de los servicios de protección de menores, e incluso se han entrevistado con la Fiscalía en solicitud de ayuda, y la respuesta siempre ha sido la misma, que comprenden su situación pero que la posible solución excede sus posibilidades.

Se llega al absurdo de recomendar a los familiares que presenten denuncias contra el menor, y ello con la única finalidad de que quede constancia de sus hechos delictivos para que llegado el momento el Ministerio Fiscal pueda solicitar del Juzgado la adopción una medida sancionadora de cierta entidad que hiciera viable su internamiento en un centro para menores infractores. Es como si se hubiese llegado al convencimiento de que la única vía posible para abordar los problemas de comportamiento del menor de edad estuviese en manos de los Juzgados de Menores.

Las medidas consecuentes a la responsabilidad penal de los menores son, tal como reseñamos con anterioridad, el penúltimo escalón en la escala de gravedad de los acontecimientos. El último sería, llegada la mayoría de edad, el ingreso en un centro penitenciario, resultando lamentable que algunas personas lleguen a pasar gran parte de su vida institucionalizadas, transitando de centro en centro, primero en un centro protección, posteriormente en un centro de reforma, y posteriormente en prisión, ya carentes de libertad.

Centrándonos en la Ley Orgánica 5/2000, de Responsabilidad Penal de los Menores, debemos destacar entre las 13 medidas que contiene su artículo 7 la correspondiente a la medida de internamiento, que según el citado precepto es la que mayor restricción de derechos supone para el menor.

Existen cuatro clases o posibilidades para ejecutar esa medida: El internamiento en régimen cerrado, en régimen semiabierto, en régimen abierto, y por último una medida de internamiento con connotaciones especiales —muy relacionada con el objeto de este informe— cual es el internamiento terapéutico, aplicable a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, también a las que tengan dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas.

Andalucía cuenta en la actualidad con un centro tipificado exclusivamente para el tratamiento de menores drogodependientes. Se trata del centro “Cantalgallo”, en Alcalá de Guadaira (Sevilla) gestionado por “Proyecto Hombre” con 15 plazas disponibles. Existe también un módulo terapéutico destinado a problemas de drogadicción en el centro “Tierras de Oria” de Oria (Almería) con 26 plazas disponibles.

En cuanto a salud mental, no existe un centro específicamente destinado para esta finalidad; supliéndose esta carencia con la habilitación de un módulo de intervención terapéutica de salud

mental en el Centro “La Marchenilla”, con 18 plazas destinadas a esta finalidad.

Desde nuestro punto de vista, queda pendiente engranar este dispositivo con el de salud mental infantil y juvenil, de tal forma que la dirección terapéutica de estas unidades dependiera o se coordinara convenientemente con los profesionales especializados de referencia del Servicio Andaluz de Salud, cuya intervención garantizaría un óptimo seguimiento de la evolución de los pacientes tanto durante su estancia en el centro como una vez finalizase el cumplimiento de la medida.

Retomando el hilo de nuestra exposición, y tras el recorrido efectuado por todo este conglomerado de situaciones, que inciden de manera más o menos directa en el fenómeno que venimos relatando, nos centraremos ahora en la oferta, por parte de las Administraciones implicadas de una variedad de prestaciones que implican actuaciones diferentes y muy segmentadas, pero que confluyen en el objetivo común de paliar los efectos derivados de los trastornos del comportamiento, definidos éstos de forma amplia.

De este modo, cuando los padres se enfrentan al problema que representan los problemas conductuales de su hijo la primera respuesta, como no podría ser de otro modo, se desarrolla en el seno del hogar familiar. En este ámbito privado se recurre a los mecanismos usuales de todos conocidos, más o menos autoritarios, cuya finalidad sería que el menor asumiera la situación y en adelante modificara su patrón de comportamiento.

Se trata de una actuación basada en el afecto, intuitiva, sin contenidos técnicos, que en el común de los casos arroja resultados positivos pero que en los supuestos que nos ocupan, una vez enquistado el comportamiento y hechas patentes las desavenencias, se requiere del auxilio externo de profesionales que con técnicas e instrumentos adecuados pudieran contribuir a solucionar, o al menos paliar, las consecuencias negativas del trastorno del comportamiento.

Lo conveniente en estos casos —aunque, lamentablemente, no siempre ocurre así— es que los padres acudieran al médico de cabecera para comentar los problemas conductuales de su hijo y que éste, una vez evaluada la situación, los derivara a los Equipos de Salud Mental de Distrito.

En el siguiente apartado del informe analizaremos la actuación del dispositivo sanitario en estos casos, actuación de la que, no obstante, podemos avanzar algunas pinceladas, cuál sería su dificultad de acceso, la inadecuación de un sistema estático en relación con unos pacientes poco colaboradores, y la inadecuación entre la intensidad y continuidad de la posible prestación sanitaria en relación con las necesidades que demandan este tipo de casos.

Dejando a un lado la Administración Sanitaria, otra de las Administraciones a la que podrían solicitar auxilio los padres sería la Administración Local, es decir al Ayuntamiento correspondiente a su domicilio, de quien dependen los servicios sociales comunitarios correspondientes a su zona.

Llegados a este punto consideramos conveniente hacer un inciso para señalar como la Ley de Servicios Sociales de Andalucía diferencia entre los servicios sociales destinados para el común de la población (servicios sociales comunitarios) y los destinados a sectores concretos o que abarcan contenidos específicos (servicios sociales especializados).

Los primeros, los servicios sociales comunitarios, corresponden a Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales; los segundos, los especializados, corresponden a la Junta de Andalucía, cuyas competencias ejerce el gobierno de la Comunidad Autónoma, fundamentalmente, a través de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, con sus correspondientes Direcciones Generales.

La Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía, asigna a las Corporaciones Locales de Andalucía la gestión de los servicios sociales comunitarios, los cuales se configuran como la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, siendo su finalidad el logro de unas mejores condiciones de vida para el pleno desarrollo de los individuos y de los grupos en que se integran, mediante una atención integrada y polivalente.

Las prestaciones básicas de los Servicios Sociales Comunitarios vienen determinadas en el Decreto 11/1992, de 28 de Enero, que enumera las actuaciones que se llevarán a cabo desde los Centros de Servicios Sociales, englobándose las prestaciones de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento; la prestación de Ayuda a Domicilio; la prestación denominada de Convivencia y Reinserción Social; la de Cooperación Social; y también las denominadas Prestaciones Complementarias.

Entre dichas actuaciones se incluyen, necesariamente, las previstas en el artículo 18 de la Ley 1/1998, de 20 de Abril de los Derechos y la Atención al Menor, relativas a la prevención, información y reinserción social en materia de menores, así como para la detección de menores en situación de desprotección y la intervención en los casos que requieran actuaciones en el propio medio.

La actuación de los Servicios Sociales Comunitarios tiene un carácter polivalente e integral que les capacita para ejecutar las intervenciones posibles con la familia en su propio entorno social, de forma planificada y con el oportuno seguimiento. Incluyen actuaciones tales como la ayuda a domicilio, prestaciones económicas familiares para atender necesidades básicas o bien mediante la actuación de profesionales especializados en el abordaje de problemáticas familiares.

En el Decreto 11/1992, de 28 de Enero, se enumeran las actuaciones que se llevarán a cabo desde los Centros de Servicios Sociales, englobando, entre otras, las prestaciones de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento (SIVO), y la de Ayuda a Domicilio (SAD).

El SIVO, se define por el Decreto 11/1992 como el Servicio que responde a la necesidad y al derecho que tienen los ciudadanos de estar informados en orden a posibilitar su acceso a los recursos

sociales existentes, orientando y analizando las demandas sociales planteadas (art. 3).

Una correcta valoración del caso por la Unidad de Trabajo Social y la consecuente orientación y derivación hacia los recursos más idóneos para abordar y paliar los problemas conductuales del menor evitaría a la familia un desgaste innecesario al momento de iniciar la búsqueda de soluciones a su situación, encauzando correctamente, conforme a los recursos disponibles, la posible oferta de prestaciones sociales y sanitarias.

Por su parte el SAD se define por el Decreto 11/1992 como aquel dirigido a prestar las atenciones necesarias a los ciudadanos en orden a posibilitar la permanencia en su medio habitual de vida, evitando situaciones de desarraigo (art. 4).

El reglamento que perfila la prestación de ayuda a domicilio (Orden de la Consejería de Asuntos Sociales, de 22 de Octubre de 1996) regula este servicio como de carácter complementario y transitorio, a realizar preferentemente en el domicilio personal o familiar, con la finalidad de proporcionar, mediante personal cualificado y supervisado, una serie de atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a individuos y familias con dificultades para permanecer en su medio habitual.

Definida así la prestación, y en lo que los que a los trastornos conductuales de los menores respecta, hemos de concluir que el SAD tiene un margen de actuación muy limitado, lo cual no obsta para que en el art. 4 de la Orden reguladora se señalen, entre otros, los siguientes objetivos específicos:

«Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual.

Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar.

Promover la convivencia del usuario en su grupo familiar y con su entorno comunitario.»

Con esta finalidad el SAD incluye servicios de carácter psicosocial y educativo, previendo intervenciones técnico-profesionales formativas y de apoyo al desarrollo de las capacidades personales, a la afectividad, a la convivencia y a la integración en la comunidad donde se desarrolle la vida del usuario, así como al apoyo a la estructuración familiar.

Además de estas prestaciones, y entroncando directamente con las competencias de las Corporaciones Locales en materia de prestación de servicios sociales y de promoción y de reinserción social, establecidas por la Ley 7/1985, de 2 de Abril, de Bases de Régimen Local (arts. 25,26 y 36) nos encontramos con los Programas de Tratamiento a Familias con Menores, fruto de los convenios auspiciados por la Junta de Andalucía en virtud mediante sucesivas Ordenes de Convocatoria de Subvenciones de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, la última de 20 de Junio de 2005 (modificada por la Orden de 25 de Junio de 2006).

Con dichos Programas de Tratamiento a Familias con Menores, la Comunidad Autónoma de Andalucía se dota —hasta el momen-

to— de 135 Equipos de Tratamiento Familiar (ETF), desarrollando su labor en 70 Municipios de más de 20.000 habitantes y en 8 Diputaciones Provinciales.

Los objetivos que persigue el Programa de Tratamiento a Familias con Menores vienen fundamentalmente referidos al logro de una situación favorable al mantenimiento de los menores en su núcleo familiar, evitando cualquier situación de riesgo a los mismos y proporcionando a las familias las habilidades y/o recursos técnicos necesarios para superar la situación de crisis que pudo propiciar la separación.

Y entre el perfil de las personas potencialmente destinatarias de esta prestación encontramos familias con menores a su cargo en situación de riesgo social así como familias en cuyo seno se han detectado situaciones de violencia que afectan directa o indirectamente a los menores a su cargo.

El conjunto de actuaciones que lleva a cabo el equipo interdisciplinar se agrupan bajo el nombre de Proyecto de Tratamiento Familiar. Este Proyecto tiene un horizonte temporal, parte del compromiso y aceptación del mismo por parte de la familia y siempre viene precedido de un diagnóstico exhaustivo de la situación familiar, desde una óptica integral, interdisciplinar e intersectorial.

El retrato que acabamos de efectuar de las prestaciones posibles por parte de los Servicios Sociales Comunitarios para contribuir a paliar las posibles causas y consecuencias de los trastornos del comportamiento, nos llevan a concluir su escaso margen de intervención, por estar previstos para una población muy específica, de muchas carencias sociales, y por sus limitadas capacidades en relación con una demanda asistencial que supera con creces aquello que los Servicios Sociales de la localidad pueden llegar a ofertar.

Aún así, estimamos que su intervención, debidamente coordinada con el dispositivo de salud mental de zona y con los referentes en el centro educativo podría ser muy útil en determinados perfiles de trastornos del comportamiento, haciendo eficaz el posible tratamiento al añadir matices y abarcar espacios que escapan a otras Administraciones, posibilitando una atención integral a la situación de menor afectado por el trastorno del comportamiento.

Viene al caso el asunto que abordamos en el expediente de **queja 05/602**, tramitado de oficio por esta Institución tras tener conocimiento por conducto de un Juzgado de Menores de la situación de grave riesgo social en que pudiera encontrarse un menor, del que constaban abundantes antecedentes en dicho órgano judicial, sin que aparentemente los servicios sociales hubieran realizado un trabajo social congruente con la gravedad de la situación planteada.

En el oficio que recibimos procedente del Juzgado se resaltaba la detención de un niño, de 15 años de edad, presuntamente implicado en, al menos, 5 expedientes —uno de ellos acumula 3 hechos delictivos distintos— por delitos contra la propiedad. Se nos

decía que con anterioridad a cumplir los 14 años tuvo abiertas 3 diligencias en la Fiscalía que se archivaron por su minoría de edad.

Desde el Equipo Técnico del Juzgado y desde la Fiscalía de Menores se puso en conocimiento de los Servicios de Protección de Menores su situación ya que el menor convivía en un entorno familiar desestructurado: Su padre tenía antecedentes de toxicomanía y su madre estaba afectada por una minusvalía derivada de un ictus cerebral; ello además de los problemas con la justicia de su hermano mayor, también drogodependiente.

Tras instruir el expediente de queja, resaltamos que la detección de la situación de riesgo social en que pudiera encontrarse el menor se produjo cuando éste contaba 12 años de edad, y ello no de forma espontánea sino gracias a la comparecencia en las oficinas del Servicio de Medidas de Protección de una tía del menor interesándose por su bienestar ante el agravamiento de la situación de crisis familiar por la hospitalización de la madre aquejada de una grave enfermedad (derrame cerebral) con importantes secuelas físicas.

Con un mes de antelación a dicha comparecencia les fue comunicada a los servicios sociales comunitarios la situación de la familia desde la Unidad de Trabajo Social del hospital donde la madre se encontraba hospitalizada, y ello ante la previsible necesidad de prestaciones sociales en apoyo de ésta y sus familiares.

A partir de aquí la intervención de los Servicios Sociales Comunitarios consistió en el establecimiento de un servicio de ayuda a domicilio, a razón de 5 horas semanales, y en la remisión de un informe propuesta al Servicio de Medidas de Protección aconsejando el internamiento del menor en un centro residencial. En dicho informe se retrataba una muy delicada situación familiar, con graves carencias de medios económicos con que afrontar las cargas familiares. Respecto de los dos hijos menores se destacaban sus graves problemas de absentismo escolar, incidiendo de manera especial en los problemas conductuales de uno de los hermanos, del cual se llegaba a proponer su posible ingreso en un centro residencial.

Con estos datos, los resultados obtenidos a 5 años vista no pudieron resultar más desalentadores:

Uno de los hermanos, que por entonces contaba 15 años de edad (en el momento de emitir nuestra resolución cercano a los 20), trabajaba en el sector de la pesca, con contratos ocasionales y seguía viviendo en el hogar familiar afectado por los mismos problemas de toxicomanía en los que se encontraba cronificado su padre en tratamiento de deshabituación mediante metadona.

El otro hermano, que por entonces contaba 12 años de edad (en el momento de emitir nuestra resolución cercano a los 17), siguió reiterando sus problemas conductuales hasta el punto de verse implicado en numerosas causas penales que fueron archivadas por no alcanzar la edad mínima de 14 años. A partir de esa edad fue enjuiciado en numerosas ocasiones por diferentes delitos (fundamentalmente contra la propiedad), lo cual le había llevado a cumplir las correspondientes medidas de reforma.

Siendo esta la realidad de los hechos, hubimos de llamar a la reflexión a ambas Administraciones intervinientes (Servicio de Protección de Menores y Servicios Sociales Comunitarios) sobre el ejercicio de sus respectivas competencias y ello por cuanto consideramos que se pudo intervenir de una manera más eficiente y eficaz con esta familia, y de un modo especial en lo relativo a la protección de los derechos de los menores que se vieron implicados.

En lo que a los servicios sociales comunitarios incumbía, destacamos cómo éstos no pudieron escudarse en el desconocimiento de la situación familiar toda vez que dicha familia había venido disfrutando de forma ininterrumpida del servicio de ayuda a domicilio, lo cual implicaría el control y seguimiento de dicha prestación, por mínimo que éste fuera. Sorprende pues que no llegaran a percatarse que eran los hijos menores quienes se hacían cargo de las tareas fundamentales de la casa: La madre se veía imposibilitada por sus limitaciones físicas; el padre y el hermano mayor trabajaban, cuando podían, fuera de casa y se desentendían de las tareas domésticas cotidianas y eran los menores —especialmente el hermano pequeño—, quienes se encargaban de ayudar a la madre, lo cual traía como consecuencia sus faltas reiteradas de asistencia al centro escolar, así como su inadaptado comportamiento social.

En esta situación, destacaba la no ampliación del número de horas de ayuda a domicilio (5 horas semanales) so pretexto de implicar a padre y hermano mayor en las tareas domésticas sin que, aparentemente, incomodase la creciente conducta absentista de los menores, sin que se hubiese gestionado su posible ingreso en una residencia escolar o escuela hogar de los disponibles por la Consejería de Educación, habilitadas, precisamente, para casos de necesidad social como la que venían padeciendo. También censuramos el que no se hubiese ejecutado un plan de intervención específicamente diseñado para modelar los hábitos de comportamiento tanto de la familia en general como de los menores en particular, y sin que en el seguimiento efectuado durante 4 años se emitiese ningún nuevo informe sobre su estado y evolución dirigido a los servicios de protección de menores de la Junta de Andalucía.

Dejando a un lado los servicios sociales previstos para el común de la población (servicios sociales comunitarios) nos referiremos ahora a los servicios sociales especializados, comenzando por aquellos previstos para el concreto sector de la población afectado por problemas de drogodependencia, y ello por su indudable incidencia en la cuestión que venimos analizando, relativa a trastornos del comportamiento.

Para dar respuesta a los problemas surgidos con las drogas en nuestra Comunidad Autónoma a comienzos de los ochenta, se crean en Andalucía los servicios de atención a las drogodependencias, al amparo de los Decretos 72 y 723/1985, de 3 de Abril, creándose la figura del Comisionado para la Droga, los Patronatos Provinciales como órganos de participación y los Centros Provinciales

de Drogodependencias, como instrumentos de gestión de los programas que se convenían con las Diputaciones Provinciales, siendo los referentes asistenciales para la población drogodependiente.

La Red de Atención a las Drogodependencias se configura, a partir de ese momento, como servicio público y como compromiso político que asume la Administración Pública para todo el territorio, respondiendo de esta forma al interés general y de forma específica a la población consumidora, concepción que se ve refrendada, posteriormente, por la Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas.

En cuanto a la atención directa, terapéutica, a los menores afectados por problemas de drogadicción, quienes a su vez presentan problemas conductuales —así es en la mayoría de los casos—, debemos reseñar que en el acceso a los Centros Provinciales de Drogodependencias, de los cuales serían derivados, en su caso, hacia dichos recursos más especializados, los menores comparten los mismos problemas que los adultos que ya señalábamos en nuestro Informe Anual sobre la situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía, de Diciembre de 2002. Fundamentalmente se trata de problemas relacionados con las esperas para el acceso a las correspondientes citas o aquellos derivados del seguimiento ambulatorio del proceso de deshabituación.

Es en la derivación hacia recursos especializados, que impliquen el internamiento más o menos prolongado, en donde se encuentran mayores dificultades, sobre todo motivadas por la falta de colaboración del propio afectado que no llega a ser consciente de su afectación ni las consecuencias dañinas que su comportamiento le puede acarrear. A todo esto cabría añadir la carencia de centros de deshabituación especialmente concebidos para albergar a menores con problemas de drogodependencia, supliéndose esta carencia con la especialización más o menos planificada, de algunos de los centros de la red de drogodependencias.

Pero es quizás en la patología dual, en donde se evidencia la mayor crisis del sistema. Se trata de individuos en que coexisten problemas de drogodependencias asociados a un trastorno mental. La literatura científica describe el fenómeno destacando como en algunos casos los pacientes consumen drogas para aliviar los síntomas de su enfermedad mental, y al contrario, en otros supuestos las drogas parecen ser la causa de la aparición de determinado trastorno mental, alimentado por la situación de vulnerabilidad en que se sitúa todo individuo consumidor de drogas.

En Andalucía, debido a la existencia de una red específica —dependiente de la Consejería competente en materia de Servicios Sociales— para el tratamiento de las drogodependencias ha existido cierto abandono desde el Sistema Sanitario Público (Salud Mental) a la atención de estos problemas, generando situaciones de “tierra de nadie” en que ninguna de las Administraciones asume de forma decidida el abordaje conjunto y planificado del conglomerado de necesidades sociales y sanitarias que demanda un individuo en esta situación.

Continuando con el recorrido por los servicios sociales especializados, debemos detenernos en el colectivo de personas discapacitadas, afectadas a su vez por trastornos del comportamiento.

Nos referimos fundamentalmente a los menores afectados de cierto grado de déficit intelectual, que llevan aparejados trastornos del comportamiento o enfermedad mental asociada.

A modo de ejemplo, citaremos la queja que presentó en esta Institución una madre reivindicando una plaza para su hijo en un Centro de Atención a Minusválidos, y ello tras serle denegada su solicitud por la correspondiente Diputación Provincial (por motivos de reestructuración de Centros) y por el IMSERSO (“por presentar trastornos graves que pueden alterar la normal convivencia en Centro”).

A todo esto hay que unir, como primera premisa, el hecho de que reglamentariamente se encuentra vetado el acceso de los discapacitados, menores de 16 años, a los centros residenciales concebidos para en atención a dicha minusvalía, y ello tal como taxativamente queda establecido en el art. 10.1.b) del Decreto 246/2003, de 2 de Septiembre, por el que se regulan los ingresos y traslados de personas con discapacidad en centros residenciales y centros de día.

Por ello, como quiera que los trastornos de conducta persistían en su hijo con episodios agresivos hacia sus familiares, solicitaba con urgencia su ingreso en un centro adecuado a su situación bien dependiente del IASS, de FAISEM o cualquiera otro.

Por nuestra parte, elaboramos una resolución en la que pretendíamos poner de manifiesto, en primer lugar que existía un consenso generalizado sobre la indicación de ingreso en un dispositivo residencial desde todos los ámbitos que habían intervenido en el tratamiento de la situación. A este respecto destacábamos dicha recomendación en los informes de los servicios sociales comunitarios, el médico forense en el procedimiento de incapacitación, y el propio psiquiatra del Equipo de Salud Mental de Distrito.

Ahora bien, en segundo lugar queríamos dejar constancia de las dificultades añadidas que entraña el acceso a una plaza para los usuarios como el interesado en los que confluye una doble afectación, por una lado un déficit intelectual, y por otro un trastorno de comportamiento o una enfermedad mental asociada.

Parece que para ellos todos los recursos son inidóneos, y la oferta que de por sí resulta escasa para el resto del colectivo, se revela aún más insuficiente, pues se reduce a algunas plazas en centros concertados.

En su respuesta la Administración venía a reconocer que en la actualidad no todas las necesidades de las personas con discapacidad están cubiertas, de manera que en con el Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad en Andalucía, se planteaba como objetivo disponer de plazas residenciales para la atención a personas con graves y continuados trastornos de conducta en todas las provincias.

En las quejas que recibimos en esta Institución se pone de manifiesto cómo los graves trastornos del comportamiento que afectan a estos menores discapacitados dificultan sobremanera la convivencia familiar, hasta el punto de hacerla imposible, de ahí que se vean precisados de unidades residenciales específicas.

Algunos acuden a centros educativos especiales, no sin dificultades de accesibilidad, pero se encuentran próximos a cumplir la edad límite que culmina el período educativo. Otros ni siquiera han podido cumplimentar este último, y se encuentran verdaderamente desasistidos por la carencia de centros que estén capacitados para prestarles el tratamiento que precisan. Otros aluden a centros de otras provincias, aunque son conscientes de que las posibilidades de acceso son muy limitados por su nivel de ocupación y su elevado coste. Además la separación de los afectados de su entorno familiar repercute negativamente en su estado, al tiempo que representa para la familia un gasto añadido (viajes, visitas,...) que muchas no pueden soportar.

En el caso concreto de la provincia de Sevilla llegamos a recibir un escrito con más de 50.000 firmas de apoyo al objeto de solicitar que se promueva y se construya en Sevilla una residencia adecuada a las necesidades de estos discapacitados.

Ante esta petición, hemos intentado poner de manifiesto la urgencia de las soluciones, demandando que se agilice la puesta en marcha del programa de apoyo domiciliario a los cuidadores.

Al mismo tiempo, sacamos a relucir la posibilidad de que el estado de estas personas evolucione en uno u otro sentido, por lo que se requiere bien que la polivalencia anunciada por la Administración favorezca la multifuncionalidad de los centros, bien que se flexibilicen los procedimientos de acceso, teniendo en cuenta de alguna manera a quienes ya han soportado la lista de espera correspondiente, para que el discapacitado encuentre en cada momento el recurso que mejor se adapte a sus necesidades.

Llegados a este punto, en que hemos hecho un somero recorrido por las prestaciones que tanto los servicios sociales comunitarios como los servicios sociales especializados pueden ofertar a los menores afectados por trastornos del comportamiento, tenemos que necesariamente referirnos a otro servicio social, especializado, pero con las connotaciones propias que le otorga el hecho de que lo sea en virtud de determinadas facultades conferidas a la Administración por la legislación civil, actuando en esta materia como Ente Público de Protección de Menores (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

El Estatuto de Autonomía, en su artículo 61 (apartados 3 y 4), atribuye a la Comunidad Autónoma competencias exclusivas en materia de protección de menores, que incluyen, en todo caso, la regulación del régimen de protección y de las instituciones públicas de protección y tutela de los menores desamparados, en situación de riesgo, y de los menores infractores, sin perjuicio de lo dis-

puesto en la legislación civil y penal. El Estatuto también asigna a la Comunidad Autónoma competencias exclusivas en materia de promoción de las familias y de la infancia, que, en todo caso, incluyen las medidas de protección social y su ejecución.

Todo este conglomerado normativo, así como los procedimientos y medios materiales y personales dispuestos para la finalidad de la protección de los menores es lo que ha venido a denominarse Sistema de Protección de Menores.

El principio básico que guía la acción protectora de la Administración de la Junta de Andalucía es “el supremo interés del menor”, concebido éste en sentido amplio, lo cual determina dos grandes campos de actuación: De un lado la atención a las personas menores de edad que no presentan situaciones especiales de riesgo o dificultad social, centrando las actuaciones en reforzar los agentes socializadores en el propio medio, a través de intervenciones con otras áreas que se dirigen especialmente a la promoción y prevención.

De otro lado, la atención a las personas menores de edad que presentan dificultades especiales y situaciones de mayor vulnerabilidad social, que requieren intervenciones específicas adaptadas a cada situación.

Y en este contexto, en consideración a los recursos disponibles, podemos diferenciar un primer escalón de intervención administrativa que procura satisfacer las necesidades del menor en su propio medio, evitando la separación de éste de su familia y su entorno, actuando directamente allí donde se producen los problemas.

Superado este primer nivel de intervención, el Sistema de Protección de Menores dispone de recursos con que separar al menor de su familia biológica (de manera temporal o definitiva), y ofrecerle un medio alternativo (familiar o residencial) que garantice su desarrollo en condiciones normalizadas.

En lo que a los menores con trastornos de comportamiento respecta, y centrándonos en aquellas medidas menos drásticas, que no impliquen la asunción por parte de la Administración de la tutela del menor, debemos referirnos, en primer lugar, a los Servicios de Mediación Familiar Intergeneracional.

Dichos servicios se encuentran regulados la Orden de 3 de Marzo de 2006 por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones para la financiación de programas específicos de atención a menores y familias en dificultad.

La mediación familiar e intergeneracional es un procedimiento de resolución de conflictos en el que los miembros de una pareja en proceso de separación u otros miembros de la familia en situación de conflicto intergeneracional acuerdan voluntariamente que un profesional especializado, imparcial y neutral (mediador/a) les ayude a alcanzar por sí mismos un acuerdo mutuamente aceptado, que contemple las necesidades todas las personas implicadas, especialmente las de los/las hijos/as.

Entre los objetivos de dicho servicio se encuentra el restablecer y/o mejorar las relaciones entre padres e hijos/as menores, favore-

ciendo formas de comunicación eficaces y respetuosas entre los mismos, a la hora de afrontar situaciones de enfrentamiento, mejorando así el clima familiar necesario para el bienestar de todos los miembros.

En congruencia con dicho objetivo se prevé el acceso al servicio de padres y madres o tutores con hijos/as menores que estén atravesando una situación de crisis en la convivencia, y a los hijos e hijas con dificultades de relación con sus padres.

El programa se lleva a cabo por un equipo de profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, abogados) con formación específica en mediación familiar.

Sin embargo, a pesar de las bondades de estos servicios de mediación familiar, respecto de los cuales hemos de apostar por su consolidación e implantación generalizada, en más ocasiones de las deseables la conducta desajustada del menor sigue superando ciertos límites o bien precisa de un tratamiento puntual de reeducación de ciertos hábitos. En tales casos son los propios profesionales los que suelen demandar un recurso especializado donde el menor pudiese acudir, preferentemente en régimen de internado, para que pudieran ser abordados sus problemas conductuales contando con medios idóneos para ello.

Otro de los programas, actualmente operativo, e incardinado en el Sistema de Protección es el Programa de Intervención Social y Terapéutica con Familias en cuyo seno se produce Violencia Familiar y Tratamiento de Agresores. Dicho programa es resultado del Convenio entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Andalucía para la realización de programas de apoyo y ayuda a aquellas familias que se encuentren en situaciones sociales especiales, incluyendo entre los diferentes programas financiados por el Convenio uno específicamente destinado al tratamiento de agresores sexuales.

El ámbito de actuación de dicho programa es toda la comunidad Autónoma de Andalucía y tiene como objetivos principales ofertar una alternativa psicoterapéutica a agresores menores y adultos que hayan ejercido violencia sexual, también ofertar una alternativa terapéutica a los familiares de los agresores sexuales o de otro tipo de violencia en el seno familiar, especialmente cuando se encuentren menores en situación de riesgo o desprotección.

Se trata, tal como acabamos de exponer, de programas destinados a ofrecer una alternativa terapéutica a menores —también a adultos— autores de violencia fundamentalmente de contenido sexual. Las bondades de este programa son evidentes, actuando como complemento —a veces como sustitutivo— de las prestaciones que al respecto pudiera ofertar la Administración Sanitaria, por lo que sería deseable su extensión tanto cuantitativa —mayor número de dispositivos— como en el ámbito material de intervención, de modo que fuese viable la inclusión de casos de violencia de otro contenido, de difícil abordaje en otros contextos.

Cambiando el enfoque de intervención, la Junta de Andalucía, en el ejercicio de sus competencias como Ente Público de Pro-

tección de Menores, dispone de la facultad de acordar medidas más expeditivas con que garantizar el bienestar de los menores beneficiarios últimos de su intervención. Se trata de medidas de protección que conllevan la declaración administrativa de la situación de desamparo, con la consecuente asunción de la tutela por ministerio de la Ley.

Detectada una situación de desprotección, corresponde a la Junta de Andalucía, como Entidad Pública competente en la protección de menores, asumir la tutela de los menores desamparados que residan o se encuentren transitoriamente en el territorio de la Comunidad Autónoma, con el fin de garantizar los cuidados y atención necesaria para su desarrollo integral.

En los casos en que la Administración ejerza la tutela de un menor, por así haberlo declarado en desamparo, su actuación deberá regirse por los criterios establecidos tanto en la legislación civil como en las propias normas autonómicas, procurando en primer lugar proporcionarle la atención en su medio, siempre que fuera posible en acogimiento familiar y en su defecto, en acogimiento residencial con carácter provisional y por el menor tiempo posible.

Refiriéndonos al internamiento residencial, la legislación prevé que esta medida sea acordada de forma residual, siempre que no resultase viable o aconsejable aplicar otra medida protectora, y por el periodo más breve posible, todo ello en consideración de que el entorno óptimo en que debe crecer y madurar toda persona es el entorno familiar.

El Decreto 355/2003, de 16 Diciembre, sobre Acogimiento Residencial de Menores, define a los centros de protección como aquellos establecimientos destinados al acogimiento residencial de los menores sobre los que se haya adoptado alguna de las medidas contempladas en el artículo 172 del Código Civil. A tales efectos, los centros residenciales garantizarán una atención adecuada a las necesidades que presenten cada uno de los menores, promoviendo el desarrollo de las diversas dimensiones de su personalidad y orientando su conducta durante la estancia en los mismos.

Se prevé en el Decreto (art. 21) que la acción protectora a desarrollar en los centros responda a las necesidades específicas de cada uno de los menores acogidos, desarrollándose mediante la ejecución de diversos programas de atención residencial.

Y es en la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de 13 de Julio de 2005, por la que se aprueba el Proyecto Educativo Marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la que se definen los diferentes programas a desarrollar en los distintos centros residenciales.

En el Anexo de la Orden se incluye un documento guía para la elaboración de los proyectos educativos de cada centro, definiéndose en su apartado 5.4 los programas que se han de ejecutar en los mismos. Según dicho documentos los programas de

atención residencial constituyen *“marcos de referencias en los que se ordenan los principios y criterios que inspiran la acción social y educativa de los centros ante cada uno de los perfiles individuales y colectivos que presentan las personas menores de edad en acogimiento residencial, de acuerdo a las distintas circunstancias sociales e históricas. Son el intento de agrupar de forma ordenada y técnicamente sustentada tanto la comprensión de los fenómenos, como su abordaje y evaluación, incluyendo desde principios y fundamentos teóricos y metodológicos propios de un determinado perfil de problemáticas, hasta las técnicas, métodos e instrumentos adecuados para el tratamiento de las mismas, sus exigencias en cuanto a espacios, recursos humanos y materiales, logística, etc. ...”*

De entre estos programas, y en lo que a nuestro Informe respecta, debemos resaltar los programas específicos destinados al abordaje de graves trastornos del comportamiento relacionados con patologías psicosociales y educativas, también los programas específicos para el tratamiento de graves trastornos de la conducta, asociados con patologías psiquiátricas, y por último los programas específicos para la atención a menores con grave discapacidad física, psíquica y/o sensorial, quienes por su perfil o la gravedad de su patología requieren ayuda constante por parte de otras personas para desarrollar las actividades de la vida diaria, así como precisan contar con una infraestructura apropiada y personal altamente cualificado.

A lo largo del Informe nos iremos refiriendo de forma pormenorizada a diferentes aspectos del funcionamiento de los centros que vienen ejecutando dichos programas específicos, pero ello no obsta para que en estos momentos efectuemos una primera reflexión sobre el hecho de que un servicio tan especializado, del que pueden ser beneficiarios los menores sujetos a tutela por parte de la Administración, no esté previsto para el resto de la población menor de edad. Al respecto, hemos de resaltar el creciente número de casos de menores integrados en familias perfectamente normalizadas, no encuadrables en supuestos de desprotección, y que, no obstante, se muestran impotentes para contener los problemas conductuales del menor a su cargo.

Los familiares llegan a nosotros angustiados porque el comportamiento del hijo o hija es absolutamente antisocial, con rechazo de la autoridad de sus progenitores, y nos muestran su preocupación ante la escalada de los acontecimientos, temerosos de que llegase a cometer —si no lo hubiese hecho ya— algunos hechos delictivos que lo condujeran a una senda de autodestrucción y marginalidad. Tras el peregrinaje, sin éxito alguno, ante diferentes Administraciones, finalmente acuden a los servicios de protección de menores donde saben que disponen de centros residenciales que ejecutan programas específicos de tratamiento de conducta. Paradójicamente, en dicho Servicio les informan que por tratarse de una familia competente, que atiende y se preocupa por el futu-

ro del menor, éste no puede acceder a dichos recursos reservados para menores en situación de desamparo.

Es en este punto donde en algunos casos se recurre a la figura de la guarda administrativa contemplada en el artículo 24 de la Ley del Menor en Andalucía, aquella en que la Administración Autonómica asume y ejerce la guarda cuando quienes tienen potestad sobre el menor lo soliciten, justificando no poder atenderlo por enfermedad u otras circunstancias graves, o cuando así lo acuerde el Juez en los casos en que legalmente proceda.

Sabemos que la respuesta ante dichas solicitudes de guarda administrativa por las diferentes Comisiones Provinciales de Medidas de Protección no siempre ha sido en el mismo sentido, aunque coinciden los supuestos estimatorios en la descripción de una grave situación familiar, con ruptura absoluta de las relaciones de convivencia.

Nos preguntamos si no sería viable el uso de los centros residenciales para menores con trastorno de conducta, indistintamente por menores tutelados por la Administración o por menores que, voluntariamente, a petición de sus progenitores, tutores o guardadores, decidieran someterse a tales programas de tratamiento de conducta. Si esto no fuera viable, entendemos que sería preciso extender la oferta de centros de tales características al común de la población, adentrándonos entonces en el conocido espacio socio sanitario, ese punto oscuro de confluencia entre la Administración de Servicios Sociales y la Sanitaria en el que, so pretexto de los límites competenciales, ni una ni otra Administración asumen como propios determinados servicios de perfiles difusos pero que les atañen en gran medida.

Como más adelante expondremos, determinados trastornos de conducta no son más que un síntoma de determinada enfermedad mental, y por ello son objeto de tratamiento específico por el dispositivo sanitario de salud mental. En otros supuestos el comportamiento antisocial del menor, o no se encuentra perfectamente diagnosticado, o no es asumido por el menor o sus familiares como problema, o bien pudiera encuadrarse en las conductas de rebeldía e inconformismo propias de la adolescencia. Cualquiera de estos supuestos de manifestaciones antisociales del comportamiento, más o menos patológicas, pueden ser abordadas tanto por los servicios sanitarios de salud mental como por los servicios sociales especializados en este tipo de prestaciones sociales; sin embargo, la realidad es que muchos de los menores conflictivos no disponen de ningún recurso asistencial que aborde su problemática de una forma decidida, unificando la respuesta asistencial y ofertando recursos específicamente concebidos para ello.

Viene al caso que relatemos el asunto que abordamos en la **queja 05/1421** en la que la interesada nos denunciaba la desasistencia sanitaria que venía padeciendo su hijo, de 14 años de edad. Nos decía que su hijo padecía un trastorno antisocial de la personalidad, y que, por ello, había llegado a delinquir en reiteradas ocasiones.

A tales efectos, la interesada puntualizaba que los facultativos habían prescrito para su hijo el internamiento temporal en un centro especializado, en tanto se compensan sus problemas conductuales y que pasados cerca de 4 años seguía sin obtener respuesta a su demanda asistencial.

Tras comprobar los pormenores del caso caímos en la cuenta que el asunto que se nos planteaba había sido abordado, de oficio, por esta Institución en el ejercicio anterior, en la **queja 04/2540**, en la que nos interesamos por la situación de un menor víctima de una grave agresión (intento de estrangulamiento con una cuerda), al tiempo que inquiríamos sobre el trato dado por el Ente Público de Protección al agresor, menor de 14 años de edad y, por ello, imputable penalmente.

En dicho expediente solicitamos los correspondientes informes de la Dirección General de Infancia y Familia, de la Delegación Provincial de Salud y de los Servicios Sociales de la correspondiente localidad.

Una vez efectuado el estudio de la familia, los Servicios Sociales Municipales, basándose en un informe del Servicio de Psiquiatría Infarto-Juvenil del Hospital, concluyeron su informe con una propuesta técnica del siguiente tenor:

“(...) El menor ... presenta un trastorno de conducta disocial, que pone en grave riesgo su integridad física y emocional y que impide su integración y relación “sana” con su entorno tanto familiar como socioeducativo (...) Valoramos que, si bien no existe un desamparo en términos estrictos por parte de la familia del menor, si existe un desamparo institucional para resolver y atender las necesidades que presenta el menor. Por ello solicitamos a la autoridad competente resuelva un internamiento con carácter terapéutico del menor ... en el Centro Instituto Psicopedagógico “Dulce Nombre de María” en una de las plazas concertadas con la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Este Centro es el único que, según información del Servicio de Atención al Niño, que realiza trastornos de conducta en Andalucía (...)”.

Tras recibir esta información, solicitamos de la Delegación Provincial de Salud la emisión de un informe sobre la prestación de la asistencia sanitaria requerida por el menor, respondiéndonos que habían remitido nuestra petición a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, y ello por considerar que era ese el Departamento de la Administración Autonómica competente para resolver la problemática expuesta en la misma.

Posteriormente, recibimos el informe de la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, del que destacamos la reunión mantenida en las dependencias de Delegación Provincial de Salud entre un técnico del Servicio de Protección de Menores, el Alcalde y Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de

residencia del menor, técnicos de los Servicios Sociales de dicho municipio, la trabajadora Social de la Unidad de Salud Mental del Hospital, así como el titular de la Delegación Provincial de Salud, de la que se extrae lo siguiente:

“... Se pusieron en común las diversas variables que se relacionan con el problema que presenta el menor y se coincidía en la necesidad de garantizar interdisciplinar e intersectorialmente la atención a la globalidad del problema, incidiendo en la actual desasistencia que el menor padece respecto de sus necesidades sanitarias (institucionalización terapéutica) y socioeducativas.

Se compartía la visión de que lo que prevalece en estos momentos es la problemática de salud mental del menor y la inexistencia de recursos sanitarios adecuados (comunidad terapéutica ...). El Delegado de Salud se comprometió a hablar con la Dirección Gerencia del SAS respecto al posible abono del internamiento en “Dulce Nombre de María”, así como en mantener una próxima reunión al respecto con la Delegada de Igualdad y Bienestar Social.

Igualmente, se estuvo de acuerdo en “utilizar” este caso para abrir una vía de confluencia interinstitucional (Igualdad y Bienestar Social, Salud, y Educación) para generar recursos conjuntamente que den respuestas a este tipo de problemáticas, para disponer de recursos institucionales altamente especializados que permitan internamientos psicoterapéuticos en los que otras necesidades de los menores (de protección, de intervención socioeducativa ...) se atiendan globalmente.”

Por parte de esta Institución nos congratulamos por el hecho de que la Delegación Provincial de Salud asumiese el tanto de responsabilidad que le incumbe como Administración prestadora de servicios sanitarios a los ciudadanos, entre ellos los correspondientes a salud mental, como el demandado por el menor consistente en un recurso de salud mental especializado en su patología conforme a sus especiales circunstancias personales.

Aún así, el recorrido del caso experimentó un nuevo giro, esta vez propiciado por una mejoría en el cuadro clínico del menor, lograda gracias a la colaboración de su entorno familiar, de los profesionales sanitarios y de servicios sociales. En el último informe que nos fue remitido se indicaba que el menor asistía a clase con normalidad y que la Delegación de Educación le había concedido un monitor de apoyo durante el horario completo de clase. Desde entonces el menor no ha presentado problemas de absentismo escolar, ni tampoco ha protagonizado episodios de conducta desordenada ni en el IES ni en el pueblo, prosiguiendo los Servicios Sociales Comunitarios su labor con la familia y el menor, con el apoyo del centro de enseñanza y la policía local. Por todo ello, y an-

te la evolución positiva de su hijo, la propia madre desistió de su petición de inicial de ingresarlo en dicho centro especializado.

2. 3. Los trastornos de conducta como problema sanitario.

Hasta aquí, los trastornos de conducta se han analizado como problema educativo y problema social, en el presente capítulo lo abordaremos como problema sanitario.

Una primera reflexión estaría relacionada con el término trastorno de conducta, pues en el trabajo diario que se viene desarrollando en esta Oficina, observamos cómo, en función del ámbito donde se manifieste el problema, es decir, según afecte la queja al sistema educativo, a bienestar social o se refiera al sistema sanitario, ante un mismo comportamiento desajustado, pareciera que se hablara de diferente joven, tanto en relación a la comprensión, como al tratamiento o estrategia a seguir a fin de solucionar el mismo.

Así, el sistema educativo en cuanto a la comprensión de los trastornos de conducta hace referencia, en la mayoría de las ocasiones, a un menor maleducado al que no se le han impuesto normas o límites, que pretende satisfacer sus deseos sin realizar el mínimo esfuerzo. Y el tratamiento o estrategias a seguir se ciñe a la aplicación de sanciones disciplinarias como medida correctora, recibiendo la misma consideración prácticamente todos aquellos alumnos que presentan un comportamiento desajustado, independientemente de las causas que lo provoquen, sin profundizar mucho más y sin derivar a otros profesionales.

Esta manera de proceder, en nuestra opinión, no es más que una explicación y tratamiento parcial del problema. Pues, según que casos, la medida disciplinaria puede ser ajustada, necesaria y suficiente; pero en la mayoría de las ocasiones resulta ineficaz por no ir acompañada de otras medidas, e incluso en algunos casos puede llegar a ser contraproducente para el alumno.

Una situación similar la encontramos en el sistema de protección, donde se atiende a una población menor de edad con problemas familiares, en riesgo social, de zonas marginadas y/o deprimidas, en su mayoría.

En dicho sistema, los comportamientos disruptivos de los menores se interpretan poniendo el acento en el ámbito familiar o social donde están inmersos y desde esta perspectiva se planifica el tratamiento, resultando que dicho sistema ha elaborado programas específicos de intervención para los menores, desamparados y tutelados por el Ente Público, que presenten trastornos de conducta.

De nuevo, no parece del todo claro qué menores deben ser tratados en tales programas, y ello, a juzgar por las respuestas obtenidas en las entrevistas mantenidas con los profesionales de los centros de internamiento de trastorno de conducta destinados a la ejecución de los mismos.

Así, preguntados por el perfil de los menores atendidos, nos daban respuestas diferentes y nos dibujaban perfiles distintos entre sí. A pesar de que todos ellos tenían el mismo encargo, establecían criterios diferentes de inclusión en el recurso o referían que recibían a menores que no se ajustaban al perfil inicialmente definido. Sea como fuere, se advertía cierta discrepancia técnica entre los profesionales del mismo sistema.

En el ámbito de la salud mental dicho problema también existe. Se ha discutido hasta la saciedad cuáles son en realidad los trastornos de conducta, en qué se cifra la verdadera utilidad del diagnóstico, si tienen entidad diagnóstica en sí mismo; o si por el contrario son síntomas de otro cuadro más general.

En síntesis, podemos decir que se está lejos de haber solucionado todas las dificultades que encierra la definición y clasificación de los trastornos de conducta existiendo discrepancias técnicas entre los diferentes profesionales.

En base a lo anterior, resulta obvia la necesidad de utilizar un lenguaje común entre los profesionales que tratan directamente con la población infantil y juvenil, independientemente del sistema al que pertenezcan, a fin de nombrar los mismos fenómenos con los mismo términos y, en este sentido, avanzar también en los modelos de tratamiento y estrategias. Pues el hecho de contar con una clasificación que ordenara y agrupara los trastornos de conducta, diferenciándolos entre sí, por una parte resultaría útil para tomar decisiones acerca del tratamiento más adecuado, (procedimientos terapéuticos eficaces, derivación a profesionales o instituciones, escolarización, etc.), y por otra, resultarían esenciales para la búsqueda de nuevos conocimientos.

Dicho lo anterior, en este capítulo vamos a centrarnos en los trastornos de conducta según clasificación y atención que recibe la población menor de edad, aquejada de este problema, por parte del sistema sanitario, concretamente en el área de la salud mental.

1.- Clasificación diagnóstica

En cuanto a la clasificación diagnóstica de los trastornos de conducta, en el ámbito de salud mental, los sistemas clasificatorios que más impacto y aceptación han tenido en la psicopatología

y psiquiatría occidentales a lo largo de la historia, han sido la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana, (Diagnostic and Statistical Manual, en adelante DSM IV, última revisión) y el de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de las Enfermedades, en adelante CIE-10, última revisión)

Dichos sistemas son los más extendidos y utilizados por los profesionales de la salud mental, de tal manera que un porcentaje muy elevado de los niños que presentan algún tipo de problema están diagnosticados con estos sistemas. No obstante, debe mencionarse, que ambos se han definido siempre por un énfasis mucho mayor en los trastornos de la vida de los adultos que en los de la infancia. De hecho, en las primeras versiones ni siquiera se contemplaba (al menos de modo explícito) ninguna sección específica referida a los trastornos en la infancia y en la adolescencia.

Asimismo, son escasamente relevantes de cara a la planificación de la intervención sobre los trastornos descritos, resultando necesario, en este punto, acudir a los diferentes enfoques (conductuales, cognitivos, sistémicos y psicodinámicos) para el abordaje terapéutico

Siguiendo dichos manuales, el DSM IV-TR considera trastornos de conducta aquellos que hacen su aparición en la infancia y la adolescencia, encontrándose dentro de este subgrupo: el Trastorno Disocial, junto con el TDAH (trastorno por déficit atención con hiperactividad) y el Trastorno Negativista Desafiante.

Y define el Trastorno Disocial como “un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto”. Se trata por supuesto de desviaciones cualitativa y cuantitativamente más pronunciadas que la simple “maldad infantil” o la “rebeldía adolescente”. Por lo general implica la participación consciente por parte del niño o adolescente en actos que involucren un conflicto con la normativa social o con los códigos de convivencia implícitos en las relaciones en sociedad.

Los tipos de comportamientos que se establecen en DSM IV como “Criterios A” son agrupados en cuatro categorías:

COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS	COMPORTAMIENTOS NO AGRESIVOS CON DAÑO A LA PROPIEDAD PRIVADA (NO HAY DAÑO A PERSONAS)	FRAUDES O ROBOS	VIOLACIONES A LAS NORMAS
- inicio de peleas - portar armas - actos crueles contra personas contra animales - robo con violencia	- ocasionar incendios - romper vidrios - dañar automóviles - actividades vandálicas en la escuela	- mentiras - timos - falsificaciones - romper compromisos y promesas para sacar provecho	- normas escolares - cimarras (huidas de clases) - normas familiares - fugas - absentismo laboral (en mayores)

COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS	COMPORTAMIENTOS NO AGRESIVOS CON DAÑO A LA PROPIEDAD PRIVADA (NO HAY DAÑO A PERSONAS)	FRAUDES O ROBOS	VIOLACIONES A LAS NORMAS
- violaciones - raras veces homicidio	- daño a la propiedad pública y privada en general	- hurto - robos a tiendas	- sexualización de la conducta - ingesta de alcohol y drogas.

De los anteriores criterios el sujeto debe cumplir, al menos, tres criterios durante el mismo año o uno durante los últimos seis meses, para ser diagnosticado de Trastorno Disocial.

Se distinguen según la edad de inicio: Tipo de inicio Infantil (antes de los 10 años) o tipo de inicio adolescente (después de los 10 años).

Y según el grado de afectación en leve, moderado y grave.

La clasificación diagnóstica CIE-10, en su última revisión se ha ajustado a la definición del DSM IV. Considera como trastornos de conductas los comprendidos dentro de los Trastornos Disociales, definiendo los Trastornos Disociales como aquellos que se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En su grado más extremo puede llegar a violaciones de las normas mayores que las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive

Enfatiza los aspectos socializadores del trastorno. Así diferencia entre: subtipo socializado-no socializado, que viene definido por la presencia, o no, de amistades durables en el grupo de iguales; subtipo limitado al contexto familiar; subtipo trastorno oposicionista desafiante que se incluye en el epígrafe del trastorno disocial.

De las dos clasificaciones mencionadas anteriormente reproducimos en el ANEXO los Trastornos Disociales según la clasificación "CIE-10" por ser esta la clasificación indicada para realizar los diagnósticos en el "Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007".

A continuación a fin de exponer el perfil del menor que presenta trastorno de conducta, siguiendo el sistema CIE-10, recogemos las manifestaciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia de los epígrafes F91 y F92, por considerar que éstos, entre otros, están incluidos en el término trastorno de conducta, según los profesionales consultados de la salud mental. No obstante, también haremos referencia a los Trastornos hiperkinéticos (F90), debido a que en algunas ocasiones este trastorno deriva en trastorno disocial

Los Trastornos hiperkinéticos serían el Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y por-

que estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejora gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hiperkinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hiperkinesia es el problema principal.

Sobre este trastorno, no todos los profesionales de la salud mental están de acuerdo en clasificarlo como tal, sino que sería considerado como un síntoma que puede obedecer a diferentes causas y aparecer en diferentes cuadros diagnósticos. Tal sería el caso de los profesionales que utilizan la clasificación Diagnóstica Francesa o los que utilizan las clasificaciones de orientación psicodinámicas.

Siguiendo con la clasificación de la CIE 10, dentro del subgrupo socializado-no socializado se encuentran los Trastornos disociales (F91), los cuales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las nor-

mas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata, por tanto, de desviaciones más graves que la simple “maldad” infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

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

- El subtipo de Trastorno disocial limitado al contexto familiar (F91.0): incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial, antisocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados.

Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar referidos con frecuencia específicamente al dinero o a pertenencias de una o dos personas concretas, lo cual puede acompañarse de un comportamiento destructivo deliberado, de nuevo con preferencia referido a miembros concretos de la familia, tal como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, hacer rayados en muebles o destrucción de pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia. Puede presentarse también la provocación de incendios deliberados del hogar.

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

- La subcategoría de Trastorno disocial en niños no socializados (F91.1) se caracteriza por la combinación de un comportamiento disocial persistente o agresivo con una significativa y profunda dificultad para las relaciones personales con otros chicos.

Los problemas de las relaciones con los compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o un rechazo, por la impopularidad entre otros chicos y por una falta de amigos íntimos o de relaciones afectivas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Las relaciones con adultos tienden a estar marcadas por la discordia, la hostilidad y el resentimiento, pero pueden existir buenas relaciones con algunos

adultos (aunque falta por lo general una confianza íntima), lo cual no descarta el diagnóstico.

También, se distingue, en esta subcategoría, entre un comportamiento violento actuado individualmente o con el grupo de iguales, por considerar que existen diferencias tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del pronóstico.

Si se presenta un comportamiento delictivo, lo típico, pero no indispensable, es que sea en solitario. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas, y (en chicos mayores) extorsiones o atracos violentos y niveles excesivos de desobediencia, agresividad, falta de cooperación y resistencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolados de cólera, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales.

No obstante, algunos chicos aislados se ven envueltos en delitos en grupo, de tal modo que la naturaleza del delito es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

El trastorno es por lo general persistente en distintas situaciones, pero puede ser más manifiesto en el colegio o en la escuela.

- Sobre la subcategoría de Trastorno disocial en niños socializados (F91.2) hace referencia a un menor por lo general bien integrado en grupos de compañeros.

El rasgo diferencial clave es la existencia de amistades adecuadas y duraderas con compañeros de aproximadamente la misma edad. Con frecuencia, pero no siempre, el grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas o disociales (en tal caso, el comportamiento inaceptable del chico puede estar aprobado por los compañeros y regulado por normas de la subcultura a la que pertenece). No obstante, el chico puede formar parte de un grupo de compañeros no delinquentes y el comportamiento antisocial tener lugar fuera de este contexto. Puede haber relaciones alteradas con las víctimas o con algunos otros chicos si el comportamiento disocial implica intimidación.

Las relaciones con figuras de autoridad adultas tienden a ser malas, pero pueden existir buenas relaciones con algunas personas concretas. Las alteraciones emocionales suelen ser mínimas. El comportamiento disocial puede extenderse también al ambiente familiar.

- El Trastorno disocial desafiante y oposicionista (F91.3): es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobedientes y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás.

Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista de-

safiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, más bien que un tipo cualitativamente distinto. No hay datos experimentales sobre si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos actuales sugieren que si se tratara de un trastorno distinto, lo sería principal o únicamente en los niños más pequeños. Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial opositor en edades más tempranas.

Esta categoría facilita la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños y el rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativa, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural

Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general se comportan con niveles excesivos de grosería, falta de colaboración resistencia a la autoridad.

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

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción.

Por último, los Trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92) “Grupo de trastornos que se caracterizan por la combinación persistente de un comportamiento agresivo, disocial o retador, con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras emociones”, lo incluimos en el ANEXO II, por ser éstos, según algunos profesionales consultados, considerados, también, trastornos de conducta.

Las categorías diagnósticas que venimos describiendo integrarían lo que podemos llamar el perfil del menor con trastorno de conducta, pero nuestra experiencia, según consultas y quejas presentadas por los ciudadanos, el Trastorno disocial no sería la única categoría diagnóstica relacionada a los “trastornos de conducta”, resultando que pudiera ser más amplio el abanico de patologías que se incluyeran dentro de éste término, y ello,

debido a que no existe un diagnóstico diferencial adecuado entre la población a la que se le aplica el término, pese a la importancia que éste tiene.

Por ello, consideramos que es acuciente contar con un diagnóstico diferencial respecto de otros trastornos psiquiátricos, (depresión, ansiedad, reacciones adaptativas, trastorno de la personalidad, trastorno bipolar, psicosis, etc.) que, un momento dado, pudiera dar lugar a una sintomatología similar a los “trastornos de conducta”, lo que pudiera implicar un error de graves consecuencias ya que los tratamientos pueden diferir radicalmente

Por tanto, insistimos que deben ser los profesionales de la salud mental los que se impliquen en el diagnóstico diferencial de los menores que presentan alteraciones del comportamiento a fin de concretar la patología y proponer la estrategia de intervención más adecuada para cada caso.

Dicho lo anterior, pasamos a analizar los recursos sanitarios disponibles en nuestra Comunidad Autónoma para tratar a los menores aquejados de trastornos de conducta.

2.- Red de atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía

Teniendo presente que el trastorno de conducta puede provocar un deterioro clínicamente significativo en el normal desarrollo del menor afectado, interfiriendo en las relaciones familiares, en la actividad escolar y en las relaciones sociales, pasamos a describir los recursos existentes para tratar este tipo de patologías en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

En general, respecto al SSPA, caben hacer las mismas observaciones que se vierten en el documento “Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad y Consumo –2006–), en el que se afirma que pese a que en la Ley General de Sanidad se hace hincapié en la necesidad de desarrollar programas específicos para la atención a la infancia y adolescencia, lo cierto es que prima la ausencia de planos globales de desarrollo sanitario específico (que sólo en algunos aspectos ha merecido una mayor atención, como por ejemplo los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas adictivas), asimismo, la escasez de las unidades intrahospitalarias para este sector de edad, y más en concreto de dispositivos intermedios específicos, como los Hospitales de Día o Unidades Comunitarias de intervención en crisis.

Otro aspecto destacado en este documento es el relativo a formación especializada del personal sanitario del Salud Mental, postulándose en favor de revisar el actual modelo de Psiquiatría y Psicología Clínica en orden a incluir como áreas de capacitación preferente la Psiquiatría y Psicología en la Infancia y la Adolescencia, así como a la necesidad de reforzar la formación continuada de Salud Mental de los profesionales de atención primaria.

El sistema sanitario general de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para la atención a la población con problemas en salud mental, se ha dotado de servicios públicos de Salud Mental, organizados funcionalmente en los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada, siguiendo un modelo de derivación donde el primer nivel funciona de filtro para el segundo, en función del grado de la patología.

En lo que a la atención primaria se refiere el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud dispone en su apartado 8 del Anexo II relativo a la "Atención a la Salud Mental en coordinación con los servicios de actuación especializada", incluye:

«- Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

- Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

- Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

- Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.

- Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.»

Por otro lado, a lo que a la atención especializada de Salud Mental, el referenciado Real Decreto (Anexo III, apartado 7) dispone que en este nivel la atención comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

«- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.»

En el primer nivel, la atención a la salud mental se dispensa a través de los Equipos Básicos de Atención Primaria en Centros de Atención Primaria, si bien estos equipos se encuentran actualmente en un proceso de adaptación para su conversión en unidades de gestión clínica, conforme a lo dispuesto en la Disposición Adicional Primera del Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de Salud.

En un segundo nivel, formando parte del dispositivo de Apoyo Específico, con ámbito de actuación en el distrito de Atención Primaria de Salud, se encuentran los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud (ESMD).

Y, considerado como un tercer nivel, se encuentra la Atención Especializada. Para prestar dicha atención el sistema se ha dotado de unidades específicas de apoyo a los Equipos de Salud Mental de Distrito con:

- Unidad de Salud Mental del Hospital General (USMHG)
- Unidades Especializadas de Salud Mental: Unidad de Rehabilitación (URA)
- Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIJ)
- Comunidad Terapéutica (CT)
- Hospital de Día (HD)

Esta estructuración de la Salud Mental, en lo que se refiere a los ESMD, viene siendo objeto de crítica desde diversos sectores profesionales que se postulan a favor de una integración de estos dispositivos en el ámbito de la asistencia especializada, con adscripción de cada equipo al hospital de referencia correspondiente, con equiparación de las Áreas de Salud Mental a los demás servicios especializados.

a) Atención primaria

Si nos centramos en el "Primer Nivel", los pacientes menores de edad que presenten algún tipo de problema relacionado con la salud mental, serán atendidos, en primer lugar, por los Equipos Básicos de Atención Primaria, donde bien pudieran ser atendidos por el facultativo de dicho equipo con sus propios medios y en su ámbito de actuación en caso de éste estimarlo oportuno.

La regulación de la atención a la Salud Mental se encuentra recogida en el Decreto 338/88, de 20 de diciembre, de ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Mental, el cual atribuye a la Atención Primaria las siguientes funciones:

«- Tomar en consideración los aspectos relativos a la salud mental, tanto en sus programas generales de atención a la salud como en el trabajo con instituciones no sanitarias de la Zona Básica correspondiente.

- Establecer el primer contacto con los problemas de salud mental, valorándolos y definiendo la estrategia para abordarlos.

- Atender con sus propios medios los casos que no requieran intervención especializada, para ello contarán con el apoyo y asesoramiento del Equipo de Salud Mental de Distrito.

- Derivar hacia el Equipo de Salud Mental del Distrito correspondiente, los casos que superan sus posibilidades de actuación.»

Por tanto, un número importante de niños y adolescentes afectados por problemas leves de salud mental serían atendidos en este primer nivel, al igual que ocurre con la población adulta, en la que se estima que, aproximadamente, el 60% de los mismos reciben tratamiento en los Equipos Básicos de Atención Primaria, pero nos consta que para la población infantil este filtro funciona de forma diferente siendo mayor el porcentaje de acceso directo al segundo nivel, donde se encuentran los profesionales de la salud mental.

Así, sería el médico de Atención Primaria quien, cuando considera que el menor necesita una intervención de los especialistas en Salud Mental, derivan al menor al correspondiente Equipo de Salud Mental de Distrito (sin perjuicio que puedan derivar también a dichos Equipos los servicios de urgencias hospitalarios, los servicios sociales comunitarios, los servicios escolares, judiciales, etc.)

b) Equipos de Salud Mental de Distrito

Estos Equipos de Salud Mental de Distrito, (segundo nivel), constituyen los centros de apoyo a la Atención Primaria, cuya atención es fundamentalmente ambulatoria, resultando ser la puerta de entrada a la red de salud mental.

En estos dispositivos se atienden todos los problemas de Salud Mental de la población (de todas las edades) derivados desde los Centros Atención Primaria, o como decíamos anteriormente, también, desde los servicios de urgencias hospitalarios, servicios sociales comunitarios, servicios escolares, judiciales, etc. y coordinan las actuaciones del resto de dispositivos específicos constituyendo el eje del Área de Salud Mental

En dichos centros se realizan tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores que pueden ser individuales, familiares, o grupales. También se ofrece orientación y asesoramiento sobre problemas sociales a los usuarios. Asimismo, cuando el caso lo requiere se realiza atención domiciliaria.

El Equipo de Salud Mental de Distrito es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que formando parte del dispositivo de Apoyo Específico, tiene como ámbito de actuación el distrito de Atención Primaria de Salud, ello, sin perjuicio de la especialización del personal sanitario que lo integra ni de su dependencia orgánica respecto del Servicio Jerarquizado correspondiente, cuyas funciones, siguiendo el Decreto regulador, serían las siguientes:

«- Prestar apoyo y asesoramiento a los Equipos Básicos de Atención Primaria en orden al desarrollo, por parte de éstos, de la atención a las necesidades de salud mental de la Zona Básica de Salud. El ejercicio de esta función implicará la realización de actividades de formación, asesoramiento, supervisión e interconsulta.

- Atender la demanda derivada, tanto desde los Equipos básicos de Atención Primaria, como desde dispositivos sanitarios especializados, responsabilizándose de los pacientes y garantizando la continuidad de la atención a los mismos, ya sea prestándola directamente, ya mediante la actuación coordinada con otros Servicios Sanitarios o Sociales cuya intervención se estime necesaria

- Coordinar la remisión de la demanda a los dispositivos específicos de salud mental cuando sus propias posibilidades de actuación resulten superadas, asumiendo en todo momento, y aún después de concluir la intervención de aquellos dispositivos, el seguimiento del paciente.

- Desarrollar actividades de formación continuada e investigación aplicada en Salud Mental Comunitaria.»

En dichos dispositivos se tiene constancia que el funcionamiento del mismo se encuentra sometido a una gran presión asistencial. A pesar que cada profesional tiene asignado un número determinado de pacientes, el tiempo de espera para que los menores sean atendidos sufre una dilación mayor a la deseable. La causa de esta masificación no es otra que la insuficiente dotación de recursos humanos adscritos a los mismos, toda vez que se incumplen las ratios establecidas en el Plan Integral de Salud Mental 2003-2007 de 6 facultativos y 2 enfermeros por cada 100.000 habitantes (evaluándose por la Sociedad Andaluza de Neuropsiquiatría el déficit en unos 100 facultativos y 30 enfermeros a 30.06.06).

Por otro lado, no es infrecuente que los Servicios de Salud Mental de Distrito lejos de realizar un trabajo diagnóstico en profundidad del menor, lo remitan con celeridad a las Unidades de Salud Mental Infantil, contribuyendo a la sobrecarga de trabajo de ésta, a veces sin necesidad.

Este aumento de derivaciones pudiera obedecer a la falta de especialistas en paidopsiquiatría, aunque las Unidades de Salud Mental de Distrito cuentan con especialistas de la salud mental, debemos reconocer que los problemas de salud mental de la población infantil requieren de conocimientos específicos que

sólo se consiguen con el estudio y la experiencia específica, pericia que no nos consta que todos los profesionales de las unidades de distrito cuenten con ella.

Para el conjunto de casos más graves, los profesionales de los Equipos de Salud Mental de Distrito, derivarían a la población menor a los Servicios Especializados, o Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil.

c) Atención especializada: Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (Tercer Nivel)

Las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil son unidades específicas de apoyo a los Equipos de Salud Mental de Distrito y de atención a los problemas de salud mental más graves de niños y adolescentes hasta los 19 años, cuyas necesidades sobrepasen la capacidad de actuación de los Equipos de Salud Mental de Distrito.

Estas Unidades se han redefinido en el año 2002, ampliando sus funciones de consultas ambulatorias con funciones de hospitales de día y hospitalización total de niños y adolescentes que requieran este tipo de intervención.

Y en cuanto a las funciones de las Unidades de Salud Mental Infantil de Área estarían:

«- Participar en el diseño de los programas de atención de salud mental a la población infantil y adolescente que deban desarrollar otros dispositivos de Salud Mental del Área, así como prestar asesoramiento a los mismos en orden a la ejecución de tales programas

- Desarrollar programas específicos de atención a la demanda derivada de los Equipos de Salud Mental de Distritos correspondientes y, excepcionalmente, por instituciones no sanitarias con competencia en materia de menores.

- Garantizar la cobertura, en régimen de interconsulta, de las necesidades de salud mental de la población hospitalizada en centros especializados de la infancia

- Desarrollar actividades de formación continuada e investigación en Salud Mental Infantil.»

Dichas Unidades Específicas actuarán como Centros de Referencia en relación con los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria comprendidos en su ámbito de actuación, en tal sentido, la demanda de tales Unidades se canalizarán, en todo caso, desde y a través de los Equipos de Salud Mental correspondientes

Las Unidades de Salud tendrán como ámbito territorial de actuación, por regla general, el Área Hospitalaria, y excepcionalmente, por razones demográficas y según las necesidades de asistencia, dicho ámbito podrá ser superior al Área Hospitalaria, sin sobrepasar nunca el Área de Salud.

La Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil de Área es una Unidad no hospitalaria a la que corresponde el desarrollo de programas especializados de atención a la población infantil y adolescente de edad no superior a los 19 años.

Todas estas funciones se ejercerán de forma coordinada con las instituciones con competencia en materia de menores.

Estos dispositivos se relacionan entre sí, como decíamos al principio, siguiendo un modelo de derivación donde el primer nivel funciona de filtro para el segundo y este para el tercer nivel.

En síntesis, podemos decir que el sistema de salud de nuestra comunidad autónoma cuenta con tres niveles para la atención a la población infantil aquejada de problemas de la salud mental.

En el primero de ellos, se encuentran los Equipos Básicos de Atención Primaria, donde los menores son atendidos por los pediatras o Médicos de Familia, entendemos que sería de interés contar con profesionales con formación específica en salud mental infantil.

En un segundo nivel, cuenta con un total de 72 Equipos de Salud Mental de Distrito. Entendemos que para una mejor atención sería necesario contar con Psiquiatras Infantiles, reconocemos así la necesidad de dicha especialización.

Y en el tercer nivel, existen 13 Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil, sería necesario contar con programas específicos que contemplen los problemas de los trastornos de conducta a fin de que se aumente la coordinación con los servicios de educación y sociales a fin de proporcionar una mejor atención a este colectivo.

3.- Quejas relacionadas

Una vez descrito el modelo de asistencia de salud mental de nuestra Comunidad Autónoma y los diferentes recursos y funciones, pasamos a relatar, algunas de las quejas presentada por los padres de los menores afectados por un “Trastorno de Conducta” o Trastorno Disocial, que ponen de manifiesto las debilidades del sistema.

En cuanto al modelo de derivación cabe preguntarse si desde los Centros de Salud se realizan las derivaciones de los casos que precisan la intervención de un profesional especialista en salud mental o por el contrario, este filtro tiene deficiencias.

Dado que las circunstancias del primer nivel de atención exigen la atención a un elevado número de pacientes entre adultos y niños, la no especialización en psicopatología infantil es frecuente entre los facultativos. Lo que nos lleva a preguntarnos si, en tales circunstancias, el profesional puede valorar convenientemente, con pocos datos y menos tiempo, la realidad del problema que presenta el menor. De no ser así, quedaría afectada tanto la detección de los casos como la derivación a una atención especializada.

Un ejemplo de esto sería la consulta que nos realizaba la abuela de un menor de 12 años de edad, quien nos solicitaba información acerca de qué hacer con su nieto, huérfano de padres por muerte en accidente de tráfico, que no salía de casa, presentaba una conducta violenta en cuanto se le contrariaba y se negaba a asistir a clase pese a los intentos de los profesionales de educación.

Preguntada la interesada si desde el centro educativo habían contemplado la posibilidad de derivar al alumno a los especialistas de Salud Mental, la interesada nos respondió que no.

No obstante, considerando que desde Salud Mental pudieran ayudar a su nieto, ésta se comprometió a llevarlo, iniciando el periplo habitual con la consiguiente visita al pediatra, quien en un principio no consideró que los síntomas descritos revistieran importancia.

Hecho el seguimiento y preguntada la abuela sobre la evolución del menor, esta nos respondía que su grado de preocupación aumentaba porque cada vez lo veía más encerrado en sí mismo, no tenía amigos y no salía a la calle.

Meses más tarde, recibíamos llamada de la abuela del menor solicitando ayuda porque su nieto presentaba conductas extrañas, como estar sentado todo el día en una silla de ruedas que había comprado tras exigirle la paga de orfandad y se paseaba por la calle en estas condiciones.

Desde que la abuela del menor acudiera al pediatra hasta el momento de ponerse en contacto con la Institución habían transcurrido más de seis meses y el menor aún no tenía diagnóstico y no había sido atendido por un especialista en Salud Mental.

Otro aspecto que interfiere en la calidad de la atención en salud mental infantil y juvenil estaría relacionado con la demora en las citas en atención especializada, debido a la masificación de la detección en el nivel primario y a la masificación del especializado que dificulta la relación entre los dos niveles de atención.

En tal sentido se nos presentaba la **queja 06/572** en que la interesada se mostraba disconforme con la atención sanitaria de salud mental que venía recibiendo su hija, de 17 años de edad, que tenía un comportamiento inadaptado en el seno del hogar familiar, sin aceptar la autoridad materna, y poniendo en riesgo su situación personal por sus continuas ausencias del hogar familiar, desapariciones que se veía obligada a denunciar ante la policía.

En dichas circunstancias acudió a diferentes instancias administrativas y judiciales solicitando ayuda para solventar el problema de conducta que afectaba a su hija, sin que hasta el momento de presentar queja hubiera encontrado solución.

Especialmente disconforme se mostraba con el hecho de que tras ser derivada su hija por el médico de cabecera al Centro de Salud Mental de Distrito, allí fue atendida por una psicóloga clínica, que a su vez derivó el caso de su hija para que fuese abordado por la Unidad de Día de la USMIJ del Hospital, siéndole otorgada la cita para 3 meses después.

Pero existen otras dificultades que se pueden encontrar los padres a la hora de solicitar la intervención del sistema de salud mental para que su hijo o hija sean tratados de un trastorno grave del comportamiento.

Una primera dificultad surge cuando el menor se niega a acudir a la consulta, resultando imposible conducirlo contra su

voluntad hasta la misma, dada su edad y las características del comportamiento del menor.

Pero es más, en caso que consiguiera llevarlo a la consulta, tampoco esto sería una solución, puesto que para la intervención psicológica o psiquiátrica se debe contar con la colaboración y voluntariedad del sujeto a fin de garantizar la eficacia del tratamiento.

En estos casos, bien porque el menor no acude, o bien, porque no colabora, el diagnóstico y/o tratamiento están abocados al fracaso.

Un ejemplo que lo descrito lo encontramos en la **queja 06/0572**, en la que la interesada nos relataba las serias dificultades que tenía para relacionarse con su hija adolescente, que presentaba un comportamiento violento, no acataba órdenes, se fugaba de casa y se sentía impotente para reconducirla hacia un comportamiento normalizado. Nos decía que había intervenido el Servicio de Protección de Menores como consecuencia de la intervención policial en una de las fugas de casa de la menor y que también había sido atendida en el servicios de salud mental, pero sin ofrecerle una solución válida, por lo que la menor seguía residiendo en el hogar familiar y su comportamiento empeoraba cada vez más.

Admitida la queja a trámite y solicitado informe a las Delegaciones Provinciales de Salud, y de Igualdad y Bienestar Social, en relación con el abordaje terapéutico de los problemas conductuales de la menor, en el informe remitido por el Servicio Andaluz de Salud se relataba que la paciente había sido atendida en la Unidad de Psiquiatría del Hospital, donde se cumplieron los trámites para la elaboración de su historial clínico en el servicio de admisión del hospital y se la citó de nuevo para que acudiese acompañada de su madre pasados 4 días.

En dicha cita se tenía previsto ofertarles un propuesta de tratamiento integral de su situación que incluiría terapia familiar. Sin embargo, ninguna de las dos, ni madre ni hija, acudieron a esta segunda cita ni volvieron a contactar con el servicio. Según la interesada por la negativa de su hija a ser tratada en salud mental, argumentando que *“no estaba loca”*.

El informe continuaba diciendo que, así las cosas, había que tener presente que los problemas conductuales de la menor eran de difícil tratamiento, requiriendo el compromiso de la familia (alteración de los hábitos de comportamiento y de las relaciones intrafamiliares) y de la propia menor para su abordaje.

El informe concluía señalando que: *“la situación descrita nos permite pronunciarnos en cuanto a una posible desasistencia o en cuanto a una negligente o deficiente intervención, motivo por el cual consideramos conveniente sugerir a la interesada que contacte de nuevo con el Equipo de Salud Mental y reanude el abordaje terapéutico de su hija”*.

Otro número importante de quejas hacen referencia a aquellos supuestos en que los menores con trastorno de conducta

abandonan el tratamiento en salud mental, descalificando la intervención recibida.

Tal sería el caso de la **queja 05/4996** en la que los padres de un menor de 16 años se quejaban por el trato que estaban recibiendo de la Administración Sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, concretamente de la Unidad de Salud Mental Infantil de un Hospital de Sevilla.

En su escrito de queja, los interesados exponían los continuos maltratos de palabra y obra que desde hacía aproximadamente dos años venían recibiendo todos los miembros de la familia de manos de su hijo. Siendo éstos cada vez más injustificados y violentos, por lo que habían decidido que su hijo empezara a ser tratado por un profesional de la salud mental. En estas estaban cuando un brote de violencia del menor ocurrido durante un fin de semana les obligó a acudir al Servicio de Urgencias del Hospital en petición de ayuda o auxilio ante la situación que estaban soportando. Tras mucho insistir y tratar de describir la problemática y el calvario que sufría toda la familia, un siquiatra de guardia del Hospital les aconsejó que acudieran a la Unidad de Salud Mental.

El facultativo anteriormente referido, pese a que según él no estuvo con el menor el tiempo suficiente, le diagnosticó un Trastorno de la Personalidad Disocial, que se materializaba en una total ausencia de interés por cumplir las más mínimas normas de convivencia. Además de lo anterior, según el interesado, su hijo hablaba solo constantemente, sobre todo cuando creía no ser visto, decía tener un amigo invisible, se disfrazaba y cogía pistolas de juguete. Estos hechos hacían sospechar al facultativo que el trastorno anteriormente referido tenía momentos de delirio o de formas paranoicas.

Continuaba exponiendo el interesado que en la Unidad de Salud Mental Infantil fueron “atendidos” por una psicóloga, aunque por su forma de trabajar y de atender no se sintieron asistidos, ni auxiliados, por lo que el menor se negó a seguir asistiendo a la consulta.

Según exponían, el primer día expusieron la angustiosa situación que estaban viviendo, mencionando el peligro, incluso de muerte, que sufrían los padres y particularmente el hermano del menor. Pidieron que su hijo fuera visto por la siquiatra de la Unidad y la psicóloga se negó en rotundo, además se negó a hablar a solas con los interesados y padres del menor aduciendo que tenían que pedir cita.

Recibidos finalmente por la psiquiatra, ésta les dijo que les había escuchado por educación, pero que ella no podía hacer nada, que el sistema instaurado era ese y que su tarea y responsabilidad consistía en vigilar la medicación del enfermo en base a la información que le suministraba la psicóloga.

Continuaban informando los padres que su hijo se negaba a continuar con el tratamiento mientras la escalada de violencia verbal y física iba en aumento, siendo cada vez más virulentas

sus respuestas y reacciones. Ante tal situación, solicitaban que su hijo recibiera un tratamiento adecuado y fuese tratado como un enfermo y no como un menor caprichoso y violento, a fin de que parte del problema quedara solucionado y pudieran cuando menos tener una vida familiar más o menos normal.

Admitida a trámite la queja, se solicitó informe a la Dirección Gerencia del Hospital, remitiéndonos éste un informe del que destacamos lo siguiente:

“... La problemática grave de este paciente, tanto por su diagnóstico como por la situación familiar, hacen difícil su abordaje, por ello desde la USMIJ se ha trabajado de forma integral y con equipo multidisciplinar: enfermería, trabajo social, psiquiatría y psicólogo.

Es así como entendemos se debe prestar atención a la salud mental desde el servicio público que es el SAS, permitiéndonos intervenir desde distintas áreas terapéuticas para la mejora del paciente y de su familia.

Sabemos que hay patologías de curso crónico, como es el caso de la enfermedad mental, que a pesar de que se pongan en marcha todos los mecanismos existentes tanto sanitarios, como sociales y judiciales, no mejoran.

En este caso hemos ofrecido los recursos disponibles en nuestra Unidad, excediendo a las competencias sanitarias la problemática que la familia plantea.

Las acusaciones que se ha hacen a la atención recibida, es la respuesta normal de unos padres angustiados ante la enfermedad de su hijo, es por ello que los profesionales asumen la crítica, sabiendo que forma parte de su trabajo.”

Otro supuesto que se repite en las quejas presentadas por los padres de menores aquejados de “trastornos de conducta” es el de la imposibilidad de acceder a recursos que posibiliten el internamiento del menor, pese a haberlo solicitado reiteradamente la familia e incluso haberlo así demandado los profesionales de salud mental.

En tal sentido nos remitiremos a la **queja 07/0733**, en la que la persona compareciente nos exponía que su hija, de 15 años, se encontraba en tratamiento psiquiátrico desde hacía 2 años en la USMIJ del Hospital por problemas de conducta, habiéndose recomendado por el facultativo que la asistía su ingreso en un centro de tratamiento de conducta.

La interesada, solicitaba nuestra ayuda para el acceso de su hija a dicho recurso al no haber dado resultado sus gestiones en distintas instancias.

Con motivo de la tramitación de dicho expediente, se solicitó informe al Hospital y el mismo fue remitido en los siguientes términos:

“...Ante la situación de riesgo en que se encuentra la menor y la dificultad de control de los padres, deci-

dimos solicitar, en mayo de 2006, intervención desde nuestro Hospital de Referencia, al Servicio de Atención al Usuario.

Desde el Servicio de Atención al Usuario se nos informa de la posibilidad de ingreso de la menor en el centro "Dulce Nombre de María" de Málaga o Centro "Vado de los Bueyes" de Puente Genil (Córdoba). Ambos dispositivos nos niegan la posibilidad de atención del caso debido a que ha de ser remitido por el Servicio de Protección del Menor.

Comentada la situación con el Director y Subdirectora médico del Hospital de referencia, se decide contactar con la Jefe de Servicio del Servicio de Protección de Menores recibiendo como respuesta que no considera que sea un caso del que ellos tengan que hacerse cargo.

Nos hemos puesto en contacto con la Oficina de Salud Mental informándoles del caso. No se nos da una respuesta efectiva.

En la situación actual seguimos encontrando muy difícil el abordaje de esta menor desde un recurso ambulatorio. Creemos fundamental el abordaje desde un recurso en régimen de ingreso para poder tener posibilidades de éxito."

A la vista del contenido del informe recibido entendimos que la falta de respuesta a las necesidades terapéuticas de la menor suponía una vulneración de su derecho fundamental a la protección de la salud. En consecuencia, y haciendo uso de la posibilidad contemplada en el art. 29 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, nos permitimos formular la siguiente Recomendación:

"Que a la menor le sea ofertado, a la mayor brevedad posible, un recurso en régimen de ingreso que resulte idóneo para el abordaje terapéutico del problema de conducta diagnosticado a la misma".

En el presente caso, y en el momento de redactar este Informe, aún no se ha recibido respuesta alguna por parte de la Administración con relación a la Recomendación planteada.

También en la **queja 05/1315** el interesado nos decía que la Administración no le facilitaba el recurso terapéutico idóneo para tratar el comportamiento de su hijo al que le habían diagnosticado un trastorno de hiperactividad así como conducta disocial, con manifestaciones extremas de agresividad que incidían incluso en el ámbito de la responsabilidad penal a pesar de su corta edad. En su relato, el padre insistía en que su hijo precisaba de un centro residencial donde pudiera permanecer interno el período de tiempo necesario para abordar y tratar sus problemas conductuales con el concurso de profesionales especializados de salud mental juvenil. No obstante, y a pesar de sus reiteradas peticiones, no obtenía respuesta positiva a sus demandas.

El relato que nos hacía en su queja este padre atribulado era muy revelador de la situación de desasistencia en que se encontraba por la falta de recursos públicos apropiados para el tratamiento de su hijo. Concretamente nos decía lo siguiente:

"Mi hijo tiene 14 años isólo 14 años! Siempre fue un niño inquieto hasta molestar. En el colegio los conflictos y las expulsiones se sucedían. Un diagnóstico psiquiátrico dice que es hiperactivo.

La incapacidad familiar, escolar, social, han perdido la partida; y la calle le ha atrapado. Los delitos de robo, tráfico de drogas y alguna consumición que otra, se suceden.

Su agresividad familiar, amenazas cumplidas, mentiras, promesas incumplidas, quejas de todos..., y mi sentimiento de culpa, me tienen sin fuerzas y en la desesperanza.

Sé de centros que atienden problemas de conducta (no es fundamentalmente un drogadicto). Estos centros tienen un equipo multidisciplinar con atención clínica personalizada.

Sé de una fundación internacional, ONG, llamada O'Belén, en Guadalajara. Su ingreso en este sitio podría romper la relación física (por la distancia) con su banda, como él dice. Podría arreglar una conducta rota, sin disciplina, de la que todos somos responsables.

Pero, y aquí está el problema, no tenemos acceso a ningún centro de este tipo, desgraciadamente. Las respuestas que nos dan Salud y Asuntos Sociales es que hay que agotar los recursos de la propia Comunidad Autónoma. Hasta ahora el recurso de nuestra Comunidad Autónoma es nada".

Tras admitir la queja a trámite solicitamos información sobre la cuestión tanto a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social como a la Delegación Provincial de Salud. Del informe remitido por la Consejería de Salud podemos extraer lo siguiente:

"La Dirección del Distrito Sanitario al que está adscrita sanitariamente la población de residencia del menor, nos informaba que solicitó informe clínico a la Unidad de Salud Mental del Distrito sobre la situación del menor, ya que había sido atendido con anterioridad por dicha Unidad.

No obstante, la Unidad para valorar la situación del menor y ante la negativa de éste a acudir a consulta, procedió a realizar visita en el domicilio por el personal del Equipo de Salud Mental para posteriormente realizar el informe clínico donde se recomendaba tratamiento psicoterapéutico en el centro O'Belén, en Guadalajara, pero al que no podemos tramitar su ingreso por no tener competencia para ello."

Dado el carácter confidencial del informe clínico, haremos una referencia sucinta al diagnóstico clínico del menor: *Trastorno Disocial (F 91, CIE 10) secundario a posible trastorno hiperactivo.*

Por su parte en el informe remitido por la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (Servicio de Protección de Menores) se indicaba lo siguiente:

“El menor ingresa con fecha 24 de Enero de 2005 en un centro de acogida inmediata a instancias de la Fiscalía de Menores y a raíz de una denuncia presentada por los progenitores al menor por malos tratos psicológicos hacia ellos y por hurtos realizados en reiteradas ocasiones, sin que hasta ese momento constase ninguna información relativa al menor en este Servicio.

Tras las diversas entrevistas mantenidas con los progenitores del menor y con él mismo, tanto desde el servicio de protección de menores, como desde el dispositivo en el que el menor se encontraba, se detecta que el problema es de relaciones intergeneracionales dados los problemas de conducta que presenta el menor, no habiéndose detectado en ningún momento ninguna situación de riesgo o desprotección del menor con respecto a sus padres. Se les explica a los progenitores en qué consiste el desamparo de un menor, entendiendo éstos que no es su caso, y que en ningún momento permitirían que se declarase dicha situación si no se diesen los factores necesarios para ello.

El menor causa baja del centro con fecha al mes de su ingreso, derivándose ese mismo día por el servicio de protección al servicio de prevención y apoyo a la familia para su posible inclusión en el programa de mediación familiar intergeneracional, habiendo aceptado las dos partes (padres e hijo) dicha intervención, no llevándose a cabo la mediación, a pesar de todo, según informa el propio servicio, dado que el menor no está dispuesto a acudir a la primera cita que se le plantea desde el programa.

En la última entrevista mantenida en el Servicio con ambos progenitores, éstos informaban de su intención de trasladar a su hijo a un centro en el que pudiesen trabajar los problemas de conducta que presenta, centro situado en Guadalajara y que el padre del menor localizó de forma personal. Una vez nos informan de esta posibilidad, desde el Servicio de Protección de menores se mantiene contacto con la directora del centro, la cual afirma que aceptarían al menor en caso de que existiese una medida de protección con respecto al mismo, no siendo ésta la situa-

ción que nos ocupa, dado que el menor no se encontraba en situación de desamparo.

No obstante, desde el Servicio de Protección se realizaron las gestiones oportunas para localizar un centro de carácter privado, cuyos gastos estaba dispuesto a sufragar el padre, sin haber obtenido ningún resultado satisfactorio, así como el ofrecimiento a la familia para cualquier asesoramiento que fuese requerido.

El presente caso concluye, y según la información facilitada al Servicio de Protección por APROME siendo el menor internado en un centro semiabierto de reforma como consecuencia de las conductas delictivas que hasta la fecha había llevado a cabo.”

Ante la situación del menor, desde esta Institución se procedió a formular Recomendación a la Consejería de Salud respecto a la atención sanitaria que precisaba el menor. En concreto, y a la vista de la información disponible en el expediente y de la normativa de aplicación, se estimó oportuno trasladar las siguientes consideraciones sobre el presente asunto.

“En primer lugar, debemos resaltar el cuadro clínico padecido por el menor (Trastorno Disocial -F 91, CIE 10-), claramente diagnosticado por parte del dispositivo sanitario público de salud mental.

Respecto de dicha patología la prescripción de tratamiento efectuada por los facultativos es clara, y viene referida a la necesidad de ingreso del menor en un centro especializado donde se pudieran abordar sus problemas conductuales. En el informe clínico no se indica el período de estancia del menor en dicho centro aunque se ha de suponer que lo sería hasta el momento en que fuera aconsejable su alta terapéutica.

Al respecto se ha de aludir el artículo 43 de la Constitución que reconoce el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos. En el ámbito territorial andaluz el desarrollo legal de tal precepto se efectúa, principalmente, mediante la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, que en su artículo 6.1.a) establece el derecho de los ciudadanos a las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente. Esta normativa no es otra que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece el derecho de los ciudadanos a obtener las prestaciones sanitarias necesarias para la recuperación de la salud perdida, concretándose dichas prestaciones en el Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que incluye tanto el diagnóstico y tratamiento de la salud mental dentro del

dispositivo de atención primaria, como la atención especializada una vez superado tal nivel, bien fuere en régimen ambulatorio o con el ingreso en un centro sanitario especializado.

Es en este contexto normativo en el que hemos de analizar la pretendida derivación del paciente hacia un recurso socio-sanitario dependiente de otra Comunidad Autónoma (Castilla La Mancha) y ello, se ha de suponer, al no disponer el Sistema Sanitario Público de Andalucía de ningún recurso asistencial con tales características.

A la postre, los intentos realizados para su traslado a dicho recurso resultaron infructuosos, ya que dicho centro forma parte de la red de centros de protección de aquella Comunidad Autónoma, siendo requisito ineludible el que la Administración hubiese previamente asumido la tutela o guarda del menor previa incoación de un expediente de protección, en el que se hubiese acreditado la situación de desamparo de éste o al menos la imposibilidad temporal de los progenitores de cumplir con los deberes inherentes a la patria potestad respecto de su hijo. Y no es este el caso, pues tal como refiere la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social en su informe el menor en ningún momento ha padecido ninguna situación de riesgo o desprotección respecto de sus padres; mas al contrario son los padres quienes alarmados por la magnitud del problema que afecta a su hijo se han dirigido a las diferentes Administraciones demandando ayuda para solventar su situación.

Pero más allá de la quiebra del derecho a la asistencia sanitaria del menor nos encontramos con que la omisión del tratamiento –internamiento temporal en centro terapéutico– ha podido contribuir al afianzamiento de las conductas disociales del menor y que, muy a pesar de la movilización de sus progenitores en búsqueda de ayuda con que contener la inevitable escalada de acontecimientos, finalmente el menor haya llegado a sobrepasar el límite de la responsabilidad penal y haya sido condenado judicialmente al cumplimiento de una medida de internamiento en un centro para menores infractores.

El menor actualmente cuenta 14 años de edad y dada la cronicidad del problema conductual que le afecta seguirá precisando de tratamiento de salud mental una vez finalice la medida de internamiento que le ha sido impuesta.

Es por ello que, con la finalidad de salvaguardar la integridad de los derechos del menor, y de conformidad a la posibilidad contemplada en el artículo 29 de

la Ley Reguladora del Defensor del Pueblo Andalúz, me permito formularle la siguiente **Recomendación**:

Que se garantice el derecho a la protección de salud del menor, facilitándole la prestación sanitaria prescrita por los profesionales del equipo de salud mental que le vienen atendiendo.

Que a tales efectos se procure su ingreso en un centro especializado en trastornos de conducta donde pueda recibir tratamiento de psicoterapia.

Que se programe la atención sanitaria de salud mental del menor para que ésta sea activada en el mismo momento de la salida del centro de reforma donde actualmente se encuentra internado.”

La respuesta recibida desde la Consejería de Salud a esta Recomendación, que reproducimos a continuación, nos parece bastante clarificadora respecto de cuál es la postura asumida por las Administraciones Públicas andaluzas cuando enfrentan el problema de dar una respuesta eficaz a las necesidades terapéuticas de un menor no tutelado afectado por un problema grave de trastorno de conducta.

“...tenemos que poner en su conocimiento que al margen de nuestra total disposición a la aceptación de las recomendaciones efectuadas, su cumplimiento resulta poco menos que inviable dada la situación de hecho y de derecho en la que a día de la fecha vive (...). Así, al tratarse de un menor, la patria potestad corresponde a sus padres, y al no haberse dado una declaración de desamparo y haber asumido la Junta de Andalucía su custodia y guarda legal, cualquier actuación tendente a ingresar a (...) en un centro especializado, deberá partir única y exclusivamente de sus padres, por lo que difícilmente esta Delegación Provincial de Salud podría procurar su ingreso tal y como se recomienda, y menos tratándose de una institución ajena a nuestra Comunidad Autónoma.

Así mismo, de tratarse de efectuar una labor de mediación entre Comunidades o de apoyo económico a la familia, ello entraría dentro de las competencias de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social más que en las competencias sanitarias de la Consejería de Salud.

Por lo que respecta a la asistencia sanitaria en sí, al menor, en todo momento ha estado a su disposición el dispositivo de salud mental, tanto de su distrito de referencia como del Hospital (...).

En tal sentido, desde esta Delegación se han dado las instrucciones para que dicho dispositivo se mantenga a la expectativa para cuando el menor abandone el Centro de Acogida donde se encuentra ingresado a instancias de la fiscalía.

Confiamos en que con el presente escrito se dé por contestada la recomendación efectuada por esa Institución, reiterando nuestro ofrecimiento a una total colaboración tendente a conseguir el restablecimiento de (...), si bien con la puntualización de que entendemos que cualquier solución que se quiera dar al tema, necesariamente tendrá que pasar por la decisión definitiva que tomen los padres en cuanto a la custodia del menor”.

Como puede observarse, la Administración sanitaria obvia completamente la cuestión de fondo planteada en el presente caso, cual es la necesidad de que la misma ofrezca al menor el recurso terapéutico que precisa y que, según sus propios profesionales, no sería otro que el ingreso en un centro especializado en trastornos de conducta.

La oferta que se hace de los recursos propios del dispositivo de salud mental del distrito y del Hospital de zona, no tienen virtualidad alguna puesto que ya había quedado demostrado, y la Consejería lo conocía sobradamente, que los mismos resultaban ineficaces en el presente caso.

Pero lo más sorprendente de la respuesta recibida es que la misma viene a decir que resulta imposible satisfacer la demanda sanitaria del menor, concretada en el ingreso en un centro de tratamiento de conducta, pero no porque dicho recurso no exista, sino porque para acceder a los recursos existentes, tanto en esta Comunidad Autónoma como en otras, es necesario que previamente se proceda al desamparo del menor y a la asunción de su tutela por la Administración Pública.

En otras palabras se condiciona el tratamiento sanitario de un menor al hecho que sus padres acepten perder la tutela sobre el mismo, ya que en caso contrario la Administración no le ofrece el recurso terapéutico que precisa.

O dicho de otro modo, existen recursos terapéuticos públicos para los menores con graves trastornos de conducta, pero sólo pueden acceder a los mismos los menores tutelados por la Administración, los menores no tutelados deberán conformarse con otros recursos, aunque los mismos no respondan a sus necesidades terapéuticas reales.

Ante esta respuesta, no debe de extrañar que muchas familias andaluzas, desesperadas ante la situación de sus hijos y la falta de respuesta por parte de la Administración sanitaria, opten por dirigirse a la Entidad de Protección de Menores suplicándole que desampare al menor, como única fórmula para acceder al recurso terapéutico que el mismo precisa.

Pero lo más sangrante, es que la respuesta que habitualmente reciben a esta suplica por parte del Ente de Protección de Menores es negativa, argumentando que el menor no puede ser desamparado al contar con una familia que se preocupa de él, lo que les cierra las puertas de acceso a los únicos recursos terapéuticos públicos existentes en Andalucía.

Ante esta situación, no puede extrañar a nadie que algunos progenitores llegaran a manifestar ante esta Institución que estaban considerando la posibilidad de abandonar a su hijo ante las puertas del Ente de Protección de Menores, como única forma de conseguir que el mismo fuera desamparado y pudiese finalmente acceder al tratamiento sanitario que precisa para su trastorno.

Ciertamente, resulta difícil de entender que un recurso sanitario financiado con fondos públicos pueda quedar reservado exclusivamente para los menores sujetos a la tutela de la Administración Pública, estando vedado para el resto de menores andaluces que lo precisen.

3. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN PARA LOS MENORES TUTELADOS CON TRASTORNO DE CONDUCTA. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

3. 1. La organización del sistema.

El Decreto 355/2003, de 16 de Diciembre, del Acogimiento Residencial de Menores, considera centros de protección de menores a «(...) aquellos establecimientos destinados al acogimiento residencial de menores sobre quienes se asuma u ostente previamente la Tutela o Guarda, sin perjuicio de la atención inmediata que se les preste cuando se encuentren transitoriamente en una supuesta situación de desprotección.»

Además, el Decreto 355/2003 estipula en su art. 19 que los centros de protección de menores se clasifican en casas y residencias, definiéndolas de la siguiente manera:

«Casas: Son núcleos de convivencia ubicados en viviendas normalizadas, que siguen los patrones funcionales y relacionales de los hogares familiares más comunes. El número de plazas de las mismas no podrá exceder de ocho, salvo que así lo contemple la normativa específica reguladora de los requisitos materiales y funcionales de los centros.

Residencias: Tienen esta consideración los centros que agrupan a varios núcleos o módulos de convivencia similares a las casas y en los que las personas menores de edad acogidas comparten habitualmente algunos espacios comunes. Sus plazas son superiores a ocho, salvo que la normativa específica reguladora de los requisitos materiales y funcionales de los centros contemple otras posibilidades. No obstante, el número total de plazas deberá agruparse de acuerdo al criterio modular anteriormente expresado, en grupos no mayores de ocho plazas.»

No obstante, esta distinción de los centros de protección, que atiende más al tamaño y a las características espaciales del centro, nos son las que más nos interesan para el presente Informe, lo relevante es la distinción que existe entre los

centros de protección en atención a los programas que los mismos desarrollan.

En este sentido la Orden de 13 de Julio de 2005, por la que se aprueba el proyecto educativo marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía señala que «una de las características más destacables de la evolución de la atención residencial está siendo la diversificación de los centros que se van creando, con el fin de dar cobertura a las diferentes necesidades que se generan en este ámbito».

No obstante, la principal distinción no se establece entre tipologías de centros residenciales, sino en función de los programas que los mismos desarrollan.

Así, señala la Orden de 13 de Julio de 2005 lo siguiente:

«Los programas de atención residencial constituyen marcos de referencias en los que se ordenan los principios y criterios que inspiran la acción social y educativa de los centros ante cada uno de los perfiles individuales y colectivos que presentan las personas menores de edad en acogimiento residencial, de acuerdo a las distintas circunstancias sociales e históricas.

(...) Los programas son un instrumento técnico para orientar la acción en los Centros, de acuerdo al perfil de menores en ellos atendidos en cada momento y que variarán de acuerdo a la necesidad de adaptación constante a los cambios en dichos perfiles.»

En cuanto a las características de estos programas y el lugar que ocupan dentro del entramado de protección, podemos decir, siguiendo a la Orden de 13 de Julio de 2005, lo siguiente:

«a) En un mismo centro pueden desarrollarse distintos programas, tanto en correspondencia con la posible distribución modular del mismo, como si se incluye algún programa de aplicación individual. Conceptualmente no existen “centros de...”, todos son centros de protección de menores, que se dedican a desarrollar los programas que se van necesitando y acordando.

b) Los programas tienden a reflejar situaciones y respuestas colectivas o grupales. No obstante, se contempla la posibilidad, en aras de la integración, normalización e individualización de la atención, de que se combinen programas de carácter general, con algunos de aplicación individual. (...)»

Por lo que se refiere a los programas que se desarrollan en los centros de protección, podríamos dividir los mismos en tres categorías:

- programas básicos.
- programas complementarios.
- Programas específicos.

Los programas básicos serían el programa de acogida inicial e inmediata y el programa de atención residencial básica, que se describen de la siguiente manera en la Orden de 13 de Julio de 2005:

«5.4.a. Programas destinados a la Acogida Inicial e Inmediata:

Son aquellos que prevén que en los centros se pueda facilitar una primera acogida a menores que necesiten atención en acogimiento residencial, pero de quienes aún no se conozca adecuadamente su problemática, sea necesario un diagnóstico y se necesite una labor previa a la toma de decisiones sobre su futuro, tanto si dicha acogida se refiere a una situación de urgencia, como si se trata de algo previsto o programado.

No necesariamente tiene que ser realizada dicha labor en un centro de carácter específico. Es decir, los programas que organizan la puerta de entrada al Sistema de Protección, pueden realizarse en el Centro más adecuado a las circunstancias de cada menor.

(...) En cualquier caso, y de acuerdo a lo previsto en el Decreto de acogimiento residencial, la permanencia de menores en Centros que desarrollen Programas de Acogida Inicial e Inmediata, será la del menor tiempo posible, bien para posibilitar la integración o reintegración familiar, sea por la superación de la situación que justificó la acogida, o bien para pasar a los recursos previstos para el acogimiento residencial de carácter general, que desarrollan los Programas de Atención Residencial Básica o, en su defecto, si así lo justifican los casos, los Programas Específicos de Atención a la Diversidad.»

«5.4.b. Programas dedicados a la Atención Residencial Básica:

Se trata del acogimiento residencial de carácter general y normalizado, que incluye el abordaje de la diversidad desde una perspectiva integradora. En este grupo se incluyen las situaciones más significativas de dicha diversidad, desde una perspectiva que complementa la Atención Residencial Básica y que supone el abordaje de las distintas necesidades especiales que puedan presentar niños, niñas, adolescentes y jóvenes, desde el marco de dicha atención general y como refuerzo integrador de la misma, evitando la segregación y la falacia de hiperespecialización de los recursos.

La característica fundamental de este tipo de Programas es ofrecer a cada menor el alojamiento, la convivencia y la educación que precisa para su desarrollo integral, por el período necesario hasta que pueda producirse el retorno a su familia si fuera posible, la preparación para la emancipación o la vida autónoma cuando cumplan dieciocho años, o se adopte otra medida alternativa (acogimiento familiar o adopción), todo ello en un ambiente normalizador lo más parecido posible a los núcleos familiares comunes.»

Junto al programa de atención residencial básica es normal que los centros desarrollen algunos programas complementarios, cuyas características, según la orden de 13 de Julio de 2003, serían las siguientes:

«La característica esencial de los Programas complementarios del Programa de Atención Residencial Básica es que son de aplicación generalmente individual: cuando por los Servicios correspondientes se aprecie la existencia de menores que, bien de forma transitoria por la temporalidad de la situación, o bien si se trata de una necesidad de carácter leve o moderado, más permanente, requiera de una atención más específica, se les incluirá en el programa complementario correspondiente sin que sea necesaria la salida del centro en el que se encuentra o que se le destine a un centro de carácter específico, dado que la problemática o situación que presenta puede ser trabajada desde los recursos generales.»

Entre estos programas de carácter complementario que pretenden atender las situaciones de diversidad que necesitan respuesta específica, dentro de los Programas de Atención Residencial Básica, se encuentran los siguientes:

- La atención a chicas en proceso de gestación y jóvenes madres.
- La preparación para la emancipación y la vida independiente.
- La integración social y laboral de menores procedentes de la inmigración.
- El tratamiento a menores con conductas socialmente conflictivas:
- La adaptación a las necesidades de menores con discapacidades.
- La deshabitación de las drogodependencias.

De todos estos programas nos interesa detenernos especialmente en el dedicado al tratamiento a menores con conductas socialmente conflictivas, cuya descripción en la Orden de 13 de Julio es como sigue:

«Cuando se trata de menores que se encuentran en acogimiento residencial y que presentan conductas problemáticas o disruptivas, socialmente conflictivas, sin que las mismas deban ser objeto de un tratamiento segregado o de carácter muy especializado, deben ser atendidos desde técnicas y recursos propios de un programa específico, sin que sea preciso que cambien de centro, compatibilizando las características generales del programa de Atención Residencial Básica, con la aplicación de dichas especificidades. Se trata de encajar en el contexto de la atención básica, aquellas conductas conflictivas relacionadas con algunas manifestaciones de la adolescencia y que suelen agudizarse en menores de protección, sin que impliquen trastornos más profundos de la personalidad.»

Junto a estos programas complementarios del de atención residencial básico existen otros programas denominados específicos por cuanto atienden situaciones especiales que exigen un abordaje específico que no puede ser llevado a cabo con los recursos habituales de un centro de protección normal. Así describe la Orden de 13 de Julio de 2003 estos programas específicos:

«5.4.c. Programas Específicos de Atención a la Diversidad:

Son aquellos a través de los cuales se atiende a menores cuyas necesidades específicas exigen un abordaje segregado, diferenciado. Se desarrollan en Centros que, por sus características espaciales, profesionales e instrumentales reúnen las condiciones adecuadas para un acogimiento terapéutico, ya sea de forma temporal, destinado al retorno a la normalización, o bien con carácter permanente, si así lo exigiera la situación de cada menor.»

Las situaciones o perfiles que se incluyen entre estos Programas son:

«- El abordaje de Graves Trastornos del Comportamiento, relacionados con patologías psicosociales y educativas.

Este tipo de programa va destinado a menores cuyos comportamientos devienen en altamente conflictivos, no necesariamente asociados a patologías psiquiátricas, que son incompatibles con la normal convivencia en los centros, afectando tanto a los propios sujetos como a otros y otras menores con quienes puedan compartir centro. Suponen la aplicación de técnicas y actuaciones muy estructuradas, destinadas a la contención y corrección con carácter terapéutico y socioeducativo de aquellas conductas o comportamientos altamente contrarios al modelo de convivencia, provocando el aprendizaje de comportamientos positivos y la asimilación de las reglas sociales básicas, con la finalidad del retorno de menores a centros donde se desarrollen programas de Atención Residencial Básica. Es decir, en principio, este Programa está orientado de forma transitoria, hacia la integración en los contextos normalizadores. No obstante, se contempla la posibilidad de incluir casos de mayor permanencia, hasta la mayoría de edad, trabajándose en estas situaciones, todos aquellos aspectos derivados de la necesidad de integración social y laboral de cada menor.

- El tratamiento de Graves Trastornos de la Conducta, asociados con patologías psiquiátricas.

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

- La atención a Menores con Grave Discapacidad:

Este tipo de programa va dirigido a menores con grave discapacidad física, psíquica y/o sensorial, los cuales por su perfil o la gravedad de su patología requieren ayuda constante por parte de otras personas para desarrollar las actividades de la vida diaria, así como precisan contar con una infraestructura apropiada y personal altamente cualificado.»

En el presente Informe se ha supervisado especialmente el funcionamiento de estos tres programas específicos, para lo cual se han visitado diversos centros de protección dedicados expresamente a la gestión de los mismos.

3.2. Los centros específicos para menores con trastornos de conducta.

Los centros específicos para el tratamiento de los trastornos de conducta se diferencian del resto de centros de protección dependientes de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social únicamente por tener encomendado el desarrollo de un programa específico, distinto del que con carácter general se estipula para todos los centros de protección –programa de atención residencial básico– y que pretende incidir en todas las facetas de la vida de los menores tutelados.

En estos centros se desarrollan fundamentalmente dos de los tres programas específicos citados en el aparato anterior:

- El abordaje de Graves Trastornos del Comportamiento, relacionados con patologías psicosociales y educativas.
- El tratamiento de Graves Trastornos de la Conducta, asociados con patologías psiquiátricas.

A la hora de determinar que programa específico de los antes citados desarrollaba cada uno de los centros visitados se nos presento un grave problema, por cuanto la práctica totalidad de dichos centros utilizaba como denominación la de Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta y, sin embargo, el perfil de los menores allí ingresados se correspondía en un número muy

elevado de casos con el determinado para el Programa de Graves Trastornos del Comportamiento, sin perjuicio de que también estuvieran ingresados en estos centros otros menores con un perfil más propio del Programa de Graves Trastornos de la Conducta.

Únicamente un centro –“Dulce Nombre de María” en Málaga– presentaba un perfil muy definido en cuanto a los menores ingresados que sólo cuadraba con el determinado para el Programa de Graves Trastornos de la Conducta. Sin embargo, para introducir más confusión, el programa que desarrollaba este centro era denominado por la CIBS en la documentación remitida a esta Institución como “Programa para Graves Trastornos de la Personalidad”.

Por este motivo, y en aras a la claridad expositiva hemos considerado oportuno englobar a todos los centros visitados bajo la denominación común que mayoritariamente utilizaban los mismos de Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta (CTTC).

En el Proyecto Marco de unos de estos centros se definía a los mismos como un centro eminentemente terapéutico y se señalaba que se trataba de *“un centro específico de atención a adolescentes con graves problemas de conducta, donde la cura de los posibles trastornos de conducta se enfoca desde la intervención terapéutica individual y grupal, la acción educativa, incidiendo sobremanera en la formación (aprendizajes) para el empleo, y la futura (si existieran las condiciones idóneas) inserción laboral”*.

En el curso de la fase de investigación del presente Informe se programaron visitas de inspección a los 12 centros de protección que, según el listado remitido por la Dirección General de Infancia y Familia a inicios de 2006, desarrollaban el programa de atención a menores con trastornos de conducta. No obstante, sólo pudieron visitarse 11 de estos centros, ya que el centro “Alhendin” ubicado en Granada no estaba aún en funcionamiento.

Los centros visitados son los siguientes:

ANEXO I. DATOS DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES QUE DESARROLLAN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA					
Provincia	Centro	Entidad	Plazas	Sexo	Dedicación
Almería	La Quinta	Asoc. Noesso	8	Masc.	Exclusiva. Comparte ubicación con Comunidad Terapéutica Deshabitación
Cádiz	Res. Esp. At. Adol. CTT	Fund. Márgenes y Vínculos	15	Masc.	Exclusiva
Cádiz	Res. Men. El Rocío	Asoc. AFANAS	12	Fem.	Exclusiva

ANEXO I. DATOS DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES QUE DESARROLLAN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA					
Provincia	Centro	Entidad	Plazas	Sexo	Dedicación
Córdoba	Prado de Sta. María	Asoc. Arco Iris	16	Fem.	Exclusiva. Comparte ubicación con Comunidad Terapéutica Deshabitación
Córdoba	Vado de los Bueyes	Asoc. Arco Iris	16	Masc.	Exclusiva. Comparte ubicación con Comunidad Terapéutica Deshabitación
Córdoba	Santa Elena I	Asoc. Dianova	8	Masc.	Exclusiva. Comparte ubicación con Comunidad Terapéutica Deshabitación
Córdoba	Santa Elena II	Asoc. Dianova	8	Masc.	Exclusiva. Comparte ubicación con Comunidad Terapéutica Deshabitación
Málaga	Dulce Nombre de María	Inst. Psicopedag. Dulce Nombre de María, C.B.	40	Mixto	Exclusiva. Comparte ubicación con Centro de Educación Especial
Sevilla	La Granja II	Asoc. Paz y Bien		Masc.	Exclusiva
Sevilla	Casa de Menores Al-Quivir	Asoc. Estudios Sociales por la Igualdad de la Mujer (AESIM)	8	Mixto	Exclusiva
Sevilla	Casa de Menores Ágora	Asoc. Estudios Sociales por la Igualdad de la Mujer (AESIM)	8	Mixto	Exclusiva

Las visitas de inspección se efectuaron en el periodo comprendido entre Marzo de 2006, fecha de la visita al centro ubicado en la localidad de Benalup (Cádiz), y Octubre de 2006, en que se visitó el centro “Dulce Nombre de María” ubicado en Málaga.

La primera de estas visitas tuvo como objetivo primordial establecer una toma de contacto con la realidad de este tipo de centros, a fin de conocer sus peculiaridades de organización y funcionamiento, de forma que pudiéramos diseñar con mayor conocimiento de causa el proceso de investigación de campo subsiguiente.

El protocolo que se elaboró tras esta visita nos sirvió de guía para el resto de las visitas a centros efectuadas durante el año 2006, de tal modo que en todos los centros se supervisaron los mismos aspectos de infraestructuras, medios, organización y funcionamiento, sin perjuicio de que se analizaran las cuestiones peculiares de cada centro surgidas en el curso de las visitas.

En consecuencia, y para la dación de cuentas del resultado de la investigación realizada, seguiremos el orden de cuestiones establecido en el citado protocolo que figura como Anexo al presente Informe.

Nuestra intención al diseñar el presente Capítulo del Informe ha sido ofrecer una panorámica lo más amplia posible de las características generales que presentan los centros específicos de trastornos de conducta en materia de infraestructuras, medios, organización y funcionamiento.

No pretendemos, por tanto, evaluar separadamente las características y peculiaridades de cada uno de los centros inspeccionados, sino ofrecer una perspectiva general y sectorializada del funcionamiento de estos centros específicos. Por este motivo, analizaremos de forma transversal los distintos aspectos que fueron objeto de nuestra investigación en todos y cada uno de los centros inspeccionados, sin entrar en consideraciones sobre las peculiaridades que pudiera presentar cada uno de estos centros en los aspectos transversales analizados.

No obstante, nuestra pretensión de ofrecer una visión de globalidad del funcionamiento del programa de trastorno de conducta, con independencia de las peculiaridades de los centros que los desarrollan, no impedirá que señalemos aquellas particularidades de algunos centros que consideremos merecedoras de especial análisis.

3. 2. 1. Datos estadísticos.

Los datos relativos al número total de plazas concertadas por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en centros específicos para la atención a menores de protección con trastornos de conducta nos fueron facilitados por la Dirección General de Infancia y Familia en Enero de 2007, e incluyen la evolución anual de las estancias de menores en estos centros desde el año 2003.

TOTAL ESTANCIAS EN RECURSOS PROVINCIALES Y REGIONALES

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 11-18 AÑOS

AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	80	113	16	129	6
2004	84	102	30	132	10
2005	96	102	35	136	11
2006	107	125	45	170	39

DATOS A 20-12-2006

PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
107	6	68	22	90	17

TOTAL PROVINCIAS

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 11-18 AÑOS

AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	44	65	3	68	3
2004	44	64	11	75	6
2005	56	70	17	87	5
2006	67	94	27	121	32

DATOS A 20-12-2006

PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
67	6	47	12	59	14

TOTAL REGIONAL

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 12-18 AÑOS

AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	36	48	13	61	3
2004	40	38	19	57	4
2005	40	32	17	49	6
2006	40	31	18	49	7

DATOS A 20-12-2006

PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
40	-	21	10	31	3

ALMERÍA

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 11-18 AÑOS

AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	8	8	-	8	-
2004	8	10	-	10	1
2005	8	13	-	13	1
2006	8	14	-	14	3

DATOS A 20-12-2006

PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
8	2	6	-	6	2

CÁDIZ

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 11-18 AÑOS

AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	12	18	-	18	-
2004	12	19	-	19	-
2005	24	19	11	30	-
2006	27	22	21	43	2

DATOS A 20-12-2006

PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
27	1	13	11	24	1

CÓRDOBA

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 12-17 AÑOS

AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	8	14	1	15	2
2004	8	15	4	19	2
2005	8	13	-	13	3
2006	8	15	-	15	8

DATOS A 20-12-2006

PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
8	1	7	-	7	3

GRANADA

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 12-17 AÑOS

AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	-	-	-	-	-
2004	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	-
2006	8	20	-	20	17

DATOS A 20-12-2006

PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
8	1	7	-	7	7

SEVILLA

PROGRAMA: TRASTORNOS DE CONDUCTA

EDAD MENORES ATENDIDOS: 12-17 AÑOS

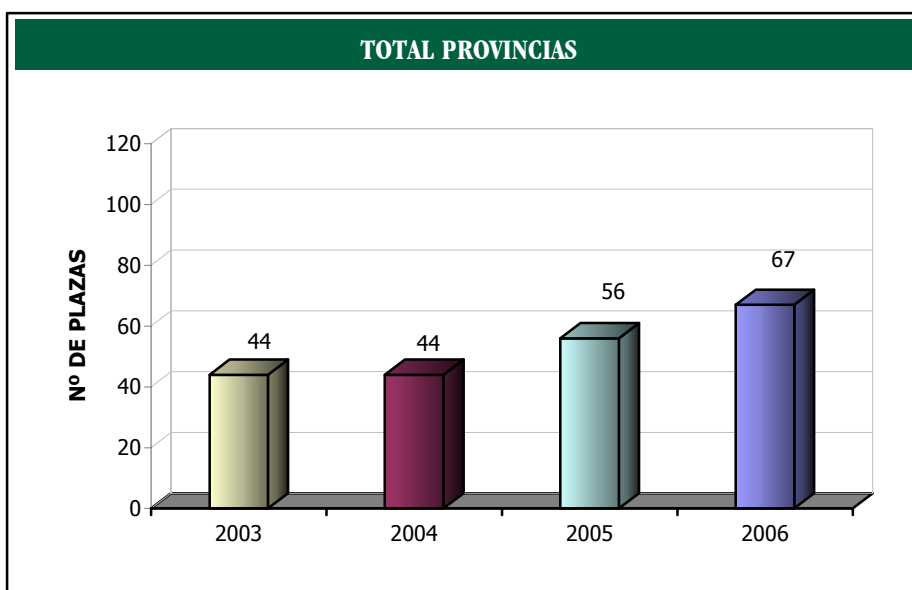
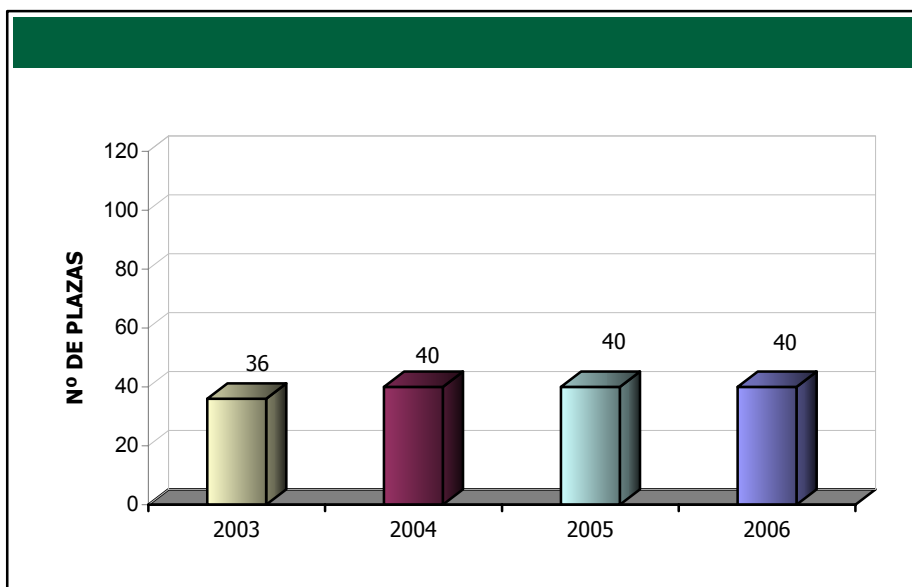
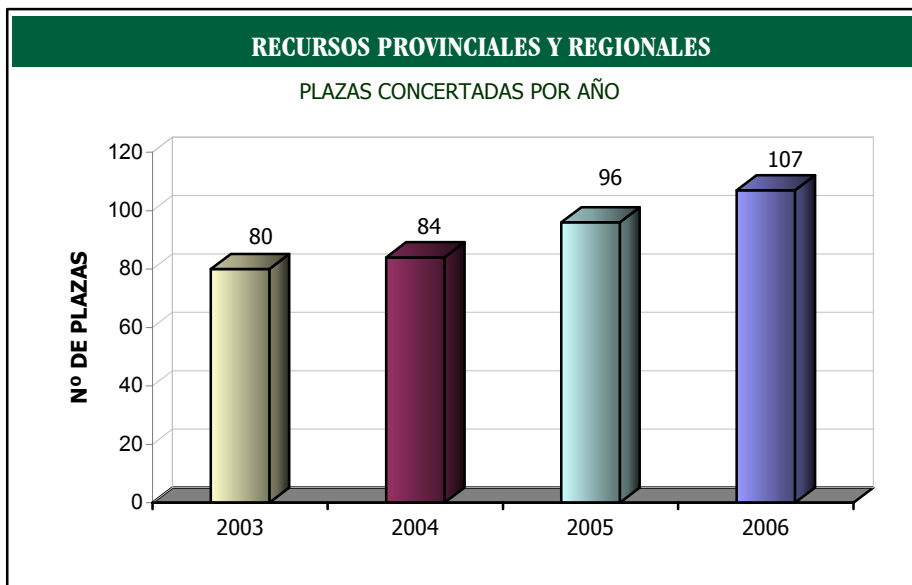
AÑO	PLAZAS CONCERTADAS	MENORES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
2003	16	25	2	27	1
2004	16	20	7	27	3
2005	16	25	6	31	1
2006	16	23	6	29	2

DATOS A 20-12-2006

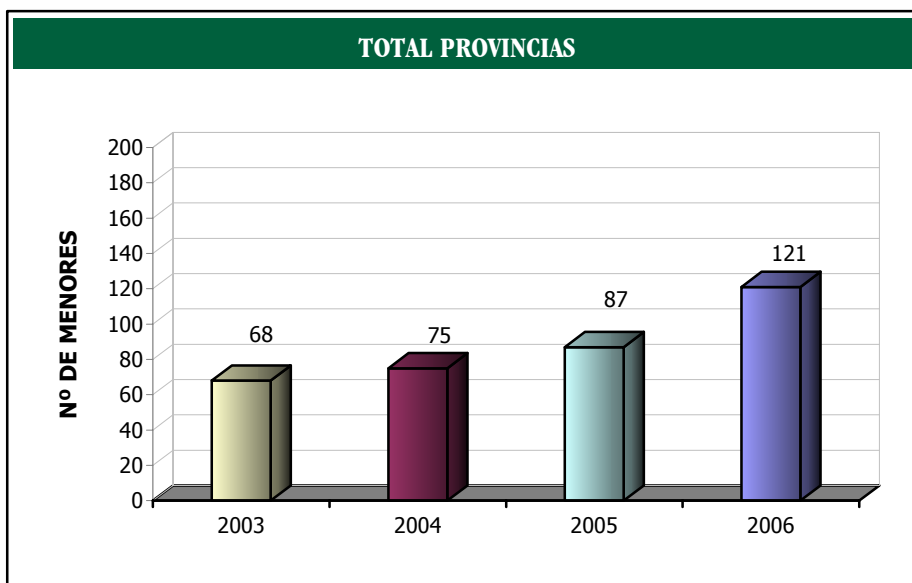
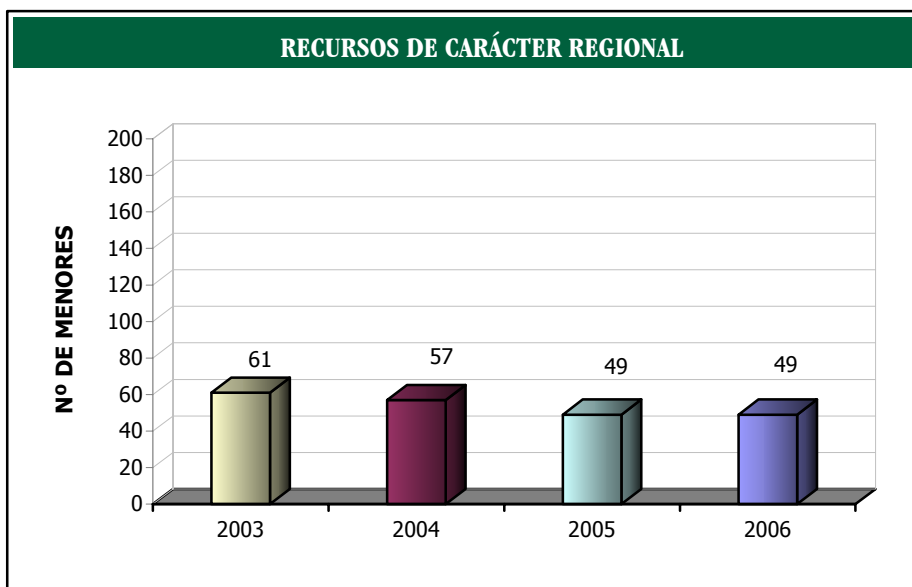
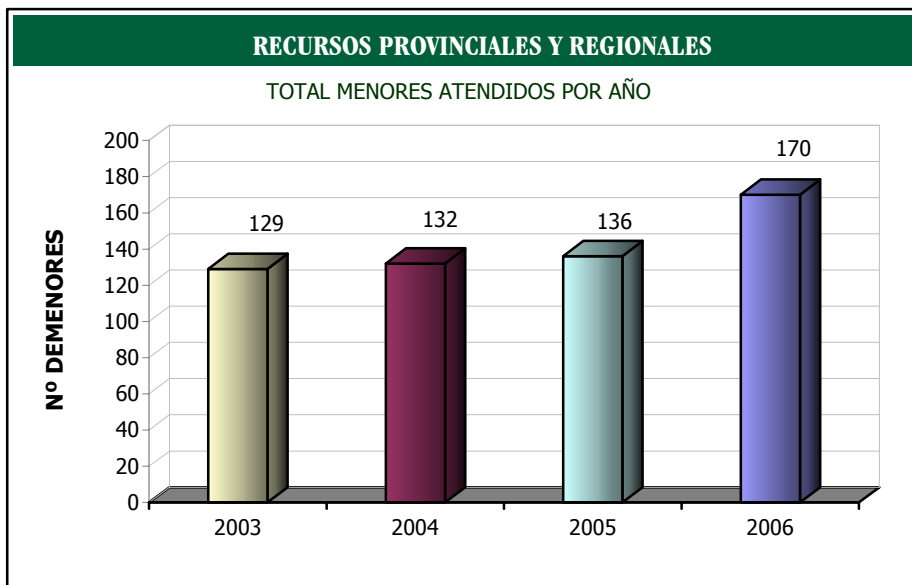
PLAZAS CONCERTADAS	PLAZAS RESERVADAS	PLAZAS OCUPADAS			
		NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	ESPECIFICAR DEL TOTAL, N° MENORES EXTRANJEROS
16	1	14	1	15	1

De los datos expuestos se deduce el crecimiento sostenido en los últimos años tanto en el número de plazas concertadas como en el de estancias registradas de menores en estos centros.

- Plazas concertadas:



- Menores atendidos:



Este dato nos parece especialmente relevante por cuanto el incremento experimentado en el número de plazas no parece corresponderse con un incremento similar en el número global de menores ingresados en centros de protección en Andalucía que permanece estable o incluso experimenta alguna reducción según los últimos datos estadísticos.

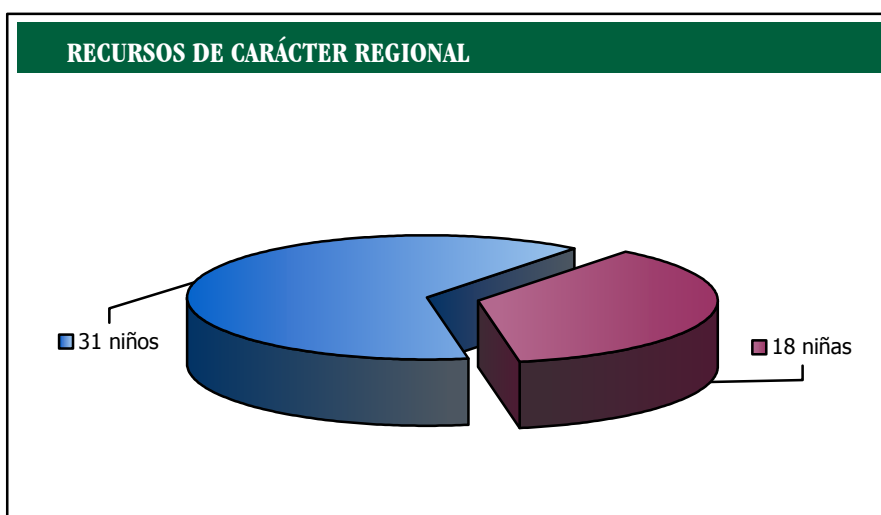
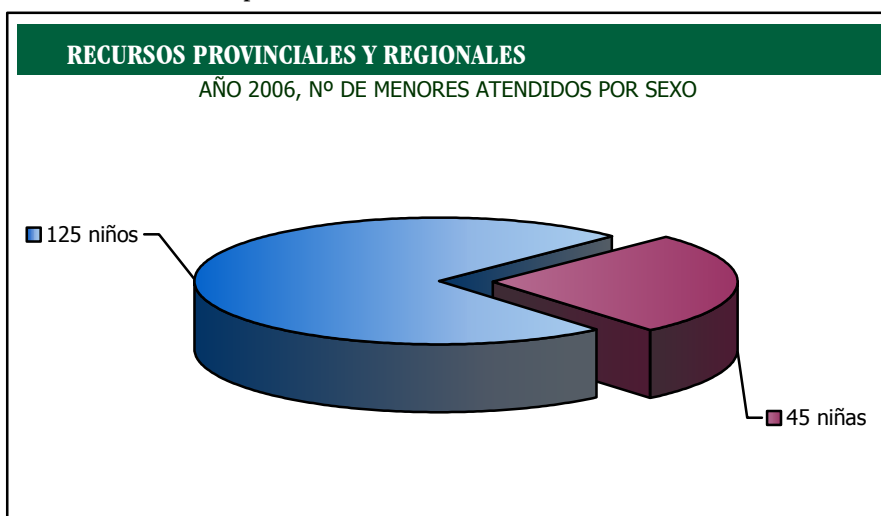
La explicación para esta aparente contradicción podría encontrarse en la conjunción de dos factores que concurren simultáneamente: por un lado, el incremento experimentado en el número de menores, tanto tutelados como no tutelados, que presentan conductas desadaptadas o trastornos del comportamiento; y, por otro lado, la insuficiencia de las plazas creadas en los primeros años pa-

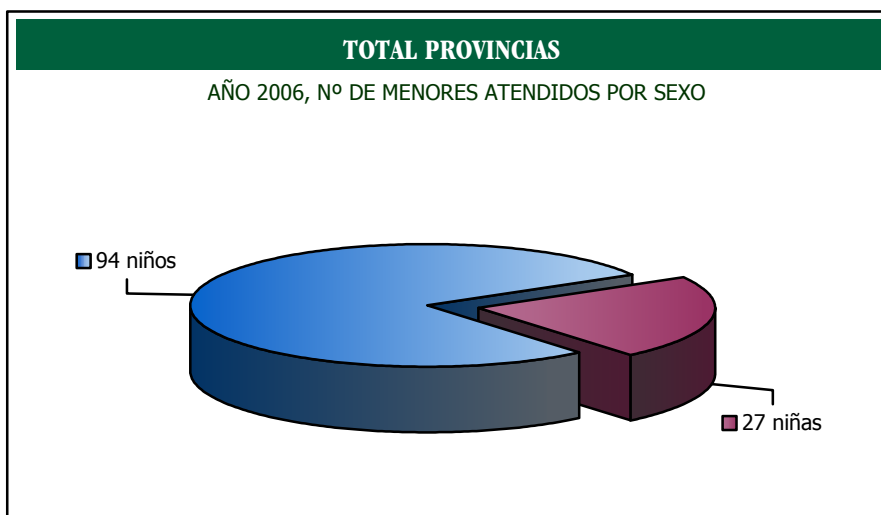
ra atender la demanda existente en los centros residenciales básicos. Demanda que experimentó un considerable aumento conforme se extendía el conocimiento acerca de la disponibilidad de este nuevo recurso, lo que obligó a incrementar la oferta de plazas.

De hecho, en el curso de la investigación realizada, la práctica totalidad de los centros visitados tenían su aforo completo y existían listas de espera con un importante número de menores procedentes de centros residenciales básicos cuyo ingreso dependía de la desocupación de alguna de las plazas en uso.

Otro dato que merece ser destacado es el que revela la clara preponderancia de los varones en el número de plazas ofertadas y en el de estancias.

- Proporción de menores atendidos en 2006 por sexo:

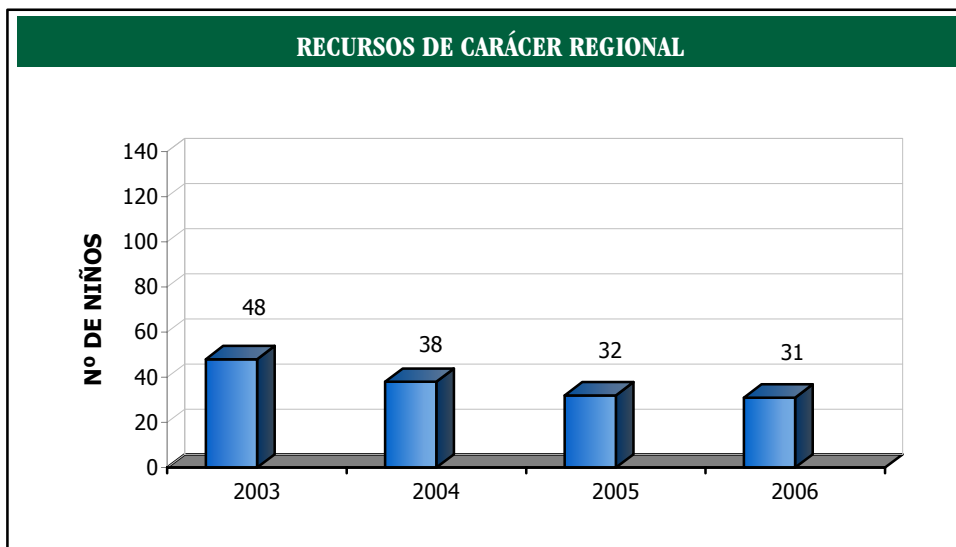
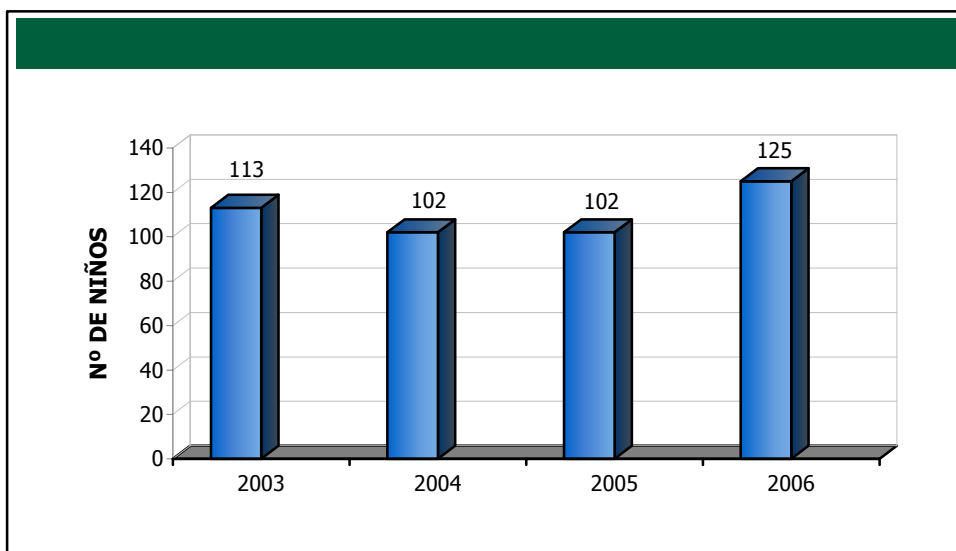


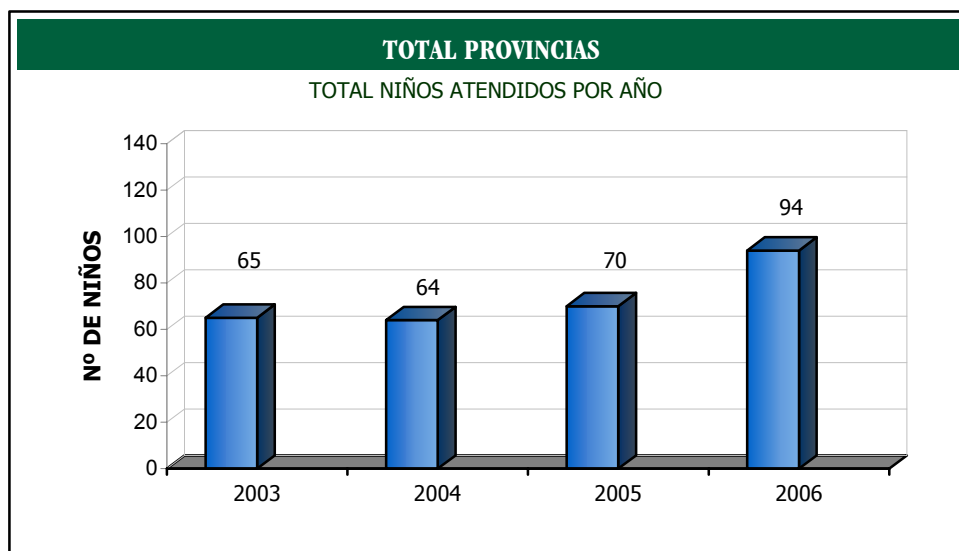


De hecho, el número de niños duplica ampliamente al de niñas ingresadas en estos centros específicos, lo que pone de

manifiesto la especial incidencia de los trastornos de conducta entre los menores varones.

- Evolución del número de niños atendidos:

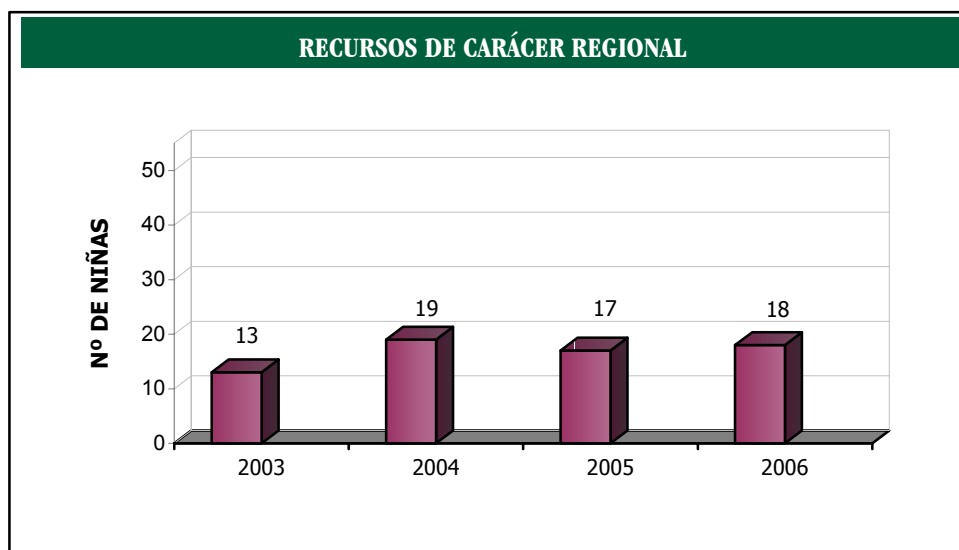
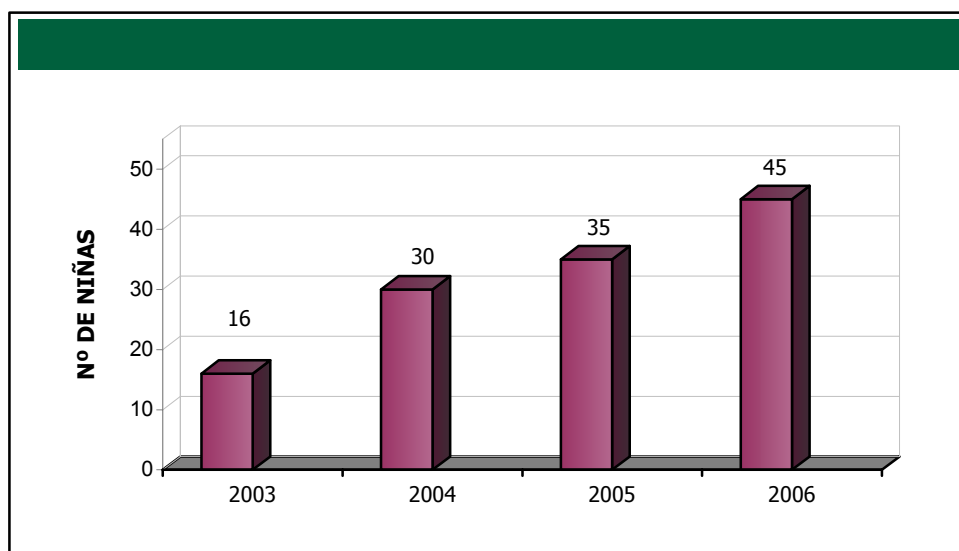


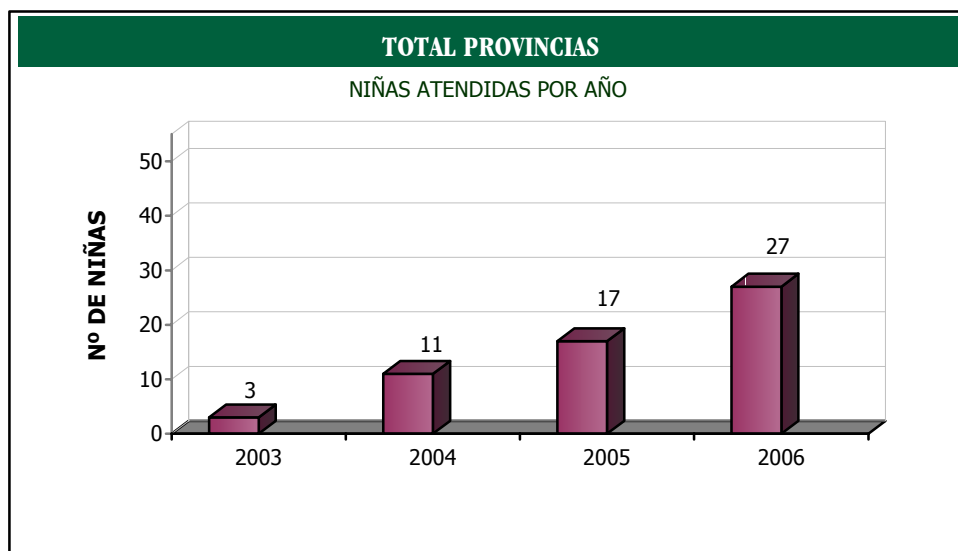


No obstante, debemos llamar la atención sobre el hecho significativo de que el número de niñas ingresadas en estos recur-

sos específicos se haya visto incrementado a lo largo de los últimos años en una proporción muy superior a la de los niños.

- Evolución del número de niñas atendidas:



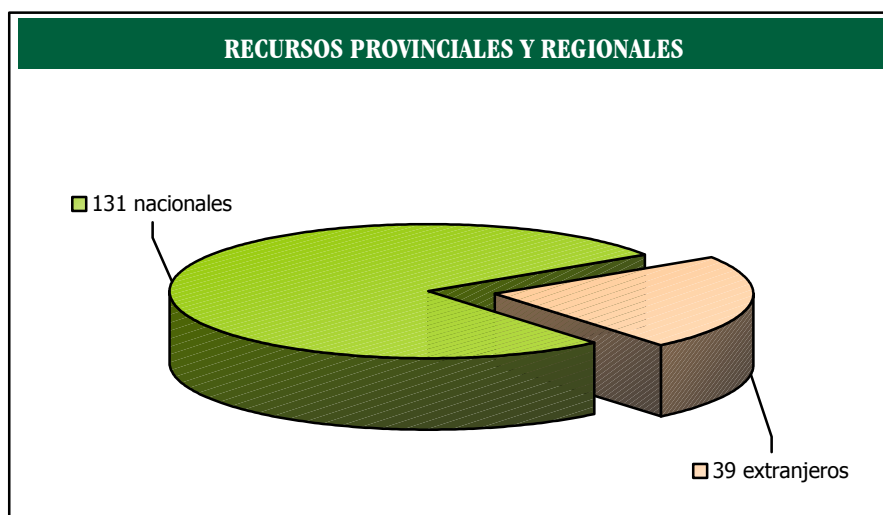


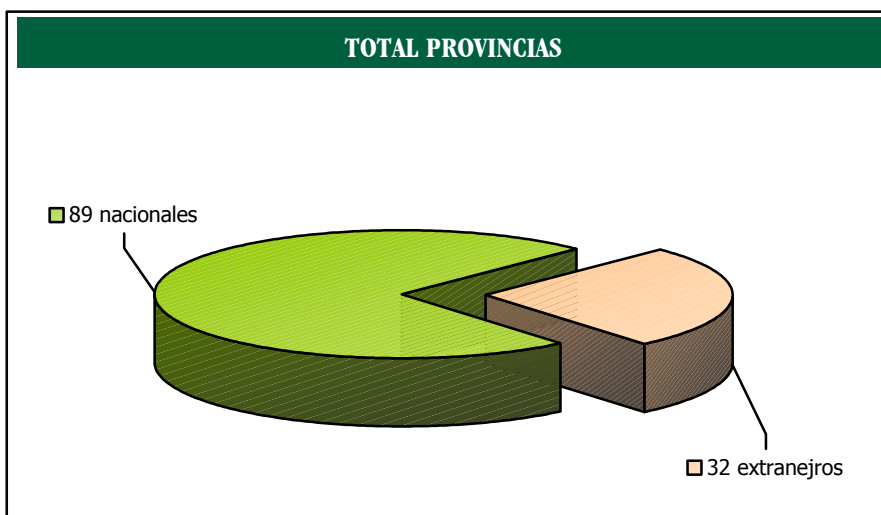
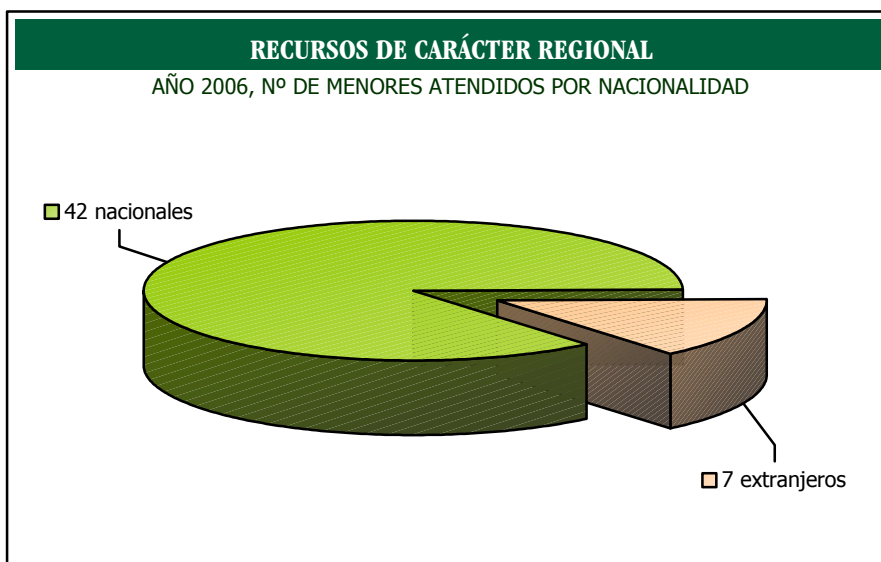
Este dato puede ser revelador de un incremento de los problemas conductuales entre las niñas en los últimos años, aunque también debe tomarse en consideración para su evaluación otros elementos, como el hecho de que inicialmente la mayoría de las plazas creadas se destinasen a varones, quedando desatendida la demanda femenina que ya existía en los centros residenciales básicos. Asimismo, no hay que olvidar que la ocupación de plazas en estos centros se realizaba en base a la demanda proveniente de los centros residenciales básicos y dicha demanda venía fuertemente

condicionada por el nivel de conflictividad y peligrosidad que presentaban los menores ingresados en dichos centros, siendo así, que tradicionalmente dicha peligrosidad se ha manifestado o se ha percibido con mayor intensidad en los niños que en las niñas.

También consideramos oportuno analizar el dato relativo al número de menores extranjeros en estos centros específicos, por cuanto las cifras ofrecidas parecen mostrar una presencia porcentual de estos menores extranjeros, superior a la representatividad de los mismos en el conjunto de la población.

- Proporción de menores atendidos en 2006 por nacionalidad:



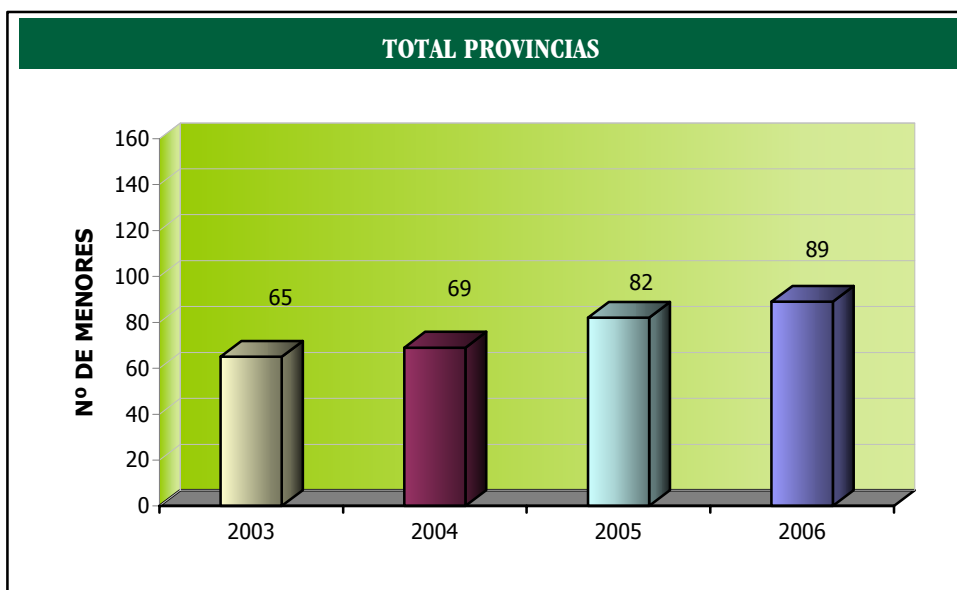
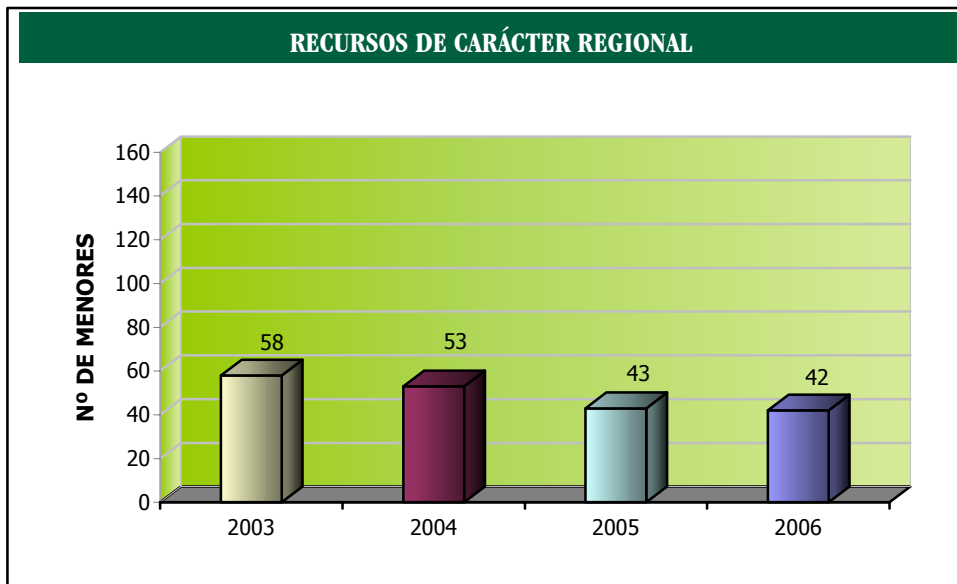
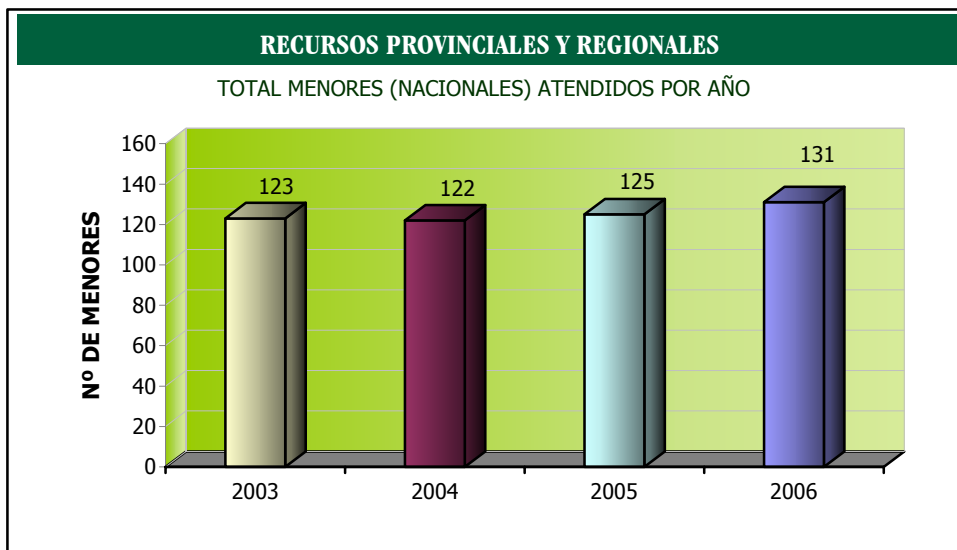


Es decir, de los datos expuestos podría deducirse que los trastornos de conducta afectan de forma más importante a los menores extranjeros que a los menores nacionales.

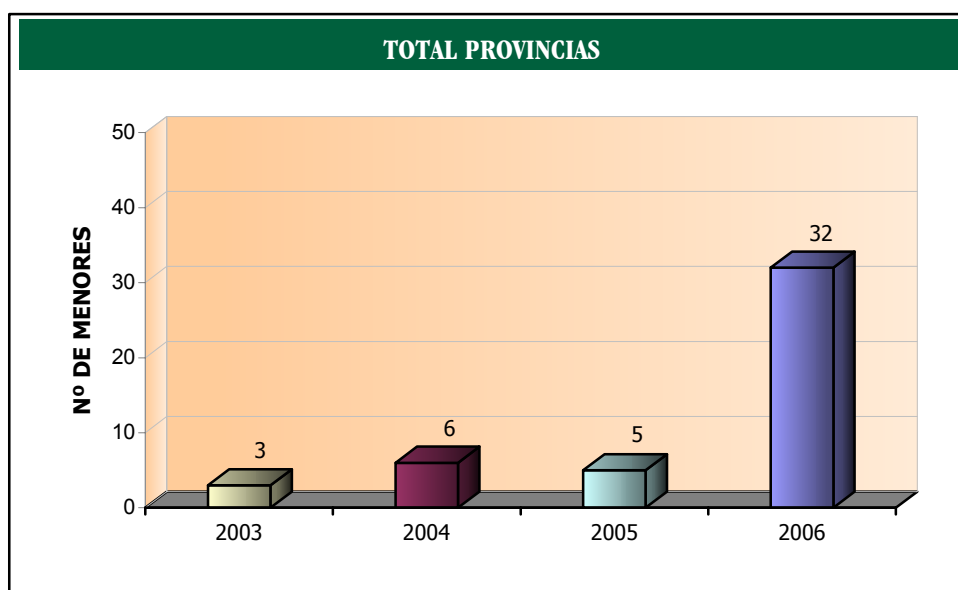
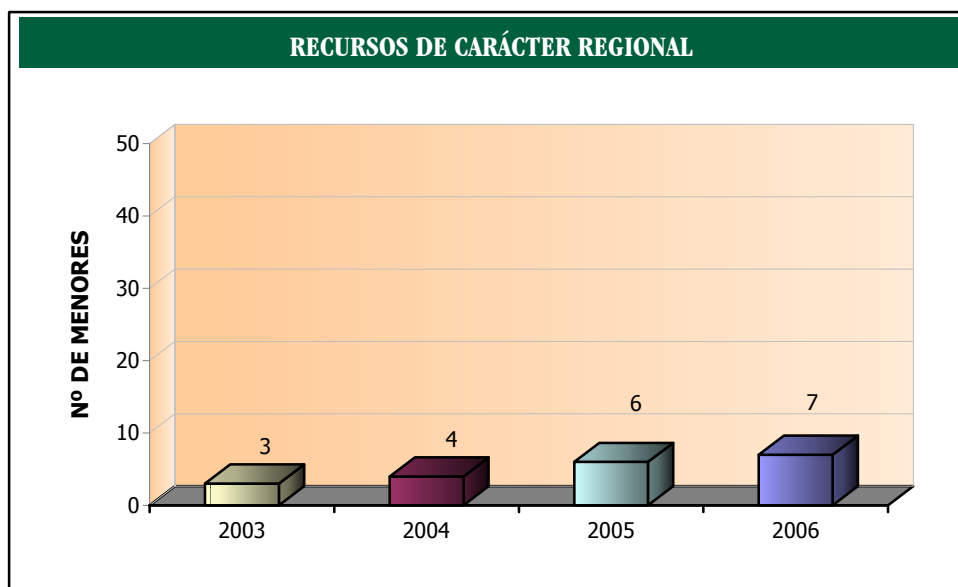
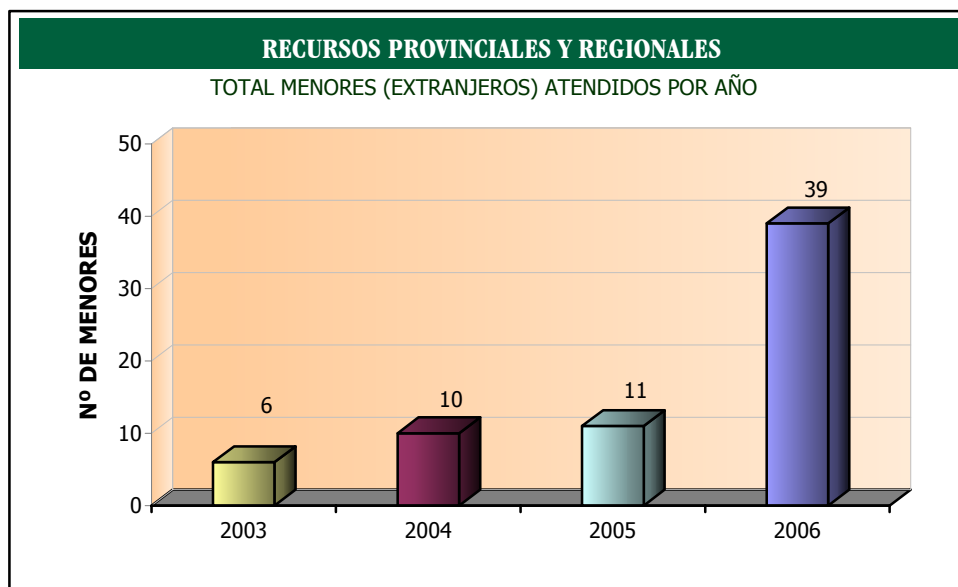
Sin embargo, estas conclusiones deben matizarse tomando en consideración dos factores: en primer lugar, que el número de menores extranjeros atendidos en centros de protección en Andalucía ha crecido espectacularmente en los últimos años como consecuencia de la afluencia de menores inmigrantes no acompañados, por lo que su representatividad en el conjunto de

los menores tutelados es muy superior a su representatividad dentro del conjunto de la sociedad andaluza; y, en segundo lugar, que las diferencias culturales y las dificultades lógicas de un proceso de integración en un país con unos valores sociales, culturales y religiosos muy distintos, son circunstancias que propician tanto la aparición de problemas conductuales en los menores, como el hecho de que determinadas conductas de estos menores sean catalogadas como conductas desadaptadas cuando a veces sólo responden a patrones culturales diferentes.

- Evolución del número de menores nacionales atendidos:



- Evolución del número de menores extranjeros atendidos:



Un aspecto que nos parece interesante poner de relieve, y que se deduce de los datos aportados por la Consejería, es el referido a la relación entre el número de plazas concertadas y el número de menores atendidos.

Si observamos estos parámetros en los distintos años que figuran en las tablas comprobaremos que no existen grandes diferencias entre los mismos, lo que parece reflejar que un porcentaje muy elevado de los menores ingresados permanecen en el centro durante todo el año.

En el curso de nuestras visitas de inspección a los centros de tratamiento de trastornos de conducta nos interesamos siempre por conocer cuál era la estancia media de los menores ingresados, encontrándonos con respuestas muy variadas, aunque todas relacionaban el dato con la duración prevista de los programas de modificación de conducta que se desarrollaban en los centros y que oscilaba bastante aunque una mayoría de centros lo cifraban en un periodo de entre 6 y 8 meses. No obstante, eran bastantes los centros que precisaban que el tiempo real de estancia de los menores normalmente se extendía por periodos de al menos un año e incluso superiores.

En este sentido, podemos destacar el CTTC ubicado en Bena-lup (Cádiz) que cifraba el periodo medio de estancia real de los menores en el centro entre 14 y 24 meses y el CTTC ubicado en el Puerto de Santa María (Cádiz) que pese a ser de reciente inauguración ya preveía en su reglamento una estancia media para las niñas ingresadas de 2 años.

A este respecto, y si nos atenemos a los datos facilitados por la Consejería parece que la estancia media debe estar en torno al año, ya que de otro modo resulta difícil explicar la escasa variación existente entre el número de ingresos al año y el número de plazas concertadas.

La razón de ser de esta aparente contradicción entre la duración prevista del programa de intervención y la estancia real de los menores en los centros hay que cifrarla en las dificultades que los CTTC encuentran para derivar a los menores a otros recursos una vez acabado el programa de intervención, siendo frecuente encontrarse con una dura resistencia de los centros que desarrollan programas de atención residencial básica o Centros Residenciales Básicos (en adelante CRB) de los que procedían los menores a aceptarlos de nuevo. Esto determina que un número significativo de menores deban permanecer en los CTTC por más tiempo del que sería terapéuticamente necesario.

3. 2. 2. Criterios de derivación.

Una de las cuestiones que ha centrado nuestro interés a lo largo de toda la investigación ha sido la determinación de los

criterios de derivación utilizados por la Administración en relación a los CTTC. Es decir, nos interesaba conocer en base a qué criterios decidía la Administración que un menor tutelado fuese internado en un centro específico para el tratamiento de trastornos de conducta.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que el presente Informe pretende abordar también la situación de los menores no tutelados que padecen trastornos de conducta, nos hemos interesado por conocer qué opinaban los responsables de los CTTC acerca de la viabilidad de que estos menores no tutelados pudieran hacer uso de los servicios de estos centros específicos.

Asimismo, nos hemos preocupado por saber cuáles eran los procedimientos habituales utilizados para el ingreso del menor en un CTTC y para su posterior derivación tras la finalización del programa de intervención.

Obviamente un primer criterio para el ingreso sería que el menor presentase un trastorno de conducta, sin embargo, como ya hemos analizado en capítulos precedentes, la determinación de qué es exactamente un trastorno de conducta se presenta muy compleja y depende de que se aborde su definición desde una perspectiva médica o desde una visión meramente social o educativa.

De igual modo resulta arduo determinar exactamente cuándo un menor tiene un trastorno de conducta y aún más arduo decidir cuándo dicho trastorno requiere del internamiento del menor en un centro específico.

Ante esta dificultad, consideramos que lo más conveniente era interrogar a los responsables de los centros para conocer las características de los menores que eran ingresados en los mismos y cuáles eran los criterios y procedimientos utilizados tanto para su ingreso como para su posterior derivación. En concreto nos interesamos en nuestras visitas por las siguientes cuestiones:

- Órgano competente para decidir el ingreso.
- Criterio utilizado para decidir el ingreso de los menores en el centro.
- Oportunidad de incluir a menores no tutelados en los CTTC.
- Procedimiento de ingreso.
- Documentación e información aportada al centro sobre el menor.
- Criterios y procedimientos de derivación de los menores a otros recursos al terminar el programa de intervención.

Las respuestas recibidas a todas estas cuestiones han sido ciertamente muy diversas en los distintos centros y han puesto de manifiesto la inexistencia de un criterio claro y debidamente explicitado que determine qué tipo de menores deben ser sometidos a un programa de tratamiento para trastornos de conducta en régimen de internamiento y la ausencia de una regulación

clara acerca de cuáles deben ser los procedimientos a seguir para el ingreso de un menor en un CTTC y para su posterior derivación a otro recurso.

Pero veamos más detenidamente las distintas cuestiones investigadas.

1. Órgano competente para decidir el ingreso.

Si atendemos a lo dispuesto en la Orden de 13 de Julio de 2003, por la que se aprueba el proyecto educativo marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, el ingreso de un menor en un centro donde se desarrolle un programa específico de tratamiento de trastornos de conducta debería contar con la previa autorización judicial.

En efecto, en la Orden citada se dice textualmente lo siguiente:

«Una importante característica común a los programas específicos es su especial vinculación en la toma de decisiones con la autoridad judicial. Más que en ningún otro supuesto de protección de menores, en la atención de una persona menor de edad en un centro que desarrolle programas específicos, se deberá contar con la autorización de la autoridad judicial correspondiente.»

Parece, por tanto, que el procedimiento lógico para el ingreso incluya una propuesta del centro residencial básico en que el menor está tutelado, que será valorada por la Unidad Tutelar correspondiente de la Delegación Provincial de la CIBS y, en caso de ser aceptada, se solicitaría la previa autorización judicial.

Sin embargo, en el curso de nuestra labor de investigación pudimos comprobar que la mayoría de los ingresos de menores tutelados en centros que desarrollan programas específicos de tratamiento de trastornos de conducta se producían por decisión estrictamente administrativa, sin contar con la previa autorización judicial.

Ante esta situación elevamos consulta a la Dirección General de Infancia y Familia, donde se nos reconoció que los menores eran ingresados sin orden judicial, argumentando que la misma no era necesaria al tratarse de menores tutelados.

Ahora bien, según nos explicaron, cuando el ingreso se producía en el centro “Dulce Nombre de María” de Málaga, al desarrollar el mismo un programa destinado a menores con “Graves Trastornos de la Personalidad”, se precisaba siempre una orden judicial de ingreso.

Esta información que nos facilitaba la Dirección General de Infancia y Familia contrastaba frontalmente con la facilitada por el propio centro “Dulce Nombre de María” que, inquiridos al respecto, manifestaron tajantemente que los menores ingresados por decisión de la CIBS no traían orden judicial alguna.

Ante esta contradicción nos dirigimos nuevamente a la Dirección General de Infancia y Familia la cual matizó su respuesta anterior señalando que, cuando menos, antes del ingreso se presentaba la solicitud de autorización ante el órgano judicial correspondiente.

Esta respuesta no solventó nuestras dudas ya que, aun en el caso de que dicha orden judicial no se remitiera al centro una vez obtenida, al menos debía constarle al mismo que se había presentado la solicitud. Sin embargo, el centro sostenía con firmeza que los menores ingresaban sin que mediase autorización judicial alguna.

En conclusión, parece que la disposición contenida en la Orden de 13 de Julio de 2003 sobre la autorización judicial previa al ingreso es incumplida sistemáticamente.

No obstante, debemos aclarar que existen casos de menores ingresados en estos centros por orden judicial, aunque se trata fundamentalmente de menores sometidos a procedimientos de determinación de la responsabilidad penal a los que los Jueces de Menores aplican la medida de internamiento en un centro terapéutico, designando a tal efecto a uno de los CTTC dependientes de la CIBS. Estos menores pueden ser tanto menores previamente tutelados por la Junta de Andalucía, como menores no tutelados que han cometido algún delito y el Equipo Psicosocial del Juzgado entiende que presenta un trastorno de conducta que aconsejaría esta medida.

También pueden producirse ingresos por orden judicial de menores no tutelados cuyas familias han acudido al Juez en demanda de una solución para el trastorno del comportamiento que presenta el menor.

En la mayoría de los casos estos ingresos por orden judicial revisten carácter de urgentes, lo que provoca alteraciones y disfunciones en el régimen normal de ingresos en los CTTC, que debe acoger al menor sin disponer de tiempo para obtener una adecuada información sobre el mismo.

Por tanto, como decíamos anteriormente, en la mayoría de casos los menores tutelados ingresan en los CTTC por decisión estrictamente administrativa. Concretamente por decisión de un órgano dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Ahora bien, el órgano concreto de derivación varía de unos centros a otros, dependiendo, fundamentalmente, de que se trate de centros de ámbito provincial o regional.

Los centros de ámbito provincial atienden a menores procedentes de centros residenciales básicos de su provincia que le son derivados por la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Sólo excepcionalmente atienden a menores procedentes de otras provincias, ya sea por falta de plazas disponibles en otros centros, inexistencia de CTTC en la provincia, etc.

Por su parte los centros de carácter regional reciben menores procedentes de diversas provincias o de toda Andalucía y la derivación la realiza directamente la Dirección General de Infancia y Familia. Se trata de centros que cuentan con alguna especificidad en cuanto al programa de intervención que desarrollan o en cuanto al perfil de los menores atendidos, ya sea por el sexo o por presentar algún tipo de discapacidad, enfermedad o adicción.

De los centros visitados eran de carácter regional 3 de los 4 centros existentes en la provincia de Córdoba (“Prado de Santa María”, “Vado de Bueyes” y “Santa Elena I”) y el centro Dulce Nombre de María, ubicado en la provincia de Málaga y especializado en menores con graves trastornos de la personalidad. La derivación de menores a estos centros se realiza por la Dirección General de Infancia y Familia.

El resto de centros, ubicados en Cádiz, Sevilla y Almería y el centro “Santa Elena II” de Córdoba, tenían carácter provincial y la derivación se realizaba por la correspondiente Delegación Provincial. Asimismo, debemos señalar que el centro “Alhendín”, ubicado en Granada y que no pudimos visitar porque aún no estaba plenamente en funcionamiento, estaba previsto que fuera también de ámbito provincial.

2. Criterio utilizado para decidir el ingreso de un menor en el centro.

La variedad de comportamientos que se engloban bajo la genérica denominación de “trastornos de conducta” determina que sea también muy variado y heterogéneo el perfil de los menores a los que se considera aquejados por tal trastorno.

Así, en nuestras visitas a los CTTC pudimos comprobar que en los mismos permanecían ingresados desde menores que presentaban comportamientos disruptivos en sus centros de origen o conductas de riesgo social o sexual, sin que mediase una patología clínica de carácter psiquiátrico claramente diagnosticada, hasta menores con graves trastornos psiquiátricos.

El hecho de que además en muchos centros coexistiesen menores con perfiles muy diferentes, nos llevó a plantearnos como una cuestión prioritaria del Informe el tratar de dilucidar cuáles eran los criterios utilizados tanto para decidir que un menor debía ingresar en un CTTC, como para determinar cuál era el centro idóneo para el mismo.

Todos los CTTC, al igual que el resto de los centros de protección cuentan con un “encargo institucional” efectuado por la CIBS en el que se delimita tanto el programa de intervención que deben realizar como el perfil de la población que debe ser atendida por el programa.

En este sentido, lo normal sería que los menores remitidos a los centros para su tratamiento se adecuasen tanto al perfil determinado como al programa de intervención diseñado.

Sin embargo, la realidad es que una de las principales quejas de los responsables de los centros visitados se refería a la falta de adecuación de muchos de los menores que debían atender al perfil inicialmente previsto y, por tanto, su falta de idoneidad para el programa de intervención aplicado.

Los centros responsabilizaban de esta situación al órgano administrativo encargado de la derivación, señalando que el mismo no tenía claros los criterios de derivación o no respetaba los previamente acordados.

Esta situación se daba fundamentalmente en los centros de ámbito provincial donde la derivación era efectuada por la Delegación Provincial de la CIBS, y se producía porque muchas veces la derivación se efectuaba sin consultar previamente con el centro para determinar si el menor propuesto para el ingreso tenía el perfil adecuado.

En la mayoría de los casos se trataba de menores con un perfil determinado por algún tipo de patología psiquiátrica grave cuyo tratamiento no se correspondía con el programa de intervención en modificación de conducta que desarrollaba el centro y que por regla general estaba destinado a menores con trastornos de conducta o problemas de comportamiento no asociados a patologías graves.

La presencia de estos menores en los centros daba lugar a graves alteraciones en el funcionamiento de los mismos, ya que con frecuencia estos menores presentaban comportamientos de extrema agresividad que incidían sobre el personal del centro o sobre los demás menores, dificultando la convivencia y creando situaciones de verdadero riesgo.

Los programas de intervención aplicados en estos centros no eran adecuados para tratar este tipo de patologías y se revelaban inútiles con los mismos, cuando no resultaban claramente contraindicados para el tipo de patología que presentaban.

La protestas de los responsables de los centros conseguían a veces que los menores fueran finalmente derivados a un recurso más idóneo, pero esto solía ocurrir tras un largo periodo de estancia del menor en el centro, durante el cual se había visto alterado gravemente el funcionamiento del mismo y se había afectado negativamente al tratamiento de los restantes menores ingresados y, por supuesto, al propio menor.

Asimismo, no era infrecuente encontrarnos con menores ingresados en los centros que, según sus responsables, no deberían encontrarse en el mismo puesto que, a su juicio, los problemas de comportamiento que presentaban no podían considerarse como “trastornos de conducta” precisados de una intervención mediante el ingreso en un centro específico.

En la mayoría de estos casos se trataba de menores que por alguna circunstancia, con frecuencia coyuntural, presentaban un comportamiento conflictivo en el centro residencial básico sin que sus responsables supieran como afrontar la situación. En estos casos los centros residenciales básicos recurrían a la Delegación Provincial en busca de solución optando la misma, cuando las reclamaciones se sucedían, por enviar al menor a un CTTC como alternativa más fácil, sin evaluar previamente si se adecuaba al perfil de este tipo de centros.

Los responsables de los CTTC consideraban que estos menores debían ser atendidos en los propios centros residenciales básicos contando con el apoyo y el asesoramiento de los dispositivos públicos de salud mental infanto-juvenil. No obstante, al serles derivados estos menores sin consulta previa se veían obli-

gados a incluirlos en sus programas de intervención, pese a no presentar el perfil adecuado para ello y resultarles en muchos casos contraproducente la convivencia con otros menores aquejados de verdaderos trastornos de conducta.

Estas situaciones bastante frecuentes en los centros de ámbito provincial, no se daba, sin embargo, en los centros de ámbito regional donde la derivación se realizaba por la Dirección General de Infancia y Familia previa consulta al centro para determinar la adecuación del menor al perfil del centro.

En estos centros sólo se daban casos de menores con un perfil inadecuado como consecuencia de errores de apreciación en el diagnóstico inicial o cuando los mismos experimentaban una evolución negativa dentro del centro que los hacía no idóneos para el programa de intervención desarrollado.

En estos casos, según nos decían los responsables, se solicitaba el traslado del menor a otro recurso siendo por regla general atendida su solicitud con prontitud por el organismo responsable.

Esta carencia de criterios claros de derivación por parte de los organismos provinciales, que tantos perjuicios ocasionaba y que con tanto énfasis nos denunciaban los responsables de los centros afectados, parece estar en vías de solucionarse ya que la CIBS ha iniciado recientemente un programa experimental en la provincia de Sevilla que, caso de funcionar adecuadamente, podría extenderse al resto de provincias andaluzas y acabar con el problema.

Este programa consiste básicamente en la creación de un dispositivo específico, conveniado con una Asociación y compuesto por un grupo de profesionales —psiquiatras y psicólogos—, cuya misión es evaluar los casos de menores que presentan problemas comportamentales en los centros residenciales básicos a fin de determinar si los mismos presentan un trastorno de conducta que precise de un internamiento en un CTTC o, por el contrario, pueden ser atendidos en el centro del que proceden con la ayuda de los servicios públicos de salud mental infanto-juvenil.

Este dispositivo intermedio entre el centro residencial básico y el centro específico, no sólo se encarga de efectuar un diagnóstico profesional del menor, sino que también decide las líneas básicas del programa de intervención que se le debe aplicar y cuál es el centro más idóneo para su tratamiento. Asimismo, realiza un seguimiento del menor para comprobar el resultado del tratamiento y decidir, en su caso, sobre su continuidad, su derivación a otro recurso o su conclusión.

En el caso de que se considere que el menor no padece un trastorno de conducta precisado de un internamiento en un CTTC, los profesionales del equipo se encargan de asesorar al centro residencial básico sobre la forma de tratar sus problemas comportamentales, diseñando, en su caso, programas sencillos de modificación de conducta y formando a los responsables del centro para que pue-

dan aplicarlos adecuadamente o derivando al menor a los recursos públicos de salud mental que resulten más idóneos.

El programa llevaba poco tiempo en funcionamiento cuando lo conocimos por lo que resulta difícil evaluar su resultado, aunque nos parece que se trata de una opción muy válida que debería extenderse con rapidez a la totalidad de provincias de Andalucía ya que creemos que permitiría solventar las deficiencias detectadas en cuanto a los criterios de derivación de los menores al encomendar esta función a profesionales debidamente preparados para efectuar diagnósticos, diseñar tratamientos y hacer el seguimiento de los mismos.

3. La oportunidad de incluir a menores no tutelados en los CTTC.

En todas las visitas a los CTTC nos interesamos por conocer si habían sido ingresados en los mismos menores que no estuvieran bajo la tutela de la Administración y, en tal caso, cuál había sido el resultado de la experiencia. Asimismo, pedimos a los responsables de los centros que valorasen la conveniencia de abrir estos recursos a menores no tutelados.

Las respuestas recibidas fueron muy variadas, pero por regla general resultaba excepcional la atención menores no tutelados por los CTTC. En los casos en que se produjeron ingresos de menores procedentes directamente de las familias y no de un centro residencial básico, el procedimiento seguido fue a través de propuestas de los Servicios Sociales Comunitarios dirigidas a la Delegación Provincial de CIBS, referidas a menores con graves problemas de conducta cuyas familias se veían desbordadas e incapaces para atenderlos correctamente. En estos casos media una previa declaración de asunción de guarda por parte de la Administración y la posterior derivación al CTTC.

Únicamente en el CTTC ubicado en Almería pudimos conocer de casos de menores atendidos en el centro sin una previa asunción de guarda o tutela por la Administración. Pero en este caso, la atención prestada era exclusivamente de carácter ambulatorio, sin que el menor llegase a pernoctar en el centro.

La mayoría de responsables consultados, tanto los que habían tenido menores no tutelados ingresados en su centros, como los que no habían pasado por tal experiencia, se mostraban en desacuerdo con la posibilidad de que estos recursos se compartieran por menores tutelados y no tutelados.

Las razones aducidas para tal oposición fueron muy variadas, aunque los responsables de uno de los centros que había atendido a menores no tutelados mencionaban varias razones:

- El índice de fracasos del programa de intervención era más elevado con estos menores que con los menores procedentes de centros de protección.
- Se producían fugas (abandonos no consentidos del centro) con más frecuencia.
- Las relaciones entre menores tutelados y no tutelados suelen ser conflictivas, adoptando el menor no tutelado

posiciones de menosprecio hacía los menores tutelados, especialmente hacia aquellos que carecían de familia de referencia. Esto provocaba dinámicas de enfrentamiento entre los menores e incidía negativamente en la autoestima de los menores tutelados.

- Las relaciones del centro con la familia del menor no tutelado se presentaban como muy conflictivas, con un constante cuestionamiento por la familia de la labor de los profesionales y del programa de intervención, motivada en muchos casos por el sentimiento de culpa de la familia por haber inducido el internamiento del menor ante su incapacidad para atenderlo.
- La perspectiva de una vuelta con la familia en caso de fracaso del programa, dificultaba el éxito del proyecto de intervención ya que inducía a los menores no tutelados a mantener posturas de no aceptación de las reglas de convivencia para provocar el fracaso, mientras que los menores tutelados eran conscientes de que la vuelta al centro de procedencia o su paso a otro recurso más normalizado dependía del éxito del programa.

No obstante, no todos los responsables de CTTC se oponían a la posibilidad de que ingresaran en los mismos menores no tutelados. De hecho, algunos se mostraron favorables a esta alternativa, no encontrando razones que justificaran la exclusión de estos menores del programa.

En lo que sí existía coincidencia entre todos los responsables entrevistados era en reconocer la necesidad de la existencia de recursos similares para menores no tutelados con trastornos de conducta, ya que todos pasaban por la experiencia frecuente de recibir a familias que rogaban desesperadamente que se aceptara el ingreso de algún hijo, alegando la imposibilidad de seguir conviviendo con el mismo y la falta de respuesta de la Administración pública —sanitaria y social— a su situación.

Estas peticiones debían ser obligatoriamente rechazadas ya que la única forma de acceder a esos recursos es previa decisión de la CIBS o por orden judicial.

4. Procedimiento de ingreso.

Centrándonos exclusivamente en los casos más habituales, es decir en aquellos en que el menor previamente tutelado es ingresado por decisión de la CIBS, y excluyendo los ingresos por orden judicial o los ingresos de menores no tutelados, deberíamos distinguir entre un procedimiento reglado y unas malas prácticas.

Así, aunque existe un protocolo que debería aplicarse a todos los procedimientos de ingreso de menores en un CTTC, y que constituiría el procedimiento reglado, en la realidad es frecuente que este procedimiento no sea respetado dando lugar a una serie de malas prácticas que distorsionan de forma grave el normal funcionamiento de los centros y de los programas de intervención.

El procedimiento reglado o normalizado exige de una comunicación previa al centro por parte de la CIBS proponiendo el

ingreso de un menor y facilitando la información necesaria sobre el mismo que permita evaluar tal propuesta y ver si, en principio, el perfil del menor y del problema comportamental que presenta se adecua a las características del centro y de su programa de intervención.

Esta evaluación previa puede determinar la aceptación o el rechazo motivado de la propuesta de ingreso por parte del centro, en cuyo caso, la CIBS debería encontrar otro recurso más idóneo para el mismo.

Sólo en caso de que la propuesta sea aceptada por el centro el menor podría ingresar en el mismo.

En algunos casos los centros prevén entrevistas previas con el menor en su centro de origen, así como con los responsables del mismo, para evaluar más acertadamente la idoneidad del menor para su ingreso en el CTTC y facilitar el tránsito del mismo de un recurso a otro.

Sin embargo, lo más habitual es que la evaluación de los menores propuestos se realice en base a la documentación aportada al CTTC por la CIBS, que deberá ser suficiente para dicha evaluación e incluir tanto los informes del centro residencial básico en los que se contengan las razones de su propuesta de ingreso en el CTTC, como los informes médicos, sociales y educativos para valorar la situación del menor y preparar el diseño de su programa individualizado de intervención.

Éste que hemos descrito sería el procedimiento reglado que debería regir el ingreso de cualquier menor en un CTTC; sin embargo, en nuestras visitas pudimos comprobar que tal protocolo sólo se respetaba de forma sistemática en los centros de ámbito regional en los que el órgano de derivación era la Dirección General de Infancia y Familia, pero se incumplía con bastante frecuencia en los centros de ámbito provincial en los que el ingreso era decidido por las respectivas Delegaciones Provinciales de la CIBS.

En efecto, como denunciaban los responsables de estos centros provinciales, en muchos casos recibían la comunicación de la Delegación Provincial anunciando el ingreso inminente de un menor en el centro, sin que dicha comunicación fuese acompañada de documentación alguna que permitiese evaluar la idoneidad del menor, ni se concediese al centro tiempo para conseguir tal documentación, ni para pronunciarse sobre la propuesta de ingreso.

En estos casos, el centro se veía obligado a aceptar como un hecho consumado el ingreso del menor, dejando para un momento posterior la evaluación del mismo. Evaluación que, además, resultaba con frecuencia difícil de realizar ya que el menor no traía al ingresar documentación alguna para valorar su situación o la que traía era escasa y claramente insuficiente.

Este tipo de situaciones, obligaba a los centros a recabar por su cuenta la información necesaria contactando con los centros de procedencia del menor o, cuando ello no era posible o la in-

formación se retrasaba, a hacer una evaluación del menor partiendo de los datos obtenidos a partir de la observación directa del mismo y del resultado de las pruebas médicas, educativas y psicológicas a que era sometido. La información así obtenida se completaba posteriormente con la documentación recabada desde los centros de origen.

Estas malas prácticas determinaban que algunos menores cuyo perfil no era el idóneo para el centro al que habían sido derivados, permanecieran en el mismo durante algún tiempo hasta ser derivados a otros recursos, distorsionando mientras tanto el funcionamiento del centro, dando lugar a problemas convivenciales y perjudicando el tratamiento de su trastorno y el programa de intervención del resto de menores.

En algunos casos los responsables de los centros afectados por estas malas prácticas relataban casos de menores con perfiles inadecuados que tras su ingreso no pudieron ser derivados a otro recurso al no responder la Delegación Provincial a sus requerimientos en tal sentido.

En ocasiones se trataba de menores que, tras su evaluación inicial en el CTTC, los responsables del mismo concluían que no padecía un trastorno de conducta precisado de un ingreso en un centro específico aunque presentase problemas conductuales. Estos menores se veían obligados a permanecer en el CTTC y someterse al programa de intervención del mismo tras comunicar la Delegación Provincial que no podían retornar a su centro de referencia por negarse a recibirlo los responsables del mismo por sus antecedentes conflictivos.

Estas malas prácticas parecían estar corrigiéndose poco a poco, ya que según los responsables de los centros afectados, con el tiempo estaban logrando convencer a las Delegaciones Provinciales respectivas de la necesidad de utilizar procedimientos más adecuados para el ingreso y derivación de los menores.

Por otro lado, la generalización de la fórmula de derivación a través de un órgano especializado que se estaba experimentando en Sevilla –y que ya comentamos anteriormente– podría servir para poner fin a estas malas prácticas definitivamente.

5. Documentación e información aportada al centro.

De igual modo que en el supuesto analizado anteriormente deberíamos hablar aquí de un procedimiento reglado y de unas malas prácticas.

En aquellos casos en que se sigue el procedimiento reglado, antes de la llegada del menor al CTTC el centro debería recibir un conjunto de documentos referentes al mismo que incluirían copia de la resolución de desamparo, el expediente completo del menor, informe de la Unidad Tutelar de referencia del menor explicando sus circunstancias y las razones de su propuesta de ingreso en el recurso y, en su caso, informe de los Servicios Sociales Comunitarios detallando la situación socio-familiar del menor.

Por su parte, el expediente del menor remitido por el centro de protección de origen debe incluir, además de toda la infor-

mación acerca de la evolución del menor durante su estancia en el mismo –incluida una valoración del entorno social y familiar, un informe médico donde se detallen las condiciones de salud del menor y los diagnósticos acerca de su problema conductual y un informe educativo completo donde sea posible conocer su nivel formativo y su expediente académico.

Lamentablemente, este procedimiento reglado no se respeta en muchas ocasiones y es frecuente la queja de los responsables de los CTTC por la escasa documentación recibida en relación con los menores que ingresan en los mismos.

Las situaciones son muy variadas y van desde el menor que es remitido al centro sin prácticamente ningún aporte documental, hasta aquellos menores cuyos expedientes sólo adolecen de alguna carencia de menor entidad o de alguna inconcreción fácilmente subsanable.

Las mayores deficiencias se dan en los casos de menores derivados desde las Delegaciones Provinciales de la CIBS y suelen centrarse en los expedientes remitidos desde los centros residenciales básicos, cuyas carencias son a veces muy notorias.

Las omisiones y deficiencias más frecuentes afectan a los informes médicos y educativos, siendo especialmente graves estas deficiencias en el caso de los informes médicos por cuanto en los mismos debería estar contenido el diagnóstico clínico del trastorno de conducta del menor y la propuesta terapéutica.

Esta falta de información sanitaria acerca del menor, es la causa de que algunos menores ingresen en los CTTC sin que el mismo pueda evaluar si su perfil se adapta realmente al programa de intervención desarrollado en el mismo. Como consecuencia de ello no resulta infrecuente que ingresen en estos centros menores que presentan características que los excluyen del perfil definido para los mismos en el encargo institucional.

Tal es el caso de los menores con graves trastornos psiquiátricos que, o no han sido diagnosticados o no se acompaña a la documentación el oportuno diagnóstico, impidiendo de este modo que el menor sea derivado a otro recurso más idóneo con celeridad, dando lugar a graves trastornos en el centro donde ingresa.

Algo similar ocurre con los menores aquejados de una grave drogodependencia, que normalmente no presentan el perfil propio de los CTTC, existiendo otros recursos más específicos para su tratamiento. Algunos menores ingresados en los CTTC presentaban este tipo de adicción pero la misma no se había hecho constar en la documentación remitida al centro.

También esta falta de información sanitaria impide a veces conocer que el menor presenta un trastorno leve de conducta que no haría aconsejable su ingreso en un recurso específico como es un CTTC sino que debería ser tratado en su centro de referencia con apoyo profesional de los recursos sanitarios. Algún responsable de CTTC aventuraba que la omisión de esta in-

formación sanitaria podría obedecer al interés del centro residencial básico de que no se desestimara el ingreso de algún menor cuyo comportamiento ocasionaba graves disfunciones en el centro.

Por lo que se refiere al expediente educativo del menor, debemos decir que han sido muchos los responsables de CTTC que se quejaban de las carencias existentes en los mismos, que les obligaban a contactar personalmente con el centro educativo de procedencia del menor para recabar la información mínima sobre su nivel educativo y su expediente académico, lo que dificultaba o, cuando menos, retrasaba la elaboración del proyecto educativo del menor y también su incorporación a un nuevo centro educativo.

También en relación con la realidad sociofamiliar del menor eran frecuentes las carencias informativas de los menores, lo que dificultaba la elaboración del plan de contactos y visitas con el exterior por el desconocimiento de los responsables del CTTC acerca del entorno del menor. En ocasiones esta falta de información incluía la omisión de órdenes dictadas en el centro residencial básico ordenando la suspensión o prohibición de contactos entre el menor y sus familiares o allegados por resultar perjudiciales para el propio menor, dando lugar a situaciones conflictivas en el CTTC.

Este conjunto de malas prácticas propiciaban que existiera unanimidad entre los responsables de los CTTC en demandar un protocolo de derivación que estipulase la documentación que debería acompañar al ingreso del menor y que obligase a su cumplimiento efectivo por los órganos de derivación.

6. Criterios y procedimientos de derivación de los menores a otros recursos al terminar el programa de intervención.

Uno de los problemas más unánimemente denunciados por los responsables de los CTTC visitados era el relativo a la gran dificultad que encontraban para derivar a los menores a otros recursos cuando concluía su programa de intervención.

En principio las opciones lógicas una vez que concluye el tratamiento del menor son las siguientes:

- Retorno al centro de procedencia.
- Derivación a otro recurso específico.
- Reagrupación familiar.
- Emancipación del menor por alcanzar la mayoría de edad.

En la práctica, el retorno del menor al centro de protección del que provenía, que debería ser la opción más utilizada, se revelaba como difícilmente viable, ya que los centros de origen solían negarse a que el menor regresase al mismo por sus antecedentes conflictivos y su renuencia a aceptar que el menor pudiese estar realmente recuperado de sus problemas comportamentales.

No hay que olvidar que los menores tutelados suelen ser derivados a un CTTC después de que los mismos protagonicen fre-

cuentes situaciones de conflicto en el centro de protección y cuando sus responsables se sienten incapaces de seguir atendiendo.

En ocasiones, el no retorno del menor al centro de procedencia es fruto de una decisión del propio menor que no desea regresar a un lugar del que no guarda buenos recuerdos por haber sido objeto en el mismo de continuas sanciones por su comportamiento disruptivo y donde no mantenía relaciones afectivas que desee recobrar.

No obstante, en la mayoría de los casos esta imposibilidad de retornar por la oposición del centro de procedencia a su regreso es vivido por el menor como un rechazo que le afecta muy negativamente en su autoestima y que con frecuencia le provoca un retroceso en su proceso de recuperación.

Especialmente duro resulta, tanto para el menor como para el CTTC, el periodo de espera desde que el menor culmina el programa de intervención hasta que se le consigue un nuevo centro que le acepte. Proceso que a veces se alarga inexorablemente hasta que el menor alcanza la mayoría de edad y abandona el sistema de protección.

En cuanto a la derivación a otros recursos, suele producirse cuando el programa de intervención no ha dado resultado y no se considera conveniente insistir en el mismo, o cuando la patología del menor se ha agravado y precisa de un recurso más especializado.

En ocasiones, los menores pasan de estar en un centro de tratamiento de trastornos de conducta a un centro para menores en conflicto social, como recurso intermedio entre el CTTC y un centro residencial básico.

Tampoco es infrecuente que estos menores abandonen el CTTC para ingresar en centro de reforma para cumplir alguna condena penal por los actos delictivos cometidos antes o durante su internamiento en el CTTC.

Por lo que se refiere a la reagrupación familiar, la misma se produce fundamentalmente en el caso —siempre excepcional— de que se trate de menores no tutelados ingresados en un CTTC por decisión administrativa tras asumir la guarda del mismo. También puede darse tal reagrupación cuando la medida de desamparo ha cesado o cuando el menor alcanza la mayoría de edad y existe una familia aguardándole.

La reagrupación suele ser gradual, e implica un proceso de acercamiento paulatino del menor hacia su familia, con estancias cada vez más prolongadas en el hogar familiar.

En cuanto a la emancipación de los menores por alcanzar la mayoría de edad, cuando no se trata de menores no tutelados o con una familia esperándole, lo normal es que pasen a ingresar en alguno de los recursos existentes para extutelados dentro del sistema de protección.

Normalmente en todos los casos, los responsables de los CTTC manifestaban realizar algún tipo de seguimiento a los me-

nores al concluir en programa de intervención para comprobar su evolución.

3. 2. 3. Infraestructuras e instalaciones.

La mayoría de los centros inspeccionados estaban ubicados en zonas rurales, normalmente en viviendas o cortijos alejados de núcleos de población. De los centros situados en zonas urbanas, sólo uno —CTTC Ágora (Sevilla)— estaba dentro del casco urbano, los demás estaban situados en urbanizaciones más o menos próximas al núcleo principal de población.

La manifiesta preferencia por las zonas rurales alejadas de núcleos de población era explicada por los titulares de los centros en base al rechazo social que suscitaban este tipo de centros, que dificultaba su ubicación en zonas urbanas y, con frecuencia, les deparaba problemas con los Ayuntamientos para la obtención de las necesarias licencias administrativas.

Otra de las razones aducidas para justificar la elección de zonas rurales aisladas para ubicar estos centros, era la conveniencia de separar a los menores de sus entornos habituales, generalmente urbanos, para facilitar la integración en el grupo de tratamiento y disuadir los impulsos de fugarse del centro que tan frecuentes son al inicio del programa de intervención.

De hecho, pudimos constatar en nuestras visitas que el alejamiento de algunos centros de cualquier núcleo habitado y de las vías principales de comunicación convertían en una difícil y arriesgada aventura cualquier intento de fuga, a la vez que facilitaba la localización de los fugados por parte del personal del centro.

Por otro lado, las actividades al aire libre y la relación con la naturaleza que propician este tipo de centros ubicados en entornos rurales eran valoradas muy positivamente por los responsables de los recursos, que les concedían un importante valor terapéutico.

Otro elemento que ha influido decisivamente en la elección de estas zonas rurales para la ubicación de los CTTC es el hecho de que muchas de las Asociaciones que recibieron el encargo de la Consejería de poner en marcha estos recursos, eran Asociaciones que venían ya trabajando con la Administración en la gestión de recursos para personas con toxicomanías y cuyas comunidades terapéuticas de deshabituación estaban situadas en zonas rurales, normalmente en fincas de gran extensión.

Al recibir el nuevo encargo, estas Asociaciones optaron por situar los nuevos centros dentro de las fincas aprovechando el espacio disponible y pudiendo así compartir algunas de las instalaciones y algunos de los recursos humanos y materiales ya existentes.

A este respecto, debemos decir que la práctica de situar un CTTC en las proximidades de una comunidad terapéutica de

deshabitación no deja de ser una opción que se presta al debate y la controversia, por cuanto parece, en principio, poco aconsejable que menores que presentan ya comportamientos de riesgo, en muchos casos relacionados con el consumo incipiente de drogas, compartan espacios y actividades con adultos toxicómanos.

Esta cuestión fue planteada a los responsables de los centros en que se daba esta utilización compartida de espacios, respondiéndose por regla general que los recursos, aunque estuviesen juntos, contaban con una separación total de instalaciones y no se permitía que menores y adultos compartiesen espacios o actividades.

No obstante, en nuestras visitas de inspección pudimos constatar que aunque los recursos contasen con instalaciones separadas y con horarios pensados para evitar las coincidencias de menores y adultos en las actividades o en los ratos de ocio, lo cierto es que tales coincidencias eran a veces inevitables y que, de hecho, no eran infrecuentes los contactos entre adultos y menores.

En algún caso se nos indicó que se valoraba como una experiencia positiva para los menores el que conociesen las consecuencias reales del consumo de drogas, ya que les serviría como elemento disuasorio para no caer en la adicción.

En nuestra opinión, las características asociadas a los trastornos de conducta en menores, entre las que se incluyen la tendencia a presentar comportamientos antisociales, hacen desaconsejable que los mismos tengan en su entorno próximo a personas cuyos hábitos y prácticas de riesgo distan de convertirlos en referentes o modelos a seguir.

Por ello, entendemos que los riesgos que pueden derivarse de la convivencia en un mismo espacio de menores con trastornos de conducta y adultos toxicómanos son lo suficientemente importantes, especialmente para los menores, como para que consideremos muy poco acertada esta opción.

Por lo que se refiere a las instalaciones y dependencias de estos centros debemos decir que las mismas no difieren por lo general de las propias de cualquier centro de protección, ya sea de acogida inmediata o residencial básico.

Lógicamente, la variedad de los centros visitados determina también una amplia diversidad en cuanto a las características y estado de las instalaciones y dependencias inspeccionadas. A este respecto, podemos decir que con carácter general su estado de conservación y habitabilidad podían calificarse de aceptables, aunque existían excepciones a esta regla, tanto en sentido positivo, como negativo.

Así, algunos de los centros ubicados en zonas rurales nos sorprendieron por la calidad de sus instalaciones y la belleza de los entornos, que asemejaban estos centros, al menos en su apariencia externa, a alojamientos rurales de alto *standing* o a los tradicionales cortijos andaluces. De hecho, no era infrecuente que estos recursos contaran con cuadras de caballos y otros

recintos donde se criaban diferentes tipos de animales domésticos, además de amplios espacios deportivos y recreativos.

Por el contrario, otros centros presentaban ciertas deficiencias que pusimos de manifiesto a sus responsables con ocasión de las visitas y que fundamentalmente se referían al mobiliario, que se encontraba bastante deteriorado, y a las habitaciones y espacios comunes, que presentaban un aspecto tan poco acogedor que difícilmente invitaba a que los menores ingresados lo considerasen un hogar.

Especialmente llamativo nos resultó el comprobar que bastantes centros optaban por utilizar materiales y tipologías constructivas más propias de un centro penitenciario o un centro de internamiento psiquiátrico, que de un centro de protección, siendo así que en estos recintos debían residir unos menores que, no lo olvidemos, ni habían sido condenados por delinquir, ni contaban con un diagnóstico clínico de demencia.

Esto era especialmente patente en las habitaciones destinadas a los menores que, en la mayoría de centros, contaban con puertas y ventanas diseñadas para soportar todo tipo de agresiones y acciones vandálicas. Así, eran frecuentes las puertas metálicas y las ventanas dotadas de rejas y cristales irrompibles. Por otra parte, los armarios carecían de puertas para evitar la rotura de las mismas y los escasos muebles existentes (mesita, silla y cama) eran de materiales difícilmente rompibles y se encontraban por lo general anclados al suelos o a las paredes, de tal forma que no pudiesen ser utilizados como armas arrojadizas u objetos contundentes.

La razón que justifica la utilización de este tipo de materiales, según los responsables de los centros, había que buscarla en las especiales características de los menores internados que, como consecuencia de los trastornos de conducta que padecen, son proclives a los actos de violencia, al destrozo de las instalaciones y a los intentos de fuga.

Sin embargo, no todos los centros visitados consideraban necesario recurrir a este tipo de materiales para puertas y ventanas, como elemento de defensa frente al vandalismo o el carácter violento de los menores. Los responsables de algunos centros visitados entendían contraproducente que unos centros dedicados a la modificación de conductas recurrieran a la utilización de mecanismos de defensa frente a los propios menores que estuvieran basados más en la contención física que en la prevención psicológica.

En estos centros las habitaciones no permanecían cerradas por la noche, ni existían rejas que impidieran a los menores salir por las ventanas y abandonar el centro. Las técnicas que se empleaban con los menores agresivos o propensos a las fugas eran principalmente en forma de terapias psicológicas individuales y grupales.

Sea como fuere, lo cierto es que la práctica totalidad de los centros contaba con unas partidas presupuestarias especial-

mente abultadas destinadas a la reparación de desperfectos, la reposición del mobiliario dañado y la contratación de medidas de seguridad pasiva, que podrían asemejarse perfectamente a las propias de un centro de reforma de menores.

Pero, posiblemente, lo que más nos impactó y sorprendió en el curso de nuestras visitas a estos centros, fue conocer la existencia en algunos de ellos de espacios o cubículos destinados a sancionar las conductas de aquellos menores que cometían infracciones graves a las normas de convivencia de los centros, especialmente los intentos de fuga y las agresiones a personas o instalaciones del centro.

Dentro de los programas de tratamiento para la modificación de conducta, es frecuente que se recurra a los premios y castigos como forma de inducir cambios positivos en el comportamiento de los menores. Y entre los castigos o sanciones más frecuentemente utilizadas en estos centros se encuentran las denominadas de “separación de grupo” y “tiempo fuera”.

La inexistencia de una reglamentación clara para este tipo de centros —que ya analizaremos con más detalle posteriormente— impide que existan unas reglas claras sobre qué conductas constituyen infracciones y, sobre todo, sobre cuáles son las sanciones que pueden imponerse por la comisión de infracciones.

No obstante, de las visitas efectuadas pudimos colegir que la sanción de “tiempo fuera” implicaba, por regla general, que el menor sancionado quedaba excluido por un tiempo de participar en las actividades colectivas del grupo, e incluso de compartir los espacios con el resto de compañeros. Por el contrario, la sanción de “separación del grupo” suponía para el menor la reclusión durante un determinado espacio de tiempo en un lugar específico que, por regla general, era la propia habitación del menor. Y decimos “por regla general” porque pudimos comprobar que existían excepciones a esta regla en algunos centros —tres concretamente— en los que se optaba por recluir al menor en un espacio específicamente destinado a este fin.

Evidentemente, estos espacios de reclusión o sanción variaban de un centro a otro, aunque en los tres casos visitados se caracterizaban por ser pequeños cubículos, cuyas reducidas dimensiones impedían al menor sancionado permanecer tumbado en los mismos o caminar más de dos pasos en cada dirección. Estaban ubicados en el exterior de los centros o en patios interiores de los mismos, lo que dejaba a los menores sancionados sometidos a las inclemencias meteorológicas.

La principal y significativa diferencia existente entre los espacios de reclusión de estos tres centros, estribaba en que en dos de ellos, propiedad de una misma Asociación, tras una primera visita de inspección de esta Institución y la posterior denuncia ante las autoridades judiciales y administrativas, se había optado por eliminar la puerta de hierro que cerraba el habitáculo, con lo que perdía el elemento esencial que lo asemejaba a una auténtica “celda de castigo”. El tercer centro, cuando lo visitamos, seguía

contando con un habitáculo de hormigón cerrado por una puerta de hierro con una pequeña ventana enrejada que permitía el paso de la luz y también, obviamente, del calor y del frío.

En estos habitáculos son reclusos los menores que cometen infracciones graves contra las normas de convivencia por periodos de tiempo que oscilan entre unas horas y varios días. Algunas de las menores internadas en unos de estos centros, a las que entrevistamos en el curso de las visitas de inspección, nos manifestaron que habían conocido casos de menores sancionadas con hasta 7 días de reclusión en estos habitáculos. Los responsables del centro negaron la veracidad de esta información y señalaron que las sanciones no duraban nunca tanto tiempo.

Durante el periodo de cumplimiento de la sanción de “separación de grupo”, el menor no puede abandonar el cubículo salvo para hacer sus necesidades, para comer o para dormir, retornando al mismo a la mañana siguiente. La alimentación —según nos explicaron las propias menores— se reducía respecto de la habitual, ya que se suprimían los bocadillos de media mañana y media tarde, al parecer por considerar la dirección del centro que resultaban innecesarios al existir un menor consumo de energías en la menor por la reclusión.

Como decíamos anteriormente, dos de los centros que contaban con este tipo de espacios los habían modificado sustancialmente tras denunciar su existencia esta Institución, trasladándolos desde el exterior del centro a un patio interior y haciendo desaparecer la puerta de hierro que los cerraba. De este modo, y aunque al menor sancionado se le seguía prohibiendo el abandono del recinto mientras durase la sanción, al menos la sensación de encierro del mismo quedaba bastante mitigada y la apariencia de la dependencia no se asemejaba tanto a la de una “celda de castigo”.

El tercero de los centros visitados, a pesar —según nos indicaron— de haber recibido instrucciones de la Dirección General de infancia y Familia para actuar en forma similar a los otros dos centros, seguía contando con un habitáculo específico ubicado en el exterior del edificio principal y cerrado con una puerta de hierro dotada de una pequeña mirilla. El espacio interior de este cubículo era mayor que el de los otros dos centros y permitía a los menores sancionados permanecer echados en el suelo de hormigón.

La permanencia de este recinto, pese a las instrucciones recibidas de la Consejería, era justificada por los responsables del centro, por entender totalmente necesaria la utilización de este tipo de espacios para la contención de aquellos menores que presentaban conductas violentas y agresivas con el personal o las instalaciones del centro. Según manifestaban, el internamiento de los menores en este recinto sólo se prolongaba por el tiempo indispensable para que el mismo se calmase.

A este respecto, cabe señalar que la dependencia en cuestión tenía las paredes de hormigón liso, sin ningún tipo de acolcha-

miento que pudiese evitar los daños derivados de actos autolesivos de los menores encerrados durante los periodos de agresividad incontrolada.

En todas las reuniones con los responsables de esos centros especificamos claramente nuestra total disconformidad con este tipo de sanciones y nuestra consideración de que estos habitáculos debían desaparecer.

En lo que se refiere al resto de dependencias del centro, como hemos reseñado anteriormente, no presentaban diferencias con las propias de cualquier centro de protección, siendo generalizada la existencia de salas específicas para reuniones y terapias de grupo, así como la existencia de espacios de uso educativo, talleres formativo y lugares de ocio y esparcimiento.

En bastantes centros, los espacios destinados a uso administrativo del personal, así como las dependencias dedicadas a cocinas o despensas contaban con puertas que solían permanecer siempre cerradas y contaban con otras medidas de seguridad. Especial vigilancia y protección solían tener las dependencias de usos médicos o que albergaban medicamentos, para evitar que los menores pudieran acceder sin control a los mismos.

En la mayoría de los centros visitados los cuartos de baño destinados a los menores carecían de puertas para permitir la vigilancia de los mismos por los educadores en todo momento.

El equipamiento y el mobiliario de los centros visitados era muy diverso y variado, tanto en su cantidad como en su calidad, sin que se apreciaran diferencias significativas con los propios de cualquier centro de protección.

Si acaso, debemos señalar la peculiaridad ya apuntada anteriormente de que mientras en la mayoría de los centros el mobiliario de las habitaciones de los menores estaba compuesto por elementos o piezas macizas, atornilladas al suelo para evitar su destrozo o su uso como arma, en algunos centros este mobiliario era de una factura absolutamente normal, sin que sus responsables consideraran necesario ni conveniente que fuese irrompible o estuviese atornillado al suelo. Preguntados los responsables de estos centros si no se producían actos de vandalismo de los menores con este mobiliario, respondían que ocasionalmente si ocurría y eran sancionados por ello, pero que estas circunstancias no justificaban, a su entender que se utilizasen muebles propios de un centro penitenciario o psiquiátrico.

Las instalaciones exteriores de los centros ubicados en zonas rurales contaban por lo general con amplios espacios dedicados a la practica deportiva —campos de fútbol o baloncesto— o a usos recreativos —piscina—. Asimismo, era frecuente la existencia de dependencias exteriores donde se ubicaban talleres formativos —forja, carpintería, mecánica, etc.—.

También pudimos comprobar en estos espacios rurales la existencia de huertos donde los menores realizaban prácticas de horticultura y la presencia de animales domésticos —gallinas, conejos, cabras, caballos— que eran utilizados para actividades

terapéuticas y formativas con los menores, generalmente con muy buenos resultados, aunque se habían producido algunos episodios aislados de agresiones a los animales por parte de menores aquejados de graves patologías de trastorno del comportamiento.

Por último, debemos señalar que no todos los centros visitados eran totalmente accesibles a personas discapacitadas, encontrándonos con varios que contaban con diferentes tipos de barreras arquitectónicas.

3. 2. 4. Medios personales.

Por lo que se refiere a los medios personales de que disponen los CTTC, debemos decir que los mismos no son muy diferentes de los propios de cualquier centro de protección, aunque con un número superior de educadores y monitores o trabajadores sociales.

Una plantilla tipo de un centro de esta características, concretamente el de un centro con 16 plazas disponibles y que compartía espacios con un centro para toxicómanos, estaba compuesta por:

- 1 Coordinador de programas.
- 1 Director.
- 3 Psicólogas a tiempo parcial.
- 1 Trabajador social a tiempo parcial.
- 7 Educadores.
- 3 Monitores.
- 1 Cocinera, compartida con el centro de toxicómanos
- 1 Limpiadora, compartida.
- 1 Persona de mantenimiento, compartida.

Aunque las plantillas variaban de unos centros a otros en función de diversos factores, como el número de plazas disponibles o la escolarización o no de los menores en centros educativos, la que hemos detallado podría considerarse representativa de la propia de este tipo de centros.

Lo centros tenían establecido sistemas rotatorios por turnos del personal para garantizar una cobertura adecuada de los mismos las 24 horas del día, durante los 365 días del año.

Aunque no efectuamos comprobaciones precisas sobre la cuestión, en todos los centros nos aseguraron que el personal contratado contaba con las titulaciones exigidas en la normativa reguladora de centros de protección.

Un tema recurrente en las reuniones habidas con los responsables de los centros se refería a las dificultades que estos encontraban para contratar a personas que, disponiendo de la titulación exigible, estuvieran dispuestas a realizar este tipo de trabajo. Asimismo, se lamentaban de la dificultad para conseguir la permanencia del personal contratado, ya que era frecuente que el mismo abandonara su puesto tras una corta estancia en el centro por las dificultades y riesgos inherentes al trabajo desempeñado.

A este respecto, los responsables consultados incidían en la importancia que la estabilidad del personal tenía para el éxito de los programas de intervención con los menores, ya que resultaba imprescindible establecer relaciones de confianza y afecto entre los mismos y el personal que los atendía diariamente. Por ello, los cambios en el personal contratado, no sólo comportaban dolorosas rupturas en los vínculos afectivos con los menores, sino que, con frecuencia, determinaban retrocesos notorios en los programas de intervención con los mismos.

3. 2. 5. Organización de los centros.

Como es obvio, todos los centros visitados habían firmado un contrato programa con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en el que se especificaba el objeto de la encomienda de gestión realizada y las condiciones por las que se regiría la ejecución de la misma.

Asimismo, todos los centros disponían de proyectos propios que detallaban los programas de intervención puestos en marcha para la modificación de la conducta de los menores a su cargo.

Estos programas de intervención diferían de unos centros a otros, salvo cuando estaban regentados por una misma Asociación, aunque la mayoría presentaban rasgos comunes y seguían un patrón muy parecido a los de los programas de modificación de conducta, siendo muy similares a los aplicados en los centros de reforma de menores, basados en la estructuración por fases sucesivas, representando cada fase la posibilidad de acceso del menor a un mayor número de beneficios y privilegios y dependiendo la superación de las fases del comportamiento mostrado por el menor en la fase precedente.

Una muestra de este tipo de programas de intervención por fases, es el representado en el esquema siguiente, facilitado por uno de los centros visitados:

PRIVILEGIOS QUE SE VAN CONSIGUIENDO A MEDIDA QUE SE VA AVANZANDO EN CADA PROCESO							
NIVEL	FASE	VISITAS / ENTREVISTAS	SALIDAS TERAPÉUTICAS	SALIDAS DEL CENTRO	LLAMADAS	PAGAS	DURACIÓN DE LA FASE
0	ACOGIDA	NO	NO	El menor no sale, a no ser que haya una actividad programada	NO	NO	30 días
1	APRENDIZAJE	1 / 15 días	NO	El menor no sale, a no ser que haya una actividad programada	2 / 7 días	SÍ	21 días
2	SOCIALIZACIÓN	1 / 30 días	1 noche / 30 días	El menor no sale, a no ser que haya una actividad programada	2 / 7 días	SÍ	42 días
3	CONSOLIDACIÓN	1 / 30 días	2 noches / 30 días	2 salidas*: viernes tarde, sábados y domingos por la mañana	2 / 7 días	SÍ	84 días
4	AUTONOMÍA	1 / 30 días	3 salidas de 2 noches al mes **	2 salidas*: viernes tarde, sábados y domingos por la mañana además de salidas para realizar una actividad de integración: fútbol, gimnasio, estudio, cursos, etc.	2 / 7 días	SÍ	168 días
5	FINALIZACIÓN	ENTREVISTAS	Todos los fines de semana	Según la actividad que desarrolle en su lugar de derivación	2 / 7 días	SÍ	<30 días
F	SALIDA				2 / 7 días	SÍ	

*Estas salidas se realizarán siempre que no haya otra actividad propuesta para el grupo.

** El menor es libre de salir a su domicilio o no, siempre que lo avise con antelación para no solicitar el permiso al S.P.M.

NOTA: Desde mediados de la fase de CONSOLIDACIÓN, se empezará a estimar si se puede realizar contratos prelaborales/laborales en empresas ajenas al centro. La escolarización no se realizará antes de la fase de SOCIALIZACIÓN y ésta estará en función de la valoración que el equipo educativo y técnico realice de cada menor en cuanto a sus necesidades y expectativas futuras, estimando cuáles son las más beneficiosas para el mismo.

Según nos explicaron en este centro sus responsables, sería conveniente establecer una fase previa a la Fase 0 –acogida– que denominaron de “pre-acogida” en la que se establecería contacto con los menores propuestos para su internamiento mientras aún permanecían los centros residenciales básicos.

En esa fase de “pre-acogida” se valorarían la voluntariedad, los intereses y las expectativas de los menores antes de su ingreso en el centro y se recabarían datos sobre los mismos para mejorar su proyecto individualizado de intervención y posibilitar un más rápido avance en el proceso de fases.

Asimismo, esa fase previa permitiría a los responsables del CTTC discernir mejor si las características del menor y el trastorno que presentaba se adecuaban al programa terapéutico del centro, o si, por el contrario, era aconsejable derivarlo a algún otro tipo de recurso.

Según nos explicaron, sólo en contadas ocasiones habían podido desarrollar esa fase de “pre-acogida”, pero en esas ocasiones habían podido compilar datos referentes a los menores que resultaron de sumo interés para el posterior tratamiento de los mismos.

No obstante, por regla general, los menores eran derivados al centro sin ninguna consulta previa con los responsables del mismo y con una aportación documental sobre el menor muy escasa.

Por lo que se refiere a las características y objetivos del resto de fases, reproducimos a continuación la descripción que acerca de las mismas se incluía en el proyecto educativo del centro seleccionado por considerar que resulta altamente representativo del tipo de programas de intervención desarrollados en los CTTC.

“6.3.2.1 Acogida.

Los objetivos y aspectos a trabajar en la etapa de acogida y acomodación de un menor deben partir de lo que implica para éste su ingreso en el centro. Es decir, los profesionales han de tener en cuenta que en la mayor parte de los casos se produce una separación traumática del menor con su entorno y con los referentes adultos significativos para él hasta ese momento.

A nivel general, los objetivos a trabajar en la fase de acogida y acomodación de un menor en un recurso residencial serán:

- Reducir los sentimientos negativos (miedo, culpabilidad, incertidumbre...) que pueda tener el niño respecto a las causas que han provocado su ingreso en el centro.*

- Propiciar que el entorno sea cálido y satisfaga las necesidades físicas y psíquicas del menor.*

- Posibilitar el establecimiento de vínculos afectivos tanto con figuras referenciales adultas como con el grupo de iguales.*

Partiendo de esta realidad, algunas de las cuestiones que habrán de tener presentes los/as educadores/as son:

- El lenguaje verbal y no verbal utilizado en la interacción con el niño. En ese primer momento, el menor se encuentra a la expectativa de la actuación de los otros (de aquello que le dicen, del tono en que se lo dicen, de los gestos amables que se emplean, de las expresiones faciales de los demás...). El menor siente miedo, está confuso. En su vida se ha producido la intrusión de adultos y iguales nuevos para él.*

- Las técnicas de comunicación. En la historia de muchos menores encontramos aprendizajes y hábitos que suponen serios obstáculos para comunicarse. En el momento de acogida de un niño esto hay que tenerlo en cuenta, pues muchas de sus ansiedades puede no poder expresarlas. En este sentido, el educador deberá ser el facilitador de dicha comunicación.*

- La conexión afectiva. El menor ha de poder sentirse acogido, es decir que las personas que le reciben*

le admiten en su compañía y le ofrecen desde el primer momento seguridad y comprensión. Esto supone para el equipo de profesionales ayudar al menor a familiarizarse tanto con los objetos, como con los espacios, como con el nuevo núcleo convivencial.

6.3.2.2 Aprendizaje.

Es la fase más corta en el tiempo en la que se tomarán las decisiones más importantes respecto al proceso del menor en el centro. Se inicia con la redacción del Proyecto Individualizado de Tratamiento (PIT) que ha de estar relacionado con la propuesta global de intervención del caso, y que por tanto ha de estar orientado a preparar al adolescente desde el primer momento para su proyecto de futuro: retorno a la familia, acogimiento, adopción, autonomía en la mayoría de edad, traslado de centro, etc.

Partiendo de este enfoque se orientará la tarea educativa a conseguir los objetivos marcados en el PIT en los distintos ámbitos de actuación: familiar, desarrollo emocional relacional, desarrollo intelectual y de aprendizajes, vida cotidiana y salud, y hacer participe activo de su propio proceso.

Durante esta etapa el menor ha de poder vivir en el centro realizando las experiencias normales y normalizadas según su edad, que le posibiliten el crecimiento armonioso de su personalidad, y que aligeren al máximo las consecuencias nocivas que la separación traumática de su entorno familiar le puedan provocar.

El objetivo general de esta etapa es capacitar al menor para afrontar con garantías de éxito el proyecto de futuro viable para él. Al mismo tiempo, es necesario que el niño realice los aprendizajes propios de su edad.

Los contactos con la familia durante esta etapa serán de una visita cada 15 días y dos contactos telefónicos a la semana.

6.3.2.3 Socialización.

Si partimos de la premisa de que un centro de protección debe ser en la medida de lo posible un recurso temporal, nos encontramos con el imperativo de que en realidad esta fase se ha de ir preparando desde el mismo momento en que un menor entra en el centro.

Con todo, el adolescente que ha estado durante un tiempo conviviendo en un recurso residencial, ha establecido una serie de vínculos afectivos con las personas y el entorno que hacen que en el momento del desinternamiento, el menor se vea obligado a realizar una serie de despedidas que hay que trabajar educativamente, para que las mismas no se conviertan en nuevas experiencias de rupturas traumáticas.

Sea cual sea el proyecto de futuro para el que se haya preparado al menor e indistintamente de su edad, el equipo de profesionales del centro ha de tener en cuenta que el proceso de desinternamiento supone mucho más que lo que puede ser una toma de decisión institucional estructurada en diferentes pasos, y que aunque se haya preparado al menor en la etapa anterior, hay algunos aspectos que deben trabajarse en el momento de la despedida. Estos son:

- Aquellas situaciones que puedan aparecer como problemáticas en el último momento: miedos, ansiedades, expectativas falseadas y/o inciertas frente a la nueva situación etc. Ante las mismas hay que ofrecer una respuesta educativa de apoyo, clarificación, resolución de dudas, mediación con los nuevos referentes, refuerzo afectivo, etc.

- Reforzar los éxitos conseguidos por el menor en la etapa anterior, motivando la ilusión ante la nueva situación, aunque ofreciendo también un criterio de realidad.

- Atender las últimas necesidades que el menor pueda expresar o tener, mientras se va preparando el momento del desinternamiento.

- Ayudar al menor a elaborar las despedidas, evitando las rupturas bruscas.

6.3.2.4 Consolidación.

La de CONSOLIDACION es la siguiente etapa, en la que superadas las dificultades mayores, se le requiere esfuerzos más específicos, comprometiéndolo en actitudes más normalizadas que son apoyadas positiva o negativamente hasta que consigue un comportamiento más adecuado. En estas dos etapas los menores han estado ya en contacto con recursos normalizados, ya sea el IES o bien en cursos de FPO, siendo su comportamiento en dichos recursos continuamente evaluados y objeto de intervención específica.

Los contactos con la familia en estas etapas van aumentando progresivamente en cuanto a sus salidas; la frecuencia de los contactos sigue siendo de dos al mes, uno con una entrevista en el centro y el otro con una salida al domicilio familiar, inicialmente de 24 horas para, en función de sus progresos, se aumenten en horas y posteriormente en frecuencia, pudiendo llegar a dos salidas al mes, manteniéndose la visita al centro por parte de la familia.

En estas fases se requiere a la familia que recojan y devuelvan al menor al centro, firmando contrato técnico para la salida, tanto el menor como su familiar, en el que se le dan pautas de comportamiento a uno y directrices a los adultos. En los casos en que la familia

no avanza al ritmo del menor o se estanca por alguna causa, se percibe de inmediato en las conductas del menor, por lo que se refuerzan las entrevistas al objeto de señalar estas dificultades provocadoras de los retrocesos del menor.

6.3.2.5 Autonomía.

En la fase de AUTONOMIA, en principio el menor debe tener incorporado ya hábitos saludables y conductas normalizadas con su entorno, debe responsabilizarse de sus actividades diarias (por Ej. levantarse solo, tiene la llave de su habitación, etc.) y su relación con el IES. o con su trabajo son supervisadas sin ser objeto de intervención. La relación con su familia es en todos los fines de semana, tres en casa, a la que acudirá solo, sin supervisión de ningún adulto y el cuatro fin de semana es sustituido por una visita en el centro que se utiliza para hacer seguimiento de la evolución. En esta fase se mantiene una sesión de trabajo con el equipo de los Servicios Sociales de su zona, la familia y el menor, para reforzar el trabajo en zona e ir separándonos de la intervención.

Culminadas todas estas fases, se entiende que el menor está preparado para reincorporarse a su familia o, en su caso, a un recurso, dentro del sistema de protección, de los llamados residenciales básicos. En los casos que cumplan su mayoría de edad en el CTT., la preparación para la salida contemplaría la gestión de plaza en las organizaciones que se ocupan de estos cometidos, apoyados por la formación profesional adquirida que también es básica para los casos en que el chico desee su total autonomía.

6.3.2.6 Finalización.

En la fase de FINALIZACIÓN no se establecen tiempos definidos, puesto que depende de cada caso en concreto. En esta fase se inician los trámites de derivación y se barajan las alternativas que se habían propuesto como más idóneas para la continuación de proceso de reintegración social del menor.

6.3.2.7 Salida.

Este tipo de programa de intervención estructurado en fases es bastante común entre los centros de tratamiento de trastornos de conducta, aunque cada centro —o cada Asociación— lo aplica con criterios propios y variantes o matices.

Por regla general, los programas de intervención constituyen el eje fundamental de la actuación terapéutica de los centros, supeditando a la filosofía del mismo los proyectos individualizados desarrollados con los menores. No obstante, en algunos centros primaban en mayor medida el proyecto individualizado de cada menor, utilizando los programas de intervención por fases como un mero referente.

En estos centros, los programas de intervención, aunque seguían la filosofía general de los programas por fases, no aplicaban de forma rigurosa estos procesos ofreciendo mayor flexibilidad para reconocer derechos o privilegios a los menores en función de su evolución o características personales. De hecho, en algún centro el programa de intervención se reducía a un conjunto de reglas o normas de comportamiento de cuyo cumplimiento se hacían depender una serie de derechos o privilegios.

Aunque es preceptivo en este tipo de centros, no todos los investigados disponían de un Reglamento de Organización y Funcionamiento (ROF), que sirviese como normativa de régimen interior para regular el funcionamiento ordinario del centro y estipular derechos y obligaciones de los menores.

Mientras algunos centros disponían de un ROF completo y detallado, del que pudieron facilitarnos copias, otros centros únicamente contaban con algunos impresos o documentos en los que de forma concisa y, en muchos casos esquemática, se detallaban el horario de actividades, las obligaciones y derechos de los menores, las normas para las comunicaciones telefónicas o postales, etc.

Aunque en estos centros aseguraban que todos los menores internados eran perfectos conocedores de las reglas que regían el funcionamiento del mismo y de los derechos y deberes que les correspondían, lo cierto es que la ausencia de un ROF debidamente elaborado y aprobado introduce un factor de inseguridad jurídica que puede propiciar situaciones de arbitrariedad en la aplicación de las normas o de indefensión de los propios menores.

Esto es especialmente notorio en lo referente al régimen de infracciones y sanciones existente en los CTTC.

Dada la íntima relación existente entre el programa de intervención por fases y el comportamiento de los menores, que se traduce en que los avances y retrocesos dentro del programa dependen directamente del grado de cumplimiento por los mismos de las normas de comportamiento estipuladas, se hace imprescindible para los centros tanto contar con una disposición que regule claramente las reglas de comportamiento, como con una normativa que estipule las infracciones a dichas normas y las sanciones que correspondan a las mismas.

A estos efectos, es importante reseñar que la Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y la Atención al Menor establece en su art. 37 lo siguiente:

«los centros de protección de menores, en cuanto a su organización y funcionamiento, se regirán por las disposiciones establecidas por la Administración de la Junta de Andalucía. Su regulación deberá ajustarse a los principios inspiradores de esta ley; en cualquier caso, deberán poseer las siguientes características:

Poseerán un reglamento de funcionamiento interno democrático.»

Y es en el seno de este Reglamento de Organización y Funcionamiento (ROF) donde debe estipularse el régimen de infracciones a las normas del centro y las sanciones correspondientes.

Así, por ejemplo, traemos a colación y reproducimos a continuación el apartado incluido en el ROF de uno de los centros visitados que nos parece un ejemplo acertado de la regulación que debería existir en cada uno de estos centros:

«Artículo 7. Normas sobre la intervención ante comportamientos inadecuados.

1. Comportamientos inadecuados.

- Las faltas o comportamientos inadecuados cometidas por los/las menores se calificarán en leves, graves y muy graves, viniendo determinada su medida correctora por la gravedad del hecho, la intencionalidad, las circunstancias personales y el contexto en que se haya producido, así como por su carácter reincidente.

- Tienen la consideración de faltas leves:*
- No cumplir con las normas de higiene personal.*
- Realizar bromas de mano y utilizar lenguaje y gestos obscenos.*
- Tener un mal comportamiento en la mesa.*
- Hacer uso del material del centro, sin permiso de un educador/a.*
- Entrar en la habitación de otro compañero sin permiso de un educador.*
- Fumar en lugares no permitidos.*
- Comunicarse o dar objetos a los menores que se encuentren sancionados con Tiempo Libre.*
- No comer un mínimo de todos los alimentos.*
- Causar desperfectos en las dependencias o material del Centro, así como en las dependencias de otros menores, de una cuantía de hasta 6 €.*
- Entrar en la sala de educadores sin permiso.*
- Tienen la consideración de faltas graves:*
- Desobedecer las indicaciones del personal del Centro.*
- Decir a los compañeros que no obedezcan.*
- Utilizar un lenguaje y gestos obsceno hacia cualquier persona.*
- Comunicarse o dar objetos a los menores que estén sancionados por faltas muy graves.*
- Causar destrozos graves en las dependencias o materiales del Centro, así como en las pertenencias de otros menores o personal del Centro, de una cuantía no inferior a 6€ ni superior a 12€.*
- Salir del Centro sin permiso.*
- No realizar las tareas del Centro, en el tiempo encomendado según horario establecido.*

- Poseer objetos perjudiciales para la integridad física de las personas.

- Acumulación de 6 faltas leves.

- Tienen la consideración de faltas muy graves:

- Causar desperfectos en las instalaciones o material del Centro, así como en las pertenencias de otros menores o personal del Centro, en una cuantía superior a los 12€.

- Fugarse del Centro, en un tiempo superior a los 5 minutos, fuera de la vista del educador.

- Tener en posesión o en su habitación, algún tipo de sustancias tóxicas.

- Consumir o dar positivo en consumo de algún tipo de sustancias tóxicas que estén dentro de la ilegalidad (THC, alcohol, cocaína, heroína, MDMA, etc.).

- Llegar una tarde de la salida autorizada, de 0 a 20 minutos.

- Agredir físicamente a cualquier compañero/a, educador/a o a cualquier persona con la que el/la menor pueda relacionarse:

a) Golpear a alguien en contra de su voluntad.

b) Golpear causando hematomas al agredido.

c) Causar hemorragia o lesión que necesite atención médica.

- Participar en motines o desobediencias colectivas.

- Abusar sexualmente de otra persona.

- No cumplir con las actividades programadas.

- Cometer algún tipo de delito que no esté en la norma y que sea denunciable. Si es un robo, se estimará la cuantía, siendo superior a 6€.

- Acumular en la misma semana tres faltas graves.

2. Medidas correctoras

- Entre las medidas correctoras que podrán ser impuestas en caso de faltas leves están:

- Amonestación verbal de forma inmediata a la comisión de la falta.

- Petición de excusas a la/s persona/s ofendida/s.

- Restricción de 0'30€ por cada falta, de la paga diaria.

- Pérdida del Tiempo libre del día, si el menor ha agotado la paga diaria por acumulación de faltas.

- Reparación de los daños ocasionados.

- Abono de la cuantía que ascienda los desperfecto que el menor ocasione, a través del sueldo semanal.

- Entre las medidas correctoras que podrán ser impuestas en caso de faltas graves están:

- Realización de tareas, que cooperen en la reparación de los deterioros ocasionados.

- Abono de la cuantía que ascienda los desperfecto que el menor ocasione, a través del sueldo semanal

- Restricción de 0'60€ por cada falta, de la paga diaria.

- Pérdida del Tiempo libre del día.

- Cooperación en servicios a la comunidad, que estén estrechamente relacionados con su dificultad, como sistema de aprendizaje.

- Entre las medidas correctoras que podrán ser impuestas en caso de faltas muy graves están:

- Suspensión del dinero de bolsillo durante un período mínimo de una semana y máximo de un mes.

- Realización de tareas que contribuyan a la mejora de la dinámica del Centro, durante un período máximo de 15 días.

- Abono de la cuantía que ascienda los desperfecto que el menor ocasione, a través del sueldo semanal

- Se iniciarán procedimientos judiciales si se estiman necesarios.

- Limitación del tiempo libre por un período por un mínimo de una semana y un máximo de un mes o bien hasta que el equipo educativo estime oportuno.

- Retroceso o reinicio de la fase del tratamiento terapéutico.

- Toda conducta protagonizada por un/a menor que constituya falta o delito según el Código Penal, el director/a del Centro deberá ponerlo en conocimiento del Servicio de Atención al Niño correspondiente y denunciada ante las Fuerzas de Seguridad.

- En el caso de las faltas leves y graves, las medidas correctoras serán impuestas por los/las educadores/as que estén presente en ese momento, informando posteriormente de lo ocurrido al resto del Equipo Educativo y a la dirección del Centro.

- En el caso de las faltas muy graves, las medidas correctoras serán aplicadas por el Equipo Educativo y la dirección del Centro.

3. Criterios educativos para el establecimiento de medidas correctoras: limitación e incentivación.

- Las medidas correctoras al incumplimiento de la normativa habrán de tener siempre un carácter educativo y no podrán atentar contra la dignidad del /de la menor.

- Toda medida correctora que se imponga deberá respetar los siguientes principios:

- Ser inmediata en el tiempo.

- Proporcionada y relacionada con la falta cometida.

- Estar tipificada por escrito en la normativa entregada al/a menor a su ingreso.

- Ser objeto de reflexión y comentada posteriormente en privado con el/la menor.

- Las medidas correctoras existentes en un Centro de protección, se determinarán en función de los siguientes criterios:

- Edad, características y situación del/de la menor.

- La reiteración de la conducta.

- En la aplicación de las medidas correctoras por el incumplimiento de la normativa del Centro por parte del/de la menor, nunca se le/la podrá privar del ejercicio de los derechos que tiene reconocidos por la legislación vigente y los derechos contemplados en este Reglamento. En todo caso, las respuestas consistirán en la reducción o suspensión de un privilegio y nunca en una privación o restricción de un derecho.

- Es necesario primar la incentivación, los refuerzos positivos frente a la utilización de las sanciones, ya que consiguen aumentar la motivación del/de la menor para el cambio de conducta.

- El sistema de incentivación grupal deberá estar consensuado por todo el equipo educativo, y por los/las menores, quedando por escrito y a disposición de cualquier menor que lo solicite. Es necesario disponer de una amplia tipología de "premios", de forma que el Equipo Educativo disponga de un gran repertorio de elementos que fomenten el cambio en los/las menores.

- Las medidas correctoras no han de servir para sancionar el fracaso, porque fracaso presupone intento que no ha salido bien. Las medidas correctoras se han de utilizar para sancionar la vulneración de una norma establecida que regula la vida colectiva o algún derecho o deber individual. Con ello, se evitarán arbitrariedades y, por tanto, posibles situaciones de injusticia e indefensión del/de la menor.

- El conocimiento de la medida correctora que presupone una determinada acción, puede ser un motivo para evitarla. En ningún caso y bajo ningún concepto, la medida ha de ser un instrumento de venganza ni un elemento de humillación, ya que lo que se hace es corregir conductas o actitudes con intención educativa.

- Ninguna medida correctora podrá atentar contra la salud del/de la menor y, por tanto, no se podrá utilizar la comida ni el tiempo de dormir como un elemento que intervenga en una medida. Ni cualquier otra actuación que por las inclemencias del tiempo pueda resultar peligroso para la salud de los/las niños/as.

- No se podrá utilizar para limitar el comportamiento de un/a menor nada que humille o ridiculice su dignidad como persona.

- Quedan obviamente desautorizadas las medidas correctoras que impliquen una agresión física al/a la menor. En aquellos casos que por la extrema situación de agresividad de un/una menor hiciera falta una contención que requiriera el uso de la fuerza, se hará con el máximo cuidado y con la medida justa y suficiente para producir la contención. En estos casos, se informará por escrito al Servicio de Atención al Niño correspondiente de lo sucedido, con el fin de garantizar el máximo de transparencia en la defensa de los derechos de los/de las menores tutelados/as, así como la pertinencia de la intervención realizada por los/las educadores/as del Centro.

Artículo. 8. Ejercicio de la facultad de corrección.

El presente Título regula las actuaciones de intervención correctiva frente a aquellas conductas de un menor acogido en un centro de protección de menores y que resulten peligrosas tanto para su integridad física y moral, como para la de alguno o algunos de los restantes menores, personal o instalaciones del centro.

La intervención correctiva regulada en el presente Título tendrán un carácter excepcional y en ningún caso serán consideradas como prácticas habituales de la intervención socioeducativa en los centros de protección. Su única justificación es la de garantizar, dentro del marco de la intervención educativa, la protección de los menores acogidos, tanto de sí mismos, como de sus compañeros, así como del personal e instalaciones del centro."

Creemos que este texto es una buena referencia para el ejercicio de las potestades de corrección dentro de un CTTC y aporta seguridad jurídica para el centro y para los menores internados en el mismo.

En este sentido, no podemos por menos que lamentar que bastantes de los centros visitados carecieran de ROF y, por tanto, adolecieran de una normativa específica para regular las infracciones y sanciones o bien que la misma se redujese a un documento o impreso, normalmente colgado en algún tablón del centro, donde de forma sintética y esquemática se señalaban las correcciones a imponer por determinadas conductas que se consideraban inadecuadas.

Es evidente que la ausencia de esta regulación no implica que los centros puedan actuar con total libertad a la hora de establecer infracciones (o comportamientos inadecuados) y fijar sanciones (o correcciones) ya que siguen estando sometidos al resto de la legislación vigente en la materia y en particular a lo dispuesto en el Decreto 355/2003, de 16 de Diciembre, del acogimiento residencial de menores.

No obstante, las peculiaridades propias de los CTTC, en gran medida por las características de los menores internados en los

mismos y por el objetivo terapéutico que persiguen, hacen altamente aconsejable que los mismos dispongan de una normativa específica que regule el ejercicio de las potestades correctoras ante los comportamientos inadecuados de los menores.

En este sentido, estimamos oportuno que dicha regulación no se haga depender exclusivamente de la voluntad de los centros de incorporarla, con mayor o menor detalle, al Reglamento de Organización y Funcionamiento, sino que creemos que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se debería elaborar una normativa que regulase específicamente el régimen de infracciones y sanciones a aplicar en los CTTC.

Esta normativa debería ser de obligado cumplimiento para todos los CTTC y permitiría una regulación más concreta y detallada en los ROF de los distintos centros para adecuarla (sin desconocerla) a las peculiaridades organizativas y de funcionamiento de cada centro.

De hecho, en algunos de los centros visitados excusaron la inexistencia de un reglamento o normativa que regulase infracciones y sanciones aduciendo que estaban a la espera de que por la Consejería se aprobase lo que denominaron un “reglamento marco”.

Como hemos señalado anteriormente las particularidades (patologías en la mayoría de casos) de los menores internados en estos centros determinan con bastante frecuencia que el comportamiento de los mismos sea especialmente conflictivo, dando lugar en bastantes casos a situaciones de ruptura de la convivencia con peligro incluso para personas y bienes.

Si a esto le unimos que el objetivo esencial de estos centros no es otro que reconducir a pautas normalizadas el comportamiento trasgresor de estos menores, no es de extrañar que el régimen de infracciones y sanciones adquiera una papel preponderante, o cuando menos muy relevante, en la cotidianidad de estos centros, e incluso llegue a convertirse en un instrumento esencial del propio programa de intervención desarrollado con los menores.

Por ello, resulta imprescindible que estos centros cuenten con una regulación muy clara y precisa sobre que comportamientos deben ser objeto de corrección y cuáles son las correcciones admisibles para cada tipo de conducta.

La inexistencia de esta regulación y la conflictividad intrínseca de estos centros puede acabar provocando que se establezcan, de hecho, regímenes sancionadores de gran dureza y extremadamente coercitivos, que lleguen incluso a superar los aplicables a menores internos en centros de reforma por la comisión de graves delitos.

Tal es el caso, como tuvimos ocasión de exponer anteriormente, de las sanciones consistentes en separaciones de grupo que en algunos centros se prolongaban por periodos excesivamente largos y además, en tres de los centros visitados no se permitía su cumplimiento en la propia habitación del menor

sancionado, sino que se obligaba al mismo a permanecer recluso en habitáculos destinados ex profeso a este fin, y totalmente carentes de las condiciones exigibles a los mismos.

La existencia de este tipo de espacios únicamente sería admisible cuando tuviese por objeto la contención del menor en momentos de extrema agresividad en que resultase imposible su contención por otros medios y existiese peligro de que se lesionase a sí mismos o a otros, o de que causase destrozos en los bienes o instalaciones del centro.

Y aun en estos casos, la reclusión del menor en el centro no podría prolongarse por más tiempo del estrictamente necesario para que el mismo recuperase el autocontrol y debería estar sujeto a supervisión permanente por parte del personal del centro y bajo control médico.

Además, estos espacios deberían estar especialmente acondicionados –acolchamiento– para evitar que los menores pudiesen autolesionarse.

En el curso de nuestras visitas a algunos de los centros, y pese a que se negara la evidencia por parte de los responsables de los centros, llegamos a la conclusión de que se utilizaban los habitáculos, no sólo como último recurso para la contención de un menor que hubiese perdido totalmente el control y supusiese un peligro para sí o para los demás, sino también como sanción por conductas inadecuadas que el centro consideraba especialmente graves, como los intentos de fuga o las agresiones a educadores u otros menores.

Y aun en el caso de menores reclusos como medida de contención, la excesiva duración de tal reclusión –a veces duraban varios días y sólo salían para comer o para pernoctar en su habitación– invalidaba la posibilidad de considerarlo una medida terapéutica y lo convertían claramente en una sanción, a nuestro juicio, injustificada y desproporcionada.

Incluso cuando la sanción de separación de grupo se hacía cumplir en la habitación del propio menor, la excesiva duración de algunas de estas sanciones –según pudimos comprobar– nos hace dudar del carácter terapéutico o reeducador de las mismas.

Igualmente dudoso nos parece el carácter educativo de la sanción impuesta a un menor en uno de los centros visitados, consistente en colocar al menor un cartel colgado del cuello explicitando la infracción cometida. Creemos que la exposición del menor a este tipo de humillación pública difícilmente le ayudará a recuperar los déficits de confianza y autoestima que en la mayoría de los casos padecen y además se contradice claramente con la prohibición de imponer correcciones a los menores «que conduzcan a su humillación o ridiculización» establecida en el artículo 42.3 del Decreto 355/2003, de 16 de Diciembre, del acogimiento residencial de menores.

Es evidente que los menores internados en estos centros son particularmente conflictivos y propensos a provocar situaciones de quiebra de la convivencia, a veces con gran riesgo para las

personas o bienes. Y es igualmente cierto que uno de los fines de estos centros es reconducir al conducta del menor mostrándole los límites a su comportamiento. No es, por tanto, de extrañar que estos centros se doten de un régimen especialmente estricto en materia de infracciones y sanciones.

No obstante, creemos que ello en ningún caso puede justificar el excesivo rigor del régimen existente en alguno de estos centros que, como hemos dicho anteriormente, llega en ocasiones a superar al existente en los centros de reforma. Y ello, pese a aplicarse a unos menores que, no lo olvidemos, no han cometido ningún delito —o al menos no han sido objeto de condena judicial—.

Por ello, debemos insistir en la necesidad de contar con una norma que regule específicamente el régimen de infracciones y sanciones aplicable en los CTTC y evite los excesos que puedan estar produciéndose.

3. 2. 6. Situación educativa.

Para analizar la situación educativa de los menores ingresados en un CTTC tomaremos en consideración las siguientes cuestiones:

- Situación educativa al ingresar en el centro.
- Atención educativa durante la permanencia en el centro.

1. Situación educativa al ingresar en el centro.

Sobre esta cuestión la coincidencia fue prácticamente total en todos los centros visitados al valorar como bajo el nivel educativo de los menores que ingresan en los mismos. De hecho, una mayoría los definía como alumnos con necesidades educativas especiales, precisados de importantes adaptaciones curriculares.

Este bajo nivel educativo se comparece con el perfil típico de un menor con trastorno de conducta, no porque los mismos suelen presentar problemas intelectuales, sino porque su comportamiento antisocial y disruptivo suele abocarles a continuos conflictos en el ámbito educativo, tanto con las autoridades académicas como con los compañeros, siendo objeto con mucha frecuencia de medidas disciplinarias, entre las que destacan las expulsiones del centro temporales o definitivas.

El absentismo escolar y la desescolarización están presentes en la vida de muchos de estos menores, en la mayoría de casos como reflejo de su actitud de constante desafío a la autoridad y a las reglas establecidas socialmente. Por su parte, el fracaso y el retraso escolar son la consecuencia más palpable de su difícil adaptación a un entorno como el educativo que exige de constancia y disciplina.

Dado que en su mayor parte los menores atendidos en los CTTC son adolescentes, cuando ingresan en los centros cuentan ya con una larga trayectoria de desencuentros con el ámbito

educativo que normalmente son muy difíciles de reparar y condicionan sus posibilidades formativas y de socialización durante su estancia en el centro.

Uno de los principales problemas de los CTTC en el ámbito educativo, consecuencia de las malas prácticas que denunciábamos al hablar de los procedimientos de derivación, es que muchos menores son ingresados en los CTTC sin que se aporten al centro los datos y documentos que precisa para conocer y evaluar su situación educativa.

En bastantes casos se trata de menores que llevan años sin asistir a ningún centro educativo y cuyos expedientes académicos parecen haberse perdidos en el continuo trasiego entre los diversos centros de protección al que les lleva su propio trastorno comportamental y su incapacidad para adaptarse a un régimen normalizado de convivencia.

Esta carencia de información educativa es suplida por los CTTC, bien acudiendo a los responsables del último centro educativo en que estuvieron escolarizados —o al menos matriculados— para que envíen la documentación e información necesarias, o bien matriculando al menor en un colegio o instituto de la localidad y dejando en manos de sus responsables el recabar la documentación pertinente de su centro de procedencia.

La mayoría de los menores ingresados en CTTC, como decíamos anteriormente, cuentan con desfases curriculares notorios que los centros educativos han tratado de solventar mediante todo tipo de Adaptaciones Curriculares Significativas (ACIS). De hecho, pese a que su edad suele ser la propia de la educación secundaria obligatoria, la mayoría tiene niveles curriculares propios de la educación primaria e incluso de la educación infantil.

Un problema añadido al bajo nivel educativo de estos menores es que un porcentaje muy elevado de los mismos presenta un importante rechazo al mundo educativo, que se traduce —según el responsable de un CTTC— en que “un 80% se niegan a estudiar”.

Otro factor a tener en cuenta en el aspecto educativo es la edad de estos menores, ya que una mayoría de ellos están próximos o por encima de los 16 años que es la edad máxima de escolarización obligatoria, lo que, por un lado, los aleja del mundo de la enseñanza y, por otro lado, los acerca al mundo laboral. Esto determina que en la mayoría de los CTTC visitados exista una opción mayoritaria por buscar recursos formativos para estos menores orientados preferentemente hacia la formación profesional o las prácticas laborales.

2. Atención educativa durante la permanencia en el centro.

Todos los CTTC deben incluir dentro del Proyecto Educativo Individualizado (PEI) que se elabora para cada menor ingresado un apartado dedicado expresamente a la atención educativa, en el que aparezcan reflejados tanto sus antecedentes educativos, como los datos más relevantes recogidos durante su proceso

formativo en el centro y las propuestas educativas previstas para el menor mientras permanezca en el CTTC.

Para la elaboración de este apartado del PEI la mayoría de los centros se basan en los datos recabados tanto de la documentación académica del menor, como de un proceso de observación y evaluación del mismo que suele desarrollarse durante el primer mes de estancia en el CTTC.

Durante este periodo de observación lo más normal es que el menor no abandone el CTTC, lo que implica que el mismo se ve imposibilitado de asistir a clase en ningún centro educativo.

Una vez terminado este periodo de observación lo previsible es que el menor se matricule en el centro educativo de referencia del CTTC y comience a asistir al mismo con asiduidad. Sin embargo, esta previsión se contradice con bastante frecuencia con la realidad que pudimos observar en nuestras visitas a los CTTC.

En efecto, aunque la práctica totalidad de los centros visitados matriculaban a los menores en el colegio o instituto más próximo al CTTC, esto no significaba que todos los menores escolarizados asistieran efectivamente al centro docente. En muchas ocasiones los menores eran atendidos educativamente en el propio CTTC por parte de profesores o maestros contratados por la Asociación responsable del centro o por la Administración educativa, que se coordinaban con el tutor correspondiente del centro educativo para que este efectuase un seguimiento del proceso formativo del alumno.

Este modelo educativo, a caballo entre la “atención educativa domiciliaria” y la denominada “educación en casa”, era la norma en los centros de trastorno de conducta de ámbito regional, mientras que en los centros provinciales se daba mayor variedad de situaciones. Así, en algunos centros sólo asistían al instituto los menores con trastornos menos graves, es decir aquellos que se consideraban más capaces de adaptarse al régimen educativo sin originar graves conflictos, mientras que el resto de menores, más “conflictivos”, permanecían en el CTTC bajo la responsabilidad de los educadores del centro.

En otros centros, los menores sólo asistían al instituto cuando estaban en las fases más avanzadas de su programa de intervención, permaneciendo hasta ese momento en el aula del centro. En otros casos, los menores sólo asistían a algunas actividades en sus colegios o institutos, desarrollando el resto de actividades lectivas en el CTTC.

La principal razón aducida para que estos menores no asistieran regularmente a clase en los centros en que estaban matriculados era la presunta incapacidad de los mismos para adaptarse a un régimen normal de convivencia escolar. En ocasiones, esta presunta incapacidad era esgrimida por los responsables de los CTTC para justificar su decisión de no enviar a los menores a estudiar fuera del centro. Esto ocurría especialmente en el caso de los centros regionales. Mientras que en otras ocasiones eran las comunidades educativas de los colegios

e institutos las que se oponían a que los menores asistiesen a los mismos alegando que podían resultar peligrosos o perjudiciales para el resto del alumnado.

En ocasiones, la unión de estos prejuicios con la experiencia de alguna situación conflictiva real protagonizada por estos menores en algún centro docente, ha llevado a los responsables de algún CTTC a optar bien por no enviar a los menores a clase durante algún tiempo o bien por distribuirlos entre varios institutos de la localidad para evitar su estigmatización y el rechazo social.

Los centros más reacios a contemplar la posibilidad de una escolarización normalizada de los menores fuera de los CTTC, solían ser los mismos que contaban con los regímenes internos más estrictos y con los programas de intervención más exigentes. Los responsables de estos centros consideraban que la asistencia del menor a un centro docente fuera del recinto del propio CTTC, además de ser fuente de conflictos y rechazo social, interfería de algún modo en el programa de intervención que se desarrollaba en el mismo y disminuía su eficacia.

Estas mismas razones eran aducidas por la mayoría de centros para justificar que durante las primeras fases, en que el menor estaba aceptando y asumiendo su nueva situación y las reglas del centro, no se les permitiera asistir a los centros educativos. Consideraban que de este modo se evitaban retrasos en el proceso de adaptación.

Los centros de ámbito regional contaban con la presencia en el mismo de un profesor adscrito por la Consejería de Educación en virtud del oportuno convenio, normalmente procedentes de los Institutos Provinciales de Formación a Distancia, dependientes de las Delegaciones Provinciales de Educación. Estos profesores acudían puntualmente al centro y se encargaban de dirigir y controlar el proceso formativo de los menores internados, coordinados con los educadores del centro. En estos centros resultaba muy raro que se permitiese a algún menor asistir a un centro educativo.

En algunos centros provinciales los menores eran atendidos diariamente por maestros o profesores contratados por el propio centro, siempre coordinados y tutelados por el centro docente de referencia. En uno de estos centros tenían un acuerdo con la Consejería de Educación por el cual un profesor acudía periódicamente al centro para evaluar a los alumnos, a fin de que los mismos pudieran proseguir sus estudios oficiales sin tener ni siquiera que acercarse al centro educativo en época de exámenes.

En el caso de menores con edades superiores a los 16 años, lo más habitual es que los mismos desarrollen actividades formativas orientadas a su posterior inserción laboral. Estas actividades se desarrollan bien en talleres y aulas formativas dentro del propio recinto del centro o bien incluyendo a los menores en escuelas taller o centros ocupacionales dependientes de las Administraciones Públicas o de entidades o asociaciones privadas.

Todos los centros visitados contaban con espacios destinados a aulas y con el material educativo necesario para la impartición de la enseñanza. Por regla general estas dependencias eran funcionales, presentaban un buen estado de conservación y estaban adecuadamente equipadas.

Los centros contaban en su mayoría con algún docente contratado que en principio actuaba como profesor o maestro de apoyo para reforzar el proceso educativo de los menores, pero que con frecuencia asumía el papel de docente a tiempo completo para los menores no escolarizados o que no asistían a clase.

Además la labor educativa del docente se veía complementada con el trabajo de los educadores contratados por el centro.

Asimismo, se revelaba como muy importante la labor desarrollada por los orientadores de los Institutos, que aconsejaban a los educadores y maestros de los centros sobre las necesidades educativas de los menores.

El desfase curricular que presentaban la mayoría de los menores determinaba que, pese a contar los mismos con edades propias de la educación secundaria, tuviesen en su mayoría un nivel educativo más propio de la educación primaria, por lo que la labor docente con los mismos era realizada principalmente por maestros y se trabajaba con materiales curriculares de educación primaria y, en ocasiones, de educación infantil.

3. 2. 7. Situación sanitaria.

Por lo que se refiere a la situación sanitaria de los menores ingresados en los CTTC, nos vamos a interesar en nuestro análisis por dos cuestiones fundamentalmente:

- Situación sanitaria al ingresar en el centro.
- Atención sanitaria durante la permanencia en el centro.

1. Situación sanitaria al ingresar en el centro.

La práctica totalidad de responsables de centros consultados respondieron que el estado de salud de los menores al ingresar era en general bueno. Las únicas excepciones se referían a menores no tutelados provenientes directamente de sus familias, donde podían encontrarse casos de menores con deficiencias sanitarias, especialmente aquellos que provenían de la calle o de ambientes muy desestructurados.

Obviamente, al calificar su estado de salud como bueno nos estamos refiriendo fundamentalmente a su estado físico, ya que un porcentaje importante de estos menores padecen algún tipo de trastorno psíquico, por lo general leve o moderado, ya que la presencia de trastornos psiquiátricos graves solía ser motivo de exclusión para los centros al no adecuarse al perfil del mismo.

Las excepciones a este supuesto de exclusiones se dan en dos de los centros visitados. En el caso del centro “Dulce Nombre de María” de Málaga, porque este centro atiende preferentemente a menores con trastornos de conducta asociados a patologías psi-

quiátricas relevantes. De hecho, su denominación oficial es “centro para menores con trastornos de la personalidad”.

Por su parte, el centro de la Asociación Paz y Bien ubicado en la provincia de Sevilla, atiende exclusivamente a menores con algún tipo de retraso mental que presentan además trastornos del comportamiento.

En varios centros nos refirieron haber tenido menores ingresados con patologías psiquiátricas que no habían sido previamente diagnosticadas en su centro de origen, razón por la que no fueron inicialmente excluidos, aunque posteriormente fueran derivados a otros recursos una vez diagnosticada la misma. En algunos casos estas patologías eran graves, como fue el caso de un menor sicótico ingresado en un CTTC sin diagnosticar y que ocasionó graves problemas en el centro antes de ser derivado al centro “Dulce Nombre de María”.

Con frecuencia los menores ingresados en estos centros padecen problemas por retrasos madurativos o trastornos de la identidad sexual.

Una cuestión que planteamos en todas nuestras visitas era si ingresaban menores con toxicomanías. La respuesta generalizada fue que la toxicomanía severa era causa de exclusión y derivación a centros terapéuticos especializados en tratar estas adicciones. No obstante, era frecuente que los menores ingresados hubiesen tenido contactos con drogas o estuviesen iniciándose en el consumo. Del mismo modo sucedía con cierta frecuencia que los menores consumieran algún tipo de sustancias durante sus salidas del centro. Circunstancia ésta que solía ser objeto de dura sanción en la mayoría de centros.

La determinación del estado de salud de los menores se realizaba inicialmente a partir de los informes médicos que se aportaban al centro por los organismos de derivación, verificándose posteriormente con analíticas y exámenes médicos una vez estaba el menor en el centro.

También en esta cuestión hubimos de escuchar los reproches de bastantes centros hacía los órganos de derivación y hacía los centros de origen por las carencias que presentaban algunos de los informes médicos recibidos, resultando especialmente graves en el caso de patologías psiquiátricas sin diagnosticar.

2. Atención sanitaria durante la permanencia en el centro.

Respecto de los recursos sanitarios con que cuentan los CTTC, debemos decir que sólo tres de ellos carecían de recursos propios y se veían obligados a depender en exclusiva de los recursos sanitarios públicos existentes en la zona.

El resto de centros contaba al menos con un médico en plantilla, aunque con frecuencia éste estuviese compartido con otro centro, como ocurría en el caso de los CTTC situados junto a centros para el tratamiento de adultos con toxicomanías que compartían el mismo médico. En realidad, al ser más antiguos los centros para toxicómanos era el médico de dicho centro el

que pasaba a prestar servicios también en el CTTC una vez creado este recurso.

En todo caso, los médicos existentes en los CTTC coordinaban su actuación con los responsables de los recursos sanitarios públicos de la zona, especialmente con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ). En uno de los centros visitados esta coordinación llegaba a tal extremo que el médico del centro manifestó que solía ser él quien expedía las recetas para los tratamientos farmacológicos de los menores, limitándose el responsable de la USMIJ de zona a firmar las mismas cuando le eran presentadas.

Los médicos de los centros se encargaban de atender y solventar directamente los casos de enfermedades comunes, utilizando los recursos sanitarios de la zona cuando se requería la intervención de especialistas.

El uso de fármacos en el tratamiento médico de estos menores nos pareció bastante común en los centros visitados, especialmente neurolépticos y antidepresivos. Pudiendo comprobar que se recurría a la contención química con cierta habitualidad cuando los menores presentaban conductas violentas o autoleśivas.

Todos los centros contaban con algún tipo de equipamiento médico, existiendo además en los centros con médico propio, instalaciones o dependencias específicas para la atención sanitaria de los menores y para las terapias psicológicas.

Llamativas resultaban las medidas de seguridad que la mayoría de centros utilizaban para mantener a buen recaudo los medicamentos e impedir que los menores accedieran a los mismos.

Todos los centros elaboraban informes médicos de seguimiento de los menores, donde dejaban constancia de las incidencias sanitarias de los mismos. Estos informes eran posteriormente remitidos, al concluir el programa, al órgano de derivación para su inclusión en el expediente del menor.

4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

En los Capítulos precedentes hemos expuesto los resultados de la investigación efectuada para conocer la situación en que se encuentran los menores andaluces que padecen algún tipo de trastorno de conducta y del comportamiento y la respuesta que ofrecen a los mismos y a sus familias los poderes públicos.

Ha llegado, por tanto, el momento de sacar algunas conclusiones de la investigación realizada y de los datos obtenidos como consecuencia de la misma.

A tal fin estimamos oportuno reproducir en este Capítulo el mismo esquema que ha presidido la exposición de los Capítulos anteriores, comenzando por hacer una valoración general de la

situación de los menores andaluces con trastornos de conducta, para, a continuación, detenernos en el análisis particularizado de la respuesta administrativa a los menores tutelados por la Administración Pública.

4. 1. Conclusiones generales.

Posiblemente habría que comenzar este apartado insistiendo en la enorme dificultad que presenta la definición del término “trastorno de conducta”, ya que, como hemos reiterado a lo largo del presente Informe, es muy variado el conjunto de conductas o comportamientos agrupados bajo esta denominación genérica, como variadas resultan las patologías clínicas asociadas al mismo.

De hecho, no existe ninguna definición científicamente aceptada que ofrezca una descripción precisa de lo que es un trastorno de conducta y de los síntomas o características que el mismo presenta.

Limitémonos, por tanto, a dejar constancia del problema conceptual que presentan los trastornos de conducta y utilicemos dicho término en su acepción más común como comprensivo de todos aquellos comportamientos que tienen como característica principal el apartarse de forma notoria, grave y reiterativa de los comúnmente aceptados para la vida en sociedad.

Obviamente, esto implica que cuando hablemos de menores con trastornos de conducta nos estaremos refiriendo tanto a menores con patologías clínicas debidamente diagnosticadas, como a menores con comportamientos antisociales graves y reiterados aunque no les haya sido diagnosticada patología alguna.

4. 1. 1. Valoración del problema

Con independencia de ello, la primera conclusión que cabe hacer a la vista de los datos recabados durante la investigación es que parece estar registrándose un incremento importante de los menores aquejados por algún tipo de trastorno del comportamiento, ya venga éste asociado a algún tipo de patología clínica o no.

Avalan esta conclusión diferentes datos publicados recientemente que, aunque fragmentarios, nos permiten hacernos una idea de la evolución experimentada por este problema en nuestro País en los últimos años.

Así, los registros judiciales provenientes de los Juzgados de Menores recogen un continuo aumento de casos en que aparecen menores como inculpadados por delitos de violencia en el ámbito familiar, señalando los expertos que un porcentaje muy relevante de estos casos está constituido por agresiones de menores hacia sus familiares más directos.

Asimismo, ha aumentado significativamente el número de menores imputados y condenados en virtud de la Ley de Responsabilidad Penal del Menor por la comisión de delitos graves, entre

los que se incluyen delitos contra las personas y las cosas cometidos empleando una violencia excesiva e innecesaria. Debiendo destacar, a estos efectos, el incremento de las sentencias condenatorias contra menores por casos de bullying o violencia escolar.

Por otro lado, las condenas por comportamientos antisociales de menores, ya sea actuando solos o en grupos, con resultado de daños para personas o bienes, también han tenido una importante presencia en las estadísticas judiciales.

Pero si abandonamos el ámbito judicial para trasladarnos a otros ámbitos de la vida pública también nos encontramos con datos preocupantes que podrían inducir a pensar en un incremento de los casos de menores con comportamientos antisociales.

Así, en el ámbito educativo, los datos facilitados por los numerosos estudios realizados en los últimos años en torno al problema de la violencia escolar, ponen de manifiesto que aumentan los casos de menores con comportamientos disruptivos en los centros de enseñanza, presentando algunos de ellos grados significativos de reincidencia en la realización de conductas contrarias a la convivencia escolar y siendo preocupante el incremento en el número de casos en que estos menores presentan conductas especialmente violentas o agresivas.

Si nos trasladamos al ámbito social nos encontramos con datos provenientes de los Servicios Sociales que alertan del incremento de situaciones conflictivas en entornos sociales y familiares protagonizadas por menores con comportamientos antisociales que reclaman de su intervención.

En este sentido, es relevante que los Servicios Sociales se hayan visto precisados en los últimos años de crear nuevos programas de intervención social destinados a menores con comportamientos de riesgo o a familias con problemas intrafamiliares derivados de conflictos convivenciales entre padres e hijos. Los primeros datos ofrecidos por los programas de mediación familiar puestos en marcha recientemente por la Junta de Andalucía revelan que un porcentaje importante de los casos tratados obedecían a problemas relacionales entre padres e hijos, motivados especialmente por conductas violentas y desafiantes de los mismos en el entorno familiar.

De igual modo, ha sido notorio el incremento de la preocupación social por los problemas originados por menores con comportamientos incívicos o antisociales, como pueden ser los casos de vandalismo juvenil, asociados con frecuencia al fenómeno del consumo público de alcohol en los denominados “bottellones” o el problema de las pandillas de jóvenes violentos que agreden, roban o intimidan a otros menores o a adultos.

No obstante, concluir que todos estos datos son el reflejo evidente de que se han incrementado en nuestra sociedad los casos de menores con trastornos del comportamiento, sería, cuando menos, una temeridad, puesto que en ninguna de las estadísticas citadas se incluye como elemento de valoración el hecho de que el menor tenga o no un trastorno de conducta.

Es obvio que un número importante de los menores que aparecen reflejados en las estadísticas judiciales, educativas o sociales no presentan un trastorno de conducta, aunque hayan sido protagonistas de comportamientos anómalos o claramente antisociales. En muchos de estos casos, nos encontramos ante hechos puntuales protagonizados por menores con un comportamiento en general normalizado o con casos de menores que provienen de entornos sociales desestructurados y que se limitan a seguir las pautas de conducta propias de su entorno sin que ello implique que estén afectados por algún tipo de trastorno de conducta.

No obstante, parece evidente que estos datos reflejan un incremento de los comportamientos antisociales protagonizados por menores y que son, por tanto, cuando menos indiciarios de que puede haberse incrementado el número de menores con trastornos de conducta, ya que estos son comportamientos típicos en menores aquejados de este tipo de problemas conductuales.

Pero es que, además, existen una serie de datos que sí contemplan específicamente la variable del trastorno de conducta del menor y que nos llevan a concluir que, efectivamente, la presencia de este problema se está incrementando en nuestra sociedad.

Tal es el caso de los datos procedentes del sistema público de salud, en concreto de los provenientes de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), que reflejan claramente que han aumentado los casos de menores diagnosticados de patologías asociadas a los trastornos de conducta o del comportamiento.

Asimismo, hemos de referirnos a los datos provenientes del sistema educativo, concretamente de los Equipos de Orientación Educativa encargados de dictaminar las necesidades educativas especiales de los alumnos y que incluyen en sus estadísticas una presencia creciente de menores con problemas educativos derivados de trastornos de conducta.

Por último, y no menos relevante, hemos de hacer mención a los datos ofrecidos en este mismo Informe sobre los menores tutelados por la Administración e ingresados en centros de protección que desarrollan programas específicos para menores con trastornos de conducta o del comportamiento.

Estos datos revelan un incremento continuado en el número de plazas reservadas en estos programas y en el número de estancias de menores en estos centros, que demuestran un incremento del problema, al menos por lo que a los menores tutelados se refiere.

Aunque son datos parciales y no representativos del conjunto de los menores andaluces, está claro que los mismos son suficientemente significativos de la creciente presencia del problema de los menores con trastornos de conducta en la sociedad andaluza.

Se trata además, y esta sería la segunda conclusión, de un problema que trasciende del estricto ámbito familiar, para pre-

sentar graves e importantes consecuencias en otros ámbitos conexos, como el educativo, sanitario o social.

Se trata, por tanto, de un problema complejo y difícil que no puede ser afrontado exclusivamente por las familias, sino que exige de un abordaje multidisciplinar en el que se combinen las medidas sanitarias con las sociales y educativas y para el que es necesario coordinar y aportar todos los recursos disponibles, además de crear algunos nuevos.

4. 1. 2. La respuesta de los poderes públicos.

Lo que nos lleva a plantearnos si, de la información recabada en la investigación, es posible concluir que la sociedad y los poderes públicos están preparados para dar una respuesta eficaz a este problema creciente.

Una cuestión que necesariamente debemos responder de forma negativa.

En efecto, resulta suficiente con examinar algunas de las diversas quejas recibidas en esta Institución procedentes de familias con hijos afectados por problemas graves de conducta para concluir que, ni la sociedad, ni las familias, ni los poderes públicos están debidamente preparados para afrontar este tipo de problemas.

Pero esta conclusión, que ya aventurábamos antes de acometer el presente Informe, ha quedado absolutamente confirmada tras la investigación realizada durante la elaboración del mismo.

Actualmente una familia que cuenta con un menor afectado por un trastorno de conducta enfrenta dos graves problemas. Por un lado el derivado de las consecuencias personales, familiares y sociales del propio comportamiento del menor. Y, en segundo lugar, el derivado de la incapacidad de la Administración para ofrecerle recursos eficaces con los que afrontar el problema una vez la familia se ha visto desbordada por la situación.

4. 1. 2. 1. LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES.

Posiblemente, si el menor presenta un trastorno leve de conducta, el mismo es detectado con prontitud y la familia demanda con rapidez la intervención de los organismos públicos, los recursos existentes en el sistema sanitario, educativo y social sean suficientes para atender, controlar y, en su caso, solucionar el problema.

Ahora bien, si el trastorno es grave, el problema no es detectado con rapidez o se acude tardíamente a los recursos públicos, existen muchas posibilidades de que la familia no encuentre respuestas válidas para el menor.

Y, lamentablemente, es más frecuente que se dé la segunda circunstancia que la primera.

En primer lugar, porque las familias suelen resistirse a reconocer que su hijo adolescente padece un trastorno de conducta, aunque los indicios sean abundantes y preocupantes —comportamiento violento y desafiante en el hogar, problemas con vecinos y amigos, sanciones y expulsiones en el colegio, etc.—. Normalmente este tipo de comportamientos suelen achacarse por las familias a los problemas propios de la etapa adolescente —ya se le pasará, son cosas de la edad—, a las malas compañías —es cosa de sus amigos—, a la animadversión de terceros —le tienen manía— o a fallos en la educación recibida en la familia —le hemos consentido demasiado—.

En segundo lugar, porque los sistemas públicos —educativos, sanitarios y sociales— que deberían detectar la presencia de este tipo de trastornos y adoptar las medidas oportunas no realizan adecuadamente su función, ya sea por escasez de medios, por falta de preparación o por una deficiente organización y coordinación de los recursos.

En este sentido, el sistema sanitario se nos presenta como uno de los recursos públicos que presenta más deficiencias en la detección de este tipo de patologías, pese a ser el llamado en primer lugar a realizar la labor preventiva de la detección temprana.

El problema parece centrarse fundamentalmente en los servicios sanitarios primarios, especialmente en las consultas pediátricas y de medicina general, al no contar muchos profesionales con la preparación necesaria para detectar los síntomas propios de un trastorno de conducta, lo que impide una rápida derivación del menor a los recursos especializados.

Por otro lado, los servicios especializados de salud mental, tanto a nivel de distrito como en las USMIJ, presentan una insuficiencia preocupante de medios personales que determinan carencias y retrasos en la atención a menores con trastornos, especialmente en aquellos casos en que presentan patologías leves o poco desarrolladas.

El problema se agrava cuando, una vez diagnosticado el trastorno y evaluado el mismo como grave, los facultativos de los servicios de salud mental se encuentran con el problema de la inexistencia de recursos sanitarios específicos a los cuales derivarlo.

Por su parte el sistema educativo, que ocupa un lugar clave en cualquier estructura pública de detección de problemáticas asociadas a menores, se muestra abiertamente incapaz de abordar con eficacia el reto de la detección temprana de este tipo de trastornos.

Y ello como consecuencia, por un lado de la insuficiencia de los recursos especializados destinados al diagnóstico de los menores con necesidades educativas especiales —Equipos de Orientación Educativa y Orientadores de Institutos— que les obliga a dedicar atención preferente a los alumnos que presentan algún tipo de discapacidad, y, por otro lado, por la propia dinámica de la organización educativa en los centros y por las carencias formativas de los docentes que les llevan a enfocar el tratamiento

de los problemas conductuales de los alumnos desde una perspectiva preferentemente disciplinaria, excluyendo los aspectos sanitarios o sociales.

Así, resulta frecuente que casos de adolescentes con comportamientos gravemente disruptivos en clase y que se reiteran en el tiempo, sean objeto de un abordaje exclusivamente disciplinario, mediante continuas sanciones y expulsiones que, en muchos casos, sólo sirven para ahondar los problemas conductuales que presentan los menores, cuando no para provocar la aparición de trastornos hasta entonces inexistentes.

Los responsables de la Consejería de Educación consultados durante la investigación reconocían que los datos recabados por los EOE sobre alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a trastornos de conducta, ya de por sí preocupantes, sólo reflejaban una ínfima parte de la realidad subyacente, puesto que sólo se diagnosticaba a un porcentaje muy pequeño de los menores que presentaban problemas comportamentales, normalmente a aquellos que tenían asociada algún tipo de discapacidad psíquica o que protagonizaban episodios especialmente notorios por la violencia empleada o por el resultado lesivo para otros alumnos de sus acciones.

Los menores con conductas disruptivas, aunque las mismas sean reiteradas y muestren un comportamiento antisocial o desadaptado, rara vez son derivados para su evaluación por los servicios educativos especializados. Por regla general estos menores son derivados a las comisiones de convivencia, integradas mayoritariamente por madres o padres de alumnos y por docentes, sin una formación específica para detectar la presencia de un trastorno conductual, que se limitan a aplicar las normas de convivencia del centro que se traducen en correcciones educativas, entre las que priman las expulsiones de clase o del centro para los casos más graves que son los que suelen protagonizar este tipo de menores.

Pero, incluso en aquellos casos en que el alumno conflictivo es adecuadamente derivado por la comisión de convivencia de un centro docente a los servicios especializados del EOE, el problema de la detección de los trastornos conductuales no siempre se soluciona, y ello por cuanto muchos de los Equipos de Orientación Educativa carecen de profesionales especializados o debidamente formados en el diagnóstico clínico de este tipo de patologías, lo que determina que un porcentaje importante de estos menores queden sin diagnosticar adecuadamente.

A este respecto, los responsables de la Consejería de Educación consultados consideraban necesaria una mayor implicación de la Consejería de Salud en esta labor diagnóstica, para lo cual sería necesaria la incorporación de profesionales sanitarios especializados en el diagnóstico clínico de este tipo de trastornos a los EOE, o, cuando menos, el establecimiento de fórmulas de coordinación entre ambas Administraciones que permita mejorar la formación de los profesionales de los EOE

en este tipo de diagnósticos y posibilite la derivación rápida de los menores para su diagnóstico por los servicios especializados de Salud Mental.

En este sentido, la experiencia piloto puesta en marcha por la Consejería de Educación en Sevilla, Cádiz y Málaga con el nombramiento de un Orientador especializado en trastornos de conducta pueda mejorar los problemas de diagnóstico y derivación de menores con este tipo de trastornos.

Actualmente, la inexistencia de mecanismos de coordinación claramente estructurados entre Salud y Educación provoca que los EOE se limiten a aconsejar a las familias de los menores que consideran afectados por este tipo de trastornos que acudan a los servicios especializados de Salud Mental, sin que exista un mecanismo de derivación directa desde educación hacia salud. Muchas familias desoyen estos consejos o renuncian a seguir el mismo tras un penoso peregrinaje por los servicios sanitarios lastrado siempre por la renuencia del menor a colaborar en el mismo. Y sin que se haya articulado ningún mecanismo de seguimiento de estos menores para comprobar que los mismos han sido finalmente examinados por el profesional competente.

No obstante, es importante reseñar que una de las deficiencias existentes en el ámbito educativo para la detección de los trastornos conductuales podría mejorar notoriamente gracias a una innovación normativa introducida por la legislación más reciente en materia de convivencia escolar, nos referimos a las denominadas aulas de convivencia, una posibilidad que recoge el Decreto 19/2007, de 23 de Enero, por el que se adoptan medidas para la promoción de la cultura de paz y la mejora de la convivencia en los centros educativos sostenidos con fondos públicos. El art. 9 de este Decreto dispone lo siguiente:

«Artículo 9. Aula de convivencia.

1. Los centros educativos podrán crear aulas de convivencia para el tratamiento individualizado del alumnado que, como consecuencia de la imposición de una corrección o medida disciplinaria por alguna de las conductas tipificadas en los artículos 20 y 23 del presente Decreto, se vea privado de su derecho a participar en el normal desarrollo de las actividades lectivas.

2. El plan de convivencia establecerá los criterios y condiciones para que el alumnado a que se refiere el apartado anterior sea atendido, en su caso, en el aula de convivencia. Corresponde al director o directora del centro la verificación del cumplimiento de dichas condiciones y la resolución a adoptar, garantizando, en todo caso, el trámite de audiencia.

3. En estas aulas de convivencia se favorecerá un proceso de reflexión por parte de cada alumno o alumna que sea atendido en las mismas acerca de las circunstancias que han motivado su presencia en ellas, de acuerdo con los criterios del correspondiente departamento de orientación o equipo de orientación educativa, y se garantizará la realización de las

actividades formativas que determine el equipo docente que atiende al alumno o alumna.

4. En el plan de convivencia se determinará el profesorado que atenderá el aula de convivencia implicando en ella al tutor o tutora del grupo al que pertenece cada alumno o alumna que sea atendido en la misma y al correspondiente departamento de orientación o equipo de orientación educativa, y se concretarán las actuaciones que se realizarán en la misma, de acuerdo con los criterios pedagógicos que, a tales efectos, sean establecidos por el Equipo Técnico de Coordinación Pedagógica.»

Estas aulas de convivencia, que está previsto que se creen en los Institutos que así lo demanden, se presentan como una alternativa a las medidas correctoras que implican la expulsión del alumno conflictivo de su clase o del propio centro durante un determinado periodo de tiempo. Una sanciones que, por regla general y especialmente en los casos de menores aquejados de trastornos conductuales, se revelan como más perjudiciales que beneficiosas en orden a corregir la conducta del alumno sancionado, que con frecuencia ve las mismas como auténticos premios que refuerzan su conducta disruptiva.

La existencia de estas aulas de convivencia, especialmente si al frente de las mismas se encuentran orientadores o profesores debidamente formados, podría significar la presencia en los centros docentes de espacios idóneos para la observación y detección de alumnos con problemas conductuales, lo que facilitaría su posterior derivación para un diagnóstico preciso que permita su tratamiento.

Lamentablemente, el citado Decreto sólo prevé la existencia de aulas de convivencia en aquellos Institutos que voluntariamente deseen crearlas, lo que nos hace temer que bastantes centros prefieran seguir con el tradicional sistema de las expulsiones, que posibilita alejar al menor conflictivo del centro sin tener que afrontar el difícil reto de organizar y gestionar este tipo de aulas.

Pero si abandonamos el ámbito educativo y nos trasladamos al ámbito social, tampoco la situación en cuanto a la detección temprana de los trastornos conductuales se nos presenta mucho mejor.

En efecto, los Servicios Sociales, especialmente los de ámbito municipal, son los llamados en muchas ocasiones a afrontar los casos de menores que presentan comportamientos conflictivos en el ámbito social o familiar, ya sea porque las propias familias demandan su ayuda cuando se ven desbordados por el comportamiento de sus hijos, ya sea por derivación de otros recursos públicos, particularmente los educativos y los dependientes de la Administración de Justicia.

Cuando un menor proveniente de ambientes sociales acomodados comienza a manifestar problemas conductuales lo normal es que la familia trate de solventar el problema acu-

diendo a especialistas sanitarios, públicos o privados – normalmente psicólogos– en busca de soluciones y consejo. Cuando estas medidas no dan solución efectiva y el problema conductual desborda el entorno familiar y trasciende al ámbito educativo y social, muchas de estas familias acuden a los Servicios Sociales demandando una respuesta para su problema.

Por el contrario, cuando el menor con problemas de trastorno procede de un ambiente social deprimido y especialmente si éste se encuentra desestructurado, es normal que las familias demanden ayuda directamente a los Servicios Sociales, ya que suelen tener mayor contacto con los mismos y acostumbran a requerir de dichos Servicios soluciones para sus problemas.

Pero, incluso en el caso de que las familias no recaben la ayuda de estos Servicios Sociales, serán los mismos los que finalmente hagan frente al problema cuando les sean derivados los casos por los centros docentes o sea requerida su intervención por parte de los órganos dependientes del poder judicial o por los Servicios de Protección de Menores.

Sea cual fuere la forma en que el menor con problemas conductuales recala en los Servicios Sociales, lo cierto es que los mismos ocupan un lugar preponderante en el esquema de intervención pública ante este problema, por lo que están llamados a desempeñar un papel protagonista en la detección temprana de los trastornos de conducta.

Sin embargo, la mayoría de los Servicios Sociales de ámbito local presentan deficiencias muy similares a las de los servicios educativos a la hora de detectar y diagnosticar con rapidez los trastornos conductuales. Particularmente por lo que se refiere a la carencia de profesionales debidamente formados para detectar estos trastornos y a las dificultades para derivar a estos menores hacia los servicios especializados de Salud Mental.

Generalmente los Servicios Sociales tienen establecidos protocolos de derivación de casos hacia los servicios sanitarios cuando es necesaria su intervención. Sin embargo, esta derivación no se realiza con la necesaria eficacia cuando se trata de los servicios de Salud Mental, ya que normalmente se exige que los menores transiten primero por los servicios generales de atención primaria que serían los encargados posteriormente de derivarlos a los servicios especializados de Salud Mental.

Un proceso que, como hemos señalado anteriormente, se revela largo y complejo y que con frecuencia se ve perturbado por la negativa de los menores a colaborar en el mismo, lo que en muchos casos determina que los menores se encuentren sin diagnosticar bastante tiempo después de haber sido derivados a Salud.

Estas deficiencias de los Servicios Sociales empiezan a verse paliadas en algo con la creación de servicios especializados en mediación familiar intergeneracional y en la atención a familias con problemas convivenciales, especialmente los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF), ya que los mismos cuentan con

profesionales especializados en la detección de este tipo de problemas conductuales y tienen establecidos procedimientos de coordinación específicos con Salud Mental para la derivación de casos.

Lamentablemente, estos servicios especializados aún no están desplegados por todo el territorio andaluz y existen muchas zonas que aún no cuentan con los mismos, por lo que persiste el problema de la detección temprana de los menores con trastornos conductuales.

4. 1. 2. 2. EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES.

Pero si la detección y el diagnóstico de los trastornos conductuales se nos presenta difícil, aún mayores carencias encontramos en los dispositivos destinados al tratamiento de estos trastornos.

A este respecto, lo primero que conviene resaltar es que en la mayoría de los casos el tratamiento de los trastornos de conducta no puede abordarse exclusivamente desde una perspectiva sanitaria, sino que es necesaria la participación de los ámbitos educativo y social y, por supuesto, de las familias.

Y es aquí, en el abordaje conjunto del tratamiento de los trastornos conductuales, donde es posible encontrar mayores lagunas y deficiencias en la respuesta de los recursos públicos.

En los procedimientos de detección y diagnóstico de los trastornos que acabamos de analizar hemos visto que los sistemas educativo y social, así como el sistema sanitario de atención primaria, realizan una labor esencial en la detección temprana de los síntomas indicativos de la posible existencia del trastorno y en la implementación del procedimiento de derivación para el diagnóstico del menor. Pero son los servicios especializados en Salud Mental del sistema sanitario quienes tienen la última palabra a la hora de determinar si efectivamente el menor padece un trastorno de conducta y para dictaminar que gravedad presenta dicha patología.

Por tanto, resulta lógico pensar que son los servicios de Salud Mental los que están llamados a iniciar y liderar los procedimientos que posibiliten el tratamiento del menor, incluyendo la coordinación y dirección de la participación de los servicios educativos y sociales y de la propia familia en dicho tratamiento.

Sin embargo, la realidad nos ha permitido comprobar que este sistema no siempre funciona adecuadamente y que presenta fallos o carencias a diferentes niveles.

Las principales deficiencias se producen en el propio sistema sanitario de salud mental, comenzando por el hecho de que el mismo presenta una clara insuficiencia en cuanto a recursos disponibles a los cuales derivar al menor para su tratamiento. Especialmente por lo que se refiere a los recursos destinados al tratamiento de los casos más graves de trastorno de conducta en

los que se ha constatado la imposibilidad de que el menor continúe en el entorno familiar y han fracasado los recursos ambulatorios o de estancia diurna.

En muchas de las quejas tramitadas por esta Institución nos hemos encontrado con casos de menores diagnosticados de graves trastornos conductuales por los Servicios de Salud Mental, cuyas familias comprueban con desesperación que la única opción que les ofrece el sistema sanitario es el tratamiento ambulatorio del menor en las propias USMIJ y en las Unidades de Día o el ingreso en unidades de agudos de los centros hospitalarios en casos de crisis, permaneciendo en todo momento bajo la custodia y el cuidado de la propia familia.

Ambas opciones se revelan muchas veces inviables o ineficaces. En el caso de los tratamientos ambulatorios por cuanto la asistencia del menor a los mismos depende de su voluntad de colaborar en el tratamiento y este consentimiento rara vez lo prestan o, si lo hacen, pocas veces mantienen su compromiso por el tiempo necesario para que resulte efectivo el tratamiento.

No debemos olvidar que muchos de estos menores, por el propio trastorno que sufren, presentan un comportamiento desafiante con sus familias y con cualquier tipo de autoridad, negándose a obedecer sus indicaciones, cuando no han abandonado prácticamente el entorno familiar, sobreviviendo en la calle en condiciones penosas y ajenos a cualquier requerimiento de sus familias en orden a su participación en algún tipo de tratamiento. En estos casos de trastorno grave, la pretensión de que el menor voluntariamente acepte participar en tratamientos de tipo ambulatorio y además mantenga su compromiso en el tiempo, se antoja, cuando menos, ilusoria.

Por lo que se refiere al ingreso en las unidades de agudos de los Hospitales cuando sufren alguna crisis grave, es evidente que se trata de una solución eficaz para ese concreto problema, pero es igualmente evidente que no resuelve el problema de fondo del tratamiento del menor ya que estas estancias son de corta duración por imperativo de la propia organización del sistema sanitario hospitalario.

Ello por no mencionar la incongruencia que supone que un menor deba ingresar en una unidad de agudos, junto con adultos, por la imposibilidad de internar a los mismos en las unidades pediátricas hospitalaria en un momento de crisis y ante la inexistencia de unidades específicas de agudos destinadas a menores en los Hospitales andaluces.

Nos encontramos, por tanto, con un sistema sanitario que, por el carácter estático de sus recursos y la exigencia de voluntariedad para el tratamiento, parece incapaz de ofrecer una respuesta terapéutica válida a estos menores.

Así las cosas, parece que en estos supuestos de trastornos de conducta graves la única opción válida sería el ingreso forzoso del menor en un recurso especializado de tipo terapéutico durante el tiempo necesario para su tratamiento.

De hecho, en algunas de las quejas tramitadas nos hemos encontrado con diagnósticos efectuados por los servicios de salud Mental que concluyen aconsejando como plan de intervención el internamiento del menor en recursos de este tipo. Lamentablemente, este tipo de propuestas terapéuticas son mero papel mojado ya que la realidad es que el sistema sanitario andaluz carece de este tipo de recursos.

La consecuencia de ello es que al final del recorrido por el sistema sanitario la familia se queda con una diagnóstico que, si bien reconoce la realidad y la gravedad del trastorno que sufre el menor, incluye un plan de intervención que resulta a todas luces inaplicable en la práctica, por lo que a la postre la familia se queda en la misma situación en que se encontraba al principio, es decir con el menor a su cargo y sin perspectivas de solución.

Las razones por las que no existen este tipo de recursos terapéuticos especializados que permitan el ingreso involuntario de un menor en el sistema sanitario andaluz, no son el objeto del presente Informe, por lo que no vamos a entrar a analizar los mismos, lo único que podemos hacer es dejar constancia de nuestra convicción de que es necesario que se creen los mismos y que resulta urgente que se acometa cuanto antes esta tarea.

A estos efectos, es importante reseñar que uno de los acuerdos adoptados en el Simposium “Salud Mental Infanto-Juvenil, una tarea compartida”, celebrado en Granada en Octubre de 2005 con la participación de representantes de las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social, abogaba precisamente por lo siguiente:

«Se debe estudiar la posibilidad de crear centros de atención global (terapéutica, educativa, social) sobre el modelo de comunidades terapéuticas para aquellos adolescentes con trastornos más graves para los cuales no esté indicado ninguno de los recursos actualmente disponibles. Esta propuesta interesante y novedosa debe, sin embargo, estudiarse con mucho detalle y precaución a fin de no generar dispositivos que tengan un matiz segregador.»

Como puede observarse, la alternativa que planteamos en este Informe ya ha sido contemplada y analizada por los profesionales de las Administraciones implicadas, incluida la Consejería de salud, concluyendo en la oportunidad de la misma. No obstante, lo cierto es que a la presente fecha no tenemos noticia de que tales recursos se hayan creado, ni se vayan a crear con carácter inmediato, lo que nos hace temer que el periodo de reflexión a que hace referencia el último inciso del acuerdo que hemos transcrito aún continúa y no se ha adoptado todavía ninguna decisión definitiva.

No obstante todo lo anterior, es preciso aclarar que no es totalmente cierto que no exista en Andalucía ningún recurso específico como el que hemos descrito al que el sistema sanitario pueda derivar a los menores con graves trastornos de conducta. Y decimos esto por cuanto en el curso de las visitas de inspección reali-

zadas para la elaboración del presente Informe pudimos conocer que uno de los centros visitados, además de atender a menores con graves trastornos derivados por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social o por la Consejería de Educación, tenía un concierto o convenio con la Consejería de Salud por el que destinaban algunas plazas para la atención a cierto tipo de menores con patologías graves asociadas a trastornos conductuales.

Nos referimos concretamente al centro “Dulce Nombre de María” en Málaga que se ocupa normalmente del desarrollo del programa denominado por la CIBS de “trastornos graves de personalidad”. Este centro, junto con su recurso anexo denominado “El Seranil”, parecen constituir el último recurso al que todas las Administraciones implicadas –Educación, Salud e Igualdad– acuden cuando no saben que hacer con algún menor aquejado de una grave patología asociada a un trastorno de conducta.

Sin embargo, la propia existencia de este recurso y la posibilidad de hacer uso del mismo, curiosamente, parecía asumirse con ciertas reticencias y algo de embarazo por las citadas Administraciones, especialmente por la propia Consejería de Salud. De hecho, a esta Institución le resultó difícil conocer la propia existencia del recurso y aún más difícil conseguir que las Administraciones admitieran el uso del mismo en determinados casos.

La conclusión que pudimos sacar respecto de este recurso para el internamiento terapéutico de menores con graves trastornos de conducta es que las Administraciones lo consideraban como algo excepcional, como una última alternativa a la que sólo se recurre cuando todo falla y además la presión familiar, social o de otra índole para que se actúe de forma efectiva se vuelve imposible de resistir.

Pero si el problema del tratamiento de los menores con graves trastornos de conducta ya nos muestra las deficiencias del sistema sanitario, la atención a los menores cuyos trastornos no presentan igual nivel de gravedad, no parece encontrarse en mucha mejor situación.

En efecto, en aquellos casos en que el trastorno conductual no presenta características clínicas que aconsejen el abordaje desde un recurso terapéutico específico que concentre los medios especializados necesarios de tipo sanitario, educativo y social, el tratamiento de los trastornos conductuales sólo puede hacerse coordinando la intervención de dichos medios sobre un menor que, mientras tanto, va a permanecer en su entorno familiar.

Esto exigiría diseñar un protocolo de intervención que, partiendo de un diagnóstico integrado, defina claramente un plan de intervención conjunto que especifique el papel que deben desempeñar en el proceso terapéutico todos los actores involucrados, tanto la propia familia, como los recursos sanitarios, educativos y sociales.

Lamentablemente, esto no ocurre así, empezando por el propio diagnóstico integrado que suele hacerse por parte del es-

pecialista de Salud Mental sin contar con el asesoramiento y el apoyo de un equipo de expertos en la materia provenientes de los ámbitos educativo y social; y continuando con el plan de intervención diseñado por el mismo que rara vez es elaborado de forma conjunta con especialistas de las otras Administraciones, limitándose por lo general a recoger el tratamiento que debe ofrecerse al menor desde la perspectiva exclusivamente de los recursos sanitarios —tratamiento farmacológico y ambulatorio— y obviando por completo el papel fundamental que en el mismo deben jugar los servicios educativos y sociales, y, a veces las propias familias, aunque lo normal es que, cuando menos se ofrezcan pautas de actuación para las familias implicadas.

Esto ocurre así, porque los especialistas de Salud Mental no cuentan con el asesoramiento necesario de profesionales educativos y sociales que les permitan conocer los antecedentes educativos y sociales del menor, los recursos existentes en estos ámbitos y las posibilidades de intervención de los mismos en el tratamiento.

Para que este plan de intervención conjunto, no sólo fuera posible, sino que además resultara eficaz, debería articularse un protocolo de coordinación entre estas tres Administraciones que estableciera la creación de equipos conjuntos de profesionales dependientes de las mismas, bajo la dirección del especialista en Salud Mental, que se encargaría de diseñar, dirigir y controlar los tratamientos de los menores con trastornos de conducta que no precisen de su internamiento en un recurso terapéutico específico.

En estos equipos conjuntos, además del profesional de Salud Mental Infanto-Juvenil encargado de su dirección, se podría dar cabida a representantes de los Equipos de Orientación Educativa, dependientes de la Consejería de Educación, y de los Equipos de Tratamiento Familiar., dependientes de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

No debemos olvidar que si un menor afectado por un trastorno de conducta no es ingresado en un centro terapéutico específico, el mismo va a continuar haciendo su vida normal, esto es, residiendo con su familia, asistiendo al Instituto y haciendo vida social en la calle junto con sus amigos.

Esto supone que si pretendemos que el tratamiento de este menor resulte eficaz no podemos obviar que en la realidad el menor va a pasar la mayor parte de su tiempo ajeno a los recursos sanitarios, aun cuando acuda a éstos en las sesiones programadas por el especialista de Salud Mental, por lo que resulta imprescindible que los responsables de los recursos educativos y sociales, y la propia familia, participe activamente en el tratamiento diseñado y coadyuven a su éxito.

Sin embargo, la realidad actual, como venimos explicando en Capítulos precedentes, nos muestra como los servicios educativos y sociales permanecen totalmente al margen de los tratamientos diseñados para los menores diagnosticados de trastornos de conducta, salvo raras excepciones.

En efecto, muchas de las quejas tramitadas por esta Institución en los últimos años han puesto de relieve que los profesionales del centro docente donde cursa estudios el menor, por regla general, desconocen por completo que el mismo estuviese diagnosticado de trastornos de conducta, y menos aún que se estuviese sometiendo a un tratamiento de modificación de conducta por prescripción médica. Por este motivo, cuando el menor manifiesta un comportamiento disruptivo la respuesta desde la Administración educativa suele ser la aplicación al mismo de la normativa de convivencia escolar, con su habitual correlato de sanciones y expulsiones.

En la mayoría de los casos, son las propias familias las que alertan al centro docente del trastorno de su hijo y de la existencia de un diagnóstico clínico que así lo demuestra. Y ello suele ocurrir cuando el menor es objeto de recurrentes sanciones por su comportamiento y las familias tratan de convencer al centro de que debe considerar otras opciones.

Pero aun en estos casos en que el centro docente tiene conciencia de que el menor sufre de un trastorno conductual debidamente diagnosticado, ello no significa necesariamente que dicho centro vaya a empezar a colaborar en su tratamiento.

Y esto ocurre, porque en muchas ocasiones el plan de intervención para el tratamiento del menor no es conjunto, es decir no aborda más que el aspecto sanitario del tratamiento, por lo que no ofrece claves o indicaciones para la atención educativa a estos alumnos. Pero incluso en el caso de que el plan de intervención se hubiese elaborado con la participación de los profesionales del EOE e incluyese el abordaje educativo del problema, o bien el centro hubiese reclamado posteriormente su asesoramiento sobre la atención educativa al menor, el problema persistiría porque la mayoría de los centros docentes no cuentan con especialistas en el desarrollo de programas de modificación de conducta y los docentes no han recibido la formación adecuada para desempeñar este papel por sí solos.

Nos encontramos, por tanto, ante un grave problema de incapacidad de los recursos educativos para participar en el abordaje terapéutico de los menores con trastornos conductuales. Y la solución a este problema no se presenta sencilla, ya que exigiría de la creación de un conjunto de recursos educativos especializados para la atención a estos menores que incluyesen diferentes niveles en función del tipo de tratamiento que los mismos precisen.

Así, sería necesaria en primer lugar la creación de aulas específicas para la atención a menores con trastornos de conducta, dirigidas por especialistas, que se encargarían del desarrollo de programas de modificación de conducta destinados a aquellos menores cuyos trastornos conductuales no aconsejasen su integración en un aula ordinaria.

A este respecto, en el apartado del presente Informe dedicado a presentar los trastornos de conducta como un “problema

educativo” relatábamos la experiencia habida en un centro docente de una localidad próxima a Sevilla, donde estuvo varios años en funcionamiento un aula específica de estas características, con gran aceptación por parte de la comunidad educativa, aunque finalmente fue clausurada por orden de las autoridades educativas sin ofrecer una explicación clara de tal decisión.

Asimismo, en segundo lugar sería necesaria la formación de los orientadores de institutos y de los docentes que tuviesen a su cargo menores con trastornos conductuales para que pudiesen desarrollar programas de modificación de conducta para aquellos menores cuyo comportamiento posibilitase su integración en aulas ordinarias.

Por supuesto estos recursos educativos deberían actuar siempre bajo el control y la dirección del profesional sanitario encargado de la elaboración y seguimiento del plan de intervención conjunto del menor y respetando las pautas marcadas en dicho plan.

Por lo que se refiere a los recursos sociales, su situación en relación al tratamiento de los menores con trastornos de conducta no es diferente de la que hemos visto para los recursos educativos.

En un porcentaje muy elevado de casos los servicios Sociales desconocen que un menor de su zona de actuación está diagnosticado de trastorno de conducta y está siguiendo un tratamiento al efecto. Por ello, no es extraño que cuando deben diseñar sus programas de intervención con familias en situación de riesgo no incluyan ninguna previsión para estos menores.

Por ello, no es infrecuente que tomen conocimiento de la situación de estos menores cuando los mismos protagonizan algún comportamiento antisocial y se ven obligados a intervenir con los mismos, momento en el que son informados por las familias de su patología y del diagnóstico existente.

Únicamente en aquellos casos en que el menor ha acudido a los servicios sanitarios derivado por los propios Servicios Sociales, o cuando el mismo está siendo objeto de intervención por los ETF, es cuando resulta posible un seguimiento de la evolución del menor y, por tanto, un conocimiento cabal de su situación clínica.

Pero aun en estos supuestos, volvemos a encontrarnos con el problema de la ausencia de un plan de intervención conjunto que especifique el papel que los Servicios Sociales deben desempeñar en el tratamiento del menor, a lo que habría que sumar la insuficiencia de profesionales y recursos especializados en la intervención social con menores aquejados de trastornos conductuales.

De nuevo aquí habría que demandar la creación de estos recursos o programas específicos para la intervención social con menores con trastornos conductuales y la mejora en la formación de los profesionales de los Servicios Sociales para que los mismo puedan desempeñar un papel activo en el tratamiento a estos menores.

4. 1. 3. Valoración final.

A modo de conclusión de este apartado, y compilando lo expuesto anteriormente, debemos decir que el problema de los menores con trastornos de conducta se nos presenta en Andalucía como un problema grave, por su incidencia actual, y preocupante, por los indicios reveladores del incremento que está experimentando dicha incidencia entre los menores andaluces.

Se trata además de un problema con importantes repercusiones en todos los ámbitos, pero con especial incidencia en los ámbitos educativo, social, sanitario y, por supuesto, familiar.

Por otro lado, la capacidad y la adecuación de los recursos públicos para dar una respuesta efectiva al reto que suponen los menores con trastornos de conducta se nos revelan como claramente deficitarias e insuficientes.

En este sentido, constatamos la existencia de deficiencias y carencias en los proceso de detección temprana de estos trastornos, motivadas por la falta de medios y la deficiente organización y preparación de los recursos públicos que deberían asumir la labor de detección del problema, especialmente por lo que se refiere a los servicios sanitarios, tanto de atención primaria como los especializados en salud mental, a los servicios educativos y a los servicios sociales.

Estas deficiencias y carencias, no sólo impiden la detección temprana de muchos casos de menores con trastornos de conducta, sino que además dificultan la rápida derivación de los mismos a los servicios sanitarios especializados para el correcto diagnóstico de su patología.

Del mismo modo, es necesario reseñar las consecuencias negativas que se derivan de la práctica de los servicios sanitarios especializados en Salud Mental de no efectuar diagnósticos integrados en los que, además de los aspectos estrictamente sanitarios, se contemplen todos los condicionantes familiares, educativos y sociales que inciden en la valoración del trastorno que padece el menor.

Asimismo, nos parece merecedor de crítica el que, cuando se elaboran diagnósticos integrados, los mismos se efectúen sin que el profesional sanitario cuente con el asesoramiento y la participación de profesionales provenientes de los ámbitos educativos y sociales.

Por otro lado, hemos podido constatar que las deficiencias y carencias existentes en los procesos de detección y diagnóstico de los menores con trastornos conductuales, son igualmente aplicables, incluso en mayor medida, a los procesos de tratamiento terapéutico de dichos trastornos.

En este sentido, debemos comenzar denunciando las carencias de los recursos sanitarios actualmente existentes para afrontar el tratamiento terapéutico de los menores con trastornos de conducta, tanto por lo que se refiere a la inadecuación de los dispositivos de atención ambulatoria o centros de día a las

particularidades que presentan los menores afectados por dichos trastornos, como, muy particularmente, por lo que afecta a la inexistencia de recursos específicos que posibiliten el internamiento terapéutico de aquellos menores aquejados por graves trastornos conductuales.

Asimismo, debemos cuestionar la mala práctica de los profesionales de los servicios especializados de Salud Mental de no elaborar planes de intervención terapéutica conjuntos en los que participen profesionales de los ámbitos educativo y social, y que contemplen, junto con los aspectos sanitarios del tratamiento prescrito, las indicaciones oportunas para la aplicación del plan de intervención en los ámbitos educativo y social, además del familiar.

Además, debemos poner de manifiesto las carencias que presentan los servicios educativos y sociales en orden a implementar los planes de intervención previstos para aquellos menores aquejados por trastornos de conducta menos graves que no precisen del ingreso en un recurso sanitario específico.

Unas carencias que se derivan, tanto de la falta de información precisa de los profesionales educativos y sociales acerca de los diagnósticos formulados y los planes de intervención diseñados por los especialistas sanitarios para los menores a su cargo, como de la insuficiente formación y preparación de dichos profesionales para la implementación de estos planes de intervención y de la insuficiencia de recursos especializados en los ámbitos educativo y social para la atención adecuada a estos menores.

En definitiva, debemos concluir diciendo que mientras las deficiencias que hemos señalado en relación a los procesos de detección y diagnóstico de los menores con trastornos de conducta sigan existiendo, y mientras no se acometan las medidas que hemos propuesto para mejorar la actuación de los recursos públicos en el tratamiento de los mismos, mucho nos tememos que el problema de los menores con trastornos de conducta seguirá siendo grave y las consecuencias de su comportamiento para las familias y para la sociedad seguirán siendo preocupantes.

4. 2. Conclusiones específicas sobre los menores tutelados con trastornos de conducta.

Una vez que hemos expuesto las principales conclusiones en torno a la situación en general de los menores andaluces con trastornos de conducta, debemos ahora proceder a una valoración de la situación específica de aquellos menores afectados por trastornos conductuales que se encuentran bajo la tutela de la Administración.

A este respecto, es oportuno recordar que la investigación que da lugar al presente Informe se inicia con la intención de supervisar las condiciones de los centros de protección que desarrollan programas específicos para menores tutelados con

trastornos de conducta, tras haberse tramitado diversas quejas sobre esta cuestión.

Sólo el transcurso de la labor investigadora nos llevó a convencernos de la imposibilidad de analizar con rigor la situación de estos centros sin enmarcar la misma dentro del contexto de la problemática general de los menores con trastorno de conducta, tanto los tutelados como los no tutelados por la Administración.

No obstante, la investigación realizada se ha centrado particularmente en conocer la realidad de los menores tutelados con trastornos de conducta y hemos dedicado especial atención a la situación de los centros que desarrollan programas específicos para el tratamiento de estos menores.

Resulta, por tanto, obligado dedicar un apartado específico del Informe a exponer las conclusiones extraídas como resultado de la investigación realizada en relación a estos menores tutelados y a estos centros específicos.

4. 2. 1. Valoración de la necesidad y la oportunidad de la existencia de recursos específicos para menores tutelados con trastornos de conducta.

Parece obligado comenzar cuestionándonos la propia decisión de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de crear recursos específicos para atender a aquellos menores bajo su tutela que padecen trastornos conductuales.

En este sentido, la cuestión a debate sería determinar si existen razones que justifiquen que los menores tutelados con trastornos conductuales sean objeto de un trato distinto al que reciben el resto de menores no tutelados que padecen iguales trastornos conductuales, en particular, por lo que supone que tengan acceso a unos recursos terapéuticos específicos que, sin embargo, les están vedados a los demás menores.

A esta cuestión queremos darle una respuesta inequívoca desde el principio, ya que consideramos conveniente dejar clara nuestra posición para facilitar la comprensión de las conclusiones que expondremos a continuación.

Y esta respuesta no puede ser otra que considerar que, si bien existen razones que justifican la decisión adoptada por la CIBS, no podemos valorar como acertada dicha decisión en cuanto introduce un factor de discriminación entre los menores afectados por trastornos conductuales basada exclusivamente en la condición o no de los mismos como menores tutelados.

En este sentido, debemos decir que la decisión de la CIBS de crear estos recursos específicos con el fin de poder atender a aquellos menores que tiene bajo su tutela y padecen trastornos conductuales surge como consecuencia del hecho, constatado en el apartado precedente, de que actualmente no existen recursos adecuados en el sistema sanitario público para dar una

respuesta terapéutica eficaz a los menores con trastornos graves de conducta.

Al crear estos recursos específicos la CIBS no ha hecho otra cosa que actuar como lo haría cualquier familia que se enfrentase al reto de tener un hijo con un trastorno de conducta y comprobase que los recursos públicos no son capaces de ofrecerle soluciones válidas y eficaces para su tratamiento.

Si esta hipotética familia conociese de la existencia de un recurso de carácter privado que resultase adecuado para el tratamiento de su hijo, y tuviese medios económicos para afrontar el gasto que ello le supondría, con total seguridad acudiría a este recuso y sometería a su hijo al tratamiento necesario.

Pues bien, en el caso de los menores tutelados, y tras constatar la incapacidad del sistema sanitario para dar una respuesta terapéutica eficaz a los mismos, la CIBS se ha limitado a buscar la mejor alternativa para estos menores, y tras sopesar diversas circunstancias, ha optado finalmente por la creación de unos recursos específicos propios.

Entre las razones que parecen haber llevado finalmente a la CIBS a elegir esta opción podríamos incluir las siguientes.

- Los recursos de carácter privado para el tratamiento de menores con trastornos de conducta son muy escasos y enormemente costosos.
- El número de menores tutelados que padecen trastornos conductuales es lo suficientemente elevado como para justificar la rentabilidad de crear recursos propios para su atención.
- La CIBS dispone de la experiencia y los medios económicos, organizativos y personales que son necesarios para gestionar este tipo de recursos.
- La condición de recursos propios y no ajenos le permite ejercer un mayor control sobre los mismos.
- Al ser recursos específicos dependientes del sistema de protección y no del sistema general de recursos sociales puede restringir el acceso a los mismos, limitándolo a los menores sujetos a su tutela y excluyendo al resto de menores no tutelados.

Teniendo en cuenta todas estas razones no puede catalogarse de injustificada la decisión de la CIBS de crear centros específicos para la gestión de programas destinados a menores tutelados con trastornos de conducta.

No obstante, el que se trate de una decisión justificada, no significa que la misma sea la más acertada. Y consideramos que no lo es, por cuanto entendemos que como Administración Pública que es, y especialmente como Administración encargada de velar por los derechos de todos los menores andaluces, su respuesta ante la constatación de que no existen recursos públicos que den respuesta eficaz a las necesidades terapéuticas de los menores con trastornos de conducta, debería haber ido dirigida a posibilitar la existencia de estos recursos con el objetivo

de que pudieran acceder a los mismos todos los menores que los necesitasen y no limitarse a buscar una alternativa para aquellos menores que están sujetos a su tutela.

Los responsables de la CIBS consultados durante la investigación, aducían en defensa de su decisión, que la responsabilidad de crear estos recursos específicos de tan marcado carácter terapéutico debía recaer sobre la Consejería de Salud y no sobre la Administración que ostenta las responsabilidades en materia de Bienestar Social.

Este razonamiento resulta, en principio, aceptable, en al medida en que —y esta sería una primera conclusión— esta Institución considera que es a la Consejería de Salud a quien le corresponde liderar la respuesta desde los servicios públicos al problema de los menores con trastornos de conducta en el ámbito terapéutico.

No obstante, debemos insistir en que esta atribución de la responsabilidad última a la Consejería de Salud por la carencia de recursos específicos para atender a los menores con graves trastornos conductuales, en ningún caso exime a la CIBS de su responsabilidad, como tuteladora de los derechos de los menores andaluces, de adoptar cuantas medidas sean necesarias para promover la creación de estos recursos.

Por tanto, si la CIBS considera que no existen recursos públicos adecuados para el tratamiento de los menores andaluces con trastornos de conducta y entiende que es a la Consejería de Salud a quien corresponde crear y gestionar dichos recursos, lo que debe hacer es trasladar a dicha Consejería la necesidad de que ejercite sus responsabilidades y de respuesta a las necesidades de todos los menores afectados por este problema, ofreciendo, si lo estima oportunos, sus propios recursos para que esa respuesta llegue al mayor número posible de menores, en el menor tiempo posible.

Lo que no podemos considerar acertado es que, ante la tesitura creada por la inexistencia de estos recursos en el ámbito sanitario público o la incapacidad de los existentes para dar una repuesta adecuada la problema, la CIBS opte exclusivamente por solucionar el problema que afecta a los menores sujetos a su tutela y obvie sus responsabilidades en relación con el resto de menores andaluces.

Por ello, no sólo debemos poner en duda el acierto de la decisión de la CIBS de crear unilateralmente recursos de este tipo, sin enmarcar los mismos dentro de una red superior de recursos sanitarios o terapéuticos liderado por la Consejería de Salud, sino que además debemos cuestionar con firmeza la decisión de reservar exclusivamente el acceso a estos recursos a los menores tutelados, por entender que tal decisión es discriminatoria para con el resto de los menores andaluces.

Por tanto, la segunda conclusión de este apartado, a la vista de todo lo expuesto, no puede ser otra que postularnos por la inmediata asunción por la Consejería de Salud de la responsabi-

lidad de ofrecer cuantos recursos terapéuticos se estimen necesarios para la correcta atención de todos los menores andaluces con trastornos de conducta.

Y como correlato lógico de esta conclusión, debemos abogar porque los menores tutelados con trastornos de conducta utilicen, al igual que el resto de menores con trastornos conductuales, los recursos públicos que el sistema sanitario andaluz pueda crear para la atención terapéutica de los mismos.

No obstante, debemos matizar que la oferta de recursos públicos para el tratamiento terapéutico de los menores con trastorno de conducta debería ser, a nuestro juicio, lo más amplia y variada posible para que la misma ofrezca alternativas terapéuticas eficaces para cada tipo de trastorno conductual o comportamental.

En este sentido, si dentro de esa oferta variada de recursos terapéuticos que proponemos se considerara oportuno establecer recursos específicos destinados al tratamiento de aquellos problemas conductuales menos graves en los que primen los aspectos educativos y sociales, nada impediría, a nuestro entender, que dichos recursos fuesen gestionados directamente por la CIBS como servicios sociales especializados —siguiendo el patrón de los centros de atención de drogodependencias— siempre bajo la dirección y la supervisión de los responsables de Salud Mental de la Consejería de Salud e integrados dentro de una red general de recursos públicos para el tratamiento terapéutico de los menores con trastornos de conducta.

A este respecto, es importante matizar que estamos de acuerdo con la existencia dentro del sistema de protección de los programas de *“tratamiento a menores con conductas socialmente conflictivas”*, que se aplican con carácter complementario del programa residencial básico, pero disintimos de la conveniencia de la existencia de los denominados *“programas específicos de atención a la diversidad”*, que se aplican de forma segregada en centros destinados específicamente a tal fin.

A nuestro entender, los tres programas específicos que determina la Orden de 13 de Junio de 2005, por la que se aprueba el proyecto educativo marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía —*“graves trastornos del comportamiento”*, *“graves trastornos de conducta”* y *“grave discapacidad”*—, en la medida en que exigen un abordaje segregado de los menores y presentan un marcado carácter terapéutico, exceden de las competencias propias del ente tutelar de menores, por lo que dichos programas deberían integrarse dentro de una red de recursos terapéuticos dependientes de la Consejería de Salud.

Todo ello, sin perjuicio de que, como apuntábamos anteriormente, la gestión de algunos de estos recursos terapéuticos integrados en la red sanitaria sea asumida por la CIBS.

A este respecto, y si atendemos a la clasificación que la propia CIBS hacía en la Orden de 13 de Junio de 2005 de los pro-

gramas específicos que desarrollan los CTTC, creemos que los más apropiados para ser gestionados por dicha Consejería serían los englobados bajo la denominación de *“graves trastornos del comportamiento”*, por el contrario los programas denominados *“graves trastornos de conducta”* y *“grave discapacidad”* debería ser gestionados directamente por la Consejería de Salud.

Cual sea la forma que finalmente la Consejería de Salud decida utilizar para la creación de estos recursos terapéuticos —medios propios de nueva creación, concierto con asociaciones o entidades que dispongan de estos recursos, subrogación en los convenios de la CIBS para los recursos específicos que la misma gestiona actualmente, encomienda de gestión a la CIBS para cierto tipo de recursos, etc.—, no es una cuestión que corresponda dilucidar en este Informe.

Lo que sí debe quedar claro es que, en nuestra opinión, la Consejería de Salud debe asumir la responsabilidad de dar una respuesta válida al problema de los menores con trastornos de conducta y que dicha respuesta debe incluir la existencia de recursos de todo tipo, incluidos aquellos destinados a los menores con trastornos conductuales más graves que precisan del ingreso en centros de atención global (terapéutica, educativa, social) sobre el modelo de comunidades terapéuticas. Dando así cumplimiento al acuerdo adoptado en el Simposium de Granada de Octubre de 2005.

Asimismo, debe quedar claro que, una vez que la Consejería de Salud haya creado estos recursos, los menores tutelados que padezcan trastornos de conducta deben hacer uso de los mismos en las mismas condiciones que el resto de menores andaluces. Lo que significa que los actuales recursos específicos creados y gestionados por la CIBS para la atención a los menores tutelados con trastornos de conducta deberán pasar a quedar integrados dentro de la estructura de recursos sanitarios dependientes de la Consejería de Salud, en cuyo caso, deberían estar abiertos a todos los menores que lo precisen, sin distinción.

4. 2. 2. Conclusiones sobre la situación de los centros específicos para menores tutelados con trastornos de conducta.

Puesto que las conclusiones antes apuntadas sólo incluyen propuestas de futuro que aún no se han convertido en realidad y que desconocemos si serán aceptadas o no por las Administraciones implicadas, resulta necesario que continuemos este apartado de conclusiones partiendo de la realidad actual que está marcada por la existencia de unos centros específicos que, bajo la dependencia de la CIBS, desarrollan programas para la atención a menores tutelados con trastornos de conducta.

En este sentido, y para el caso que nuestras propuestas no fueran aceptadas, estimamos conveniente dar cuenta de las

conclusiones extraídas de la investigación realizada sobre estos centros específicos, con la intención de formular a partir de las mismas un conjunto de propuestas que puedan ayudar a mejorar su funcionamiento y la respuesta que ofrecen a los menores tutelados con trastornos de conducta.

A tal fin, y en aras de la claridad expositiva, dividiremos la exposición de conclusiones en varios subapartados, tratando de que los mismos se ajusten en la medida de lo posible a los ya utilizados para la exposición de los resultados de nuestra investigación sobre los centros específicos, que se incluye en el Capítulo 4 del presente Informe.

4. 2. 2. 1. CRITERIOS DE DERIVACIÓN.

En este punto vamos a tratar de extraer conclusiones en relación a las diversas cuestiones analizadas en el apartado correspondiente del Capítulo 4 y que, recordamos, eran las siguientes:

- Órgano competente para decidir el ingreso.
- Criterio utilizado para decidir el ingreso de los menores en el centro.
- Oportunidad de incluir a menores no tutelados en los CTTC.
- Procedimiento de ingreso.
- Documentación e información aportada al centro sobre el menor.
- Criterios y procedimientos de derivación de los menores a otros recursos al terminar el programa de intervención.

1. Órgano competente para decidir el ingreso.

Respecto de esta cuestión debemos comenzar reseñando lo dispuesto en el art. 763 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil:

«Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal

del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.»

La dicción literal de la norma es meridianamente clara y estipula la necesidad de contar con la previa autorización judicial para proceder al internamiento de un menor aquejado de un trastorno psíquico en un establecimiento de salud mental, salvo que el mismo preste su consentimiento.

E incluso en ese caso, si se trata de un menor tutelado, no bastaría el consentimiento del menor sino que sería necesaria la previa autorización judicial por disponerlo así de forma taxativa el art. 271.1 del Código Civil.

«Art. 271. El tutor necesita autorización judicial:

1. Para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial»

Pues bien, de la investigación realizada no cabe sino extraer como conclusión que la mayoría de los ingresos de menores tutelados en centros que desarrollan programas específicos de atención a la diversidad se producen por decisión estrictamente administrativa y sin contar con la previa autorización judicial.

Podría argüirse, para justificar esta ausencia del preceptivo aval judicial, que un trastorno del comportamiento no necesariamente es un trastorno psíquico. Asimismo, podría argumentarse que los CTTC no son *strictu sensu* establecimientos de salud mental.

No obstante, estas argumentaciones decaen completamente cuando comprobamos que es la propia Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 13 de Julio de 2003, por la que se aprueba el proyecto educativo marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la que textualmente estipula lo siguiente:

«Una importante característica común a los programas específicos es su especial vinculación en la toma de decisiones con la autoridad judicial. Más que en ningún otro supuesto de protección de menores, en la atención de una persona menor de edad en un centro que desarrolle programas específicos, se deberá contar con la autorización de la autoridad judicial correspondiente.»

De este precepto no puede deducirse otra cosa que no sea el carácter preceptivo de la autorización judicial para el ingreso de un menor en un centro que desarrolle alguno de los programas específicos de atención al diversidad previstos en la citada Orden: *“graves trastornos del comportamiento”*, *“graves trastornos de conducta”* y *“grave discapacidad”*.

Por tanto, y dado que los centros investigados en el presente Informe desarrollaban alguno de los programas citados, sólo podemos concluir que los ingresos en los mismos de menores tutelados por decisión estrictamente administrativa y sin contar con la previa autorización judicial, supone un flagrante incumplimiento de lo dispuesto en el art. 763 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, en el art. 271.1 del Código Civil y en la Orden de 13 de Julio de 2005.

Por lo que se refiere a la prestación del consentimiento para el internamiento por parte de un menor de edad no tutelado, debemos estar a lo dispuesto en el Decreto 246/2005, de 8 de Noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo, que estipula en su art. 6 lo siguiente:

«Artículo 6. Otorgamiento del consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente menor de edad requiere que se otorgue el consentimiento de la persona afectada por representación cuando tal paciente menor de edad no sea capaz intelectual, ni emocionalmente

de comprender el alcance de la intervención, una vez que, recibida la información relativa a la finalidad y naturaleza de la citada intervención, sus riesgos y sus consecuencias, se hayan valorado las opciones propias del caso.

2. Aun cuando el consentimiento tuviera que ser otorgado por el padre, madre o representante legal, en el caso de menores con doce años cumplidos, la opinión de éstos será escuchada antes de que se otorgue el consentimiento, si aprecia el personal médico responsable del o de la paciente que dispone de capacidad intelectual y emocional para expresarla.

3. Cuando se trate de personas menores de edad no incapaces ni incapacitadas, pero emancipadas o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del personal facultativo, el padre y la madre serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. Dicha información le será facilitada por el facultativo o la facultativa, responsable de la atención a la persona menor, de manera oral y en un lenguaje comprensible.

4. Los centros y servicios sanitarios, así como los y las profesionales requerirán el consentimiento por escrito para aquellas actuaciones previstas en la legislación vigente, facilitando las informaciones y explicaciones necesarias antes de que se firme el documento. (...)»

Durante la investigación realizada en el presente Informe no se nos ha acreditado en ningún caso que, con antelación al ingreso, se haya escuchado la opinión sobre tal internamiento de los menores con más de 12 años y menos de 16. De igual modo, no nos consta ningún caso de menores ingresados con más de 16 años que hubieran otorgado formalmente su consentimiento para ser sometidos al tratamiento terapéutico tras haber sido debidamente informados de la finalidad y naturaleza de la intervención y de sus riesgos y consecuencias.

En este sentido, no podemos por menos que recordar que cualquier menor no tutelado con más de 16 años que pretenda ser ingresado en un centro de salud mental debe prestar su consentimiento informado o, en caso contrario, debe autorizar el ingreso la autoridad judicial correspondiente. Sin que la minoría de edad del afectado posibilite que dicho consentimiento sea otorgado unilateralmente por los padres o tutores.

No se nos escapa lo lento y dificultoso que resulta, por lo general, el procedimiento para obtener la preceptiva autorización judicial en los casos en los que el menor no preste su consentimiento, o sea preceptiva la autorización judicial y las consecuencias que tales dilaciones suponen para la convivencia diaria en los centros en que residen los menores aquejados por trastornos comportamentales.

De hecho, en varias de las quejas tramitadas por esta institución, consta el relato de algunas familias explicando su desespe-

ración mientras aguardaban a conseguir la autorización judicial para el ingreso involuntario en un centro de tratamiento de su hijo afectado por un grave trastorno de conducta.

Sin embargo, la realidad de estas dilaciones judiciales y las graves consecuencias que a veces se derivan de las mismas, en ningún caso pueden justificar que se obvie por la Administración la obligación de obtener el consentimiento informado del menor o una autorización judicial antes de su ingreso en un centro que desarrolle un programa específico de atención a la diversidad.

Si acaso, el conocimiento de esta problemática debería incentivar a la Entidad de protección de menores a buscar fórmulas de coordinación con la Administración de Justicia que propicien una resolución rápida de este tipo de procedimientos.

Por tanto, debemos abogar claramente por la necesidad de obtener el consentimiento informado del menor no tutelado – mayor de 12 años– y la autorización judicial en el caso del menor tutelado antes de su ingreso en un centro que desarrolle un programa específico de atención a la diversidad. De no constar la voluntariedad del menor no tutelado, deberá obtenerse la preceptiva autorización judicial para el ingreso involuntario del mismo.

2. Criterio utilizado para decidir el ingreso del menor en un centro.

Durante todo el proceso de investigación del presente Informe nos ha preocupado de forma prioritaria la cuestión relativa a los criterios utilizados para decidir que un menor pasase de estar en un centro residencial básico a ser ingresado en un centro específico de trastorno de conducta.

Y no se trata de una preocupación baladí, por cuanto el ingreso de un menor en un centro de estas características implica que el mismo va a ser sometido a un programa que, por su carácter segregador y terapéutico, presenta evidentes connotaciones sanitarias, y más específicamente, psiquiátricas.

Razón por la cual nos interesaba conocer si los ingresos de menores en estos centros específicos se producían como consecuencia de la existencia previa de un diagnóstico clínico que así lo determinara como terapia para el trastorno conductual de los menores.

Pues bien, la conclusión que hemos podido extraer de la investigación realizada es que no existen criterios definidos para la derivación de menores a estos centros, lo que posibilita que muchos de ellos sean ingresados en los mismos sin contar previamente con un diagnóstico clínico que avale la necesidad de tal internamiento.

Es cierto que la mayoría de los menores ingresados, al proceder de otros centros de protección, contaban con un expediente personal que recogía todas las incidencias relativas a su situación personal y sus antecedentes educativos y sanitarios, expediente que acompañaba al menor en su traslado de centro y

que era evaluado por el organismo de derivación y por el centro de destino para decidir la idoneidad de su ingreso.

No obstante, como reiteradamente nos manifestaron los responsables de los CTTC, en muy pocas ocasiones dicho expediente incluía un diagnóstico clínico elaborado por un especialista en salud mental que especificase que el menor padecía un trastorno conductual cuyo tratamiento exigía del ingreso en un centro específico.

En bastantes ocasiones, especialmente cuando el menor era derivado por las Delegaciones Provinciales de la CIBS a centros de ámbito provincial, los ingresos se producían sin que mediase informe alguno de carácter sanitario que así lo aconsejase, e incluso se daban casos de menores derivados sin más fundamento que la reiterada petición del centro de procedencia ante su incapacidad para afrontar los conflictos convivenciales que el menor generaba, sin que se acreditase que el comportamiento disruptivo del menor tenía un origen patológico precisado de un tratamiento específico de carácter terapéutico.

Pero la inexistencia de este diagnóstico clínico previo al ingreso del menor en el recurso específico, no sólo ha determinado un número significativo de ingresos injustificados que posteriormente ha habido que rectificar, sino que además ha impedido que se derivase a algunos menores a los recursos más adecuados para atender su trastorno.

Así, han sido varios los casos de menores enviados a un CTTC para ser tratados de un trastorno grave del comportamiento, que posteriormente debieron ser trasladados a otros centros más especializados al efectuarse el oportuno diagnóstico y comprobarse que padecían graves patologías psiquiátricas.

En este sentido, una conclusión imprescindible es que cualquier decisión que implique el ingreso de un menor tutelado en un centro de protección que desarrolle alguno de los programas específicos de atención a la diversidad – “graves trastornos del comportamiento”, “graves trastornos de conducta” y “grave discapacidad” – debe contar con un previo diagnóstico clínico elaborado por un especialista en salud mental que especifique el tipo de trastorno que padece el menor, establezca la necesidad del ingreso terapéutico en un recurso específico y determine el recurso más idóneo para su tratamiento atendiendo a su patología.

En nuestra opinión, y siendo coherentes con lo anteriormente expuesto, lo lógico sería que este diagnóstico y el consecuente plan de intervención y tratamiento fuese efectuado por los especialistas en salud mental dependientes de la Consejería de Salud.

No obstante, y en caso de que tal propuesta no fuese viable, debemos valorar como alternativa recomendable la iniciativa emprendida por la CIBS en la provincia de Sevilla, creando un órgano específico encargado del proceso de diagnóstico y derivación de los menores.

Esta iniciativa consiste básicamente en la creación de un dispositivo específico, conveniado con una Asociación y compuesto

por un grupo de profesionales —psiquiatras y psicólogos—, cuya misión es evaluar los casos de menores que presentan problemas comportamentales en los centros residenciales básicos a fin de determinar si los mismos presentan un trastorno de conducta que precise de un internamiento en un CTTC o, por el contrario, pueden ser atendidos en el centro del que proceden con la ayuda de los servicios públicos de salud mental infanto-juvenil.

Este dispositivo intermedio entre el centro residencial básico y el centro específico, no sólo se encarga de efectuar un diagnóstico profesional del menor, sino que también decide las líneas básicas del programa de intervención que se le debe aplicar y cuál es el centro más idóneo para su tratamiento. Asimismo, realiza un seguimiento del menor para comprobar el resultado del tratamiento y decidir, en su caso, sobre su continuidad, su derivación a otro recurso o su conclusión.

En el caso de que se considere que el menor no padece un trastorno de conducta precisado de un internamiento en un CTTC, los profesionales del equipo se encargan de asesorar al centro residencial básico sobre la forma de tratar sus problemas comportamentales, diseñando, en su caso, programas sencillos de modificación de conducta y formando a los responsables del centro para que puedan aplicarlos adecuadamente o derivando al menor a los recursos públicos de salud mental que resulten más idóneos.

La generalización de este dispositivo para todos los casos de menores tutelados que presenten problemas comportamentales, creemos que supondría un gran avance respecto de la situación actual y ofrecería mejores garantías en los procesos de derivación de menores a estos recursos específicos y en el seguimiento de los mismos.

En todo caso, consideramos que dicho dispositivo debería, cuando menos, estar coordinado con los servicios especializados de salud mental de la Consejería de Salud.

Asimismo, consideramos que resultaría muy conveniente que se realizase una ordenación más racional y adecuada de los recursos específicos actualmente existentes, tratando de graduar la respuesta terapéutica para incrementar las opciones de tratamiento disponibles y procurando acomodar los mismos a las denominaciones oficiales de los programas que desarrollan.

En este sentido, debemos recordar que la Orden de 13 de Julio de 2005, por la que se aprueba el proyecto educativo marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la CAA, establece tres tipos de Programas Específicos de Atención a la Diversidad:

- Graves Trastornos del Comportamiento, relacionados con patologías psicosociales y educativas.
- Graves Trastornos de Conducta, asociados con patologías psiquiátricas.
- Menores con Grave Discapacidad.

En este sentido, las denominaciones que utilizan la mayoría de los centros visitados inducen a pensar que los mismos están desarrollando el programa para menores con graves trastornos de conducta, cuando lo cierto es que la mayoría de ellos responden mejor al perfil del programa para menores con graves trastornos del comportamiento, relacionados con patologías psicosociales y educativas.

Por el contrario, el programa desarrollado por el centro “Dulce Nombre de María” en Málaga, y que oficialmente se denomina de “Trastornos de la Personalidad” parece adecuarse mucho más al programa para menores con graves trastornos de conducta, asociados con patologías psiquiátricas.

Por ello, consideramos que resultaría oportuno clarificar esta confusión terminológica, adecuando las denominaciones de los centros a los programas que desarrollan y a lo dispuesto en la Orden de 13 de Julio de 2005.

Del mismo modo, consideramos que debería estudiarse la conveniencia de diferenciar a dichos centros, no por el carácter regional o provincial de los mismos, sino por el tipo de programa terapéutico que desarrollan, tratando en la medida de lo posible de ofrecer una mayor variedad en la respuesta terapéutica a este tipo de trastornos.

Esta reorganización y racionalización de los recursos existentes, facilitaría la labor del organismo encargado de realizar la derivación de los menores a los mismos en función del diagnóstico previamente elaborado.

3. Por lo que se refiere a la oportunidad o no de incluir en estos recursos a menores no tutelados por la Administración, debemos ser absolutamente claros en nuestra respuesta y apoyar con total firmeza tal posibilidad.

En primer lugar, por coherencia con nuestra postura a favor de que los menores tutelados con trastornos de conducta se integren en los recursos que puedan crearse dentro del sistema sanitario para dar respuesta terapéutica a los trastornos conductuales de los menores. Y en segundo lugar, porque ninguna de las razones que expusieron los responsables de los CTTC para oponerse al tratamiento conjunto de menores tutelados y no tutelados parece suficiente para justificar este trato discriminatorio.

En este sentido, debemos señalar que de ser asumidas como válidas las razones esgrimidas por los responsables de los CTTC para excluir a los menores no tutelados, por idéntico criterio habría que abogar porque los menores tutelados asistiesen a centros educativos diferenciados o ingresasen únicamente en centros hospitalarios propios y separados del resto de menores.

Ciertamente, esta pretensión de ofrecer un trato diferenciado y segregado a los menores tutelados en el acceso a lo que, en definitiva, no es sino un recurso sanitario especializado, no parece comparecerse muy bien con el criterio integrador y socializador que preside toda la intervención tuitiva de la Administración con los menores desamparados.

Por tanto, abogamos claramente por la apertura de los CTTC a los menores no tutelados.

4. Procedimiento de ingreso.

En cuanto a la cuestión relativa al procedimiento para el ingreso de los menores en los CTTC, y obviando la cuestión relativa a la previa autorización judicial que ya ha sido analizada anteriormente, debemos comenzar reiterándonos en nuestra anterior propuesta de que sea el órgano especializado el encargado de valorar cuál es el centro más idóneo para intervenir en función de las características que presenta el trastorno conductual del menor y de derivar a dicho menor al centro en cuestión junto con toda la información necesaria para su tratamiento.

No obstante, de no aceptarse esta propuesta, o al menos mientras sigan siendo derivados menores a los CTTC por la Dirección General de Infancia y Familia o por las Delegaciones Provinciales de la CIBS, creemos que deberían abandonarse algunas de las malas prácticas seguidas en el procedimiento de derivación e ingreso y que hemos denunciado en el apartado correspondiente del Capítulo 4 del presente Informe.

En su lugar, creemos que debería optarse por elaborar un protocolo de derivación e ingreso que estipulase un procedimiento reglado o normalizado, incluyendo la obligación de enviar una comunicación previa al centro por parte de la CIBS proponiendo el ingreso de un menor y facilitando la información necesaria sobre el mismo que permita evaluar tal propuesta y ver si, en principio, el perfil del menor y del problema comportamental que presenta se adecua o no a las características del centro y de su programa de intervención.

Esta evaluación previa puede determinar la aceptación o el rechazo motivado de la propuesta de ingreso por parte del centro, en cuyo caso, la CIBS debería encontrar otro recurso más idóneo para el mismo.

5. Documentación e información aportada al centro.

Con independencia de la documentación remitida al centro para evaluar si resulta procedente su ingreso en el centro, sería conveniente que cuando el ingreso se produce efectivamente, el centro pudiese contar con toda información sobre el menor que se considerase necesaria para un mejor diseño del programa de intervención con el mismo.

Así, el centro debería contar con un conjunto de documentos referentes al menor que incluirían copia de la resolución de desamparo, el expediente completo del menor, informe de la Unidad Tutelar de referencia del menor explicando sus circunstancias y las razones de su propuesta de ingreso en el recurso y, en su caso, informe de los Servicios Sociales Comunitarios detallando la situación socio-familiar del menor.

Por su parte, el expediente del menor remitido por el centro de protección de origen debe incluir, además de toda la información acerca de la evolución del menor durante su estancia en el mismo –incluida una valoración del entorno social y familiar–, un

informe médico donde se detallen las condiciones de salud del menor y los diagnósticos acerca de su problema conductual y un informe educativo completo donde sea posible conocer su nivel formativo y su expediente académico.

Todo ello, por supuesto, respetando las garantías de confidencialidad que para el acceso a datos personales, y particularmente para los de carácter médico, exige la legislación vigente en la materia.

6. Criterios y procedimientos de derivación de los menores a otros recursos al terminar el programa de intervención.

Como pudimos constatar en la investigación realizada la estancia de muchos de los menores ingresados en los CTTC se alarga más allá del tiempo exigido por su programa de intervención terapéutica, sencillamente porque el centro no encuentra un recurso adecuado al cual derivarlo una vez finalizado dicho tratamiento.

El retorno del menor al centro de protección del que provenía parece la opción más lógica, pero deviene imposible en muchos casos por la firme negativa de estos centros a que regrese un menor con un historial de graves conflictos convivenciales, que fueron los que determinaron su ingreso en el CTTC.

En nuestra opinión, esta situación es sencillamente inaceptable. Una vez finalizado el internamiento terapéutico del menor en el CTTC el mismo debe ser de inmediato derivado a aquel recurso dentro del sistema de protección que se considere más idóneo atendiendo exclusivamente al dictamen de los expertos que hayan intervenido en el tratamiento del menor.

En este sentido, la propuesta que parece más razonable sería que fuera el mismo órgano especializado que se debería encargar de decidir el ingreso del menor en el CTTC el que, una vez finalizado el tratamiento, decidiese cuál es el recurso al que debe ser ahora derivado dicho menor.

Asimismo, dicho órgano especializado podría acordar las medidas que estimase necesarias para el seguimiento de este menor, a fin de asegurar el buen resultado de la intervención realizada.

4. 2. 2. INFRAESTRUCTURAS E INSTALACIONES.

En relación con las infraestructuras e instalaciones de los CTTC debemos comenzar reiterando nuestra consideración de que estos centros deberían ser incluidos dentro de una red más amplia de recursos sanitarios destinados a dar respuesta terapéutica a los menores con trastornos conductuales, lo que supondría que los mismos pasaran a quedar regidos por las normas que regulan los recursos sanitarios de este tipo en cuanto a su autorización, requisitos mínimos, supervisión y control.

No obstante, mientras estos centros sigan siendo considerados centros de protección, consideramos oportuno exponer las

conclusiones que se extraen de la investigación realizada en el presente Informe en relación con las infraestructuras e instalaciones de los CTTC visitados, centrándonos en aquellos aspectos que nos parecen más dignos de ser reseñados.

1. Ubicación.

Por lo que se refiere a la conveniencia de ubicar estos centros en zonas rurales y aisladas o bien situarlas en zonas urbanas, ya sean céntricas o periféricas, consideramos que no existen criterios claros que nos lleven a inclinarnos por una u otra opción, ya que ambas presentan ventajas e inconvenientes. Nos obstante, si valoráramos el grado de satisfacción mostrada por los responsables de los CTTC entrevistados respecto de la ubicación de sus centros, no cabe duda de que la ubicación en zonas rurales goza de un mayor apoyo entre los mismos y es valorada más positivamente.

No obstante, sí estimamos oportuno pronunciarnos acerca de la conveniencia de que estos centros compartan su ubicación con las instalaciones de otros recursos destinados al tratamiento de toxicómanos.

En nuestra opinión, los riesgos que pueden derivarse de la convivencia en un mismo espacio de menores con trastornos de conducta y adultos toxicómanos son lo suficientemente importantes, especialmente para los menores, como para que consideremos muy poco acertada esta opción.

Por tanto, proponemos que se busquen ubicaciones para estos centros que no impliquen que los mismos deban compartir espacios o instalaciones con centros de tratamientos de toxicómanos.

2. Instalaciones y dependencias.

Por regla general, las instalaciones y dependencias de los centros visitados nos parecieron adecuadas en la medida en que poco se diferenciaban de las normales en cualquier centro de protección, pudiendo, si acaso, destacar el elevado nivel de calidad en instalaciones y equipamientos que presentaban algunos centros y debiendo criticar la excesiva sobriedad y la escasez de espacios recreativos o de ocio que mostraban otros.

No obstante, no podemos dejar de cuestionar la idoneidad de este tipo de instalaciones y dependencias teniendo en cuenta el tipo de programas de que se desarrollan en los mismos.

En efecto, si estamos ante centros que desarrollan programas de intervención terapéutica destinados a personas con trastornos psicológicos, parece que lo más oportuno sería que estos centros tuviesen las características y las instalaciones propias de un centro sanitario de tratamiento terapéutico de patologías relacionadas con la salud mental, y estuviesen sometidos a la reglamentación, los controles y la supervisión propias de cualquier centro de carácter sanitario.

Posiblemente algunos de estos centros reúnan las condiciones necesarias en materia de infraestructuras e instalaciones para ser homologados como centros de tratamiento terapéutico

por las autoridades sanitarias. No obstante, otros centros con seguridad deberían realizar importantes adaptaciones en sus instalaciones y equipamiento para merecer tal autorización.

En nuestra opinión, la consideración de estos centros como centros sanitarios y su sometimiento a las normas propias de las instalaciones de salud mental, permitiría conocer con toda certeza que tipo de instalaciones son las adecuadas conforme a la legalidad vigente para el tratamiento terapéutico que se dispensa en los mismos.

En particular, la aplicación de la normativa sanitaria sobre instalaciones de salud mental evitaría la presencia en algunos de estos centros de las dependencias o cubículos que, como hemos denunciado en el Capítulo correspondiente, han venido siendo utilizadas para contener a estos menores cuando presentan conductas de extrema agresividad o autolíticas, pese a que sus características las convertían en totalmente inadecuadas a tal fin.

Es evidente que la contención de un menor con un trastorno comportamental que en un momento determinado presente una situación de extrema agresividad o pretenda autolesionarse, puede exigir en algunos casos del aislamiento del mismo en una dependencia adaptada debidamente a tal fin. De hecho, en los centros sanitarios que atienden a enfermos psiquiátricos existen dependencias debidamente acondicionadas —acolchadas y con sistemas de seguridad y vigilancia permanentes— que posibilitan desarrollar adecuadamente esta función de contención del enfermo.

Lo que en ningún caso resulta aceptable es que un centro, que se denomina de protección y no de salud mental, llegue a la situación de verse precisado de disponer de dependencias específicas destinadas a la contención de los menores que custodia, ante la evidencia de que dichos menores presentan con frecuencia situaciones de extrema agresividad contra sí mismos o contra otros.

Pero todavía menos aceptable resulta que tales dependencias de contención, precisamente en un centro de protección de menores, puedan presentar las características de los habitáculos que hemos descrito en el apartado correspondiente del Capítulo 4 y que obviarnos reiterar.

En consideración de esta Institución esas dependencias o cubículos de contención deberían desaparecer de inmediato. No olvidemos que el resto de los CTTC visitados carecían de las mismas y sus responsables se manifestaban firmemente en contra de su existencia, considerándolas innecesarias y perjudiciales.

En nuestra opinión, si un centro se ve precisado de disponer de instalaciones específicas para la contención de las personas ingresadas en el mismo, es evidente que dichas personas padecen un grave trastorno psicológico por lo que deberían ser derivadas de inmediato para su ingreso en el correspondiente centro sanitario.

En el caso de que se desestimaran estas propuestas y se valorara la conveniencia de que dichas dependencias de contención

sigan existiendo, consideramos que, cuando menos, las mismas debería adaptarse a los requisitos exigidos por la legislación sanitaria para dependencias o instalaciones de iguales características.

3. Accesibilidad.

La constatación de que bastantes de los centros visitados contaban con algún tipo de barreras arquitectónicas que impedían o dificultaban su utilización por personas que padecieran algún tipo de discapacidad, nos lleva a formular la propuesta de que se proceda, con la mayor brevedad posible, a la adaptación de dichos centros a las normas sobre accesibilidad legalmente vigentes.

4. 2. 2. 3. MEDIOS PERSONALES.

En relación con los medios personales de los CTTC debemos, una vez más, comenzar abogando por la conveniencia de que los mismos fuesen, tanto por su número como por su cualificación, los estipulados por la normativa sanitaria para un recurso terapéutico destinado a tratamientos relacionados con la salud mental.

No obstante, tomado en cuenta la realidad actual, debemos decir que los medios personales de que disponen los CTTC resultan en principio adecuados, en la medida en que los mismos respeten los requisitos mínimos en cuanto a número y cualificación exigidos por la normativa vigente en materia de centros de protección.

Si acaso, estimamos oportuno plantear la conveniencia de encontrar medios que incentiven la permanencia del personal contratado, valorando en alguna medida la especial peligrosidad o penosidad del trabajo realizado respecto del propio de otros centros de protección no específicos.

4. 2. 2. 4. ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS.

1. Programas de intervención.

Los programas de intervención que desarrollan la mayoría de los CTTC investigados presentaban enormes similitudes con los programas terapéuticos de modificación de conducta que desarrollan los servicios de salud mental con los menores no tutelados con trastornos conductuales.

Por este motivo, debemos nuevamente insistir en la conveniencia de que dichos programas sean elaborados, supervisados y gestionados por profesionales sanitarios de salud mental.

En todo caso, mientras esto no ocurra, consideramos que una alternativa válida para dotar de mayores garantías a los tratamientos terapéuticos que se desarrollan en estos centros, sería que los mismos estuviesen supervisados por un órgano especializado directamente dependiente de la CIBS.

A tal efecto, lo más lógico es que dicho órgano fuese el mismo que ya postulamos anteriormente para hacerse cargo de la labor de evaluación y derivación de los menores a los CTTC.

Este órgano especializado, se encargaría, no sólo de diseñar los programas de intervención que se aplican en los distintos CTTC —lo que permitiría ofrecer una variedad de respuestas terapéuticas diferenciadas para cada centro—, sino que además asumiría la labor de supervisión de la aplicación de dichos programas y de seguimiento de los menores ingresados para evaluar sus resultados y los posibles cambios en el mismo.

Actualmente, los programas de intervención que se están desarrollando en los CTTC son generalmente elaborados y aplicados por profesionales especializados contratados por los propios centros. A este respecto, y aunque no dudamos en absoluto de los conocimientos y capacidad de dichos profesionales o de la idoneidad de los programas existentes, consideramos que la supervisión de los mismos por un órgano especializado y directamente dependiente de la CIBS otorgaría mayores garantías de que los programas de intervención sean los más idóneos para el tipo de trastorno que presentan estos menores.

2. Reglamentos de organización y funcionamiento.

En este tipo de centros es preceptiva la existencia de un Reglamento de Organización y Funcionamiento para regular el funcionamiento ordinario del centro y estipular derechos y obligaciones de los menores.

Así lo estipulan tanto el art. 37 de la Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y la Atención al Menor, como el art. 22 del Decreto 355/2003, de 16 de Diciembre, de acogimiento residencial de menores.

Sin embargo, no todos los CTTC investigados disponían del preceptivo Reglamento de Organización y Funcionamiento, o al menos, así nos lo manifestaron cuando nos interesamos por conocer el mismo en el transcurso de nuestras visitas de inspección.

A este respecto, consideramos que la ausencia de un ROF debidamente elaborado y aprobado, aparte de vulnerar la normativa vigente antes reseñada, introduce un factor de inseguridad jurídica que puede propiciar situaciones de arbitrariedad en la aplicación de las normas o de indefensión de los propios menores.

Por ello, consideramos imprescindible que por la CIBS se compruebe que todos los CTTC cuenten con un Reglamento de Organización y Funcionamiento debidamente aprobado y que el mismo es conforme con lo prevenido en las disposiciones legales vigentes en cuanto a su contenido.

Esta cuestión nos parece especialmente importante por cuanto dicho Reglamento es el llamado a regular, entre otras cuestiones, el régimen de convivencia en los centros y los criterios para el ejercicio de la potestad de corrección.

A este respecto, no debemos olvidar que los trastornos conductuales de los menores ingresados en estos centros determi-

nan con bastante frecuencia que el comportamiento de los mismos sea especialmente conflictivo, dando lugar en bastantes casos a situaciones de ruptura de la convivencia con peligro incluso para personas y bienes. A todo lo cual, debemos unir el hecho de que los programas de intervención que desarrollan estos centros buscan como objetivo prioritario reconducir a pautas normalizadas el comportamiento trasgresor de estos menores.

Por todo ello, no es de extrañar que el régimen de infracciones y sanciones adquiera una papel preponderante, o cuando menos muy relevante, en la cotidianeidad de estos centros, e incluso llegue a convertirse en un instrumento esencial del propio programa de intervención desarrollado con los menores.

Por ello, insistimos en que resulta imprescindible que estos centros cuenten con una regulación muy concreta y precisa sobre que comportamientos deben ser objeto de corrección y cuáles son las correcciones admisibles para cada tipo de conducta.

Debiendo quedar claro que únicamente son admisibles como medidas correctoras las estipuladas en el art. 42 del Decreto 355/2003, de 16 de Diciembre, de acogimiento residencial de menores, y siempre que las mismas se apliquen con las salvaguardas y garantías establecidas en los restantes preceptos del Capítulo IV del citado Decreto 355/2003.

Lo cual significa que deben quedar prohibidas de inmediato en los CTTC aquellas medidas correctoras que se apartan de lo dispuesto en las normas antes citadas.

En este sentido, debemos resaltar que el art. 44 del Decreto 355/2003, en relación con el art. 43.2.e) del mismo texto normativo, establece claramente que únicamente puede imponerse la corrección de separación del grupo a un menor ingresado en un CTTC, con carácter excepcional, cuando el mismo haya perdido el control de su conducta de forma prolongada, no atienda a las indicaciones del equipo educativo y sólo mientras persista el peligro para la integridad física de aquellos o de otras personas.

Es decir, la separación de grupo es básicamente una medida de contención y no una medida sancionadora o correctora propiamente dicha. Por tanto, no debe usarse esta medida –como ocurre en bastantes de los CTTC visitados– como una forma de sancionar las infracciones graves de los menores al régimen de convivencia.

Asimismo, es importante señalar que tal medida de separación de grupo deberá llevarse a cabo necesariamente en la propia habitación del menor (art. 44.2) y nunca en un espacio o habitáculo distinto habilitado expresamente a tal fin.

Además, la separación del grupo sólo durará por el tiempo estrictamente necesario para que el menor recupere el autocontrol y quede garantizada la seguridad de los propios menores y las demás personas. Por tanto, no son admisibles las sanciones de separación de grupo que algunos CTTC aplicaban y que implicaban la permanencia del menor aislado en su habitación por

espacios de tiempo muy prolongados, que a veces se extendían durante varios días.

A estos efectos, conviene recordar que cuando la corrección de separación de grupo se prolonga por más de 24 horas es obligatorio poner ese hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal (art. 44. 4 del Decreto 355/2003).

Quizás una forma de dotar de mayores garantías a los menores ingresados en los CTTC, tanto en relación a la aplicación de las normas de convivencia, como respecto del ejercicio por los responsables de los centros de las potestades de corrección, sería que la CIBS elaborara un modelo de normas de convivencia que, respetando las disposiciones del Decreto 355/2003, de 16 de Diciembre, desarrollase las mismas adaptándolas a las especificidades propias de los CTTC.

Esta normativa marco para el régimen de convivencia en los CTTC debería servir para que los responsables de cada centro tuviesen perfectamente claro cuáles son las reglas, procedimientos y límites que rigen el ejercicio por los mismos de su potestad de corrección, y para que los menores ingresados conociesen cuáles son exactamente sus derechos y obligaciones.

4. 2. 2. 5. SITUACIÓN EDUCATIVA.

En relación con la situación educativa que presentan los menores internados en un CTTC, debemos comenzar señalando la importancia de que los responsables de estos centros cuenten con una buena información sobre el historial educativo del menor que ingresa para así poder diseñar adecuadamente el proyecto educativo del mismo.

En este sentido, consideramos que el órgano de derivación encargado de evaluar al menor y decidir en que centro debe ingresar, debería ocuparse de recopilar toda la información educativa sobre el mismo, para posteriormente remitirla al centro elegido.

De este modo se acabarían algunas de las malas prácticas que hemos referido en el Capítulo 4 de este Informe.

Por lo que respecta a la escolarización en los centros docentes de la localidad de los menores ingresados en los CTTC, debemos dejar claro como premisa previa que todo menor que se encuentre en edad de escolarización obligatoria debe estar, no sólo matriculado en un centro docente, sino además escolarizado efectivamente en el mismo. Esto es, debe asistir con regularidad y normalidad a dicho centro docente.

Por tanto, no podemos considerar aceptable que un porcentaje importante de los menores ingresados en los CTTC permanezca en los mismos sin acudir con normalidad a los centros docentes de la localidad, pese a encontrarse matriculados en dichos centros.

La posible conflictividad de estos menores, que se suele argumentar por los responsables de los centros para justificar esta

situación, no puede en absoluto servir de excusa para justificar la permanencia de estos menores fuera del sistema educativo normalizado. Y ello, por varios motivos:

En primer lugar, porque de aceptarse esta argumentación habría que postular igualmente que los menores no tutelados con comportamientos disruptivos en los centros docentes fueran excluidos de los mismos y educados en sus propios domicilios. Algo que no ocurre actualmente, entre otras razones, porque la Administración educativa no lo consentiría por ser contrario a lo dispuesto en la legislación vigente.

En segundo lugar, porque varios de los centros visitados durante nuestra investigación enviaban a los menores a los centros docentes de la localidad con total normalidad, sin que sus responsables nos refirieran que se hubieran producido situaciones de especial conflictividad que recomendaran la desescolarización de tales menores. Antes al contrario, estos responsables abogaban firmemente por la escolarización normalizada de estos menores, considerándola un elemento fundamental para el proceso de integración social normalizada de los mismos.

Y en tercer lugar, y principalmente, por cuanto la normativa educativa actualmente vigente sólo exige del cumplimiento de la obligación de escolarización efectiva de todos los alumnos en edad de escolarización obligatoria en dos supuestos muy concretos:

- enfermedad prologada del menor que le obligue a permanecer en su domicilio o en un centro hospitalario, en cuyo caso se pondrían en marcha el programa de “atención educativa domiciliaria” o el programa de “aulas hospitalarias”;
- internamiento en régimen cerrado en un centro de reforma, en cuyo caso la educación del menor quedaría encomendada a los educadores de dichos centros coordinados por el Instituto Provincial de Educación a Distancia.

Pues bien, debemos recordar una vez más que los menores ingresados en un CTTC no cuentan, por regla general, con ningún diagnóstico clínico que determine que los mismos padecen una enfermedad que exige su permanencia prolongada en el centro de protección, ni tampoco han sido objeto de una condena penal que determine su internamiento en régimen cerrado en un centro de reforma.

En consecuencia, y por todas las razones antes expuestas, debemos abogar por la escolarización efectiva de todos los menores ingresados en un CTTC en el centro docente que les corresponda.

No obstante, y una vez sentada esta premisa, debemos decir que el trastorno conductual que presentan estos menores hace

aconsejable que la escolarización de los mismos se realice de forma que se minimicen en lo posible los riesgos de originar situaciones conflictivas en los centros elegidos.

En este sentido, nos parecen especialmente adecuadas las buenas prácticas de algunos CTTC que escolarizan con normalidad a sus menores, consistentes en el establecimiento de fórmulas de coordinación entre los educadores del CTTC y los responsables del centro educativo en que son matriculados los menores para solucionar con rapidez y unidad de criterios cualquier problema o conflicto que pudiera surgir.

Asimismo, nos parece acertada la política de distribuir a los menores entre los diferentes centros docentes de la localidad para evitar que una acumulación excesiva de los mismos en un solo centro docente pueda ser fuente de conflictos con la comunidad educativa del mismo y causa de una cierta estigmatización de los menores y del propio centro.

4. 2. 2. 6. SITUACIÓN SANITARIA.

Resulta inevitable comenzar este apartado destinado a valorar la situación sanitaria existente en los CTTC, abundando, una vez más, en la conveniencia de que estos centros, aunque sigan siendo gestionados por la CIBS, pasen a integrarse dentro de una red de recursos terapéuticos dependientes de la Administración sanitaria y cuenten, por tanto, con los medios personales y materiales propios de los establecimientos sanitarios.

En tanto esto no ocurra, debemos manifestar nuestra consideración de que los CTTC deberían estar sometidos a un control y supervisión mucho más estrecho y efectivo que el actualmente existente por parte de los responsables de los dispositivos públicos de salud mental de la zona donde se ubican.

Un control y supervisión que debe extremarse en relación a la dispensación por los centros a los menores ingresados de soluciones farmacológicas para el tratamiento de sus trastornos conductuales o para solventar situaciones puntuales de pérdida de control, agresividad o autolisis.

De igual modo, consideramos que debería extremarse el control por parte de los recursos sanitarios públicos de la aplicación a los menores ingresados de las medidas de separación de grupo, especialmente cuando las mismas se prolongan en el tiempo o se deben cumplir en espacios diferentes de la propia habitación del menor.

Por último, debemos indicar la oportunidad de que los programas de intervención terapéutica que se aplican en los CTTC cuenten con la supervisión y la aprobación de los responsables de los servicios de salud mental de zona.

5. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

Partiendo de la investigación efectuada, del análisis resultante de dicha investigación y de las conclusiones extraídas de tal análisis, resulta oportuno concretar nuestras propuestas respecto de la intervención administrativa que demandamos en relación al problema de los menores con trastornos conductuales, acudiendo para ello a las fórmulas resolutivas previstas en nuestra Ley reguladora y que se concretan en el art. 29 de la misma.

En este sentido, formularemos un conjunto de Recomendaciones y Sugerencias estructuradas en torno a los dos ejes fundamentales que han determinado la estructura del presente Informe y que distinguen entre aquellas propuestas destinadas con carácter general a todos los menores con trastornos conductuales y las propuestas específicas destinadas a los menores tutelados por la Administración Pública que presentan trastornos de conducta.

5.1. Con carácter general para todos los menores con trastornos de conducta.

A. EN RELACIÓN AL CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.

- Que en el marco de los estudios sobre la salud mental de la población en Andalucía se elabore una investigación que permita conocer los datos básicos sobre la incidencia real del problema de los trastornos conductuales entre los menores andaluces, partiendo de la información existente actualmente en las Administraciones sanitaria, educativa, social y judicial.

B. EN RELACIÓN A LA INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA.

- Que de forma coordinada entre las diferentes Administraciones implicadas en la materia se elabore un plan de intervención en menores con problemas conductuales, que contemple todas las cuestiones relativas a la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los menores afectados por estos trastornos.

B.1. En relación a la detección y diagnóstico.

- Que se establezcan procesos formativos específicos destinados a los profesionales sanitarios, educativos y de servicios sociales que posibiliten una mejora en la detección temprana de los menores que padezcan trastornos de conducta.

- Que por la Consejería de Educación se dicten instrucciones para que los alumnos que presenten conductas contrarias a la convivencia graves y reiteradas sean derivados para su evaluación por los Equipos de Orientación Educativa a los efectos de

determinar si los mismos pudieran presentar trastornos conductuales precisados de intervención específica.

- Que se establezcan acuerdos de coordinación entre las Consejerías de Salud, Igualdad y Bienestar Social y Educación para la creación de equipos conjuntos de profesionales que bajo la dirección del profesional sanitario, tendrán como misión la valoración y diagnóstico de los menores que presenten indicios de padecer algún tipo de trastorno conductual.

- Que establezcan protocolos para la derivación desde los servicios sanitarios de atención primaria, los servicios educativos y los servicios sociales de los menores que presenten indicios de padecer algún tipo de trastorno conductual a los equipos conjuntos de profesionales dedicados a la valoración y diagnóstico de los mismos.

- Que se elabore un protocolo para el diagnóstico de los menores con trastornos de conducta que contemple de forma conjunta y detallada todos los aspectos sanitarios, sociales y educativos que inciden en la existencia de dicho trastorno, regulándose el proceso para la obtención por el profesional sanitario de las informaciones que resulten precisas a tal efecto de las Consejerías de Educación e Igualdad y Bienestar Social.

B.2. En relación al tratamiento de los trastornos conductuales.

- Que por la Consejería de Salud se complemente la red de recursos públicos destinados a la intervención con menores afectados por trastornos conductuales de forma que contemplen todas las opciones terapéuticas que puedan precisar estos menores, incluida la creación de centros de atención global (terapéutica, educativa, social) sobre el modelo de comunidades terapéuticas para aquellos adolescentes con trastornos más graves para los cuales no esté indicado ninguno de los recursos actualmente disponibles.

- Que se incluya en el protocolo de intervención con los menores con trastornos conductuales la elaboración de un plan concreto de intervención para cada menor que, partiendo de un diagnóstico integrado, determine el recurso público que debe atenderlo y especifique el papel que deben desempeñar en el proceso terapéutico todos los actores involucrados, tanto la propia familia, como los recursos sanitarios, educativos y sociales.

- Que en aquellos casos en que el plan de intervención destinado a un menor afectado por un trastorno conductual no implique su ingreso en un recurso específico y el mismo permanezca en su entorno habitual, familiar, educativo y social, se establezca un plan de seguimiento del mismo que incluya la supervisión del tratamiento del menor en los ámbitos educativo y social por parte del profesional sanitario correspondiente.

- Que por la Consejería de Educación se dicten instrucciones que posibiliten la generalización en todos los centros educativos

de las “aulas de convivencia” establecidas en el Decreto 19/2007, de 23 de Enero, por el que se adoptan medidas para la promoción de la cultura de paz y la mejora de la convivencia en los centros educativos sostenidos con fondos públicos.

- Que por la Consejería de Educación se establezcan un conjunto de recursos educativos especializados para la atención a los alumnos que presenten trastornos conductuales que incluyan diferentes opciones educativas en función del tipo de tratamiento que los mismos precisen y entre las que debería contemplarse la creación de aulas específicas, dirigidas por especialistas, que se encargarían del desarrollo de programas de modificación de conducta destinados a aquellos menores cuyos trastornos conductuales no aconsejasen su integración en un aula ordinaria.

- Que por la Consejería de Educación se incluya en su planes formativos ofertas destinadas a los orientadores de institutos y a los docentes que tuviesen a su cargo menores con trastornos conductuales para que puedan desarrollar programas de modificación de conducta con aquellos menores cuyo comportamiento posibilite su integración en aulas ordinarias.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se estudie la creación de recursos o programas específicos destinados a la intervención social con menores afectados por trastornos conductuales cuyo plan de intervención no incluya el ingreso en un recurso terapéutico específico.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se ofrezca formación específica para los profesionales de los Servicios Sociales que deban desempeñar un papel activo en el desarrollo de los planes de intervención elaborados para los menores con trastornos conductuales.

5.2. Con carácter específico para los menores tutelados con trastornos de conducta.

A. PROPUESTA PRINCIPAL.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se promueva la igualdad de todos los menores en el acceso a los recursos públicos destinados al diagnóstico y tratamiento de los trastornos conductuales, sin discriminación alguna en función de su condición de menores tutelados o no tutelados por la Administración Pública.

- Que los recursos gestionados por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social para el desarrollo de los programas específicos “*graves trastornos de conducta*” o “*grave discapacidad*”, pasen a ser incluidos dentro de la red de servicios sanitarios y gestionados por la Consejería de Salud, ofreciéndose los mismos a todos los menores que los precisen, estén o no tutelados por la Administración.

- Que los recursos gestionados por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social para el desarrollo del programa específico “*graves trastornos del comportamiento*” se integren dentro de la red de recursos públicos sanitarios dependiente de la Consejería de Salud, aunque su gestión directa pueda seguir realizándose por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, y se ofrezcan los mismos a todos los menores que los precisen, estén o no tutelados por la Administración.

B. PROPUESTA SUBSIDIARIA.

Esta propuesta se incluye para el caso de que no sea aceptada la propuesta principal, o hasta tanto la misma sea objeto del debido cumplimiento y, en todo caso, mientras la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social considere oportuno seguir gestionando como recurso propio los centros destinados al desarrollo de los programas específicos de atención a la diversidad: “*graves trastornos del comportamiento*, *graves trastornos de conducta* y *grave discapacidad*”.

El objeto de esta propuesta subsidiaria es proponer mejoras en la gestión de estos programas que permitan solventar las deficiencias detectadas en los centros que los desarrollan durante la investigación del presente Informe.

B.1. En relación con los criterios de derivación.

- El ingreso de un menor tutelado en un centro que desarrolle alguno de los programas específicos “*graves trastornos del comportamiento*, *graves trastornos de conducta* y *grave discapacidad*” debe hacerse siempre previa obtención de la preceptiva autorización judicial.

- Cualquier decisión que implique el ingreso de un menor tutelado en un centro de protección que desarrolle alguno de los programas específicos de atención a la diversidad —“*graves trastornos del comportamiento*”, “*graves trastornos de conducta*” y “*grave discapacidad*”— debe contar con un previo diagnóstico clínico elaborado por un especialista en salud mental que especifique el tipo de trastorno que padece el menor, establezca la necesidad del ingreso terapéutico en un recurso específico y determine el recurso más idóneo para su tratamiento atendiendo a su patología.

- El diagnóstico clínico del menor y el consecuente plan de intervención y tratamiento debería ser efectuado por los especialistas en salud mental dependientes de la Consejería de Salud, asesorados por equipos conjuntos de profesionales provenientes de las Consejerías de Educación e Igualdad y Bienestar Social.

No obstante, y en caso de que tal propuesta no fuese aceptada, debemos valorar como alternativa recomendable que sea un dispositivo específico, compuesto por profesionales —psiquiatras y psicólogos—, coordinados con los servicios especializados de salud mental dependientes de la Consejería de Salud, el encargado de evaluar los casos de menores que presentan problemas

comportamentales en los centros residenciales básicos a fin de determinar si los mismos presentan un trastorno de conducta que precise de un internamiento en un CTTC o, por el contrario, pueden ser atendidos en el centro del que proceden con la ayuda de los servicios públicos de salud mental infanto-juvenil.

Este dispositivo intermedio entre el centro residencial básico y el centro específico, no sólo debe encargarse de efectuar un diagnóstico profesional del menor, sino que también decidirá las líneas básicas del programa de intervención que se le debe aplicar y cuál es el centro más idóneo para su tratamiento. Asimismo, realizará un seguimiento del menor para comprobar el resultado del tratamiento y decidir, en su caso, sobre su continuidad, su derivación a otro recurso o su conclusión.

- En el caso de que se considere que un menor tutelado no padece un trastorno de conducta precisado de un internamiento en un CTTC, los profesionales del dispositivo de derivación se encargarán de asesorar al centro residencial básico sobre la forma de tratar sus problemas comportamentales, diseñando, en su caso, programas sencillos de modificación de conducta y formando a los responsables del centro para que puedan aplicarlos adecuadamente o derivando al menor a los recursos públicos de salud mental que resulten más idóneos.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se proceda a una ordenación más racional y adecuada de los recursos específicos actualmente existentes, tratando de graduar la respuesta terapéutica para incrementar las opciones de tratamiento disponibles y procurando acomodar los mismos a las denominaciones oficiales de los programas que desarrollan.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar social se elabore un protocolo que determine el procedimiento a seguir para el ingreso de un menor tutelado en un centro que desarrolle un programa específico de atención a la diversidad.

- Que se facilite a los centros que desarrollan programas de tratamiento de trastornos de conducta toda la documentación que precisen sobre los menores que vayan a ser ingresados, para posibilitar una intervención terapéutica con los mismos más adaptada a sus necesidades.

- Que se elabore un protocolo de derivación que posibilite que todos los menores ingresados en un Centro de Tratamiento de Trastornos de Conducta, al terminar su programa terapéutico, sean enviados sin dilación al recurso que se considere más idóneo por parte de los profesionales encargados del seguimiento de su plan de intervención.

B.2. En relación con las infraestructuras e instalaciones.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se procure que la ubicación de los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta no suponga que los mismos compartan espacios con centros de atención a drogodependientes.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se procure homologar las instalaciones, equipamientos e infraestructuras de los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta a las propias de los centros sanitarios de salud mental.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se compruebe que las dependencias de los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta destinadas a la contención de aquellos menores que presenten conductas de extrema agresividad o autolesivas se adecuan a los requisitos exigidos para este tipo de instalaciones por parte de la normativa de aplicación a los centros sanitarios de salud mental.

- Que se supriman las barreras arquitectónicas que puedan suponer un obstáculo para la libre accesibilidad a todas las instalaciones y dependencias de los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta.

B.3. En relación a los medios personales.

- Que se procure adecuar los medios personales de los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta a los estipulados por la normativa sanitaria para los recursos terapéuticos destinados a tratamientos relacionados con la salud mental.

B.4. En relación con la organización de los centros.

- Que los programas de intervención que desarrollan los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta sean elaborados, supervisados y gestionados por profesionales sanitarios dependientes de los servicios públicos de salud mental.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se compruebe que todos los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta cuenten con un Reglamento de Organización y Funcionamiento debidamente aprobado y conforme con lo prevenido en las disposiciones legales vigentes en cuanto a su contenido.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se promueva la modificación del Decreto 355/2003, de 16 de diciembre, de acogimiento residencial de menores, excluyendo del art. 42.2 el apartado e), a fin de dejar claro que “la separación de grupo” debe ser entendida como una “medida de contención” y no como una “medida correctora”.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se elabore un modelo de normas de convivencia a incluir en los Reglamentos de Organización y Funcionamiento de todos los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta que, respetando las disposiciones del Decreto 355/2003, de 16 de diciembre, desarrolle las mismas adaptándolas a las especificidades propias de dichos centros.

Dicho modelo de normas de convivencia debe dejar claro que únicamente serán admisibles como medidas correctoras las estipuladas en el art. 42 del Decreto 355/2003, de 16 de diciembre, de acogimiento residencial de menores, y siempre que

las mismas se apliquen con las salvaguardas y garantías establecidas en los restantes preceptos del Capítulo IV del citado Decreto 355/2003.

En este sentido, debe quedar claro que únicamente puede imponerse la corrección de separación del grupo a un menor ingresado, con carácter excepcional, cuando el mismo haya perdido el control de su conducta de forma prolongada, no atienda a las indicaciones del equipo educativo y sólo mientras persista el peligro para la integridad física de aquellos o de otras personas. Por tanto, no debe usarse esta medida como una forma de sancionar las infracciones graves de los menores al régimen de convivencia.

Asimismo, la medida de separación de grupo deberá llevarse a cabo necesariamente en la propia habitación del menor y nunca en un espacio o habitáculo distinto habilitado expresamente a tal fin y sólo durará por el tiempo estrictamente necesario para que el menor recupere el autocontrol y quede garantizada la seguridad de los propios menores y las demás personas. Asimismo, cuando la corrección de separación de grupo se prolongue por más de 24 horas será obligatorio poner ese hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal.

B.5. En relación con la atención educativa.

- Que se facilite a los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta toda la información y documentación que precisan para conocer la situación educativa de los menores ingresados en los mismos.

- Que por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se garantice que todo menor ingresado en un Centro de Tratamiento de Trastornos de Conducta que se encuentre en edad de escolarización sea matriculado en un centro docente y asista con regularidad y normalidad al mismo.

B.6. En relación con la atención sanitaria.

- Que se garantice la supervisión directa por parte de los servicios sanitarios públicos de todas las actuaciones de índole sanitaria que puedan tener lugar en los Centros de Tratamiento de Trastornos de Conducta y afecten a los menores ingresados en los mismos. En particular por lo que se refiere a la supervisión por parte de los servicios de salud mental de los programas de intervención aplicados y de los tratamientos farmacológicos dispensados a los menores.

ANEXOS

I. Formulario de Visitas a Centros de Tratamiento de Trastorno de Conducta

II. Clasificaciones Diagnósticas de Trastornos Disociales (CIE-10)

I. Formulario de Visitas a Centros de Tratamiento de Trastorno de Conducta

“NOMBRE DEL CENTRO”

DATOS ESTADÍSTICOS

Nº de plazas del centro /programa: _____

Nº de menores ingresados durante 2005 y primer semestre de 2006: _____, _____

Tiempo medio previsto de estancia de los menores en el centro: _____

Datos de los menores ingresados en 2005

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: Los menores pueden proceder de:

- Fiscalía
- Familia
- Centros de Protección.
- Centros de Reforma.

Destino: _____

Tiempo de estancia: _____

Criterio de derivación _____

Nivel educativo _____

Estado de Salud _____

INFRAESTRUCTURAS E INSTALACIONES

Ubicación el centro: _____

Descripción de las instalaciones generales:

Espacios administrativos: _____

Habitaciones: _____

Cocinas: _____

Espacios educativos y formativos: _____

Espacios sanitarios: _____

Zonas de ocio: _____

Barreras arquitectónicas: _____

Medidas de seguridad: _____

PERSONAL DEL CENTRO

Organigrama: _____

RPT (plantilla): _____

Cualificaciones profesionales: _____

Número de personas por turnos: _____

Tipo de contratos: _____

DATOS ORGANIZATIVOS

Proyecto de centro: _____
Contrato programa: _____
Fases del proyecto individualizado: _____
Normativa de régimen interior: _____
Normativa sancionadora: _____
Faltas leves: _____
Faltas graves: _____
Faltas muy graves: _____

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Órgano de derivación: _____
Criterio utilizado para el ingreso de los menores en el centro: _____
Médico: _____
Sancionador: _____
Criterios de exclusión: _____
Documentación e informes aportados por el centro de origen: _____
Adaptación de los menores ingresados al perfil del centro: _____
Criterio y procedimiento de derivación de los menores a otros recursos o a su centro de origen: _____

DATOS SOBRE SALUD

Recursos sanitarios del centro: _____
Estado de salud de los menores al ingresar: _____
Uso habitual de fármacos: _____
Menores con patologías psíquicas: _____
Menores con adicciones: _____
Informes sanitarios del centro de origen: _____
Informes médicos de seguimiento: _____
Remisión de informe médicos a los centros de destino: _____

DATOS EDUCATIVOS

Recursos educativos del centro: _____
Relación con los centros docentes del entorno: _____
Criterios de escolarización de los menores: _____
Convenios o acuerdos con la Administración Educativa: _____
Nivel educativo de los menores: _____
Recepción de informes educativos desde los centros de origen: _____
Informes de seguimiento educativo: _____
Remisión de informes a los centros de destino: _____

II. Clasificaciones Diagnósticas de Trastornos Disociales (CIE-10)

F90 TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS.

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperkinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico.

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aun-

que estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperkinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hipercinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye: Trastornos generalizados del desarrollo (F84); Trastornos de ansiedad (F41 o F93.0); Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39). Esquizofrenia (F20).

F90.0 TRASTORNO DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperkinético (F90) pero no se satisface el de F9L (trastorno disocial).

Incluye: Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye: Trastorno hiperkinético asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.1 TRASTORNO HIPERCINÉTICO DISOCIAL.

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperkinético (F90) y el conjunto de pautas de trastorno disocial (F9L).

F90.8 OTROS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS.

F90.9 TRASTORNO HIPERCINÉTICO SIN ESPECIFICACIÓN.

Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.

Incluye: Reacción hiperkinética de la infancia y adolescencia sin especificar. Síndrome hiperkinético de la infancia y adolescencia sin especificar.

F91 TRASTORNOS DISOCIALES.

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

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

Pautas para el diagnóstico.

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

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

Excluye: Trastornos disociales asociados a: Trastornos emocionales (F92). Trastornos hiperactivos (F90). Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39). Trastornos generalizados del desarrollo (F84). Esquizofrenia (F20).

F91.0 TRASTORNO DISOCIAL LIMITADO AL CONTEXTO FAMILIAR.

Incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial, antisocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados. El trastorno requiere que se satisfaga el conjunto de pautas de F91, de tal manera que incluso relaciones entre los progenitores y el

hijo gravemente alteradas no son en sí mismas suficientes para el diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar referidos con frecuencia específicamente al dinero o a pertenencias de una o dos personas concretas, lo cual puede acompañarse de un comportamiento destructivo deliberado, de nuevo con preferencia referido a miembros concretos de la familia, tal como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, hacer rayados en muebles o destrucción de pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia. Puede presentarse también la provocación de incendios deliberados del hogar.

Pautas para el diagnóstico.

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

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

F91.1 TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS NO SOCIALIZADOS.

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

Pautas para el diagnóstico.

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

Si se presenta un comportamiento delictivo, lo típico, pero no indispensable, es que sea en solitario. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas, y (en chicos mayores) extorsiones o atracos violentos y niveles excesivos de desobediencia, agresividad, falta de cooperación y resis-

tencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolados de cólera, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales. No obstante, algunos chicos aislados se ven envueltos en delitos en grupo, de tal modo que la naturaleza del delito es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

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

Incluye: Trastorno agresivo no socializado. Trastorno disocial solitario de tipo agresivo.

F91.2 TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS SOCIALIZADOS.

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

Pautas para el diagnóstico.

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

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

Incluye: Trastorno disocial “en pandilla”. Delincuencia en grupo. Delitos formando parte de una banda. Robos en compañía. Ausencias escolares.

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

F91.3 TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA.

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

Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

Pautas para el diagnóstico.

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

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

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos funda-

mentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial oposicionista-desafiante, tal como se ha perfilado en el anterior párrafo, se encuentra con frecuencia en otros trastornos disociales.

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

F91.8 OTROS TRASTORNOS DISOCIALES.

F91.9 TRASTORNO DISOCIAL SIN ESPECIFICACIÓN.

Incluye: Trastorno disocial de la infancia sin especificar. Trastorno del comportamiento de la infancia sin especificar.

F92 TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS.

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

Pautas para el diagnóstico.

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

F92.0 TRASTORNO DISOCIAL DEPRESIVO.

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

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

F92.8 OTROS TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS.

Combinación de Trastorno disocial (F91) de la infancia con síntomas emocionales persistentes y marcados, tales como ansiedad, temores, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desrealización, fobias o hipocondría. La cólera y el resentimiento son más bien rasgos de un trastorno disocial que de un trastorno de las emociones, pero en sí ni contradicen ni apoyan el diagnóstico.

Incluye: Trastorno disocial (F91) asociado a un trastorno de las emociones (F93). Trastorno disocial (F91) asociado a un trastorno neurótico (F40- F48).

F92.9 TRASTORNO DISOCIAL Y DE LAS EMOCIONES MIXTO SIN ESPECIFICACIÓN.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría (2000). "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado" (DSM IV-TR). Ed. Masson. España. Barcelona.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, última revisión.
3. R. Wick-Nelson, A. Israel (1997). "trastornos disociales" pag. 175, cap 8. Prentice hall.
4. B. Arias (2000). "concepto de los trastornos de conducta" Departamento de Psicología, Universidad de Valladolid.
5. J. Díaz (2001). "problemas de conducta en la infancia o la LOGSE en el diván" Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente, vol 1 Nº 1.
6. B. Arias (2000). "Clasificación de los trastornos de conducta" Departamento de Psicología. Universidad de Valladolid.
7. F. Romero, A. Melero, C. Cánovas, M. Antolín (2005) "Violencia de los jóvenes en la familia; una aproximación a los menores denunciados por sus padres" Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya.
8. F. Palacios- R. Doufour. (2003) "Diagnóstico estructural en el niño". Herder.
9. O.F. Kernberg. "Trastornos graves de la personalidad". Manual Moderno.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) "Estrategias en Salud mental del Sistema Nacional de Salud".
11. SHEA, Thomas M. La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1986.
12. GARCÍA PÉREZ, E.M. (1994). Problemas de conducta en casa y en el aula. Instrumentos de Evaluación. Cuestionarios, Inventario, Escalas y Registros de Observación. Madrid. Ed. Cepe.

Glosario de Abreviaturas

AMPA	Asociación de Madres y Padres de Alumnos
CEEE	Centro Específico de Educación Especial
CEIP	Centro de Educación Infantil y Primaria
CIBS	Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
CIE-10	Clasificación Internacional de las Enfermedades
CPD	Centros Provinciales de Drogodependencias
CRB	Centro Residencial Básico
CT	Comunidad Terapéutica
CTTC	Centro de Tratamiento de Trastornos de Conducta
DSM IV	Clasificación Diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana
EOE	Equipo de Orientación Educativa
ESMD	Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud
ESMD	Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud
ETF	Equipos de Tratamiento Familiar
GRUME	Grupo de Menores de la Policía Nacional
HD	Hospital de Día
NEE	Necesidades Educativas Especiales
ROF	Reglamento de Organización y Funcionamiento
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SIVO	Servicio de Información, Valoración y Orientación
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
URA	Unidades Especializadas de Salud Mental: Unidad de Rehabilitación
USMHG	Unidad de Salud Mental del Hospital General
USMIJ	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
USMIJ	Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil
UTS	Unidad de Trabajo Social

