

Anna Queraltó Vivas

Eduardo Muñoz Martínez

**ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE LOS MENORES DE
UN CRAE PERCIBIDAS POR LOS EDUCADORES
SOCIALES. VISIÓN ENFERMERA.**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Isabel Font Jiménez

Grado en Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2020

ÍNDICE

1.	JUSTIFICACIÓN	7
1.1.	Interés y motivación personal por la temática	7
1.2.	Importancia del tema.....	7
1.3.	Declaración de intenciones.....	8
2.	INTRODUCCIÓN.....	9
3.	OBJETIVOS.....	10
4.	MARCO TEÓRICO.....	11
4.1.	Marco legislativo: Los sistemas de protección a la Infancia.....	11
4.2.	Sistema de protección a la infancia y adolescencia catalán en situaciones de riesgo social	13
4.2.1.	Diferencias entre situación de riesgo y situación de desamparo.....	16
4.2.2.	El acogimiento como medida de protección del menor	17
4.3.	Perfil de los menores que residen en un CRAE	19
4.3.1.	Descripción general de los menores	19
4.3.2.	Situación de la que parten los menores.....	20
4.3.3.	Efectos del riesgo psicosocial temprano	21
4.4.	Teoría enfermera: Modelo del Sistema Conductual	31
4.4.1.	Dorothy Johnson. Biografía.....	31
4.4.2.	Introducción y justificación de la teoría.....	31
4.4.3.	Fuentes teóricas.....	32
4.4.4.	Conceptos y definiciones	33
4.4.5.	Metaparadigma enfermo.....	35
5.	METODOLOGÍA	39
	5.1. Diseño	39
5.2.	Entorno.....	40
5.3.	Variables.....	41
5.4.	Instrumento para la recogida de datos.....	42
5.5.	Análisis	43
5.6.	Ética y legislación	43
6.	RESULTADOS	45
6.1.	Categoría 1: El perfil y talante de los pequeños combatientes.....	45
6.2.	Categoría 2: Marcados por una cicatriz del pasado	47

6.3.	Categoría 3: Una canción que habla de amor y de guerra	48
6.4.	Categoría 4: Los pequeños supervivientes, el combate diario	52
6.5.	Categoría 5: El magnetismo del riesgo	54
6.6.	Categoría 6: La batalla contra la Salud Mental	60
6.7.	Categoría 7: Un nuevo camino: a las puertas de otra realidad	62
7.	DISCUSIÓN.....	66
7.1.	Características de los menores del centro	66
7.2.	Necesidades afectivas: el pasado relacionado con la afectividad y la regulación emocional.....	67
7.3.	Problemas identificados presentes en la realidad del menor.....	68
7.4.	Problemas relacionados con la inclusión social	71
8.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	73
9.	CONCLUSIONES	74
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	76
11.	ANEXOS	81
11.1.	Anexo I: PREGUNTAS ABIERTAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DEL GRUPO FOCAL	81
11.2.	Anexo II: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	82
11.3.	Anexo III: CODIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN	84
11.4.	Anexo IV: VALOR Y PESO DE LAS CATEGORÍAS.....	87

RESUMEN

En la actualidad, los menores bajo medida de protección en acogimiento residencial son un colectivo invisibilizado que cuenta con una historia de desarrollo compleja que ha condicionado su presente. En este contexto, este estudio tiene como objetivo realizar una identificación de los principales problemas y necesidades de estos menores, llevando a cabo una priorización de dichas necesidades desde la perspectiva enfermera. Como segundo objetivo, propone un plan de acción enfermero dirigido a la necesidad/es prioritarias.

El presente trabajo emplea una metodología cualitativa exploratoria. Se utiliza el grupo focal con educadores del centro como técnica para la recogida de datos y el análisis de contenido temático como instrumento de análisis de estos. Se realiza un muestreo intencional para seleccionar a los informantes mediante cuatro criterios de inclusión, y se obtiene una muestra de cuatro educadores.

Los resultados de estudio muestran las consecuencias que proceden de la psicopatología del desarrollo. El pasado del menor, la situación de dificultad social e inadaptación en la que se encuentra, afecta a la globalidad del menor, alterando los sistemas cognitivos, emocional-afectivos, psicológicos, conductuales y sociales. Los problemas identificados más prevalentes en estos menores son: el consumo de tóxicos, las conductas inadaptadas, conductas sexuales de riesgo, los problemas de salud mental y los problemas afectivos.

Finalmente, se plantean dos líneas de actuación desde la perspectiva enfermera: una intervención afectivo-sexual individualizada y una intervención dirigida a mejorar la adherencia al tratamiento de psicofármacos. Se concluye que los conflictos y carencias afectivas subyacen a la mayoría de los problemas y que las necesidades identificadas están relacionadas con la falta de estabilidad, seguridad y la alteración del proceso de madurez y equilibrio.

Palabras clave: Menor, CRAE, protección, problemas, necesidades, enfermería.

ABSTRACT

Nowadays, minors placed in residential care are an invisible group with a complex history of development, which has conditioned their present. In this context, the aim of this study is to identify the main problems and needs of these children and to prioritize these needs from a nursing perspective. As a second objective, it proposes a Nursing Action Plan addressing to the main need/s.

This research employs an exploratory qualitative methodology. The focus group made up of educators from the centre is used as a technique for data collection and thematic content analysis as a tool for analysing data. An intentional sampling is done to select the informants using four inclusion criteria, and a sample of four educators is obtained.

The study results show the consequences of developmental psychopathology. The minor's past, the situation of social difficulty and maladjustment in which he finds himself, affects the overall situation of the minor, altering the minor's cognitive, emotional-affective, psychological, behavioural and social systems. The most prevalent problems identified among these minors are drug consumption, inappropriate behaviour, risky sexual behaviour, mental health problems and affective problems.

Finally, two lines of action are proposed from the nursing perspective: an individualized affective-sexual intervention and an intervention aimed at improving the psychopharmaceuticals' treatment adequacy. It is concluded that conflicts and emotional deficiencies underlie most of the problems and that the identified needs are related to the lack of stability, security and the alteration of the process of maturity and balance.

Key words: minor, CRAE, protection, problems, needs, nursing.

1. JUSTIFICACIÓN

1.1. Interés y motivación personal por la temática

La elección de la temática de nuestro Trabajo de Fin de Grado surge ante la necesidad que sentimos de dar respuesta a algunos de los problemas que están presentes en nuestra sociedad pero que no son lo suficientemente visibles y/o reconocidos, donde la enfermería pueda intervenir supliendo una necesidad real identificada, mejorando así la situación sociosanitaria individual y colectiva de la misma.

Teniendo en cuenta lo anterior, nos motivó la idea de trabajar con el *Aprenentatge Servei (APS)* de la URV, el cual nos proporcionó la ayuda necesaria para encontrar una entidad, grupo o asociación que estuviera dispuesto a colaborar con nosotros. Así, conocimos el Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE) Varomar, quien trabaja con menores de 18 años que están bajo la tutela de la administración pública. El hecho de contar con esta propuesta nos motivó para basar nuestro trabajo en beneficio de estos menores, puesto que son un colectivo con poca visibilidad, que parten de situaciones de desamparo, riesgo y vulnerabilidad y se enfrentan a un presente y futuro muy inciertos en relación con su condición de vida.

1.2. Importancia del tema

Los menores que actualmente se encuentran en el CRAE son menores adolescentes de origen nacional y también de origen extranjero. Ambos grupos de niños, independientemente de su nacionalidad, derivan de situaciones de desamparo, maltrato, negligencia, abuso, violencia, desapego, núcleos familiares deteriorados que no son capaces de garantizar las necesidades básicas, etc. En definitiva, todos ellos parten de unas circunstancias personales y sociales difíciles que suponen un pasado muy complicado y en la mayoría de los casos traumático (1).

Previo a su ingreso en un CRAE, se utiliza el recurso de Acogimiento Residencial (AR) como medida de protección que adopta la propia entidad pública en situaciones en las que las necesidades materiales, afectivas y educativas del menor no están siendo cubiertas en su ambiente y contexto. Dicha entidad, el Centro residencial de Acción Educativa (CRAE), tiene una función instrumental (los niños son separados de su núcleo familiar para garantizar sus derechos como niños dentro de un entorno residencial) y temporal (pretendiendo la reorientación hacia la reinserción familiar una vez la situación se haya solucionado o residen en el centro hasta la mayoría de edad preparándolos para la independencia).

El perfil más habitual en los menores del CRAE se corresponde con adolescentes sin previsión de retorno al hogar y con importantes problemas emocionales, conductuales, educativos y de salud mental, todos ellos, causa de sus vivencias anteriores. Dichos problemas se relacionan con factores de riesgo como son el consumo de tóxicos, la violencia, el retraso académico, los problemas en la regulación emocional y relaciones afectivas, las relaciones sexuales de riesgo, las conductas suicidas, etc (1–3). Estos niños, por la complejidad de su perfil, requieren de programas específicos para su desarrollo personal, pero para ello, es necesaria una previa identificación de las necesidades (diagnóstica, recuperadora, compensatoria, asistencial) que requerirán planes de acción educativa (adecuados, útiles y funcionales) que sean capaces de dar respuesta a las mismas.

A pesar de los estudios realizados acerca de las necesidades de los menores en los CRAE, los resultados no pueden extrapolarse a todos los centros. Además, tras la primera reunión con el CRAE, tampoco se pudo identificar ni priorizar de manera muy clara las propias necesidades del centro y sus menores. Por ello, es necesario realizar el estudio de identificación de necesidades de los niños y niñas que nos permita llevar a cabo un plan de acción enfermero que se adecue a sus características y necesidades concretas.

1.3. Declaración de intenciones

Lo que pretendemos conseguir con este trabajo es lograr visibilizar y analizar la realidad que están viviendo los menores dentro de los CRAE. Investigar cuales son las necesidades percibidas de los niños en colaboración con los educadores y la dirección del centro y, posteriormente, priorizarlas para poder llevar a cabo un plan de acción.

Por otro lado, nos gustaría hacer hincapié en la perspectiva de la enfermería comunitaria y contribuir al desarrollo de esta, cuyo objetivo es conocer a la comunidad, identificar necesidades, conocerlas y elaborar planes de acción que den respuesta y cabida a necesidades reales.

En definitiva, el trabajo pretende ofrecer una visión de la realidad y las necesidades de sus menores, tomando como fundamento base de nuestro trabajo la perspectiva de los educadores, quienes conocen en profundidad la situación y las vivencias diarias de los niños y niñas del centro, con una visión enfermera que encauce una línea de trabajo acorde con las bases que fundamentan la enfermería comunitaria.

2. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en nuestra sociedad existen problemas que no son suficientemente reconocidos ni visibles, colectivos que viven en situaciones desfavorables de diferente índole. La sociedad desconoce su situación o se desentiende y, es por ello, que necesitan más soporte y protección para poder adquirir los recursos suficientes que ayuden a suplir sus necesidades. Este trabajo se centra en conseguir el beneficio para uno de estos colectivos, los menores tutelados por la administración pública que se encuentran en Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE), que parten de situaciones de desamparo, riesgo y vulnerabilidad y se enfrentan a un presente y futuro muy inciertos en relación con su condición de vida.

El perfil de estos menores es de gran complejidad, sufren de importantes problemas emocionales, conductuales, educativos y de salud mental, todo ello causa de sus complicadas vivencias anteriores. Dichos problemas se relacionan con factores de riesgo como son el consumo de tóxicos, la violencia, el retraso académico, los problemas en la regulación emocional y relaciones afectivas, las relaciones sexuales de riesgo, las conductas suicidas, etc.

A pesar de los estudios realizados acerca de las necesidades de los menores en los CRAE, los resultados no pueden extrapolarse a todos los centros, puesto que cada uno de los menores, tiene necesidades específicas que requieren de programas individualizados para su desarrollo personal. La investigación, en este caso, se centra en los menores que residen en el CRAE.

El trabajo consiste en un estudio cualitativo exploratorio de las necesidades de las menores percibidas por los educadores del CRAE. La muestra seleccionada para el mismo fueron 4 educadores del centro, que se prestaron de forma voluntaria y fueron considerados de referencia por sus superiores. Los objetivos generales de la investigación son identificar las necesidades de estos menores (mediante un grupo focal y su posterior análisis de contenido) para establecer un orden de prioridad y, posteriormente llevar a cabo un proponer un plan de acción respondiendo a la necesidad/es preferente/s.

3. OBJETIVOS

Para el planteamiento de los objetivos, en primer lugar, nos propusimos dar respuesta mediante un plan de acción a las necesidades de los menores del CRAE. No obstante, tras un primer contacto con el centro mediante una reunión concertada con la dirección, nos vimos en la tesitura de cambiar la línea de investigación, pues la misma dirección expresó la dificultad de identificar cual era la necesidad prioritaria en la que basar el plan de acción.

En este contexto, era necesario identificar previamente las necesidades de los menores y priorizarlas, antes de elaborar la propuesta de acción. Por lo que nos planteamos, ¿cuál es la necesidad preeminente en los menores para poder solventarla desde la perspectiva enfermera?

Una vez identificada la dirección de estudio, nos planteamos cómo obtener esa información, pues los menores tutelados están protegidos y no se puede acceder directamente a ellos. En este momento, y con el apoyo de la dirección del centro, nos propusimos hacerlo mediante la visión de los educadores. De esta manera otra pregunta de investigación fue: ¿Qué perspectiva tienen los educadores respecto las problemáticas y necesidades de sus menores? ¿Cuál podemos abordar como enfermeros?

Objetivos generales

1. Identificar las necesidades de los menores no acompañados del CRAE.
2. Proponer un plan de acción para aquella o aquellas necesidades más relevantes de los menores.

Objetivos específicos

1. Conocer el recurso del Acogimiento Residencial (AR) y los CRAE como medida de protección de los menores.
2. Determinar las necesidades de los menores del centro mediante la perspectiva de los educadores.
3. Priorizar las necesidades identificadas entre los menores de 11-14 años.
4. Proponer un plan de actuación desde la visión enfermera para suplir las necesidades prioritarias.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco legislativo: Los sistemas de protección a la Infancia

La Constitución Española de 1978, supuso el punto partida para promover nuevas bases y concepciones acerca de los derechos y libertades de los infantes. A partir de este momento se confieren las competencias propias de las Comunidades Autónomas (CE, art.148) y la protección de los menores es asumida por la jurisdicción de cada Comunidad (6).

Posterior a la Constitución Española, y una vez aprobado el *Estatut d'Autonomia de Catalunya* el año 1981, la Generalitat de Cataluña asumió los servicios de protección a la infancia, que hasta la fecha eran incumbencia del Estado. En este contexto, para el avance y progreso de la competencia en materia civil y de instituciones públicas y de protección y tutela de los menores asumido por la Generalitat, el Parlamento catalán ha promulgado hasta el momento un conjunto de leyes relativas a esta materia, siendo la última en el año 2010. A continuación, destacamos algunas de ellas, siguiendo un orden cronológico (6)(7):

- La Ley 11/1985, de 13 de junio, de protección de menores. Fue la primera aprobada por el parlamento, una vez transferidas las competencias y fue pionera en materia de servicios sociales en Cataluña.
- La Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la protección. Esta ley reguló la función tutelar de la protección del menor desamparado y, por otro lado, del menor infractor en una potestad protectora-reformadora.
- La Ley 8/1995, de 27 de julio de atención y protección de los menores y de los adolescentes, de modificación de la Ley 27/1991. La ley fue rectificada tras la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos del Niño, en la cual se evidencio la necesidad de cambiar a la imagen de la infancia y tener una perspectiva más global de esta, asegurando las necesidades de los menores justamente por el hecho de serlo y reconociéndolos como titulares de los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico vigente. Esta ley, volverá a ser modificada el año 2002, incluyendo la regulación de la atención especial a los adolescentes con conductas de alto riesgo social.

- La Ley 13/1997, de 19 de noviembre, de creación del Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció (ICAA).

Previo a dicha ley, se aprueba el Decreto 2/1997, de 7 de enero, el reglamento de protección de menores desamparados y de la adopción, en el cual se establece (8):

- El Art. 39 especifica que a los CRAE son Instituciones en los que residen los niños y adolescentes a quienes se les ha aplicado la medida de acogida simple en Institución.
- El Art. 41 refleja que la vida cotidiana en la Institución debe reproducir, en la medida de la posible, las condiciones de vida de una familia, que permita de esta forma el crecimiento armónico y estable de la población atendida. Los grupos deben ser reducidos y a cada uno de los menores debe asignársele la figura de un tutor de referencia.

- La Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales. Tras ser la ley aprobada, se pretende implantar un nuevo modelo de atención en servicios sociales basada en la descentralización territorial de la gestión. Esta ley propone que los servicios sociales de la red pública sean más operativos y con mayores garantías de una distribución equitativa para asegurar que los servicios abasten y se ofrezcan a toda la población.

- La Ley 14/2010, de 12 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia (LDOIA). Esta ley se sigue rigiendo por los principios que se aprobaron en la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, aceptándolo como texto universal que favorece una visión general de la infancia. Además, incluye como novedad, medidas preventivas generales en infancia y adolescencia y se determina las situaciones en las que la administración pública catalana debe desarrollar acciones preventivas. También se tratan puntos como la prevención del riesgo social y la prevención de la desprotección infantil, estableciendo un protocolo con un listado de indicadores y factores de riesgo claros, como también factores de protección y de resiliencia para actualizaciones.

- Plan de atención integral a la infancia y a la adolescencia de Cataluña 2010-2013 (9), con la aprobación de la Ley de los derechos y las oportunidades a la

infancia y adolescencia (mayo 2010) y por Acuerdo de Gobierno del 26 de octubre de 2010. Es un plan estratégico de servicios sociales, por lo que contempla las políticas sociales que lleva a cabo el Sistema Català de Serveis Socials de Catalunya en materia de infancia y adolescencia, y las políticas públicas en infancia y adolescencia desarrolladas por el resto de los departamentos de la Generalitat de Catalunya.

4.2. Sistema de protección a la infancia y adolescencia catalán en situaciones de riesgo social

Dentro de la Generalitat de Catalunya, atendiendo al organigrama de la Generalitat (10), El *Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias* es el encargado de movilizar y utilizar los servicios para proteger a la población que se corresponde con los menores en riesgo, prevenir las situaciones de riesgo y favorecer su correcto desarrollo en el proceso de consolidación de su autonomía como ciudadanos que forman parte activa de la sociedad, teniendo en cuenta en todo momento su bienestar y nivel de calidad de vida.

Este se divide en las secretarías, donde se encuentra la *Secretaría De Infancia, Adolescencia y Juventud*, que incluye a la *Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA)* (11), el órgano encargado de las políticas de infancia y adolescencia. Al mismo tiempo, asume la protección y la tutela de los menores desamparados, llevando a cabo las medidas de atención necesarias y gestionando los servicios que puedan requerir a cada uno de ellos. También elabora, promueve y coordina políticas de convivencia, tolerancia e integración sociolaboral.

La DGAIA, para facilitar su operatividad, está constituida por varias unidades o áreas, una de ellas es el *Área de Soporte a los Jóvenes Tutelados y Extutelados*. Se trata de la unidad para ofrecer soporte y atención a los menores de entre 16 y 21 años en relación con la vivienda, la inserción laboral, el consejo psicológico, económico y judicial, con el objetivo de que los menores y jóvenes consigan la plena inserción en el contexto de autonomía y emancipación. En tercer lugar, la DGAIA cuenta con el *Instituto Catalán de Acogimiento y Adopción (ICCA)* que participa en la aplicación de las medidas protectoras de acogimiento (10).

Cuando un menor se encuentra en una situación vulnerable, el proceso de detección y atención de esta situación queda bajo la responsabilidad del *Sistema Catalán de protección de los niños y adolescentes en riesgo social*. Dicho sistema está dotado de

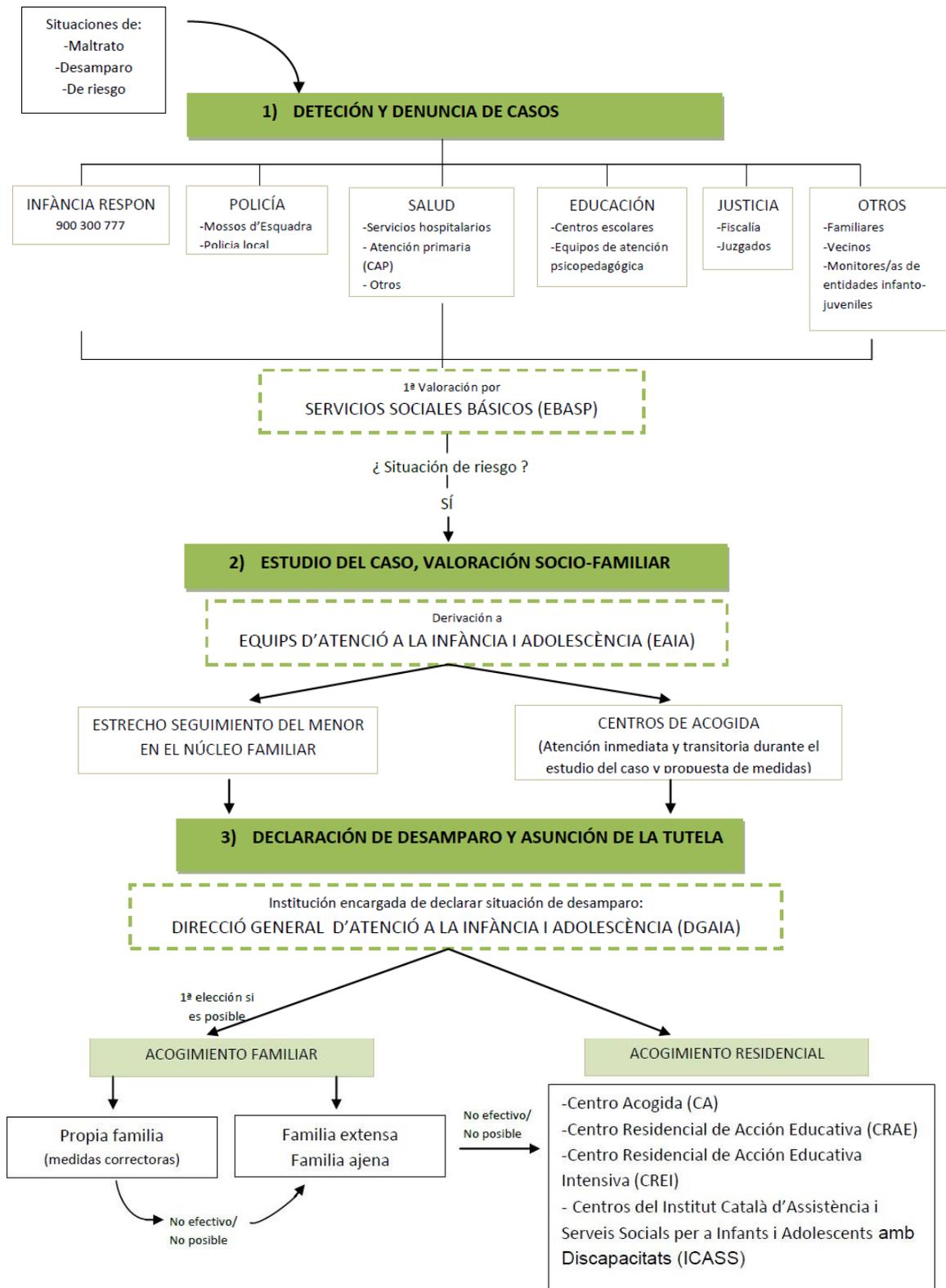
un conjunto de actores en el ámbito autonómico, local y comarcal, tanto del sector público como privado para poder ofrecer los servicios y llevar a cabo las intervenciones que promueven la protección y/o tutela correspondiente a cada contexto (12).

El sistema establece un circuito interno de actuación, adaptado a las características y a la urgencia de cada situación. Todo caso requiere una atención individualizada que responda a las necesidades concretas de cada menor. Si se trata de una situación no urgente se lleva a cabo el circuito ordinario de protección (12):

1. **Detección, denuncia y derivación de casos a los Equipos Básicos de Atención Social Primaria (EBASP)** en el ámbito local. Estos realizan una primera valoración.
2. **Derivación, estudio y evaluación del caso y propuesta de media por parte de los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA).** La cualificación como situación de alto riesgo para el menor por parte de los equipos básicos implica la derivación a los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia, también de ámbito local. Estos estudian el caso en profundidad y proponen las medidas correspondientes. Su estudio puede derivar en un estrecho seguimiento del menor en su núcleo familiar o en el ingreso a un centro de acogida.
3. **Declaración de desamparo, asunción de la tutela y aplicación de medidas de protección por parte de la DGAIA.** La DGAIA es la institución pública, en el ámbito autonómico, que declara la situación de desamparo, asumiendo la tutela del menor y las correspondientes medidas de protección. En el caso de la aplicación de la medida de acogimiento, esta cuenta con la colaboración del ICCA.

En caso de situación urgente como puede ser una situación de violencia, el abandono, que los padres sufran un problema de salud mental o que el menor no pueda desarrollarse en plena integridad, etc, es la DGAIA quien asume directamente la tutela del menor mediante el centro de acogida o una familia acogedora de urgencia. Una vez el menor está protegido se procede al análisis de la situación (12). Es necesario resaltar que todas las intervenciones que la DGAIA realiza cuando protege a un menor, deben seguir una línea que utilice recursos normalizadores e

integradores con el objetivo de conseguir que el nuevo ambiente en el que se encuentra el menor sea lo más familiar posible (12).



Esquema Sistema de Protecció a la Infància i Adolescència de Catalunya en situació de risc social.

Elaboración propia (12)

4.2.1. Diferencias entre situación de riesgo y situación de desamparo.

Dentro del contexto de desprotección de un menor, nos encontramos con dos posibles situaciones, la situación de riesgo y la situación de desamparo. Ambas, se distinguen según la gravedad y, por tanto, requieren de una intervención por parte de los sistemas de protección del menor.

Según la Ley de los Derechos y Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia de 2010 (LDOIA), se define *situación de riesgo* como “la situación en la que el desarrollo y el bienestar del niño o el adolescente se ven limitados o perjudicados por cualquier circunstancia personal, social o familiar, siempre que para la protección efectiva del niño o el adolescente no sea necesaria la separación del núcleo familiar” (13). Es decir, el menor se encuentra en una situación de vulnerabilidad que supone unas limitaciones y perjuicios en su desarrollo, pero que no presenta una gravedad suficiente como para llevar cabo la separación del menor del contexto familiar.

Una vez declarada la situación de riesgo, se llevan a cabo una serie de medidas, detalladas a continuación (14):

- Orientación, asesoramiento, apoyo y ayudas tanto de contenido técnico como ayudas económicas o materiales para mejorar el entorno familiar.
- Programas socioeducativos para los progenitores, para capacitarlos en el cuidado y educación de sus hijos.
- Ayuda y seguimiento a domicilio.
- Atención en un centro que disponga de servicios socioeducativos para los menores fuera del horario escolar.
- Atención sanitaria e intervenciones psicoterapéuticas tanto para la familia como para el menor.
- Programas formativos dirigidos a adolescentes que han abandonado el sistema escolar.
- Asistencia personal de diversidad funcional de los menores para contribuir a la superación de la situación de riesgo.

Una vez se han ejecutado estas medidas, si los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia realizan una valoración y consideran que las circunstancias se han

agravado y suponen una clara amenaza para el menor, se valorará otro tipo de intervenciones, considerando la separación del núcleo familiar. En dicho momento se declara de manera formal la situación de desamparo por parte de la DGAIA, como agravamiento de la situación de riesgo, a partir de un procedimiento y resolución administrativos.

Para complementar lo anterior, el desamparo se debe, entre otras causas, por la falta de atención física y/o psíquica, la utilización del castigo físico y/o emocional, la no escolarización en edad obligatoria, que las necesidades del niño no sean consideradas prioritarias, el abandono, el maltrato físico o psicológico, la desatención, la drogadicción y/o alteración física graves de los progenitores, cualquier forma de explotación económica, la violencia machista y por cualquier otra circunstancia que atente contra la integridad del menor e imposibilite su desarrollo integral (14).

4.2.2. El acogimiento como medida de protección del menor

Se hace referencia a la protección del menor, cuando se aplica una medida para asegurar los derechos del niño para su correcto desarrollo, asegurando el principio de normalización mediante la prevención de riesgos y la sensibilización social. Estas medidas de protección se clasifican entre el ámbito familiar (Acogimiento Familiar simple o transitorio y permanente) y el ámbito residencial o institucional (Acogimiento Residencial) (14).

En las medidas que se adoptan en el Acogimiento Familiar, medidas que se llevan a cabo dentro de la propia familia, se intenta actuar sobre las causas y el origen del problema, considerando siempre como primera opción mantener al menor en su contexto familiar, ejecutando al mismo tiempo medidas de protección y realizando un seguimiento. En el caso de que las medidas e intervenciones no fueran resolutivas, se realiza un acogimiento en un medio familiar alternativo: el acogimiento en una familia extensa, el acogimiento en una familia ajena o un llevar a cabo acogimiento preadoptivo (14).

Por otro lado, cuando las necesidades materiales, afectivas y educativas no pueden ser cubiertas por la propia familia y no es posible o no aconsejable el acogimiento por otro familiar o familia ajena, se procede al Acogimiento Residencial, una de las medidas del ámbito institucional cuya finalidad es cubrir esas mismas necesidades pero en un entorno residencial, donde los profesionales asumirán el rol de

tutores/cuidadores garantizando las necesidades básicas y ejerciendo las funciones asistenciales y educativas (14).

Dentro de los programas de acogimiento residencial, se adoptan diferentes medidas según la situación del menor y en función de la temporalidad (6,12):

1. Centro de acogida (AC). es un servicio de uso temporal para atender a los menores de entre 0 y 18 años mientras se realiza el estudio diagnóstico de la situación familiar antes de dirigirlos hacia otro servicio.
2. Centro de primera acogida: se destina a la población extranjera infantil que llega al país sin referentes familiares.
3. Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE): atiende a niños y adolescentes entre los 0 y 18 años. Este recurso se destina a los menores desamparados o que han requerido de una separación del contexto familiar y que se prevé que será una situación transitoria. Los menores permanecen en el centro hasta su mayoría de edad o hasta la estabilización de la situación familiar, ayudándolos a adquirir una autonomía para poder encarar su futuro.
4. Centro Residencial de Acción Educativa Intensiva (CREI): son servicios residenciales enfocados a jóvenes entre 12 y 18 años con especial riesgo, puesto que a los problemas familiares se le suman alteraciones del comportamiento y trastornos de conducta. Proporcionan una atención educativa intensiva de carácter temporal.
5. Centros del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials per a infants i adolescents amb discapacitats (ICASS): dirigido en el caso de los menores que padezcan alguna discapacidad.
6. Piso asistido: es un recurso residencial para adolescentes mayores de 16 años y para jóvenes mayores de 18 años extutelados por la DGAIA.

Todos estos recursos están planteados para ser limitados en el tiempo, pues se consideran una medida de carácter instrumental, para estabilizar y normalizar la situación del menor, actuando en el problema de origen. En la tesitura de que se

valore como un problema de tiempo indefinido, debería orientarse hacia un acogimiento familiar (1).

A pesar de la afirmación anterior, en la realidad, muchos de los menores en Acogimiento Residencial resultan estar en acogimiento hasta la mayoría de edad ya que, muchos casos que se consideraban como un problema temporal, acaban sin una resolución del problema de origen, por lo que deriva a una prolongación del tiempo y permanencia en el ámbito residencial (14).

4.3. Perfil de los menores que residen en un CRAE

4.3.1. Descripción general de los menores

Los menores que ingresan en un CRAE presentan características y necesidades individuales que requerirán una atención individualizada. No obstante, al mismo tiempo, todos ellos también comparten necesidades y características comunes. Les caracteriza de forma implícita la situación de desamparo como agravamiento de su situación inicial de riesgo, partiendo de una situación de desatención y/o negligencia, motivo por el cual se ha procedido a la separación familiar.

La etapa infantil es una etapa que juega un papel muy importante en el desarrollo, a todos los niveles, del niño y la niña, y que junto con las características personales y su ambiente más cercano comunitario y social, constituirá una base con las condiciones necesarias para el aprendizaje de herramientas y recursos que necesitará para afrontar la vida adulta. Por consecuencia, los menores en situación de desamparo, al no disponer de ese ambiente cercano, de estabilidad ni apoyo, presentarán un déficit de estos recursos que marcará la naturaleza de su integridad física, psicológica y emocional y dificultará el correcto desarrollo integral de su personalidad (5,16).

Acorde con el perfil de los menores, es decir, al conjunto de rasgos peculiares que los caracterizan como tal, el rango de edad de los menores que son atendidos en los CRAE abarca desde los 3 o 4 años hasta los 18 años. De forma sintética, describimos el perfil de los menores dentro del sistema de protección (15):

- Menores fuera de control parental
- Menores con problemas de conducta
- Menores con problemas de Salud Mental
- Menores infractores

- Menores de 14 años con medida protectora
- Menores extranjeros no acompañados (MENAS)
- Adolescentes sin previsión de futuro ni retorno al hogar familiar

De forma prevalente, el perfil de los menores en los centros residenciales se corresponde con niños y adolescentes con presencia de problemas emocionales, de conducta y salud mental, muy vinculados a situaciones de riesgo y violencia anteriores en el núcleo familiar (2,5).

Entre los más pequeños, predominan los problemas de aprendizaje, retraso académico, falta de estimulación y los problemas derivados por la desatención que puede provenir, de entre otras razones, por la falta de apoyo social y por no disponer de una red social de soporte (1).

En los niños de 7 a 12 años, se identifican problemas de conductas desafiantes, problemas de tóxicos y aumento del diagnóstico de Trastornos por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), sin olvidar la desatención (16). Por otro lado, también residen jóvenes inducidos por la delincuencia, menores de 14 años infractores con medida protectora (1).

Entre los adolescentes, predominan los problemas de conducta y salud mental, trastornos que suelen presentarse de forma “comórbida”. Entre los trastornos de conducta destacan los comportamientos agresivos, disruptivos o violentos que pueden requerir de una medicalización de la problemática o el tratamiento del trastorno mental subyacente. Relacionados con la conducta, encontramos trastornos del vínculo, trastornos afectivos y trastornos adictivos (18).

4.3.2. Situación de la que parten los menores.

La mayoría de las situaciones y circunstancias de la que parten los menores ya han sido recogidas a lo largo del trabajo. No obstante, teniendo en cuenta la LDOIA (13), esta las reúne de la siguiente manera:

- Abandono por parte de la familia y personas más cercanas al menor.
- Maltrato físico o psicológico, abusos sexuales o explotación, efectuada por sus tutores o bajo su conocimiento y consentimiento.

- Maltrato prenatal en el proceso de gestación, ya sea por el descuido del propio cuerpo de la gestante, la ingestión de tóxicos o también considerado de forma indirecta por la persona que maltrata a la mujer gestante.
- Eximición o uso inadecuado de las funciones de guarda del menor por parte de sus progenitores o titulares de la tutela.
- Desatención física, psicológica o emocional grave.
- Progenitores o titulares de la tutela que padecen de una alteración psíquica o de drogodependencia que suponga un riesgo grave para el desarrollo del menor.
- Niños y niñas o adolescentes quienes se les suministran estupefacientes, tóxicos o sustancias psicotrópicas bajo conocimiento y tolerancia de las personas responsables de la guarda.
- Situaciones de inducción a la delincuencia, prostitución, mendicidad o cualquier forma de explotación económica por parte de los responsables de la tutela o bajo el conocimiento y consentimiento de estos.
- Situaciones de violencia machista o violencia doméstica que interfieren gravemente el desarrollo de menor.
- Obstaculización, falta de colaboración o la negativa de concurrir a la ejecución de las medidas adoptadas en situaciones de riesgo. También incluye la situación de riesgo que por su evolución, persistencia o agravamiento impiden el desarrollo integral del menor.

Estas situaciones de las que parten los menores no solo ponen de manifiesto una alteración durante el desarrollo infantil, sino que también supone un riesgo para el futuro desarrollo psicológico hacia la vida adulta (5).

4.3.3. Efectos del riesgo psicosocial temprano

En la actualidad, el perfil de los menores tutelados ha cambiado respecto treinta años atrás. Anteriormente, en la mayoría de los casos, se procedía a retirar la tutela en situaciones de falta de recursos familiares o falta de atención familiar y eran minoritarios los casos en los que se había producido maltratos. Hoy en día, la separación familiar y el acogimiento residencial se produce en los casos más difíciles y nocivos, en los que el ambiente familiar supone un especial riesgo para el menor. Es por ello que el perfil actual de los niños y adolescentes tutelados se caracteriza por presentar mucho más sufrimiento y daño psicológico, por lo que surgen más problemas psicológicos, emocionales y conductuales (5, 16).

Además, han aumentado los adolescentes con problemas de conducta en los centros. Esto responde a que cada vez ingresan más adolescentes, como consecuencia del fracaso de las propuestas de acogimiento familiar o adopciones, que tienen más éxito cuanto más joven sea el menor (2,5). Por otro lado, los criterios para ingresar en un centro residencial cada vez son más restrictivos por parte del sistema de protección, y los casos más leves se intentan mantener en su núcleo familiar con intervenciones de apoyo o en acogimiento familiar. Por lo que ingresan casos más graves y, en mayor número, adolescentes que cada vez presentan más problemas de conducta, asociados escenarios más difíciles de los que proceden, que se relacionan con la presencia de conductas opositoras, desafiantes o de violencia (5).

Por otro lado, también se suman los nuevos procesos migratorios, por lo que también encontramos más menores extranjeros no acompañados (MENA) (5).

La población de menores en situación de riesgo que se encuentran bajo unos factores de riesgo, definidos como condiciones biológicas, psicológicas y sociales que, según el respaldo científico, se relacionan probablemente con precedentes o situaciones implicadas en distintas enfermedades, problemáticas o necesidades sociales. Según la *Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección* de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la infancia y adolescencia en situación de riesgo puede presentar carencias en la estimulación cognitiva, afectiva y social, por lo que también pueden repercutir en una en la sociabilización inadecuada o inadaptada (5).

Ante este colectivo de menores en situación de riesgo, se debe reconocer y tener en cuenta los siguientes puntos (6):

- La necesidad de reconocer y garantizar los derechos de la infancia como merecedores de los mismos.
- Admitir como realidad los efectos cognitivos, afectivos y sociales de estos niños y jóvenes como consecuencia de una situación de carencia.
- Entender la inadaptación social como un aprendizaje en durante el desarrollo infantil de los menores en riesgo social.

- Los menores en riesgo social establecen una relación negativa con su entorno, como lo son la familia, la escuela, instituciones, el barrio, etc.

4.4.3.1. Psicopatología del desarrollo

La Psicopatología del Desarrollo estudia el desarrollo evolutivo infantil para tratar de explicar, desde un punto de vista funcional, la interacción e integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Por consiguiente, trata de explicar los factores que influyen en la adquisición de la conducta, tanto adaptativa como desadaptativa, y el origen de problemas emocionales y conductuales (5).

Este modelo de estudio, tratar de dar explicación en la influencia de los factores del pasado en todas las esferas de la persona. Desde esta perspectiva, se afirma que los niños que proceden de situaciones de desprotección como son la negligencia, maltrato físico o abusos sexuales tienen unos efectos en el desarrollo infantil, que pueden provocar importantes consecuencias y secuelas y, en algunos casos, evidentes trastornos. Estos hallazgos que han sido fundamentales para los profesionales de la protección a la infancia (5).

Los antecedentes o situaciones que pueden determinar dichos efectos en un menor se ven condicionados según la interrelación de 2 factores: los factores de riesgo (refiriéndose a los factores ambientales como puede ser una situación de carencia o malos tratos), y los factores de vulnerabilidad (los propios del niño, inherente a las condiciones biológicas y genéticas). Estos factores son los que determinan que, a las asociaciones que existen entre una determinada vivencia del pasado y una determinada problemática o trastorno, se cumpla o no (5).

Existe un gran consenso en concluir que estas vivencias traumáticas sufridas por los menores en el contexto familiar suponen un grave riesgo, tanto para el desarrollo infantil como para su posterior desarrollo como adultos, teniendo una repercusión en el ámbito físico, conductual, psicológico y social (5), por lo que a continuación se detallan los problemas más prevalentes en esta población.

Problemas psicológicos y afectivos:

- Los problemas presentes psicológicos y emocionales, conllevan a un conjunto de factores de riesgo dentro de la esfera emocional que se relacionan, entre otros, con alteraciones en el sistema neuroendocrino, responsable de regular la conducta emocional (17).

- Dificultades en el procesamiento emocional. Estos menores presentan limitaciones en la regulación emocional y habilidades de estas. Estas limitaciones vienen dadas por los apegos inseguros. En la mayoría de la literatura destaca como principal causante el antecedente de maltrato (3). Además, presentan menos habilidades adaptativas (17).

- Trastornos de apego. Están relacionados directamente con la duración de la privación emocional severa que interfieren en la posibilidad de desarrollar un apego seguro (17). Estos menores desarrollan apegos inseguros o desorganizados que se relacionan con la presencia de problemas conductuales y emocionales (1).

Al mismo tiempo, al no existir un buen apoyo emocional ni vínculos que creen un ambiente de seguridad y confort para el joven, les supone una dificultad para construir relaciones afectivas seguras que posibiliten una estabilidad emocional y un desarrollo de la propia personalidad saludable (17). También tienen riesgo de desvinculación emocional y una mayor posibilidad de que se produzcan nuevas separaciones en un futuro (2).

Entrar de forma temprana en un centro se relaciona con mayores problemas del desarrollo emocional y problemas de apego y problemas neurológicos (1).

- Riesgo de reproducir futuras situaciones de maltrato (2).

- Baja autoestima relacionada con la distorsión del autoconcepto y la pérdida de identidad familiar que vive el menor. La identidad se ve alterada con sentimientos de ausencia de propiedad (2,5).

- Conflictos emocionales derivados de la contraposición del sistema de valores y creencias entre los progenitores y los educadores del centro (2).

Problemas neuropsicológicos:

- Diferentes estudios afirman que los menores dentro de medidas de acogimiento residencial pueden presentar un déficit neuropsicológico relacionado con la memoria visual, la capacidad de atención, el sistema de control e inhibición de respuestas (17)

- Dolores psicósomáticos: Manifiestan dolores psicósomáticos con la finalidad de llamar la atención y en busca del reconocimiento de un adulto. También puede producirse como medio de expresión para manifestar la situación de malestar vivido (2)

Problemas de Salud Mental:

- Existe una relación entre vivir en un núcleo familiar con falta de cuidados o haber recibido malos tratos con la probabilidad de sufrir algún trastorno de salud mental (5). También son factores de riesgo las situaciones que ha vivido y vive el menor, la entrada en acogimiento residencial, los cambios reiterados de emplazamientos residenciales, la inestabilidad vivida en el centro de acogida, la propia percepción de inseguridad y desamparo y la discapacidad cognitiva para hacer frente a la situación (1).

- Según los datos de estudios internacionales, las alteraciones y trastornos en esta población prevalecen entre un 40 y 80%. Por otro lado, los datos obtenidos por la DGAIA, indican que la atención en problemas de salud mental es seis veces mayor en los niños y adolescentes acogidos en el sistema de protección a la infancia respecto a la población general, con un porcentaje del 24%. Dentro de este 24%, el 34% se corresponde con los menores que se encuentran en los centros (1).

- Los trastornos más prevalentes son los problemas exteriorizados, es decir, aquellos que presentan manifestaciones observables externas, como el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y trastornos de conducta, como el trastorno desafiante u opositor (1, 5, 17). Estos representan un 42% de prevalencia (1).

En cambio, los problemas de tipo interiorizado, como son la depresión, ansiedad, tienen una prevalencia menor que los trastornos exteriorizados. (1,5,17). Aun así, los datos también superan a los de la población general (1).

La discapacidad también es superior en relación a las tasas de la población infanto-juvenil (1).

- Cabe destacar que muchos de los menores que presentan un trastorno mental, éste es subyacente a problemas de tipo conductual. Los trastornos del vínculo, los trastornos afectivos (depresión y ansiedad) y los trastornos adictivos, muy presentes en estos menores, están estrechamente relacionados con los trastornos de conducta (18).

- El riesgo de sufrir un problema de salud mental aumenta cuanto antes se produce el acogimiento residencial. En cambio, ser acogido por una familia en corta edad, parece ser un factor protector (1). Algunos autores relacionan el hecho de residir más de 2 años en un centro residencial con síntomas de carácter internalizado (ansiedad y depresión). (17)

- Los menores que proceden de una situación de maltrato, negligencia o abuso sexual suelen sufrir consecuencias más significativas en lo que refiere al estado y la regulación emocional. Por ejemplo, los menores tutelados víctimas del maltrato en la infancia presentan más dificultad en la regulación emocional, por lo que aumenta la probabilidad de sufrir trastornos internalizantes y externalizantes. También tienden a sufrir niveles de psicopatología clínicamente más significativos, así como conductas de riesgo e ideaciones y tentativas suicidas (3). También se relaciona la pérdida de seres queridos, o la deprivación afectiva durante la infancia, en el origen de estados de depresión (5).

Problemas conductuales y sociales:

- Trastornos y alteraciones en la conducta. Existe una gran prevalencia de trastornos de conducta, definidos por un tipo de conducta externalizada que suponen un problema observable y que muestran comportamientos agresivos, disruptivos o violentos. Se relacionan con conductas perturbadoras, de oposición, agresividad, delincuencia, vandalismo, etc. (18).

Por otro lado, también destacan las conductas inadaptadas, conducta antisocial o conductas de alto riesgo social (18). Existen referencias acerca de una relación entre la convivencia en familias desestructuradas e inconscientes en la aplicación de normas, con en el origen de la personalidad antisocial (5)

Dentro de los trastornos de conducta encontramos: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Trastorno disocial, Trastorno negativista desafiante y trastornos de comportamiento perturbador no especificado (18).

En estudios realizados en centros residenciales nacionales, los educadores expresan con preocupación los problemas de tipo externalizado y los problemas de conducta. (5)

- Conductas de riesgo y comportamiento disruptivo. Los trastornos de conducta suelen generar una alarma social, como se desarrolla a continuación, pues estas alteraciones de conducta se relacionan con un conjunto de comportamientos disruptivos, donde se

infringen las normas usuales y sociales. Es por ello que suelen manifestar un patrón de conductas donde se altera la convivencia con los demás, desarrollando problemas de disciplina, poca tolerancia a la frustración, comportamientos exacerbados de agresividad, además de la formación del vandalismo juvenil y el consumo de tóxicos, cada vez en edades más prematuras. (18)

Por lo que se refiere al consumo de tóxicos, los profesionales destacan el consumo de cannabis. Señalan que se ha incrementado el consumo y cada vez se produce en edades más tempranas (16).

- Problemas escolares y académicos. Son menores que presentan diversos problemas en el ámbito escolar, presentan más problemas de bajo rendimiento académico, dificultades en el aprendizaje o retraso académico y fracaso escolar (1,2,17,19). Punto que se detalla en el siguiente apartado, relacionado con la exclusión e inadaptación social.

4.4.3.1. Ámbito social

Si nos centramos en el ámbito social, son numerosos los hechos sociales que envuelven a una persona, pero en el caso del menor, prestaremos especial atención en el riesgo social, la exclusión social, el fracaso académico, el estereotipo y la estigmatización. Por último, se mencionan los factores positivos y negativos que influyen en la evolución del menor. Problemáticas sociales con las que cuentan los menores que deben ser consideradas para garantizar una correcta construcción y evolución del menor hacia la vida adulta (6).

A lo largo de los años, la infancia se ha representado de tal forma que ha traído como consecuencia una imagen u opinión negativa de la misma, acompañada de una noción que incluye la estigmatización, la victimización y la peligrosidad (6).

El menor está construyéndose de manera progresiva y cuenta con sucesos y experiencias vitales que determinan en cierto grado, el modo y la dirección de dicha construcción (6). A continuación, mediante el desarrollo de las principales cuestiones sociales, se expone la situación en la que se encuentra el menor y que inevitablemente dificulta en gran medida su desarrollo general como persona:

- **Fracaso escolar:** en primer lugar, es necesario mencionar que la educación es un derecho fundamental que tiene como finalidad el aprovechamiento de las oportunidades educativas y la adquisición del conocimiento necesario para

adquirir la suficiente autonomía que permita a la persona desarrollarse en sociedad de manera óptima (2).

El fracaso escolar, es una cuestión muy importante socialmente hablando, constituyendo un reto prioritario de las sociedades. Con la entrada en vigor de la Ley Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), el fracaso escolar se entiende como la situación que se da consecuencia de no haber obtenido el grado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), lo que supone la no adquisición de las competencias necesarias para mantener la funcionalidad de una persona en sociedad. Por este motivo, es una preocupación real y persistente, debido a las graves consecuencias que puede tener en el desarrollo personal de una persona, tanto a corto como a largo plazo (2).

En el caso de los menores que residen en el CRAE, las características de su situación de partida y en consecuencia de su situación personal, hacen que el menor no se encuentre en un buen momento vital (secuelas socioemocionales y cognitivas) para hacer frente a la cuestión académica. *“La inexistencia de una titulación académica suficiente o ningún certificado profesional reconocido, puede suponer el riesgo de ser excluido de un lugar socialmente normalizado”* (Antonio Pérez Romero). Por esta razón, el fracaso escolar es un factor de riesgo en potencia para que un menor quede excluido socialmente. Asimismo, la educación se traduce en igualdad y cohesión social (2).

Es una problemática importante, pues actualmente, y siguiendo con la tendencia, las oportunidades sociales están influenciadas por la capacidad para acceder a la información, seleccionarla y adquirir conocimiento (2).

Según el artículo *“Jóvenes tutelados y transición a la vida independiente: indicadores de éxito”* (19), algunos de los motivos que sustentan este bajo rendimiento académico son: *“alta movilidad escolar, baja autoestima académica, escasa motivación, necesidad de trabajar y/o mantenerse una vez cumplidos los 18 años, escaso o nulo apoyo familiar, no disponer de espacios para el estudio, no recibir atención para realizar las tareas escolares, tener que compaginar estudio y trabajo”*.

Para concluir, el objetivo del CRAE es facilitar una educación integral que permita al menor adquirir las competencias y habilidades necesarias para

poder independizarse de manera autónoma y participar activamente en la sociedad (a nivel profesional, cultural, social, económico, etc) una vez cumplidos los 18 años (2).

En el año 2014, el porcentaje de menores en situación de fracaso académico, con edades entre 16 y 19 años, era del 63,3%, lo que se traduce en la inexistencia de un sistema educativo que responda a las necesidades del menor. Aun considerando estos datos, actualmente, existe una invisibilidad estadística en el ámbito académico de estos menores (2).

En un estudio realizado en España en el año 2010, se observó que los menores tutelados presentan un mayor índice de fracaso académico y bajo rendimiento académico, consiguen menos títulos de la ESO y el porcentaje de jóvenes que llegan a cursar estudios superiores o universitarios es inferior al 6% (17).

- **Exclusión social:** es una realidad y, básicamente, el problema radica en la existencia de dificultades y problemas que dificultan el desarrollo de una normalidad en un determinado contexto social. La presencia o no, de exclusión social depende, entre otras cosas, de los recursos personales (inexistentes y/o insuficientes en el menor), las características personales, dificultades (estrés) del entorno y el nivel y las características del soporte del entorno (6).

La vulnerabilidad que engloba al menor es directamente proporcional a la situación familiar en la que se ha visto inmerso. Caer en la exclusión social también está determinado por el grado de resiliencia, es decir, por la capacidad para superar las circunstancias traumáticas. La infancia en riesgo social incluye inevitablemente conductas asociales, déficits en la suplencia de las necesidades básicas y demanda de los servicios sociales especializados (6).

La situación de riesgo está asociada con una inadecuada socialización, fruto de una estimulación y condiciones insuficientes a nivel cognitivo, afectivo y social, lo que se traduce en una relación negativa con el entorno y, por tanto, con la familia, las escuela, el barrio, las instituciones, etc, que dificultará su inserción como miembro activo de la comunidad (6).

- **Estereotipo y estigmatización:**

Existen unos estigmas, etiquetas sociales y una percepción alarmista de los menores que se encuentran bajo los mecanismos de protección a la infancia (2, 6, 18)

También existen diversos estereotipos entre la sociedad y una concepción social alarmista respecto a estos menores. Se concibe al menor como el causante del riesgo, es decir, como los responsables de su propia situación y, por otro lado, se les identifica con la delincuencia, la violencia, el consumo de drogas, las conductas disruptivas, etc (6, 18).

- **Factores positivos y negativos que influyen en la evolución del menor.**

La evolución y desarrollo del menor como miembro que forma parte de una sociedad no solo depende de factores internos, sino que, además, depende de factores externos. Los factores positivos serán aquellos que ofrecen una protección al menor y que, por tanto, ayudan a que la evolución del menor sea positiva. Contrariamente, los factores negativos son aquellos que limitan al menor y dificultan una evolución adecuada.

Factores negativos (-) (15,19)	Factores positivos (+) (15,16)
Déficits de autorregulación	Capacidad para adaptarse al funcionamiento del centro
Escasa capacidad para vincularse con las personas que residen y trabajan en el CRAE	Crear vínculos positivos y fuertes con los referentes adultos y sus compañeros. La estabilidad generada por este vínculo les facilitará la futura construcción de vínculos seguros.
Fugas reiteradas	Contar con soporte externo
Consumo de tóxicos	Existencia de recursos externos
Historia previa de haber cometido algún delito o predisposición a cometerlo	Salir del centro con una edad más tardía

Bajo niveles académicas y abandono prematuro de los estudios	
Pobres entornos sociales y escaso apoyo social	
Falta de aspiraciones	
Escaso o nulo trabajo con la familia	
Insuficiente apoyo externo una vez el menor asume el rol de extutelado	

4.4. Teoría enfermera: Modelo del Sistema Conductual

4.4.1. Dorothy Johnson. Biografía

Dorothy Johnson, nacida en 1919 en Savannah (Georgia), se dedicó principalmente a la enseñanza, si bien, también ejerció como enfermera de 1943 a 1944 en el Chatham•Savannah Health Council. Desde 1949 hasta su jubilación trabajó como profesora de enfermería pediátrica en la Universidad de California en Los Ángeles. Johnson publicó cuatro libros y más de 30 artículos, entre otros documentos, actas, monografías... Entre muchos de sus méritos, nombrar que fue consejera en la Christian Medical College School of Nursing de Vellore (en el sur de la India) y dirigió el comité de la California Nurses Association (21).

4.4.2. Introducción y justificación de la teoría

El presente trabajo sigue el hilo conductual inspirado en la base teórica de Dorothy Johnson, que desarrolló el Modelo del sistema conductual. La teoría de Johnson entiende a la persona como un todo, un sistema conductual constituido por siete subsistemas que mantienen una interrelación e interdependencia. El objetivo del sistema conductual, es decir, de todo individuo, es hallar el equilibrio tanto interno (de sus subsistemas) como externo (fuerzas del entorno). La persona busca y se esfuerza constantemente para encontrar o mantener el equilibrio mediante conductas adaptativas, afrontando las fuerzas que vulneran su estabilidad.

Hemos seleccionado su teoría por la forma en que entiende al individuo: complejo y formado por muchas partes que ejercen una relación de interdependencia y que deben

entenderse como un todo. Si una de estas partes o un factor del entorno falla, el sistema conductual se desequilibra. Consideramos que su teoría plasma de forma ajustada el perfil complejo de nuestros menores y describe cómo los factores tanto propios como ajenos al menor influyen en su estabilidad.

Según Johnson, para la enfermería, el concepto de equilibrio es esencial. El/la enfermero/a actúa como fuerza reguladora capaz de aportar recursos al individuo o, incluso, modificar factores del entorno para ayudar a la persona a restablecer el equilibrio y, así, conseguir una conducta funcional. Elegimos a Johnson por cómo percibe el papel de la enfermera como actor que contribuye al bienestar social, y cómo entiende y describe sus funciones y objetivos. Compartimos que nosotros, como enfermeros, podemos actuar como un factor estabilizador para el menor, identificando el foco del problema para ajustar nuestras actuaciones, y manteniendo una visión analítica y holística.

Además, Johnson incluye en su teoría conceptos y suposiciones teóricas que proceden de otras disciplinas como la psicológica, sociología o antropología, etc y que influenciaron directamente en el desarrollo de la teoría y sus siete subsistemas. Opinamos que el uso de bibliografía interdisciplinaria aporta una visión más holística del individuo que permite entender mejor el perfil y problemática de los menores, los elementos que los inestabilizan, etc. Johnson también afirmó que la experiencia previa, el aprendizaje, los estímulos físicos y sociales, junto con los requisitos funcionales influyen en la conducta. Factores que también son interesantes de analizar en nuestros menores.

4.4.3. Fuentes teóricas

Según el libro *Modelos y Teorías* (21), la bibliografía de referencia utilizada a lo largo de todo este apartado, el modelo del sistema conductual de Johnson se vio influenciado por grandes teóricas de referencia como Florence Nightingale con su libro *Notes on Nursing*. Johnson consideraba la enfermería, a su misma vez que Nightingale, como una profesión que tiene la capacidad de contribuir al bienestar de la sociedad y trabajó en definir cuál era la misión social de la enfermería.

Otra inspiración de Johnson fue la teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, recogiendo muchas de las suposiciones básicas de esta teoría, como el concepto de orden y de la perspectiva holística.

4.4.4. Conceptos y definiciones

A continuación, se desarrollan los conceptos principales que se sustentan la teoría enfermera de Johnson, necesarios de describir para su plena comprensión:

- **Conducta:**

Johnson definía la conducta como “el resultado de las estructuras y los procesos intraorgánicos, coordinados y articulados por los cambios en la estimulación sensorial y como respuesta a estos cambios” (21). Su teoría defiende que la conducta son patrones específicos de respuesta que suelen ser predecibles y explicables, pues una persona como sistema conductual siempre buscará el equilibrio.

- **Sistema conductual:**

El sistema conductual es la unidad funcional constituida por todos los subsistemas, que forman un todo organizado e íntegro. Está constituido por diferentes modos de conducta pautados, repetitivos y determinados, organizados en subsistemas específicos que interaccionan entre sí.

Es considerado un sistema sensible pues también es influenciado por el entorno, el cual puede actuar como una fuerza externa que desestabilice al sistema. En contraposición, el entorno también puede llegar a suponer un requisito funcional o imperativo de sustento, esencial para conseguir y mantener el equilibrio del sistema.

- **Subsistema:**

La motivación, como impulso interno de la persona, es la que rige la actividad de los subsistemas, que también se ven influenciados durante el transcurso del tiempo por la maduración, el aprendizaje y la experiencia. Los subsistemas funcionan por objetivos y requisitos funcionales y estructurales. Cada subsistema tiene unas funciones específicas que contribuirán a la estabilidad del sistema, pero siempre y cuando cada uno de los subsistemas y su relación con el entorno no estén alterados.

El sistema conductual se compone de 7 subsistemas, que se encuentran bajo el dominio de los factores biológicos, psicológicos y sociológicos.

1. Subsistema de afiliación: Es considerado como uno de los subsistemas más importantes puesto que es la base de la estructura social y el que proporciona la sensación de seguridad y supervivencia en la persona. Este subsistema está relacionado con la intimidad, la inclusión y el vínculo social, y la formación.

2. Subsistema de dependencia: se relaciona con la conducta de ayuda y la necesidad de cuidado. Este subsistema trae como consecuencia la capacidad de dependencia o independencia de la persona, por lo que también se vincula con la identidad. Las funciones de este subsistema tienen que ver con la necesidad de aprobación, atención y ayuda. También se considera importante tener cierta interdependencia para la organización y estructuración de los grupos sociales.
3. Subsistema de ingestión: este subsistema, aparte de la necesidad fisiológica, también se refiere a la significación que se le otorga a esta conducta, en referencia al “cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones comemos”.
4. Subsistema de eliminación: Con el sistema de eliminación, pasa algo similar que en el subsistema de ingestión. También adquiere importancia el “cuándo, cómo y en qué condiciones eliminamos”. Ambos se están estrechamente vinculados con factores psicológicos y sociológicos.
5. Subsistema sexual: este subsistema se divide en dos vertientes: la necesidad de procreación y el placer. Además, definirá las conductas en relación con el cortejo y el apareamiento, y determinarán la identidad del rol de género, así como el resto de las conductas relacionadas con el rol sexual.
6. Subsistema de realización: este subsistema pretende ejercitar y dominar aspectos y habilidades propias, además de manipular y controlar factores del entorno con el objetivo de conseguir cierto grado de superación y un “estándar de calidad”.
7. Subsistema de agresión/protección: su función es proteger y conservar. Johnson adopta el enfoque de etólogos como Lorenz (1966) y Feshbach (1970), defendiendo que la agresividad es una conducta aprendida con la intención de dañar a los demás. Como consecuencia, la misma sociedad demanda protección y límites ante las personas y sus propiedades.

- **Equilibrio:**

El concepto de equilibrio adquiere un papel protagonista en la teoría, puesto que el equilibrio es el objetivo de todo individuo. Lo define como un estado estable, más o menos temporal, en el que el individuo se encuentra en armonía con su ser como un todo y con el entorno. El individuo y su sistema conductual buscan constantemente el equilibrio, afrontando las alteraciones y las fuerzas que lo envuelven y lo vulneran, mediante **mecanismos de regulación/control**, ajustes y adaptaciones, que aparecen de forma prácticamente innata para poder restaurar el equilibrio.

El desequilibrio, dado por una alteración en la estructura o función del sistema, viene dado por problemas relacionados con el impulso y la fuerza motivacional, el déficit de **requisitos funcionales/imperativos de sustento** o una alteración en el entorno. El individuo deberá invertir mucha energía para recuperar el equilibrio, pero deberá usar la energía de forma eficaz y eficiente para reservar la energía necesaria para los procesos biológicos y la recuperación, tanto en el proceso de enfermedad como en el estado de desequilibrio.

- **Tensión:**

La tensión es un estado en el que se ha alterado el equilibrio y el individuo debe realizar un esfuerzo de readaptación. Los elementos que incitan este estado de tensión, se denominan **elementos estresantes** que pueden ser externos o internos.

El producto de esta tensión será positivo si la persona ha adoptado una actitud adaptativa o será negativo si ha sido de carácter destructivo, pues no ha podido afrontar el factor que ha vulnerado su equilibrio y le ha causado un daño estructural y funcional.

4.4.5. Metaparadigma enfermo

- **Persona:**

Johnson entendía a la persona como un sistema conductual formado por respuestas conductuales o tendencias de respuestas, organizadas en siete subsistemas con un impulso u objetivo común, buscando el orden y equilibrio.

Dichas respuestas conductuales se encuentran congénitamente condicionadas por factores físicos, biológicos y psicológicos, como también por factores sociológicos.

Johnson añade que las respuestas también se ven modificadas por la maduración, la experiencia y el aprendizaje, que contribuyen al desarrollo y modificación de las respuestas durante el transcurso del tiempo.

Los subsistemas, desde una perspectiva analítica, pueden describirse según elementos estructurales y requisitos funcionales. Existen cuatro elementos estructurales: **Impulso**, el objetivo y consecuencia final de las conductas; **Servicio**, la predisposición o la tendencia del individuo a actuar de una forma, que influye imperiosamente en la elección de la conducta final; **Elección**, la conducta que la persona ve más viable y por la que opta para poder afrontar una situación determinada; **Conducta**: acción que escoge el individuo. Para preservar el equilibrio, el sistema conductual deberá contrarrestar los elementos estresantes que puedan alterar los factores estructurales.

Por otro lado, se identifican 3 requisitos funcionales: la **nutrición**, la **protección** y la **estimulación**. Para el desarrollo de los subsistemas es necesario el aporte continuo de los requisitos funcionales, ya sea por el esfuerzo de la propia persona o con una ayuda externa (como es la enfermera), puesto que muchas veces los requisitos funcionales vienen dados por el entorno. Los requisitos funcionales son imperativos de sustento, necesarios para poder mantener la estabilidad y alcanzar un estado de equilibrio.

Por lo que respecta al papel de la enfermería, el o la profesional necesita una observación y perspectiva analítica para llevar a cabo su trabajo, puesto que deberá identificar el problema para adaptar sus actuaciones según se identifique el problema en un requisito estructural o funcional.

- **Entorno:**

Según la teoría de Johnson, el entorno son todos los factores externos al sistema conductual, que ejercen unas fuerzas e influencias en el sistema conductual del individuo. Según Johnson el sistema conductual “determina y limita la interacción entre la persona y su entorno y establece la relación de la persona con los objetos, fenómenos y situaciones del entorno” (21). El sistema conductual puede ajustarse y adaptarse a su entorno, manteniendo una relación funcionalmente efectiva, o bien, puede darse la situación en el que es alterado por las fuerzas externas, perturbando su equilibrio. En este contexto, la persona deberá invertir mucha energía para poder restaurar el equilibrio y restablecer una nueva relación con el entorno que le permita un nivel óptimo de funcionamiento.

El entorno, también ejerce una gran influencia en el individuo, puesto que suministra los requisitos funcionales o imperativos de sustento como la protección, el cuidado y la estimulación. Cuando se produce un desequilibrio por el déficit de requisitos funcionales, la enfermera también puede ser una fuerza reguladora temporal del entorno que facilite dichos requisitos y ayude a la persona a restablecer el equilibrio.

- **Salud:**

En la teoría de Johnson, se describe la salud como un estado variable, “un sistema dinámico difícil de alcanzar” (21), que depende de la estabilidad o inestabilidad del sistema. Si la persona entra en situación de desequilibrio y estrés, la salud también se verá influenciada negativamente. De forma contraria, si la persona es capaz de alcanzar una organización estructural y funcional del sistema, esto contribuirá a alcanzar un nivel óptimo de salud. Cabe añadir, que el equilibrio también puede lograrse en el contexto de enfermedad.

Existe una estrecha relación entre el logro de un estado de equilibrio y un nivel óptimo de funcionamiento y de salud. Este equilibrio depende de la capacidad de autorregulación del sistema conductual, es decir, la regulación/control de los subsistemas para corregir las perturbaciones o desviaciones detectadas para mantener la organización e integración de la conducta. Dicho equilibrio también depende de la relación del sistema conductual con todas las fuerzas y factores del entorno que también influye directamente en él.

Por lo tanto, se entiende la salud como la expresión de la organización, interacción, interdependencia e integración de las partes del sistema. Se evaluará teniendo en cuenta la estabilidad y el funcionamiento óptimo y eficaz del sistema conductual puesto que, según Johnson, la estabilidad no siempre es sinónimo de salud. En la enfermedad un individuo también puede lograr el equilibrio y viceversa.

- **Enfermería:**

El rol de enfermería consiste en ayudar a mantener o restaurar el equilibrio de la persona, considerada como un sistema conductual que siempre pretende conseguir el equilibrio y el orden.

Dorothy Johnson describe a la enfermera como una fuerza reguladora que tiene la capacidad de ayudar a la persona a preservar o restaurar dicho equilibrio. La enfermería puede facilitar a las personas los imperativos de sustento y los requisitos funcionales que necesitan para su estabilidad. A su misma vez, ofrece recursos

traducidos como mecanismos reguladores que ayudan a la persona a liberarse del estado de tensión y los elementos estresantes que están desequilibrando su sistema.

Una habilidad y competencia de la enfermera, también es corregir o manipular aspectos del entorno, aportando como fuerza reguladora temporal del entorno los requisitos funcionales necesarios para que la persona pueda afrontar y adaptarse a los factores estresantes.

Para que enfermería pueda ofrecer esta ayuda externa, debe entender a la persona como un sistema conductual y conocer los factores estresantes y los factores del entorno que pueden modificar el sistema de conducta del individuo, desde una perspectiva holística. Además, los conceptos de orden, desorden y control y su interpretación adecuada son fundamentales para la disciplina enfermera.

Johnson añade la necesidad de adoptar una visión analítica en la práctica clínica, tanto por parte del médico como de la enfermera, para poder realizar un trabajo conjunto que ayude a identificar cual es el foco del problema que está desestabilizando al paciente. Las intervenciones enfermeras cambiarán mucho si la fuente del problema se encuentra en un factor estresante estructural o en un déficit de un requisito funcional.

De forma general, las tres funciones principales de la enfermería descritas por Johnson son (21): “a) reparar unidades estructurales; b) imponer temporalmente medidas externas reguladoras o de control; c) suministrar condiciones o recursos del entorno, o d) aportar estimulación hasta el punto de que pueda anticiparse un problema y se pide una acción enfermera preventiva (21).”

En definitiva, Dorothy Johnson, entiende a la enfermería “como arte y ciencia”, la describe como una fuerza externa al sistema conductual con el privilegio de ser una fuente externa de ayuda y que permite a la persona recuperar el estado de equilibrio o prevenir la alteración de este. La enfermería trabaja con el objetivo de conseguir un funcionamiento conductual eficaz en el paciente que le permita mantener un estado óptimo de salud. Finalmente, para conseguir el bien preciado de la salud, los profesionales sanitarios debemos basarnos más en analizar a la persona que la enfermedad. Debemos identificar si un paciente, en presencia de salud o enfermedad, le acecha la amenaza de perder su equilibrio, y por lo tanto que pueda perder su armonía y bienestar.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

El presente trabajo se corresponde con un estudio de las necesidades de los menores del CRAE a partir de entrevistas de los educadores del centro, empleando la metodología cualitativa exploratoria. Se utiliza el grupo focal como técnica para la recogida de datos y el análisis de contenido temático como instrumento para llevar a cabo dicho análisis.

La metodología cualitativa tiene un carácter constructivo-interpretativo que permite entender los fenómenos en su contexto natural, buscando la comprensión y la interpretación de la realidad. Su finalidad es construir modelos comprensivos de lo que se estudia, valorando a las personas juntamente con sus pensamientos, opiniones, reflexiones y su percepción subjetiva de la realidad, en relación con su contexto. Enfatiza en el conocimiento del ambiente y los aspectos que rodean a los participantes para comprender el fenómeno en toda su amplitud bajo una perspectiva holística (16)

Para nuestra investigación, se realizó un muestreo intencional para hallar a los informantes que pudieran aportar la mejor información y conocimientos para el estudio. Para ello, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Un mínimo de 2 años de experiencia dentro del centro como educador social.
2. Considerados de referencia por sus superiores.
3. Educadores a cargo de preadolescentes de entre 11 y 14 años
4. Decisión de colaborar en el Grupo Focal de forma voluntaria.

La entrevista se realizó entre un grupo de iguales, es decir, se excluyó a los miembros de dirección para garantizar la franqueza y mayor libertad de las intervenciones y la fiabilidad de los resultados. De los 18 profesionales formadores del centro, se obtuvo una muestra de 4 educadores, atendiendo a los criterios de inclusión. Como inconveniente, teniendo en cuenta el bajo número de voluntarios, tuvimos que prescindir del criterio número 1, donde se explicita el mínimo de experiencia laboral en el centro.

Por otro lado, el criterio 3, que hace referencia al rango de edad de los menores de los cuales los educadores son responsables, tampoco se pudo cumplir puesto que los

menores son organizados por plantas, atendiendo a grupos convivenciales y no por edad. Los educadores se responsabilizan de sus menores también en función de esta organización.

5.2. Entorno

El CRAE es un Centro Residencial de Acción Educativa situado en el barrio marítimo del Serrallo, en la ciudad de Tarragona. Por lo que respecta al barrio, según los relatos de los propios participantes del grupo focal y según la referencia del diario local de Tarragona (17), existen múltiples problemas convivenciales, pues suceden con frecuencia la ocupación ilegal de pisos, creando como consecuencias subsiguientes el consumo y movimiento de drogas, peleas callejeras, inseguridad ciudadana y preocupación por parte del vecindario.

En referencia a las características del centro, éste dispone de 25 plazas, actualmente cubiertas, destinadas a menores en edades comprendidas entre 4 y 18 años. El CRAE cuenta con 18 figuras formativas y una de ellas también ejerce funciones de coordinación, es decir, forma parte del equipo directivo. Por otro lado, cuentan con la dirección, una persona administrativa y 2 operarias de limpieza.

Por otro lado, el edificio del CRAE se constituye por 3 pisos, dónde se distribuyen los menores según grupos convivenciales. Se valoran características como la edad, de la misma forma que también se tienen en cuenta otras variables y singularidades de cada menor como, por ejemplo: vínculos entre hermanos, entorno del cual procede el niño/a, talante del menor, la convivencia y tolerancia entre los menores en un mismo piso, etc.

A pesar de que la organización de los menores en las plantas no se rige únicamente por la edad, la tercera planta sí es la única destinada a los menores de un rango específico de edad. En la tercera planta, o planta de autonomía, residen concretamente los menores de 17 a 18 años, donde se preparan para la salida del CRAE. No obstante, aunque se organicen por plantas, todos los niños/as y educadores comparten espacios comunes, por lo que existe un trato e interrelación entre todos los menores y educadores y se conocen entre ellos.

En referencia a la organización de los educadores, ellos son referentes de una planta y, a su misma vez, se hacen cargo de la tutorización de menores cumpliendo con una ratio no inferior al 0,15, es decir, un educador/a por cada 6 jóvenes/adolescentes, tal

como especifica la Cartera de Serveis Socials. Puesto que cuentan con 18 figuras formativas a para atender a 25 menores, cumplen con la ratio establecido.

Por otro lado, trabajan en 4 turnos, que no son rotarios, y que se corresponden al turno de mañana, tarde, noche y festivos. Existe una “libertad” de distribuir al personal en los diferentes turnos con el fin de cubrir las necesidades de los menores atendidos. De esta forma, por la mañana, tarde o fines de semana trabajan 5 educadores por turno, mientras que por la noche trabajan 2.

5.3. Variables

En este apartado se incluyen las variables recogidas en la entrevista del grupo focal, variables sociodemográficas y de formación de los participantes:

- Edad media: 28,7 años. Rango: 22-38.
- Sexo: hubo un predominio del sexo femenino respecto al masculino, con una relación de 3:1.
- Estado Civil: 2 solteros, 1 en pareja de hecho y 1 divorciado.
- Estudios/Formación:
 - Cursando estudios de Grado de Educación Social.
 - Grado en Educación Social.
 - Grado Superior de Integración Social. Cursando Grado de Educación Social.
 - Grado de Educación Infantil y Grado de Educación Social.
- Experiencia laboral
 - 8 meses de prácticas en el CRAE.
 - Centro de Acogida Mare de Déu de la Mercè, también 8 meses laborales en el CRAE.
 - 2 años laborales en el CRAE.
 - 2 años laborales en el “Proyecto: Absentismo”, 1 año en el Centre Obert y 7 años en el CRAE.

Se ha observado que, en los participantes, la variable que ha influenciado notoriamente en las intervenciones del grupo focal ha sido la variable “Experiencia laboral”, debido a que se ha asociado una relación entre menor experiencia laboral con la calidad de las aportaciones y número de intervenciones durante el grupo focal. Aun así, las intervenciones de los menos experimentados también eran de riqueza.

5.4. Instrumento para la recogida de datos

El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido el grupo focal. Se trata de una herramienta metodológica colectivista más que individualista y centrado en la pluralidad y la variedad de actitudes y en la búsqueda de reacciones, sentimientos, creencias y experiencias, las cuales no tienen por qué ser consensuadas (18).

Utilizando este método se consigue una multiplicidad de opiniones en un ambiente de interacción, uno de los elementos relevantes del grupo focal. La dinámica social producida entre los miembros activa la interacción en el discurso y la contrastación de opiniones (19), lo que ofrece mensajes de gran riqueza y datos claramente relevantes para la elaboración de nuestros resultados respecto a las necesidades percibidas de los menores.

El grupo focal es útil cuando se necesita identificar necesidades personales y comunitarias ante un suceso o hecho determinado, como es el caso de nuestro estudio (19). Dicho método no pretende generalizar los resultados de la investigación, puesto que se centra en un colectivo concreto (el CRAE) y las necesidades específicas del mismo.

El grupo focal estuvo formado por 3 educadores y 1 estudiante en prácticas. La sesión se desarrolló en una sala del centro facilitada por dirección, con una duración aproximada de 90 minutos. Al inicio de la sesión se explicó nuevamente a los participantes los objetivos y firmaron el consentimiento informado. La sesión fue grabada, lo que permitió su transcripción literal.

Por otro lado, uno de los investigadores adquirió el papel de mediador, que se incluyó dentro del círculo del grupo focal y lanzaba las preguntas. El otro investigador, adquirió la responsabilidad de anotar los datos e interacciones de los propios participantes, fuera del círculo interactivo. El grupo focal siguió el hilo conductual marcado por una entrevista semiestructurada que contaba con preguntas abiertas, cuyo objetivo era facilitar la libre expresión de los participantes.

Cabe añadir que, pese a existir un esquema semiestructurado de la entrevista, el mediador si lo consideraba necesario, realizaba pequeñas intervenciones para estimular la participación del grupo y asegurar el abordaje de todos los puntos necesarios para asegurar un consiguiente análisis de contenido lo más rico posible.

5.5. Análisis

En relación con los objetivos y el enfoque teórico de nuestra investigación, se ha utilizado un análisis de contenido temático dirigido a hallar el significado de las palabras, las expresiones y la condición de los participantes del grupo focal mediante una significación literal del texto transcrito. También se optó por este tipo de análisis puesto que se adecua a las personas más inexpertas o iniciadas a la investigación cualitativa (20), como es nuestro caso.

El análisis de contenido es un proceso inductivo-deductivo, que se basa en la segmentación del texto en unidades de sentido más pequeñas para poder agruparlas en categorías temáticas y, posteriormente, recomponerlas en una nueva unidad o marco explicitivo más amplio, que permita entender el sentido global del contenido textual (20).

Este método de análisis se inicia con una fase de preparación del corpus textual, en la que se realizó una transcripción literal de los datos auditivos procedentes de la grabación del grupo focal. De esta forma, se obtuvo un texto íntegro para realizar un análisis exhaustivo y detallado del contenido.

En segundo lugar, en la fase de preanálisis, se realizó una lectura atenta y detenida del texto para familiarizarnos con el mismo y elaborar intuiciones preanalíticas. En la fase de análisis propiamente dicha, se llevó a cabo un proceso de codificación (Anexos III y IV) y, por subsiguiente, una elaboración de categorías agrupando los códigos por similitud. Mediante el análisis de las categorías y observando las relaciones entre ellas, se empezó a dar respuesta a las preguntas de investigación.

Finalmente, se realizó una fase de contrastación o verificación en que se volvió al corpus textual para comprobar que los resultados obtenidos del análisis se correspondían con el texto original y, así, poder plasmarlos definitivamente en la redacción de los resultados.

5.6. Ética y legislación

Los educadores, participantes del estudio, fueron informados previamente sobre la metodología de trabajo, tipo y objeto de estudio.

Previamente a la realización de la sesión del grupo focal, se les entregó un consentimiento informado donde se explicitaba la descripción general del estudio, los beneficios y los riesgos derivados de su participación en el mismo y el carácter

confidencial del uso de los datos personales, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Finalmente, nos aseguramos de que la hoja de información para los participantes fue entendida, de la misma forma que los datos serían tratados científicamente y que su utilización sería exclusiva por parte de los investigadores. Se adjunta el consentimiento informado en el Anexo II.

Por lo que respecta a la presentación de los resultados, los informantes se anonimizan, dándoles nombres nuevos que no guardan relación con la realidad.

6. RESULTADOS

El análisis de los datos ha permitido describir un total de 7 categorías donde se encuentran reagrupados los datos, en formato de códigos, que se obtuvieron de la transcripción textual y el análisis de la entrevista del grupo focal. El resultado son 7 categorías fruto de la reagrupación de los códigos, donde cada una de ellas está dirigida a describir los resultados respecto a una temática en concreto.

6.1. Categoría 1: El perfil y talante de los pequeños combatientes.

El perfil y talante de los menores que residen en el CRAE es un aspecto bastante mencionado a lo largo de la entrevista. Los educadores coinciden en que las necesidades de los menores cambian en función de la edad, y que se distingue claramente el tipo de intervenciones que se dirigen al grupo de los más pequeños o a los adolescentes:

“Todos tienen necesidades que se adaptan en función de la edad” (E1)

Aun así, a la hora de trabajar con los menores, los educadores manifiestan que no es tan importante el grupo en sí mismo con el que trabajan, sino más bien las características que este presenta, es decir, el talante del grupo:

“No es tan te gustan los adolescentes o los más pequeños, sino que es en función un poco del grupo” (E1)

Los adolescentes han sido el grupo más mencionado por los educadores dentro de esta categoría, con un valor 16,2%. Se trata de un grupo que requiere de intervenciones más complejas, basadas en establecer límites y redirigir la conducta, que requieren de un abordaje más elaborado e intenso. Los educadores hablan de la necesidad de establecer un vínculo previo acompañado de una relación de confianza para poder establecer una relación mutua:

“Y luego pues se va jugando depende la actitud depende pues...quitas salidas...También depende de cómo correspondan ellos a esa libertad que se les va dando, ¿no? Si la saben aprovechar, si no...” (E2)

“Marcar límites educativos en función de la confianza que se les da y que retornan” (E3)

Conseguir una relación de comunicación con el menor, supone establecer un vínculo previo de confianza con el educador que permita al menor expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, y así liberar la carga que llevan dentro:

“Tenemos un grupo así un poco más que no se deja tan... no es tan accesible, (...) y claro tienes que crear un buen vínculo para poder compartir con ellos pues los problemas que tengan vengan a ti y tal” (E3)

Además, es conveniente mencionar la importancia de la edad de ingreso en el CRAE, pues los educadores afirman que cuanto más avanzada es la edad de ingreso, más difícil es acceder e intervenir en el menor, puesto que llevan consigo una educación, conductas y creencias muy arraigadas, difíciles de reorientar:

“Lo que pasa que claro, te vienen niños de 12-13 años que es que ya vienen con una vida prácticamente de casa hecha, ¿no? Es muy difícil corregir según... no sé... Es que ya están... Lo tiene como muy muy arraigado” (E2)

El grupo de los pequeños también es bastante mencionado, por el hecho de presentar unas características diferentes y que, por tanto, requiere un trato acorde a las necesidades específicas relacionadas con una edad inferior. El cuidado está más orientado a establecer rutinas, dinámicas y hábitos:

“Al final con los niños pequeños pues es marcar rutinas, hábitos y tal” (E2)

“Ahora que estoy con peques me gusta muchísimo, pero trabajar es diferente, es más mirar que las dinámicas vayan bien, hacerles entender el porqué de las cosas... Algo tan simple como lavarse los dientes, pues para que no salgan caries, es decir, es de todo un poco”. “Con los pequeños has de estar más encima” (E3)

Respecto al sexo, las chicas adquieren un protagonismo por encima de los chicos, con un valor de repetición de los códigos del 15,4% frente al 2,4 % respectivamente. El sexo femenino presenta un perfil diferente, caracterizado por una mayor exteriorización de sentimientos y emociones, junto con conductas demandantes de atención, relacionadas con flaquezas o carencias más visibles que necesitan de otro tipo de atención. Puntos que se desarrollan en las siguientes categorías.

Finalmente, prosiguiendo con las chicas, presentan otro comportamiento y actitudes más abiertas que se traducen en una mejor accesibilidad por parte del educador, lo que supone un mayor acercamiento y la posibilidad de poder trabajar con ellas desde una postura más cercana, cómoda y resolutiva. Los problemas son más fácilmente identificables en las chicas, pero tanto a nivel de expresión verbal como conductual:

“Porque claro, las chicas son más de hablar, de compartir más los problemas y todo eso” (E3)

“Es más fácil, yo creo, identificar en las chicas el problema que en los chicos” “Se expresan más y la conducta es más identificable que en los chicos” (E2)

“Sí. Y si se enfada uno de los chicos se ponen a jugar al ordenador, seguramente. Y las chicas seguramente van a venir a ti, va a venir a hablarte y te va a explicar las cosas” (E4)

6.2. Categoría 2: Marcados por una cicatriz del pasado.

Esta categoría ha tenido un peso y un valor inferior al resto de categorías. No obstante, se han hecho muchas alusiones indirectas a causa de la influencia que ejerce el peso del pasado en el día a día de los menores. Los educadores manifiestan que el pasado, junto con otros factores externos e internos, es el responsable del presente del menor. Son numerosos los hechos que han llevado al menor a encontrarse en dicha situación, siendo lo más destacable por parte de los educadores el abuso, el maltrato, la negligencia, el absentismo y el abandono. También mencionan situaciones de desamparo y violencia:

“La mayoría de ellos parten de una situación en que han recibido maltratos por parte de los progenitores o negligencias o abandono o...” “Maltrato. Sí... (...) ya sea mental o psicológico, físico... (...) También hay familias que, según qué progenitor, tiene discapacidad o problemas de salud mental y entonces no pueden hacerse cargo de sus hijos”. (...) “Que los han visto por la calle removiendo contenedores...”. “Madres que tienen a sus hijos, se buscan una pareja y esta pareja abusa o maltrata a los hijos” (E1)

En relación con las familias, estas son el precedente de la situación en la que se encuentra el menor. Se definen como familias normalmente desestructuradas, en las que existe un problema que les impide hacerse responsable correctamente de sus descendientes, generalmente con un perfil socioeconómico bajo:

“También hay familias que, según qué progenitor, tiene discapacidad o problemas de salud mental y entonces no pueden hacerse cargo de sus hijos”. (...) “Que los han visto por la calle removiendo contenedores...”. “Madres que tienen a sus hijos, se buscan una pareja y esta pareja abusa o maltrata a los hijos” (E1)

“Desde que van a la escuela sucios, desde que están muy delgados y no llevan almuerzo...” (E3)

“Mucho absentismo”. “Vecinos que han llamado por que el niño está solo en casa a las 3 de la mañana en el balcón. O que en una casa se oyen muchos gritos...” (E2)

“Y dos de las tres sí han recibido abuso sexual cuando eran pequeñas” (E1)

En el presente del menor, los educadores observan en primera línea las consecuencias de las vivencias del pasado. Identifican problemas en la gestión emocional, carencias afectivas, problemas de salud mental (sobre todo en los adolescentes), el desarrollo de la propia sexualidad, el consumo de drogas como mecanismo de evasión, etc. Temáticas que se esclarecerán a continuación.

6.3. Categoría 3: Una canción que habla de amor y de guerra

Como se ha visto en la categoría anterior, los menores proceden de un pasado muy complicado que ha requerido la separación de los padres. Como se desarrolla al largo de esta categoría, la separación parental, conjuntamente con las vivencias traumáticas que han sufrido, les genera en la actualidad un profundo dolor y una sensación de vacío difícil de sanar.

En primer lugar, los educadores coinciden en la dificultad que presentan los menores para permanecer tranquilos, sin hacer nada, pues esto supone que el menor se afronte consigo mismo y sus propios pensamientos, situación que quieren evitar.

“Porque son niños que tienen tanto dolor dentro que no pueden estar parados” (E1)

“No saben. (...) Estarse tranquilo, quieto y relajado también es una cosa importante para el desarrollo” (E3)

“Necesitan un llenar su vida de actividades para no pensar” (E1)

Por otro lado, como mecanismo de evasión, algunos educadores mencionan el consumo de drogas en relación con la dificultad de afrontamiento y una mala gestión emocional. En este caso, la Educadora 1 destaca el consumo de drogas, y en concreto el cannabis, como mecanismo de evasión:

“E1: ¿No tengo terapia adecuada? Pues me hincho a porros y olvido que mi vida es una mierda”. Más adelante, cuando les preguntamos por la prevención del consumo de drogas, añadía: “Por muchas charlas que les des, si tu dolor es tal que no puedes vivir con él, vas a ir a ausentarte...”

Además, la Educadora 1, añade que los menores suelen utilizar como mecanismo de defensa la proyección. En este caso, que consiste en atribuir a una persona ajena defectos o virtudes propias. Hablamos de una proyección negativa, pues esta opera otorgando a otras personas sentimientos, emociones o conductas que suponen imposibles de aceptar o difíciles de afrontar para uno mismo, atribuyendo la responsabilidad al otro para reducir el sufrimiento y la ambivalencia. Todo ello sucede en un evidente contexto de conflicto y carencias emocionales:

“(...) Todo lo proyectan, que la responsabilidad siempre es de lo demás... Que tienen mucho dolor y entonces, eso que decíamos antes, les cuesta mucho pararse a reflexionar y tal. (...) Algunos niños disocian también, para protegerse. Son supervivientes al final” (E1)

La Educadora 1 también menciona la disociación, mecanismo que también utilizan para distorsionar la realidad y, así, vivir en la fantasía de que ellos no tienen el problema, negando sus propias carencias.

A su misma vez, relacionados con la proyección y la disociación, las educadoras 1, 2 y 3 afirman que los menores distorsionan la realidad sobre su propia familia, idealizándolas sin reconocer las situaciones de maltrato, abuso, abandono o negligencia anteriores para no aceptar el dolor que les supone reconocer que sus familias les han hecho daño.

“Tienen idealizadas a sus familias, a sus padres y lo que han vivido. (...) Ellos no identifican esa situación de maltrato, al menos al principio no...” (E2)

“Bueno, y de hecho los terapeutas nos dicen que eso de alguna manera es bueno que pase, porque se sostienen en algo. Porque pensar que tus padres te han tratado mal, no sé qué, no sé cuántos... Es igual a: no me quieren. Entonces es un dolor duro” (E1)

“Claro, es un dolor tan duro que el propio mecanismo lo quiere apartar” (E2)

Todos los educadores coinciden en que este intenso dolor emocional se relaciona con el vacío que les ha generado el fracaso del vínculo parental y familiar. Además, consideran que el vínculo parental es insustituible e irreparable. Los educadores respondían así ante la pregunta: ¿Qué es lo que más os preocupa en vuestro grupo de niños?

“A mí, lo emocional y el vínculo. Porque por mucho que te lleves bien con un niño, yo creo que nunca crearemos el vínculo idóneo para poder transmitirles toda la

afectividad y toda la... Yo creo que nunca conseguiremos crear un vínculo para que puedan llenar ese vacío tan grande que les han dejado” (E3)

“(...) Si es que el vínculo parental no se puede sustituir” (E4)

“Es que, ¿Hay algo que sustituya el vínculo parental?” (E2)

Este hecho les preocupa, puesto que a pesar de que intenten establecer vínculos de confianza que les permita la accesibilidad a los menores, existe un hueco insustituible que dificulta el acercamiento, el trato y el trabajo con ellos:

“A mí me sabe mal por esto, porque si hubiera un vínculo fuerte sí que podríamos trabajar... No sé, yo creo que es el vínculo y que es irreparable por lo que ha dicho ella, que es insustituible” (E3)

Los educadores coinciden en la existencia de una relación directa entre la destrucción del vínculo parental y las situaciones del pasado y la percepción de una relación amorosa. El fracaso del vínculo parental distorsiona la concepción que el menor tiene del amor, que conduce a la reproducción de vínculos insanos, sobre todo en el caso del sexo femenino:

“Es que el vínculo parental está completamente destruido. Es decir, es un vínculo que han ido construyendo totalmente insano, y ellos ya no podrán establecer nunca un vínculo sano con nadie” (E1)

Todos los educadores refieren que, sobre todo las chicas, derivado de las experiencias traumáticas anteriores y como consecuencia de una baja autoestima, en las chicas se evidencia una necesidad de ser queridas, necesidad mencionada en múltiples ocasiones por todos los educadores.

“Buscan el afecto a cualquier precio (...) Yo creo que las chicas también expresan más esa... no sé... deseo. O expresan más esa necesidad de ser queridas” (E2)

“Porque son personas que no se creen dignas de ser queridas. Porque en la vida se han sentido queridas por los padres” (E1)

Aparece una necesidad de afecto que debe ser suplida a toda costa, adoptando conductas demandando atención por parte de los educadores:

“Y ya la ves más decaída, más... que se hace notar para que tú la veas, y vaya diciéndole: “Que te pasa...” Son más así. El perfil que tenemos ahora, ¿eh?” (E3)

Así mismo, la falta de afecto y el reclamo de atención pueden suponer un riesgo para ellas en el momento que se establece una relación amorosa o en temas de sexualidad. En las relaciones amorosas, el sexo femenino suele adoptar un rol más sumiso, reproduciendo el control, vínculos insanos y las relaciones tóxicas.

La concepción del amor en las menores es el resultado de la necesidad de ser queridas, juntamente con una serie de conductas que son normalizadas a raíz del pasado. Se evidencia un nexo sobre lo que han vivido (situaciones de maltrato o abuso) y lo que aceptan actualmente como válido. La Educadora 3, menciona la repetición de conductas que han vivido los menores una vez se encuentran en la edad adulta:

“Ya buscan perfiles como ellos, de lo que han vivido. Porque creen que es lo correcto”
(E3)

Además de intentar reproducir en el presente su pasado para subsanarlo:

“También el tema este de búsqueda de parejas para “crear mi familia ideal que no he tenido”. Entonces empiezan a buscar parejas, que es lo que decía ella antes, ¿no? Que atraen a parejas que finalmente no las ayudan, sobre todo las chicas. (...) Buscar novio constantemente” (E1)

Las conductas normalizadas, como se desarrolla en la siguiente categoría, aparecen en distintos ámbitos que condicionan la vida del menor. Estas conductas normalizadas, son también las responsables del rol que adopta el sexo femenino en las relaciones amorosas y el papel más dócil o subyugado que protagoniza la mujer:

“Claro, si mi padre me pegaba y se supone que es la persona que más me tiene que querer en el mundo, pues si alguien en la calle me está pegando pues no pasa nada, porque me quiere, ¿no?” (E2)

Finalmente, todas las carencias, conflictos y ambivalencias emocionales del pasado repercuten en el tema de la sexualidad, teniendo como consecuencia establecer relaciones tóxicas, dónde la menor es incapaz de percibir los signos que alarman sobre esa relación insana:

“Como han de pedir un chico que le quiera y como se han de hacer valorar delante de él. Quiero decir, acaban aceptando cualquier cosa porque confunden este momento con ser queridas” (E1)

Por último, dentro del ámbito de la sexualidad, los menores también utilizan la masturbación como mecanismo de evasión y, de esta manera, poder relajarse. Puesto que, como se ha mencionado anteriormente, les cuesta permanecer tranquilos, desconectar... Utilizan estrategias de evasión de forma usual:

“Después el tema de la masturbación, para calmarse física y mentalmente, utilizan la masturbación siempre” (E4)

6.4. Categoría 4: Los pequeños supervivientes, el combate diario.

Se trata de una categoría que cuenta con un peso del 16,4% respecto al peso total de categorías, ocupando el segundo puesto de importancia. De nuevo, en esta categoría se observa una influencia del pasado en las necesidades actuales del menor. Los menores presentan un gran número de necesidades, aunque en esta categoría no quedarán reflejadas las relacionadas con la salud mental ni la sexualidad, pues se abordan en sus categorías correspondientes, de la misma forma que sucede con las necesidades relacionadas con la afectividad.

En esta categoría destacan los códigos: necesidades (14,5%), creencias (14,5%), inconsciencia (11,8%), conducta (10,9%) y reorientación (16,3%), relacionados con los problemas con los que frecuentemente tienen que lidiar los educadores. En múltiples ocasiones se hace referencia a las necesidades de los menores en relación con la conducta y situaciones de conflicto, las creencias relacionadas con la noción de normalidad y la inconsciencia que presentan muchos de los menores, que perjudica su autogestión y autocuidado.

Para empezar, en referencia a las necesidades, están muy ligadas a la individualización y es que, los educadores tienen claro, que cada menor cuenta con unas necesidades específicas, por lo que sus intervenciones también deberán adecuarse a estas:

“No todos funcionan igual, no todos necesitan el mismo trato” (E1)

“Porque no hay una fórmula que digas: esto para todos. No. Cada uno pues necesita una manera diferente de intervenir” (E2)

En segundo lugar, el siguiente aspecto destacado, mencionado por las Educadoras 1, 2 y 3 son las creencias de los menores, relacionadas con la edad de ingreso en el CRAE y, por otro lado, relacionadas con el concepto asociado de normalidad. Como se ha visto anteriormente, afirman una relación entre la edad de ingreso del menor y la existencia de conductas y creencias más arraigadas, más difíciles de corregir.

Asimismo, destacan la influencia de las creencias en la forma de ver y afrontar el día a día del propio menor. Los educadores expresan la necesidad de reorientar e intervenir ante la presencia de creencias normalizadas, entendiendo una creencia normalizada como una conducta que debe dejar de percibirse como “normal” o correcta. Pues son creencias erróneas o perjudiciales para el menor, inculcadas en un pasado y que se alejan de la realidad.

“Esto porque ven conductas normalizadas que no tendrían... Bueno, es que normal no me gusta la palabra. Pero entienden en día a día como a algo que no es lo que debería de ser. (...) Y nuestra tarea es hacerles ver que por mucho que ellos vean eso como algo normal, que es lo que han visto desde que eran pequeños, que no lo es tanto. (...) Reconducir esta situación hasta que entiendan que la normalidad no es lo que han vivido hasta que han entrado aquí” (E3)

Por lo que se refiere a la conducta, los educadores destacan en diversas ocasiones el comportamiento y las conductas inadecuadas que adoptan los menores dentro y fuera del centro. Relatan que adoptan conductas histriónicas o agresivas, en busca del conflicto:

“Contenciones... A ver... Cosas que pasan... Que están y que son reales. Que no se puede decir que no pasen, porque pasan. Desde portazos, gritos, insultos” (E2)

“Agresividad, la utilizan para cualquier cosa también” (E4)

La Educadora 1, añade que son jóvenes que se sienten cómodos en el conflicto, motivo por el que lo provocan:

“Se sienten generalmente, los que tengo yo, más cómodos en el conflicto, o sea, se sienten cómodos en situaciones de agresividad” (E1)

Para afrontarlo, la Educadora 3 menciona la necesidad de reorientar y reconducir, sacando al menor de esa situación, siendo el educador como persona adulta quien se serene y mantenga la posición:

“Y se sienten generalmente, los que tengo yo, más cómodos en el conflicto, o sea, se sienten cómodos en situaciones de agresividad... Entonces intentar... A veces cuesta ¿no? Cuando te ponen en un entorno así salir del... Si te están chillando y todo esto, tú tienes que intentar calmarte y no contestar con agresividad. (...) Coge, reconduce y sácalos de esta situación dónde se sienten tan cómodos” (E3)

Otro punto es el ámbito académico. Los Educadores 1,2, y 3 expresan la dificultad de los menores para realizar algún tipo de formación. En este caso, entienden que el menor se encuentra en una situación compleja con muchos factores que lo condicionan, uno de ellos el aspecto psicológico:

“No puedes encerrarte a tener implicación en algo cuando tu cabeza no está... La tienes llena de problemas, de cosas por resolver” (E2)

En el tema académico, se añaden problemas como la falta de recursos del menor al salir del centro (desarrollado más adelante en la *Categoría 7: Un nuevo camino: a las puertas de otra realidad*) y aspectos a nivel cognitivo, limitado por la huella del pasado, según expresa la Educadora 1:

“Además que, a nivel cognitivo, a raíz de los maltratos que han vivido y, a veces, del embarazo muchos también, están bloqueados. Entonces no saben leer bien, no entienden lo que dicen, tienes capacidad analítica nula... Entonces claro ¿Cómo van a estudiar? ¿Qué provecho le sacan a esto?” (E1)

Finalmente, otra consecuencia del pasado que repercute en el presente en el menor es que están hipersexualizados. Los menores exteriorizan mucho con el cuerpo el tema de la sexualidad y lo relacionado con ella, resaltando los atributos sexuales de manera desproporcionada.

“Están hipersexualizados la mayoría de los niños” (E4)

“Grabar cosas que no deberían, bueno, no el hecho de grabarlas, sino lo que luego han hecho con esas grabaciones...” (E2)

“Y flirtear con cualquiera que se le cruce por la calle, ¿no? De una manera muy...” (E2)

6.5. Categoría 5: El magnetismo del riesgo

Sexualidad:

Como se hace referencia anteriormente, el pasado del menor ha tenido una repercusión emocional y afectiva del menor, influyendo en todas las dimensiones de su desarrollo y en todos los ámbitos de la vida cotidiana, como también lo es la sexualidad.

Durante la sesión se observa que los educadores hacen referencia a estrategias de afrontamiento desadaptativos y, a cerca de la sexualidad, se hablaba de la masturbación como mecanismo para calmarse física y mentalmente.

La Educadora 1 añade que los profesionales de psiquiatría les comentaron que se establecía una conexión entre realizar la masturbación en edades tempranas y de forma abusiva, con la posibilidad de haber sido víctima de abusos sexuales en el pasado:

“Estamos hablando de niñas (...) que seguramente, que no es normal hacerlo. Entonces desde el CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-juvenil) nos dicen que posiblemente es muy seguro que estas niñas han recibido abusos sexuales de pequeñas” (E1)

De nuevo, los educadores indican una relación entre la sexualidad, la afectividad y el pasado. Como se ha comentado anteriormente, el vínculo parental destruido, la necesidad de ser queridas y las conductas normalizadas, influyen directamente en la visión que tienen las menores a cerca del amor y, así mismo, también repercuten en la concepción de la sexualidad y las conductas sexuales.

Afirman que las chicas adoptan un rol más sumiso o subyugado respecto a los chicos, por las consecuencias del pasado y carencias afectivas que se han generado:

“Las chicas yo creo que son muy sumisas. Quiero decir, estos actos lo has de disfrutar y no es para que se aproveche otro de ti, y creo que todas o la mayoría, adoptan este papel...” (E2)

Como bien dice la Educadora 2, adoptan un rol más dócil. El resto de los educadores añaden que esto les supone un riesgo de cara a adoptar conductas sexuales de riesgo, pues esto les dificulta poder decir “no” o a afrontarse a situaciones de abuso, relaciones donde se reproduce el control, etc.

“Yo es que lo veo muy complicado el tema de la sexualidad, en general. (...) Porque son personas que no se creen dignas de ser queridas. Entonces, como se han de... Como han de pedir un chico que le quiera y como se han de hacer valorar delante de él. Quiero decir, acaban aceptando cualquier cosa porque confunden este momento con ser queridas” (E1)

Por este motivo, coinciden en que debe hacerse una educación de la sexualidad en relación con la afectividad, y que deben concebir la sexualidad como una oportunidad para disfrutar. Durante la sesión, se ha mencionado en distintas ocasiones, cuando se

trataba la sexualidad, sobre como los educadores deben hablar con sus menores para que puedan llevar a cabo una sexualidad saludable, responsable y sin imposiciones:

“No nada más en dirigirse a ellos como se ha de poner el preservativo, no sé qué... Sino también estar abiertos a tener una conversación con ellos, pues de que se han de disfrutar, que la pareja no le puede exigir, un poco también explicar el porqué del por qué lo hacen y por qué se hace (...) y en qué condiciones” (E1)

Según los educadores, las concepciones negativas sobre la sexualidad generan creencias erróneas que les limitan en la toma de decisiones cuando se vive la propia sexualidad, sobre todo a las chicas del centro. Todos ellos apuestan por establecer vínculos de confianza y disolver el tabú, las dudas y las falsas creencias sobre la sexualidad:

“Sí que es necesario que sepan cómo se pone un condón, pero si después el chaval con el que están no lo quiere utilizar, pues que ellas también puedan tener algún tipo de soporte de... Tú puedes decir que no, porque no te haga chantaje con eso... Nosotros ya les decimos” (E1)

“Pues tener estrategias para eso, para poderle explicar que cosas puede hacer socialmente y que cosas no... También el perfil de la pareja... Explicarlo todo libremente, porque ahora es un tema tabú, pues a veces no se explica” (E4)

Para concluir con lo que respecta a la sexualidad, los educadores comentan que, a pesar de que la problemática sexual siempre ha estado presente en el perfil de sus menores, las conductas sexuales son más visibles e identificables en el sexo femenino, puesto que el hecho de tomar anticonceptivos, las conductas de riesgo o un embarazo es mucho más visual en una chica:

“Bueno en las chicas ha habido durante estos últimos años el tema sexual. Claro también porque ellas se pueden quedar embarazadas. Pero seguramente los chicos han tenido relaciones sexuales sin preservativo. Por lo tanto, sería lo mismo, pero se ve diferente, ¿no? Es más visual en las chicas porque ha habido...se han tenido que hacer algunos abortos, se toman anticonceptivos, se dan preservativos...” (E1)

Al largo de toda la sesión del grupo focal, confirman los siguientes problemas en el centro como son: embarazos no deseados, abortos, relaciones sexuales de riesgo (relacionadas con la búsqueda desesperada de afecto y la concepción distorsionada de la sexualidad), así como infecciones de transmisión sexual. El tema más

mencionado en la prevención ha sido el de las relaciones de riesgo e infecciones de transmisión sexual:

“Tienen relaciones con gente que ya... Que no saben si tienen enfermedades o no...”
(E3)

Es un tema que también les resulta difícil de gestionar, puesto que a pesar de que se les da anticonceptivos antes de las salidas y algunas tomen anticonceptivos hormonales, siempre cabe el riesgo de que asuman una conducta irresponsable.

Finalmente, la educadora 3 asegura que el tema sexualidad no se aborda lo suficiente en los menores más jóvenes. Solo se profundiza en los adolescentes que residen en el piso de autonomía:

“Con las adolescentes, quizá en autonomía más. Quizá, con las nuestras este tema que yo creo que no lo estamos abordando lo suficiente” (E3)

Es más, al final de la sesión, los mismos educadores, tras la reflexión afirmaron que sería interesante que el papel de la enfermera se dirigiera a impartir talleres o actividades formativas acerca de la afectividad y la sexualidad, diferenciando las informaciones en dos grupos: menores abusados y menores con discapacidad.

Destaca la vulnerabilidad de las menores con discapacidad, puesto que por no entender la información y llevar un mal manejo de esta, llevan a cabo relaciones de riesgo, embarazos precoces, etc:

“Algunas tienen discapacidad y entonces... (...) Cuando hablas con ellas sí se nota mucho... Discapacidad cognitiva... ¡Pero bueno ostia es que después estas son las que a lo mejor pueden quedarse embarazadas!” (E1)

Por otro lado, destaca la complejidad y la necesidad de tratar la sexualidad con las menores que han sido abusadas sexualmente, ya que tienen el tema completamente distorsionado:

“Dos de las tres si han recibido abuso sexual cuando eran pequeñas. Entonces eso hace que tengan totalmente distorsionado este tema” (E1)

Los cuatro educadores coinciden en la necesidad de profundizar en la temática de la sexualidad, en concreto en estos grupos, pues carecen de talleres individualizados y de formación específica, tanto dentro como fuera del centro o en otras instituciones. Los Educadores 1, 2 y 3 refieren que en la escuela solo se realiza intervenciones de

sexualidad, sin abordar la relación sexualidad-afectividad. Creen necesario abordar la parte afectiva y emocional dentro de la sexualidad:

“Porque supongo que en los institutos también van muchas veces a hacer charlas sobre sexualidad. Y yo creo que lo que se explica allí son los métodos anticonceptivos, eh... Tal y cual... (...) A parte que, si quieres captar su atención y tal, creo que... De que sea tan teórico... Bueno, al final eso... Ya se lo decimos, lo escuchan... preservativo, tal. Pero luego está la otra parte... (Refiriéndose a la parte afectiva)” (E2)

“Eso es muy importante. Lo otro ya lo saben” (E1)

Consumo de tóxicos:

La siguiente vertiente tratada en esta categoría, es el tema del consumo de tóxicos. Este tema es mencionado por los educadores con un valor de 52% ante un 48,1% en el ámbito de la sexualidad. Ahora bien, a pesar de que haya sido más mencionado, niegan sentir más preocupación por este tema, en vista de que disponen de más recursos, a diferencia de las problemáticas relacionadas con la sexualidad, para prevenir estas situaciones.

Comentan que el centro dispone de una profesional a la que recurrir, donde se derivan los menores en cuanto se detecta un consumo de drogas: *“Se hacen analíticas tanto de droga como de enfermedades de transmisión sexual. (...) Cuando hay consumo se intenta recurrir a algún recurso” (E2)*

Nos explican que este recurso consiste en terapias o charlas que imparte una profesional que utiliza una metodología muy cercana y basada en concienciar a cerca del consumo, más que en erradicar: *“Porque además hace una intervención que no es desde erradicar el consumo, sino desde hacer un consumo responsable. (...) No es partidaria de erradicarlo sino de que lo conozcan, que sepan lo que están consumiendo, que sepan pues los efectos, lo que les puede pasar, ¿no?” (E2)*

En general, los educadores coinciden en que la terapia es efectiva y tiene una buena repercusión en el menor, pero exclusivamente si existe voluntad por parte de éste, tanto de asistir a sus terapias como de prestar atención y estar predispuesto al cambio:

“Trabajan no sé, hablan muy bien de ella y yo creo que... Que si realmente tiene un mínimo de voluntad y... yo creo que sí que funciona” (E3)

Cabe destacar que en muchas ocasiones se encuentran con menores que se niegan a acudir o en muchos casos se escabullen. Insisten reiteradamente que si la terapia es impartida por obligación, claramente no funciona. Por lo que respetan mucho la voluntad de los menores:

“Entonces claro, tu tampoco los puedes coger y venga. Respetamos mucho también la voluntad de los nenes dentro de lo que se puede. En sentido de... (...) No funciona, no puedes obligar si una vez allí, encima no escuchará” (E3)

En cuanto a la edad y la frecuencia de consumo, los educadores comentan que el consumo de tóxicos se da en menores de edades entre los 14 y 17 años y, en la mayoría de los menores, se da en un contexto de consumo esporádico.

“Puede ser, si fueran 10, 1 o 2 son los que siempre, y el resto esporádico. Pero que se salve, puede ser 1 o 2 también” (E3)

Añaden que el consumo de tóxicos es inherente al perfil de los adolescentes. Afirman que el 85% de los adolescentes consumen, pero que solo a cerca del 10-20% lo hacen de forma recurrente o en un contexto de drogodependencia.

Con respecto a los tipos de drogas que se consumen, los educadores destacan que el consumo de cannabis es superior respecto a las demás drogas. Refieren el consumo de otro tipo de drogas, aunque con menos frecuencia y en casos más concretos. Mencionan alguna otra droga como la cocaína de forma puntual durante la sesión.

“Tema drogas... Porros sobre todo... La marihuana ahora es bastante recurrente la verdad. (...) Cuando llegan de aquí de una “escapolida” o algo así, siempre se le hacen análisis y tal, y ha habido personas pues que han dado positivo en casi todas las drogas” (E4)

“Durante estas estancias, es lo que decía ella, al estar fuera del centro se les hace un análisis y sale positivo en todo” (E1)

En último lugar, los educadores expresan que el consumo coincide claramente con las salidas que se les permite realizar del centro y la dificultad que les supone controlar el consumo de drogas una vez ponen el pie fuera. Recalcan que, además, los problemas convivenciales del barrio y la ocupación ilegal de pisos, facilita el consumo y movimiento de drogas entre los menores. Admiten que el contexto residencial y el barrio en el que se encuentra el centro puede facilitar o incitar a conductas de riesgo:

“También importante de dónde la obtienen. Hay muchas chicas que van... Yo te doy esto, te doy tanto dinero... Ahí ya entra dinero, sexo... Es que es mucho más complejo de lo que parece. No es: me drogo, vienes, charla y ya está... Si no que también claro tienen paga semanal, y es que a lo mejor van allí y les dicen: te doy droga, me pasas esto de aquí a allí y, a parte, de doy dinero. Claro, ya los tienen pillados. No es tan fácil, es muy difícil. Y es lo que dice mi compañera, nosotros hacemos hasta dónde llegamos, pero cuando ponen el pie fuera...” (E2)

6.6. Categoría 6: La batalla contra la Salud Mental

En esta categoría se describen los principales problemas relacionados con la salud mental y la preocupación que expresan los educadores ante esta situación. Sin duda, la salud mental es uno de los problemas más mencionado y prevalente. Los educadores al largo de la sesión expresaron su preocupación, identificando la salud mental como uno de los problemas más importantes. No obstante, admiten que es una problemática en la que se ven limitados, y abordan hasta donde les permite sus capacidades como educador.

“Porque claro, nosotros al final psicólogos no somos. Hacemos el acompañamiento emocional que nosotros en nuestra carrera nos han enseñado, pero llegamos hasta cierto punto” (E3)

“Salud mental también, pero bueno esto es una cosa que, al fin y al cabo, medicación y...” (E4)

Los menores presentan con una alta prevalencia problemas de salud mental, hecho que los educadores relacionan como consecuencia de todas las experiencias traumáticas del pasado. Por ejemplo, la Educadora 1 hizo una alusión directa a los problemas de salud mental. Cuando se hablaba de afectividad y el vínculo parental añadió:

“Porque es que no están ya cerebralmente, mentalmente, ya no... Ya están cascados. Por eso también desarrollan muchos trastornos mentales” (E1)

Destacan entre las enfermedades más prevalentes la deficiencia intelectual, el insomnio, la hiperactividad, la bipolaridad, esquizofrenia, depresión y el trastorno límite de la personalidad.

En esta categoría los códigos más mencionados fueron: medicación (40,8%) y terapia (10,2%). Destacaron la resolución de los problemas de salud mental, con una tendencia a la sobremedicación y, en ocasiones, sobrediagnóstico:

“Sí, sacan hiperactividad por debajo de las piedras... Al final todos les da igual. ¿Qué tienes algo? Toma medicación y vas medicado por la vida y ya está. (...) El tema del insomnio también es un tema que se habla poco y el CSMIJ lo único que hace es dar Melatonina y venga a dormir, y ya está” (E4)

“Sí, sí, lo resuelven así: con pastillas” (E3)

El abordaje de la salud mental por parte del sistema de salud y la administración pública es bastante criticado por los educadores. Comentan que no se dispone de un sistema que cuente con intervenciones eficaces. Además, relacionan la tendencia a sobremedicar con la falta de una terapia psiquiátrica o psicológica coadyuvante:

“Y también muchas veces es la tendencia de sobrediagnosticar ¿Hiperactividad? Pum, pastillitas. Y que a lo mejor sí que las necesitan, pero claro si en paralela no le das una terapia X, pues bueno... Queda cojo” (E3)

“Pero debe haber también en paralelo un tratamiento terapéutico que no se les está ofreciendo, como tal”. “(...) El CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-juvenil) va colapsadísimo. Entonces, muchos tienen una visita al mes, una visita cada 2 meses... como mucho. ¿Y eso qué? Media hora, tres cuartos de hora... No tienen ni para establecer una relación de confianza con el terapeuta ni... Yo pienso a veces, que el CSMIJ es igual a: absurdo” (E1)

Por otro, una preocupación persistente en los educadores es la inconsciencia traducida en la falta de adherencia al tratamiento que presentan los menores por lo que respecta al cumplimiento del tratamiento farmacológico. Los educadores son quienes tienen que estar constantemente pendientes para conseguir su cumplimiento:

“Creo que a veces tampoco son muy conscientes de la necesidad de tomársela, porque si tu no se las das...” (E2)

“Incluso hay que dicen que no la necesitan” (E3)

Expresan reiteradamente durante la sesión la preocupación por falta de adherencia al tratamiento, pues que una vez que el menor salga del centro, en la mayoría de los casos dejan de tomarla y eso les causa una gran inestabilidad que puede derivar a un brote:

“¡Claro, brotan! Y esto ya no... Si ellos mismos no son capaces de medicarse... (...) El problema es que cuando cumplen 18 años muchos niños... ¡Pum! El sistema está así... Fuera. No tienes a ningún adulto que te diga: “oye, recuerda que te tienes que tomar la medicación, que te hace bien. (...) Después de los 18 seguramente no habrá continuidad de eso que se les ha recetado. Entonces, todo lo que has hecho...” (E3)

Los educadores expresaron la dificultad y limitaciones que sienten para gestionarla. Actualmente, se encuentran en una situación en la que no saben realmente como enfocar la atención y el cuidado, se encuentran sin recursos por parte del sistema y con una insuficiente formación:

“Porque claro, nosotros al final psicólogos no lo somos. Hacemos el acompañamiento emocional que nosotros a nuestra carrera nos han enseñado, pero llegamos hasta cierto punto” (E3)

“Aquí nosotros podemos hacer tarea de acompañamiento, de sostén emocional y no sé qué... Pero debe haber también en paralelo un tratamiento terapéutico que no se les está ofreciendo (...)” (E1)

Además de que el tratamiento terapéutico no es el suficiente, también se suma la negativa de los menores a acudir a CSMIJ, lo que hace más difícil el abordaje:

“Los adolescentes muchas veces se niegan a ir también... Entonces no hay tratamiento terapéutico adecuado. Pero claro, a nivel económico no se puede pagar a alguien privado más de una vez por semana. Entonces queda como colgado” (E1)

En definitiva, los educadores sienten que la salud mental es de difícil abordaje por las limitaciones existentes. Reflejan problemas como el abordaje incorrecto de la medicación, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico relacionado con la inconsciencia de los menores, y terapias escasas o insuficientes. Añaden que los centros o el sistema de salud mental tampoco responde correctamente a las necesidades de los menores:

“No da respuesta a sus necesidades... Pero en casi ningún caso” (E4)

6.7. Categoría 7: Un nuevo camino: a las puertas de otra realidad

Por lo que se refiere a la sociedad, considerada como un condicionante en la evolución y progreso del menor, la Educadora 1 y 3 expresan que la mayoría de los menores proceden de un ambiente socioeconómico bajo. Agregan que, además, los

menores cuando salen del centro a los 18 años se encuentran con un sistema y una sociedad que no les facilita la inclusión:

“Los padres, la mayoría, tienen un perfil socioeconómico bajo. Ya es gente que está excluida socialmente, gente que ya presenta dificultades y, claro...” (E3)

El perfil socioeconómico bajo de las familias de las que proceden y la falta de recursos de los menores al salir del centro (tanto económicos como de apoyo), conduce a que muchos menores reproduzcan situaciones similares a las de sus progenitores:

“Acaba siendo un perfil de gente que sus hijos también acaban aquí... (...) De hecho, tenemos algún caso de hijos que los padres han sido menores tutelados.” (E3)

En diversas ocasiones se menciona la exclusión social y las dificultades que presentan los menores en integrarse en la sociedad una vez han cumplido la mayoría de edad. Hablan de un “bucle”, una “rueda viciosa” de la que les cuesta salir y en la que consideran que la sociedad se mantiene pasiva y no contribuye a que el menor subsane su situación:

“Una rueda viciosa” (E1)

“Una rueda muy fea y que nadie hace nada...” (E3)

Asimismo, todos los educadores aluden a la estructura y funcionamiento del sistema de protección, criticando la falta de recursos y de apoyo con la que se encuentran los menores cuando se ven obligados a marcharse del centro:

“Llegan a los 18 años y se largan, porque es sistema así nos lo dice y... ¿A dónde van? ¿Qué hacen? Porque un chaval de 18 años... Cuando yo tenía 18 años no estaba preparada ni de coña. Y bueno, yo tenía un sostén familiar, ellos no tienen nada. Muchos de ellos no tienen a una familia dónde retornar que los pueda acompañar y eso me preocupa” (E1)

La Educadora 1 y 2, añaden que el hecho de conseguir un piso al cumplir los 18 años es un factor favorecedor para el futuro del menor y, en caso contrario, propicia una situación más complicada o desfavorable:

“Los que no tienen oportunidad de piso y no tienen recursos de relación, ya sea familiar, pues acaban un poco perdidos” (E2)

Señalan la dificultad con la que se encuentran los jóvenes al salir el CRAE para mantenerse, en relación con la obtención de una paga, de un piso, y la dificultad de

conciliarlo con los estudios, por lo que muchos de ellos acaban sin tener ningún tipo de formación.

Por otro lado, todos los educadores mencionan la influencia de los estereotipos presentes en la sociedad a cerca de los menores tutelados.

“Es un estereotipo que vas a llevar... Un prejuicio ante cualquier sitio donde vayas a trabajar y tal” (E2)

Afirman la existencia de prejuicios e ignorancia acerca de los menores y el concepto de CRAE, que repercuten en la autoestima de los jóvenes. La sociedad desconoce por qué entran en el CRAE, lo relacionan con la justicia o con un sistema penal, juzgando y considerando a los menores como culpables de su propio ingreso. Además, los Educadores 3 y 4 apuntan a la prensa sensacionalista por haber distorsionado y herido mucho su imagen:

“Que también existe mucha ignorancia de que es un centro de menores. La gente piensa que es algo relacionado con justicia, y no” (E1)

“Como que los niños tienen la culpa, y estos niños están aquí por los padres, no por los niños. O sea, hay un concepto súper erróneo de esto” (E3)

Para concluir, los educadores nos hablan sobre la evolución de los menores durante el trascurso de su residencia en el CRAE. Afirman que, en muchos casos, el menor cae de nuevo en un ambiente desfavorable al salir del centro por la falta de recursos y apoyo, sin disponer de un piso o un trabajo o estudios. Eso les conduce a un futuro incierto, a veces poco esperanzador:

“Pero hay otro que después sabes de ellos y dices hostia. En la calle, alcoholismo, viviendo en casas de ocupas, embarazadas...” (E1)

A su vez, destacan que también se observa un notable progreso en muchos de sus niños, a pesar de que el porcentaje pueda ser inferior. Recalcan la importancia de reconocer estos casos:

“Hay un porcentaje, por mucho que sea un pequeño porcentaje, que sí que tira hacia delante y eso lo que intentaríamos hacer crecer” (E3)

También mencionan factores que influyen en la evolución del menor, como por ejemplo la edad de ingreso en el centro o el tipo y calidad del vínculo que establecen con el educador. La Educadora 1 y 3 mencionan que es muy importante establecer un

buen vínculo con el menor, puesto que éste es el que les permite acercarse y tratar con ellos. Finalmente, esto se traduce con una buena evolución del menor:

“Y sí que hay un porcentaje pequeño que yo creo que son los que han conseguido vincularse más estrechamente con algún educador, que después de los 18 años sí que han tirado hacia delante, en un piso... Ves que están estudiando o se han puesto a trabajar...” (E1)

“En cuanto a la evolución, veo como muchas niñas acuden a ella (E1) y le preguntan cosas, como, pues como si fuese su madre, ¿sabes? No sé, tiene vínculos muy bonitos con las niñas y eso es faena se ha trabajado ella aquí. Pongo su caso porque es... Y creo que si hay evolución” (E3)

7. DISCUSIÓN

Tras la obtención de los resultados y el análisis de los mismos, observamos que el perfil de los menores del CRAE se caracteriza por su complejidad, debido a la historia de desarrollo y la fuerza que ejerce el entorno y la sociedad en los mismos. Este contexto, nos recuerda la teoría de Johnson y su Modelo del Sistema Conductual.

Desde la perspectiva de Johnson, los menores acogidos en centros residenciales entendidos como un sistema, se componen por diferentes subsistemas o vertientes que se han visto alteradas por la fuerza del pasado. Este pasado se entiende como el elemento estresante básico que ha vulnerado su equilibrio y que, junto con la situación de dificultad social, suponen un reto adaptativo para el menor.

Esta alteración será positiva en el caso de que el menor adopte una actitud adaptativa y consiga lidiar con las múltiples fuerzas (tanto internas como externas) que lo están desequilibrando. Contrariamente, puede tener una repercusión negativa de carácter destructivo si el menor permanece en un estado de tensión, optando por mecanismos y conductas desadaptativas, como se detalla a lo largo de la discusión.

7.1. Características de los menores del centro

Según los resultados de estudio, el grupo de los adolescentes es el que despierta mayor preocupación entre los educadores entrevistados. De la misma forma, encontramos en las referencias bibliográficas (5,18) que la población adolescente dentro de los centros residenciales preocupa especialmente a sus educadores, pues cada vez ingresan más adolescentes, y con más problemas de conducta.

Además, también es importante establecer límites educativos y redirigir las conductas ante este colectivo, adaptando las intervenciones según las necesidades de cada menor. Es imprescindible establecer un buen vínculo con los menores, pues se traduce en una evolución progresiva positiva (2, 5, 15, 16).

Por otro lado, las chicas adquieren mayor protagonismo frente a los chicos, manifestando un comportamiento y actitudes más abiertas. Esto facilita la identificación de problemas respecto a los chicos, puesto que presentan una mayor expresión, tanto verbal como conductual.

En último lugar, mencionar que los niños y adolescentes del CRAE proceden de situaciones de desprotección y negligencia. La mayoría proceden de familias desestructuradas y de una situación de carencia, en las que no se podía suplir las

necesidades del menor. Antecedentes que se corresponden con las referencias consultadas (2, 5, 13).

7.2. Necesidades afectivas: el pasado relacionado con la afectividad y la regulación emocional

El pasado de los menores unido a factores internos (factores de vulnerabilidad) y externos, como el entorno (factores de riesgo) del menor, son los elementos que constituyen el presente del menor, y sus problemáticas (5).

La separación familiar y las experiencias traumáticas del pasado han generado un profundo dolor, una sensación de vacío en sus menores y la aparición de importantes repercusiones tanto en la parte afectiva y emocional del menor (produciendo secuelas emocionales), como en la vertiente cognitiva y conductual (2,5). El dolor y las afecciones emocionales se han generado por el fracaso del vínculo parental y familiar (2,5,17). Asimismo, según los estudios de Jorge F. del Valle (5) la teoría del vínculo del apego explica los problemas derivados del fracaso de los vínculos en la infancia.

El fracaso del vínculo parental y el pasado también se identifican como factores que han conllevado a una concepción del amor y de la sexualidad distorsionada, condicionada por creencias y conductas normalizadas a raíz de situaciones de maltrato o abuso. Esta situación les conduce a la reproducción de vínculos insanos y desorganizados (1,2,17).

Dentro del grupo de las chicas del centro, estas muestran una necesidad de ser queridas, buscando el afecto y la atención a cualquier precio. Si bien es cierto que no hemos encontrado bibliografía que especifique lo anterior, sí que esta situación se podría explicar mediante la teoría del vínculo del apego (5).

Por otro lado, este colectivo tiene menos habilidades adaptativas (17), por lo que conlleva a conductas desadaptativas, relacionadas con las limitaciones en la regulación emocional (3).

Los menores del centro recurren a mecanismos de defensa como consecuencia a las limitaciones que presentan en el procesamiento y regulación emocional, como son: ocupar todo el tiempo posible con actividades, consumo de tóxicos, masturbación temprana y recurrente, proyección hacia los demás, disociación de la realidad y distorsión de la concepción sobre la propia familia.

A pesar de objetivar problemas desadaptativos y de regulación emocional presente en la bibliografía (3,17), no hemos encontrado una referencia que especifique los mecanismos adaptativos o de defensa.

7.3. Problemas identificados presentes en la realidad del menor

- Problemas de conducta y situaciones de conflicto:

Los menores manifiestan conductas inadecuadas, violentas o histriónicas, en busca del conflicto, pues se sienten más cómodos en este tipo de contexto. Dentro del centro describen situaciones de gritos, agresividad, portazos e incluso a veces contenciones. Fuera del centro los problemas de conducta y los conflictos también están presentes (1, 5, 18).

Cabe añadir, que fuera del centro tienen lugar conductas inadecuadas y/o desadaptativas, relacionadas con el consumo de tóxicos, movimiento de drogas, conductas sexuales de riesgo... Por otro lado, los problemas conductuales y las conductas de riesgo también se ven influenciadas o inducidas por los problemas convivenciales del barrio y la ocupación ilegal de pisos (23). Por lo que el barrio y el entorno ejercen una importante influencia en este ámbito.

Mayoritariamente estos conflictos vienen dados por la situación de dificultad social e inadaptación del menor (18). Además, sus limitaciones en la regulación emocional pueden exacerbar o dificultar la adecuación de sus respuestas conductuales. Según los resultados obtenidos, cada menor requiere de distintas estrategias individualizadas para redirigir la conducta de forma efectiva.

Para concluir, los problemas conductuales no han sido considerados como una problemática primordial, a diferencia de otros estudios (2, 5, 18). Los conflictos relacionados con el consumo de tóxicos, la sexualidad y la salud mental cuentan con una mayor relevancia.

- Creencias normalizadas y la noción de la normalidad:

Los menores del centro cuentan con creencias muy arraigadas, así como conductas normalizadas, desacorde con las normas y convivencia de la sociedad. Estas conductas normalizadas, tienen una repercusión directa en la aparición de problemas, así como en el transcurso, la adaptación y evolución durante la estancia en el CRAE.

La edad de ingreso es relevante, pues cuanto mayor es el menor, más creencias y conductas arraigadas presentan, difícilmente modificables. El impacto emocional y psicosocial está relacionado con la edad del menor (2), por lo que una edad de ingreso avanzada se relaciona con mayores dificultades en la evolución del niño.

- Problemáticas de índole sexual:

Un ejemplo de creencia normalizada es la presente en las chicas con antecedentes de maltrato o abuso. La sexualidad y la conducta sexual del menor es la expresión de la concepción distorsionada que tienen sobre el amor, la normalización, la baja autoestima y la necesidad de recibir afecto.

Las concepciones negativas sobre la sexualidad, sobre todo en las chicas, generan creencias erróneas que les limitan ante la toma de decisiones en la sexualidad y evitar situaciones de abuso. Las situaciones abusivas toleradas a consecuencia de una creencia normalizada, impide a las menores identificar los signos de alarma de una relación tóxica o insana.

Según los resultados de estudio, la conducta sexual de riesgo es un problema inherente al perfil de estos menores. En el ámbito de la prevención, las relaciones sexuales en los menores acogidos en un centro residencial se inician de forma más temprana respecto a la población general. Esta variable de inicio de edad temprana en la sexualidad también aumenta el riesgo de practicar relaciones sexuales de riesgo (26).

Es necesario destacar la búsqueda desesperada de parejas (especialmente en las chicas) y las relaciones sexuales habituales como una práctica muy común. Existe la necesidad de una interacción sexual agradable, caracterizada por el afecto en el sexo, la atracción, el deseo y el enamoramiento (6).

Por otro lado, en referencia a la masturbación, algunos de ellos llevan a cabo una masturbación abusiva temprana, lo que podría relacionarse con la posibilidad de que el menor haya sufrido abuso sexual. Esto se debe a la estrecha relación entre la afectividad y la sexualidad (6).

Finalmente, basándonos en los resultados obtenidos, la educación afectivo-sexual que se lleva a cabo en los más jóvenes es insuficiente. Todos los educadores concuerdan en la necesidad de realizar intervenciones afectivo-sexuales que sean capaces de

reestablecer el concepto de sexualidad en los menores, entendiéndola como una sexualidad saludable, responsable y sin imposiciones.

Para concluir, esta necesidad podría ser asumida por enfermería llevando a cabo intervenciones educativas basadas en realizar talleres o actividades, para educar acerca de la sexualidad y afectividad como un conjunto. Es importante individualizar y adaptar el nivel educativo según sus necesidades cognitivas, afectivas y sociales (5, 16) acorde con el perfil de los menores del CRAE, enfatizando en 2 grandes grupos: menores abusados y menores discapacitados.

- Consumo de tóxicos:

La edad de inicio de consumo en los jóvenes del centro se establece entre los 14 y 17 años. Cada vez se consume en edades más tempranas, y destaca el cannabis como la droga de consumo más prevalente (16). El resto de las drogas son menos frecuentes y el consumo se produce en casos más concretos y esporádicos. No obstante, en algún caso se produce el policonsumo.

Una observación que debe ser reflejada, es la nula mención que se ha hecho acerca del consumo de alcohol. Analizando la situación, por un lado, valoramos la posibilidad de que no se haya mencionado por ser la droga más normalizada y que, en ocasiones, no se reconoce como tal. Por otro, podría considerarse que, a pesar de existir un consumo de alcohol, el consumo de cannabis fuera mucho más preocupante, eclipsando el diálogo del grupo focal.

Finalmente, el consumo de tóxicos, a pesar de ser una temática muy mencionada, no es la que más les preocupa a los educadores, pues afirman disponer de algunos recursos de apoyo para gestionar esta situación, a diferencia de lo que sucede en el ámbito de la sexualidad.

- Problemas de Salud Mental:

Sin duda, la salud mental ha sido uno de los problemas más destacados, pues la prevalencia de estos problemas cada vez es superior (5). Los educadores declaran sentirse limitados para abordar problemáticas de esta índole, pues se escapa de las competencias y capacidades propias de un educador. A su misma vez, se sienten desbordados, ya que consideran que el sistema no está gestionando los casos de salud mental de forma resolutiva (16,18).

En relación con lo anterior sobre la ineficacia del sistema de salud, actualmente existe una tendencia hacia el sobrediagnóstico y la sobremedicación, que se aleja de una solución real del problema (16, 18). La medicación profusa de los problemas de salud mental y los trastornos psicosociales, suponen un riesgo para la salud de los menores y tan solo revela la incapacidad de aportar soluciones vitales por la abulia profesional y del sistema (18).

Finalmente, resaltar la falta de adherencia al tratamiento, íntimamente ligada a la inconsciencia e imprudencia de los menores y la inexistencia de terapias eficaces que les ayuden a ser partícipes de su propio proceso de enfermedad.

- Alteraciones cognitivas:

En algún caso, a nivel cognitivo, como consecuencia de situaciones de maltrato en la infancia o por maltrato prenatal en el proceso de gestación, sufren alteraciones cognitivas como bloqueos, escasa o nula capacidad analítica, mala comprensión lectora, dificultad en la elaboración y comprensión del lenguaje, etc. Los rasgos cognitivos influyen directamente en las dificultades dentro del ámbito académico (2).

Según el doctor Pérez Romero, los menores dentro de medidas de acogimiento residencial pueden presentar un déficit neuropsicológico relacionado con la memoria visual, la capacidad de atención, el sistema de control e inhibición de respuestas (17).

7.4. Problemas relacionados con la inclusión social

- Dificultades en el ámbito académico:

En referencia al ámbito académico, los niños y jóvenes presentan dificultad para llevar a cabo algún tipo de formación o acabar sus estudios. Las dificultades académicas están influenciadas por la compleja situación emocional y sociofamiliar en la que se encuentran (2). Las limitaciones cognitivas y las dificultades en la regulación emocional suponen un obstáculo en la gestión de su situación y en el ámbito académico.

Un porcentaje muy reducido de los menores consigue finalizar estudios superiores o un grado universitario (17), debido a la falta de motivación, las limitaciones en el procesamiento emocional, la falta de recursos y apoyos para mantenerse al cumplir los 18 años y compaginar la vida laboral y académica (2,6).

Por último, la exclusión social supone una dificultad añadida (2), pues cuentan con menos oportunidades. La falta de estudios también incrementa el eco social de los prejuicios y estereotipos hacia este colectivo.

- Exclusión social:

El perfil de los menores y la compleja situación que le acompaña los convierte especialmente vulnerables ante el riesgo de caer en exclusión social (19). La sociedad es un factor condicionante en la evolución y posibilidades de futuro del menor, en la que la infancia bajo protección es considerada como uno de los componentes más débil y vulnerable del sistema (6).

Los jóvenes tutelados se encuentran en una situación permanente de dificultades y problemas que les obstaculiza poder llevar una vida normalizada (6). La mayoría de los menores, debido a las numerosas condiciones a las que están expuestos, se enfrentan a un futuro incierto, en la mayoría de los casos desesperanzador (19). La pérdida de apoyo económico, educativo y afectivo una vez salen del centro son factores clave que determinan la trayectoria del menor.

Además, en ocasiones, no están preparados para ser independientes y se ven comprometidos por: la falta de estudios, de recursos económicos y de vivienda, las carencias e inestabilidad emocional, la inexistencia de una red de apoyo y la exclusión del mercado laboral (también influenciada por su imagen estereotipada) (6,19).

En contraposición, destacar que también existe un porcentaje de menores inferior, aunque no menos relevante, que realizan un notable progreso y completan una correcta transición hacia la vida adulta (19).

- La alarma social y la imagen estereotipada de los menores

Actualmente y desde tiempos pasados, existe una creciente alarma social asociada al sistema de protección a la infancia en situación de desamparo, basada en una concepción errónea de los menores que residen en un CRAE. Una imagen enjuiciada que señala a los menores del CRAE como una juventud extraviada, desconociendo el motivo de ingreso en el centro y relacionándolos con el sistema penal.

Los presentes estereotipos y estigmas asignados a este colectivo están motivados por los prejuicios y la falta de conocimiento de la ciudadanía. Además, la prensa sensacionalista es un factor agravante de esta situación, distorsionando su imagen y alejándola de la verdadera realidad.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, la principal limitación fue el hecho de no poder trabajar directamente con los menores del centro, por encontrarse bajo protección. A pesar de ello, consideramos que la identificación de necesidades ha sido eficiente y fidedigna gracias a las aportaciones de los profesionales, que nos otorgan una perspectiva técnica y experta que la enfermería desconoce. Entendemos que el trabajo se ha visto favorecido y enriquecido por una perspectiva multidisciplinar.

En segundo lugar, no pudimos cumplir con el criterio 3 de inclusión, que establece que los educadores que participarían en el grupo focal son responsables de preadolescentes de entre 11 y 14 años, puesto que los educadores se organizan por plantas y no por edades. Las plantas se organizan por grupos convivenciales, por lo que no pudimos cumplir con un rango específico de edad.

No obstante, los educadores aseguran conocer a la mayoría de sus menores, sin discriminar por edades. Además, tras finalizar el trabajo, valoramos que una perspectiva más amplia, por lo que se refiere a la edad, ha aportado más riqueza a los resultados para poder valorar sus necesidades.

Tampoco pudimos cumplir con el criterio 1 que hace referencia a la experiencia laboral del educador mínima de 2 años en el centro, pues quisimos respetar la decisión de colaborar en el estudio de forma. El número de educadores que se presentaron fueron el mínimo establecido, sin poder llevar a cabo una elección selectiva según los criterios de inclusión.

La imposibilidad de acotar la investigación en un rango de edad concreto y desconocer la necesidad prioritaria para focalizarnos en la misma, ha conllevado un trabajo más extenso que ha permitido realizar una investigación con más profundidad en diferentes aspectos y un análisis más detallado y cuidadoso.

Si bien, el estudio muestra resultados importantes similares a los presentados en otros estudios, entendemos que la muestra no es lo suficientemente representativa para extrapolar los datos.

9. CONCLUSIONES

El perfil de los niños y niñas, jóvenes y adolescentes del centro, se caracteriza por su gran complejidad, cuyo pasado ha sido claramente desventajoso y ha supuesto un elemento básico perturbador de su equilibrio. Se trata de menores que se encuentran en una situación de dificultad social y que, junto a la imperiosa fuerza ejercida por las experiencias traumáticas del pasado, pueden verse entrelazados en situaciones o episodios de inadaptación.

Los procesos y consecuencias que proceden de la psicopatología del desarrollo, unidos a la situación de inadaptación y de dificultad social, representan los factores principales que vulneran los sistemas cognitivos, emocional-afectivos, psicológicos, conductuales y sociales del menor.

Las alteraciones en las múltiples esferas del menor influyen en la adquisición de conductas y comportamientos desadaptativos, siendo los problemas y carencias afectivas la causa principal que subyace a la mayoría de los problemas. Estos menores presentan necesidades relacionadas con la falta de estabilidad y seguridad y la alteración del proceso de madurez y el equilibrio.

Los problemas identificados más prevalentes en el menor se corresponden con el consumo de tóxicos, las conductas inadaptadas, las relaciones sexuales de riesgo, los problemas de salud mental y los problemas afectivos. Destacamos dos problemas prioritarios en los cuales la enfermería puede intervenir: La falta de educación afectivo-sexual y la falta de adherencia al tratamiento de salud mental.

Implicación en el ámbito de la enfermería:

El presente trabajo ofrece una aportación de carácter multidisciplinar, pues es importante entender la enfermería como un nexo de unión entre profesionales, a los que puede aportar una visión holística, gracias a su cercanía y humanidad en la asistencia, la capacidad de observación y las habilidades comunicativas.

En segundo lugar, se pretende visibilizar un colectivo desconocido para la mayoría de población que no trabaja en el sistema de protección a la infancia. Este estudio, relacionado con la enfermería, permite ampliar el conocimiento de esta parte de la población. Por consiguiente, pretende despertar una actitud empática y humanizada durante la práctica asistencial.

Finalmente, proponemos dos posibles líneas de actuación, enfocadas a la realización de un plan de acción enfermero en dos vertientes:

Por un lado, elaborar una intervención afectivo-sexual adaptada a 3 grupos: grupo general, grupo de víctimas de abuso o maltrato y Grupo con disminución cognitiva. La intervención y su metodología deben adaptarse a las necesidades individuales de cada grupo, aportando conocimiento y herramientas en este ámbito para llevar a cabo prácticas amorosas y sexuales sanas, libres de imposiciones y empoderando el respeto a uno mismo

En último lugar, elaborar una intervención dirigida a la adherencia al tratamiento de psicofármacos. Su objetivo es asegurar un adecuado manejo, conocimiento y cumplimiento de la medicación. De esta manera, asegurar una adecuada adherencia al tratamiento y, así, contribuir a garantizar la estabilidad en los problemas de salud mental y conductuales tanto en el presente como en el futuro del menor.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Magro L. Los jóvenes tutelados con problemas de conducta atendidos en los centros residenciales de educación intensiva (CREI) de Cataluña [Internet]. Martorell; 2018 [citado 2019 Oct 30]. Disponible en: <http://informacionespsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20190124143634.pdf>
2. Pérez Romero A. Els processos d'ensenyament i aprenentatge dels joves tutelats en Centres Residencials d'Acció Educativa (CRAE) [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2015 [citado 2019 Oct 30]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_299195/apr1de1.pdf
3. Bonet C, Palma C, Gimeno-Santos M; Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes (2019) [Internet]. 2019 [citado 2019 Oct 30]; Disponible en: <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/1907.2.pdf>
4. Domingo Oncón J. Evolución y situación actual de los recursos de protección de menores en España [Internet]. Granada; [citado 2019 Dec 4]. Disponible en: http://www.mitramiss.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/45/estudio1.pdf
5. Del Valle JF, Sainero Rodríguez AM, Bravo Arteaga A. SALUD MENTAL DE MENORES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura. [Internet]. Extremadura; 2011 [citado 2019 Dic 4]. Disponible en: https://www.academia.edu/884037/Del_Valle_JF_Sainero_A.M._y_Bravo_2011_.Salud_mental_de_menores_en_acogimiento_residencial._Badajoz_Servicio_Extreme%C3%B1o_de_salud
6. Llopart Alarí R. El clima social en els centres residencials d'infància i adolescència [Internet]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2017 [citado 2019 Dic 18]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/134318/1/RLLA_TESI.pdf

7. Àrea de Benestar Social de Barcelona. Modelo de prevención y detección de situaciones de riesgo social en la infancia y la adolescencia [Internet]. Barcelona; 2009 [citado 2019 Dic 4]. Disponible en: <https://www1.diba.cat/liblioteca/pdf/45642.pdf>
8. Generalitat de Catalunya. Portal Jurídic de Catalunya. DECRET 2/1997, de 7 de gener, pel qual s'aprova el Reglament de protecció dels menors desemparats i de l'adopció [Internet]. [citado 2019 Dic 3]. Disponible en: https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=141776
9. Generalitat de Catalunya. Portal Jurídic de Catalunya. LLEI 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència [Internet]. [citado 2019 Dic 3]. Disponible en: https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=553898
10. Generalitat de Catalunya. Organigrama. Generalitat de Catalunya [Internet]. [citado 2019 Dic 18]. Disponible en: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=19774&jq=200001>
11. Generalitat de Catalunya. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies [Internet]. [citado 2019 Dic 18]. Disponible en: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/funcions_i_estructura/organismes/secretaria_dinfancia_i_adolescencia/
12. Síndic El Defensor de les Persones. La protecció a la infància en situació d'alt risc social a Catalunya [Internet]. 2009 [citado 2019 Dic 3]. Disponible en: http://www.de0a18.net/pdf/doc_infancia_risc_la_proteccio_infancia.pdf
13. Publicacions del Parlament de Catalunya. Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència [Internet]. Barcelona; 2010 [citado 2020 Ene 8]. Disponible en: <https://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf>

14. Delmás Bernad L. EL ACOGIMIENTO EN CATALUÑA: UNA MEDIDA DE PROTECCIÓN DE LOS MENORES DESAMPARADOS INVISIBLE E INFRAUTILIZADA. TRABAJO FINAL DE GRADO MEMORIA [Internet]. Lleida; 2018 [citado 2019 Dic 4]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/65849/ldelmasb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Delgado Magro L. Los jóvenes tutelados con problemas de conducta atendidos en los centros residenciales de educación intensiva (CREI) de Cataluña. Martorell; 2018. Disponible en: <http://www.informacionespsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20190124143634.pdf>
16. Quiroga V, Guasch C. La afectación de salud mental en la población infantil y adolescente en situación de riesgo en Cataluña. 2014 [citado 2019 Dic 4]; Disponible en: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/217384.pdf>
17. Delgado Magro L, Forniles A, Costas C, Brun-Gasca C. Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales [Internet]. Martorell, Barcelona; 2011 [citado 2020 Ene 9]. Disponible en: <http://reined.webs4.uvigo.es/index.php/reined/article/view/141/131>
18. Defensor del Pueblo. Centros de Protección de Menores con Trastornos de Conducta y en Situación de Dificultad Social [Internet]. España; 2009 [citado 2020 Ene 31]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2009-01-Centros-de-protecci%C3%B3n-de-menores-con-trastornos-de-conducta-y-en-situaci%C3%B3n-de-dificultad-social.pdf>
19. Jariot Garcia M, Sala Roca J, Arnau Sabatés L. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía. JÓVENES TUTELADOS Y TRANSICIÓN A LA VIDA INDEPENDIENTE: INDICADORES DE ÉXITO. España 2015 [citado 2020 Feb 6];26(2):90–103. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3382/338241632007.pdf>
20. Bonet C, Palma C, Gimeno-Santos M. Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.

- 2020 [citado 2020 Feb 6]; Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7202405>
21. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. Séptima ed. Elsevier, editor. 2010 [citado 2020 May 15]. Disponible en:
https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
22. Auxiliadora IM, Bejarano G. La investigación cualitativa Qualitative research. INNOVA Res J [Internet]. 2016 [citado 2019 Nov 10];1(2):1–9. Disponible en:
<https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/3645/3/document.pdf>
23. Diari de Tarragona. El Serrallo, ¿hacia un barrio sin ley? | Diari de Tarragona. [citado 2020 Mar 21]; Disponible en:
<https://www.diaridetarragona.com/opinion/El-Serrallo-hacia-un-barrio-sin-ley-20180203-0035.html>
24. Hamui Sutton A, Varela Ruiz M. La técnica de grupos focales [Internet]. Vol. 2, Inv Ed Med. Distrito Federal, México; [citado 2019 Nov 13]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733230009.pdf>
25. Escobar J, Francy Y, Bonilla-Jimenez FI. GRUPOS FOCALES: UNA GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA [Internet]. Vol. 9, Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología CUADERNOS HISPANOAMERICANOS DE PSICOLOGÍA. Universidad del Bosque. [citado 2019 Nov 13]. Disponible en:
<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/957/1/Gupos%20focales%20una%20gu%C3%ADa%20conceptual%20y%20metodol%C3%B3gica.pdf>
26. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa [Internet]. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014 [citado 2020 Mar 22]. Disponible en:
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

27. García Ruiz M, Suárez Álvarez O. Programa de Educación Sexual Para los Centros de Menores de Asturias. Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia y Adolescencia. [Internet] Oviedo. 2007 [Citado el 2020 Mar 30] Disponible en: <https://observatoriodelainfanciadeasturias.es/documentos/programasexualmenores.pdf>

11. ANEXOS

11.1. Anexo I: PREGUNTAS ABIERTAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DEL GRUPO FOCAL

Las preguntas principales y las preguntas secundarias que se preguntaron en la entrevista durante el grupo focal son:

1. **¿Cuál es vuestra experiencia laboral y personal como educadores sociales?** ¿Y la experiencia personal directamente con el menor?
2. **¿Cuál es la rutina de un día cualquiera de los menores?**
3. **¿Qué grupo de niños atendéis y qué características tienen?** ¿Qué edades tienen? ¿Son más chicos que chicas o viceversa? ¿De qué contexto/familias suelen venir?
4. **¿Cómo definiríais vuestras funciones como educadores?**
5. **¿Qué problemas os encontráis con vuestros menores? ¿Qué es lo que más os preocupa?** ¿Los problemas más prevalentes al llegar y al salir (evolución interna)? ¿A qué se enfrentan al salir, están preparados? ¿Y en relación con el tema afectivo y emocional?

11.2. Anexo II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del estudio: Estudio de las necesidades de los menores no acompañados del CRAE percibidas por los educadores sociales. Visión enfermera.

Investigadores: Anna Queraltó Vivas y Eduardo Muñoz Martínez

Centro donde se realizará el estudio: Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, Tarragona.

INTRODUCCIÓN

Se le invita a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es identificar las necesidades de los menores no acompañados del CRAE a través de los educadores sociales del centro y plantear un plan de acción para suplir las necesidades prioritarias, a partir de un grupo focal. Por favor, lea esta hoja informativa con atención.

Los investigadores que realizarán la investigación de campo le aclararán todas aquellas preguntas y dudas que le puedan surgir antes y durante la investigación.

Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La investigación propuesta nos ayudará a llegar a la obtención de nuestros objetivos propuestos.

Las visitas o sesiones tendrán una duración aproximada de 60-90 minutos. Y serán grabadas con el fin de realizar una evaluación cualitativa de las mismas.

Los datos que se generen serán tratados científicamente y su utilización será exclusiva por parte de los investigadores. Los datos personales serán confidenciales, no apareciendo ninguna referencia a su persona ni a terceros en la presentación de los resultados del estudio.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Los beneficios que se han de obtener en este estudio servirán para conocer las necesidades de los menores de edad entre 11-14 años y elaborar un plan de acción que responda a las más prioritarias.

Es importante aclarar que usted no obtendrá ningún beneficio por su participación en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a los investigadores responsables del estudio.

Los datos recogidos para el estudio serán transcritos textualmente y estarán identificados mediante una serie de códigos que sólo las investigadoras podrán relacionar con usted. Cuando se hagan públicos los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Antes de firmar, lea detenidamente el documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con todas las personas que considere necesario.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma entrevistado

Nombre:

Fecha:

Firma investigador

Nombre:

Fecha:

11.3. Anexo III: CODIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN

CATEGORÍA 1: El perfil y talante de los pequeños combatientes		
Códigos	Recuento de códigos	Peso (n=123); valor %
Adolescentes	E1 (10), E2 (7), E3 (2) y E4 (1)	n=20; 16,2%
Preadolescentes	E1 (2), E2 (1)	n=3; 2,4 %
Pequeños	E1 (6), E2 (3), E3 (2) y E4 (1)	n=12; 9,8%
Chicos	E2 (2) y E4 (1)	n=3; 2,4 %
Chicas	E1 (4), E2 (7), E3 (6) y E4 (2)	n=19; 15,4%
Edad	E1 (4), E2 (6), E3 (3)	n=13; 10,6%
Accesibilidad	E1 (3), E2 (2), E3 (1)	n=6; 4,9%
Exteriorizar	E1 (3), E2 (5), E3 (3) y E4 (3)	n=14; 11,4%
TG (Talante del Grupo)	E1 (4), E2 (1), E3 (1)	n=6; 4,9%
Límites	E2 (3), E3 (5)	n= 8; 6,5%
Confianza	E2 (1), E3 (4), E4(1)	n= 6; 4,9%
Dinámicas	E1 (2), E2 (2), E3 (6), E4 (3)	n= 13; 10,6%

CATEGORÍA 2: Marcados por una cicatriz del pasado		
Códigos	Recuento de códigos	Peso (n=37); valor %
Abandono	E1 (1)	n=1; 2,7 %
Absentismo	E2 (1), E3 (1)	n=2; 5,4 %
Abuso	E1 (7), E3 (1)	n=8; 21,6 %
Maltrato	E1 (7), E2 (1), E3 (4)	n=12; 32,4%
Negligencia	E1 (1), E2 (1), E3 (2)	n=4; 10,8%
Pasado	E1 (5), E2 (4), E3 (1)	n=10; 27,1%

CATEGORÍA 3: Una canción que habla de amor y de guerra		
Códigos	Recuento de códigos	Peso (n=80); valor %
Vínculo EM (V. Educador-Menor)	E1 (2) E3 (8) y E4 (1)	n=11; 13,75%
Relación FAM (R. Familiar)	E1 (3) y E4 (1)	n=4; 5%
Relación AMO (R. Amorosa)	E1 (7), E2 (2) y E4 (1)	n=10; 13,5%
Vínculo FAM (V. Familiar)	E2 (1), E3 (3)	n=4; 5%
Vínculo PAR (Vínculo Parental)	E1 (3), E2 (3) y E4 (1)	n=7; 8,75%
Vínculo PAT (Vínculo Patológico)	E1 (7), E2 (5), E3 (2)	n=14; 17,5%
Abusador	E1 (1), E2 (1), E3 (1)	n=3; 3,75%
MD (Mecanismos de Defensa)	E1 (6), E2 (1) y E4 (1)	n=8; 10%
Dolor	E1 (5), E2 (4), E3 (2)	n=12; 15%
Problemas	E1 (4), E2 (2), E3 (1)	n=7; 8,75%

CATEGORÍA 4: Los pequeños supervivientes, el combate diario

Códigos	Recuento de códigos	Peso (n=110); valor %
Conducta	E1 (3), E2 (2), E3 (3), E4 (1)	n=12; 10,9%
Conflicto	E2 (4), E3 (1) y E4 (1)	n=6; 5,5%
Creencias	E1 (4), E2 (8), E3 (4)	n=16; 14,5%
Normalidad	E1 (1), E2 (3), E3 (4)	n=8; 7,3%
AC	E1 (3), E2 (3)	n=6; 5,5%
Inconsciencia	E1 (1), E2 (7), E3 (5)	n=13; 11,8%
Reorientación	E1 (2), E2 (8), E3 (7), E4 (1)	n=18; 16,3%
Negación	E1 (3), E3 (4)	n=7; 6,4%
Estudios	E1 (4), E2 (2)	n=6; 5,5%
Necesidades	E1 (6), E2 (4), E3 (4), E4 (2)	n=16; 14,5%
Hipersexualizados	E4 (2)	n=2; 1,8%

CATEGORÍA 5: El magnetismo del riesgo

Códigos	Recuento de códigos	Peso (n=77); valor %
Sexualidad		48%
Sexualidad	E1 (10), E2 (6), E3 (3), E4 (2)	n=21; 27,3%
END (Embarazo no deseado)	E1 (4)	n=4; 5,2%
RR (Relaciones de riesgo)	E2 (2), E4 (2)	n=4; 5,2%
Aborto	E1 (2)	n=2; 2,6%
ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)	E2 (2), E3 (3), E4 (1)	n=6; 7,8%
Consumo de tóxicos		52%
Consumo	E1 (1), E2 (8), E3 (4), E4 (2)	n=15; 19,5%
Drogadicción	E1 (4), E2 (3), E3 (5)	n=12; 15,6%
Cannabis	E1 (2), E4 (3)	n=5; 6,5%
Cocaína	E4 (1)	n=1; 1,3%
Drogas	E1 (2), E2 (1), E4 (1)	n=4; 5,2%
Otras	E1 (1), E4 (2)	n=3; 3,9%

CATEGORÍA 6: La batalla contra la salud mental

Código	Recuento de códigos	Peso (n = 49);valor %
Medicación	E1 (4), E2 (4), E3 (7), E4 (5)	20; 40,8%
Salud Mental	E1 (6), E2 (1), E4 (1)	8; 16,3%
Terapia	E1 (3), E3 (2)	5; 10,2%
DI (Deficiencia Intelectual)	E1 (3), E3 (1)	4; 8,2%
Insomnio	E4 (1)	1; 2%
Hiperactividad	E1 (1), E3 (1), E4 (1)	3; 6,1%
Bipolaridad	E3 (1)	1; 2%
Esquizofrenia	E1 (1), E3 (1), E4 (1)	3; 6,1%

Depresión	E3 (1)	1: 2%
TLP (Trastorno Límite de la Personalidad)	E1 (1)	1: 2%
Brote	E1 (1), E3 (1)	2: 4,1%

CATEGORÍA 7: Un nuevo camino: a las puertas de otra realidad

Código	Recuento de códigos	Peso (n= 62); valor %
Evolución	E1 (2), E2 (4), E3 (6)	12; 19%
Involución	E1 (3), E2 (1), E3 (2)	6; 9,7%
SP (Situación de Partida)	E1 (3), E2 (1), E3 (1)	5; 8, 1%
Influencias	E2 (6), E3 (2), E4 (1)	9; 14,5%
Estereotipo	E1 (2), E2 (1), E3 (3), E4 (2)	8; 12,9%
Exclusión Social	E1 (2), E2 (2), E3 (3)	7; 11,3 %
Perfil Socioeconómico	E1 (1), E2 (2), E3 (3)	6; 9,7 %
Bucle	E1 (3), E2 (1), E3 (5)	9; 14, 5%

OTROS CÓDIGOS

Código	Recuento de códigos	Peso (n=132); valor%
Acompañar	E1 (3), E3 (2)	5; 3,8%
CPs (Conversaciones Profundas)	E1 (3), E3 (3), E4 (1)	6; 4,5%
Educación	E1 (1), E2 (2), E3 (1)	4; 3,0%
Individualizar	E1 (4), E2 (2), E3 (2)	8; 6,0%
Observación	E2 (5), E3 (4)	9; 6,8%
Protección	E1 (1), E2 (4), E3 (9)	14;
Preocupación	E1 (4), E2 (1), E3 (1)	6; 4,5%
RE+ (Relación educadores positiva)	E1 (1), E2 (6), E3 (3)	10; 7,6%
RE- (Relación Educadores negativa)	E1 (2), E1 (1), E3 (1)	4; 3,0%
Normativa	E1 (5), E2(1), E3 (1)	7; 5,3%
Organización	E1 (2), E2 (3), E3 (3)	8; 6,0%
Rutina	E1 (1), E2 (2), E3(3), E4 (3)	9; 6,8%
Turno	E1 (2), E2 (2), E (2), E4 (3)	9; 6,8%
Sistema	E1 (8), E2 (6), E3 (3), E4 (3)	20; 15,15%
II (Intervención Insuficiente)	E1 (6), E2 (6), E3 (1)	13; 9,8%

11.4. Anexo IV: VALOR Y PESO DE LAS CATEGORÍAS

CATEGORÍAS	CÓDIGOS	Peso (n=670), valor %
<p>1. El perfil y talante de los pequeños combatientes.</p> <p>Esta categoría recoge las variables dentro del perfil de los menores en relación con sus necesidades. A su misma vez, explica como el talante individual de un menor influye en el talante del grupo y como las intervenciones del educador se ven determinadas por el mismo.</p>	Adolescentes, Preadolescentes, Pequeños, Chicos, Chicas, Edad, Accesibilidad, Exteriorizar, TG, Límites, Confianza, Dinámicas	n=123; 18,4%
<p>2. Marcados por una cicatriz del pasado.</p> <p>Se hace referencia al pasado y a las situaciones concretas que vivió el menor.</p>	Abandono, Absentismo, Abuso, Maltrato, Negligencia, Pasado	n=37; 5,5%
<p>3. Una canción que habla de amor y de guerra.</p> <p>Se habla de la afectividad del menor, influenciada por las situaciones del pasado. Reúne los vínculos y relaciones del menor junto con sus mecanismos de defensa y afrontamiento.</p>	Vínculo EM, Relación FAM, Relación AMO, Vínculo FAM, Vínculo PAR, Vínculo PAT, Abusador, MD, Dolor, Problemas	n=80; 12%
<p>4. Los pequeños supervivientes, el combate diario.</p> <p>Explica los problemas que experimentan los menores en su día a día y con los que tienen que lidiar los educadores</p>	Conducta, conflicto, Creencias, Normalidad, AC, Inconsciencia, Hipersexualizados, Negación, Estudios, Necesidades, Reorientación	n=110; 16,4%
<p>5. El magnetismo del riesgo.</p> <p>Se habla de las conductas y comportamientos de riesgo relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.</p>	Sexualidad, END, RR, Aborto, ITS, Consumo, Drogadicción, Cannabis, Cocaína, Drogas, Otras	n=77; 11,4%

<p>6. La batalla contra la Salud Mental. Se describen los principales problemas relacionados con la salud mental y la preocupación que expresan los educadores ante esta compleja situación.</p>	<p>Medicación, Salud Mental, Terapia, DI, Insomnio, Hiperactividad, Bipolaridad, Esquizofrenia, Depresión, TLP, Brote</p>	<p>n=49; 7,3</p>
<p>7. Un nuevo camino. A las puertas de otra realidad. Se describe el trascurso y la evolución del menor en el centro percibido por los educadores. También se habla de la sociedad como un condicionante durante la estancia y la salida del CRAE, y que determina y limita su interacción con el entorno y su futuro.</p>	<p>Evolución, Involución, SP, Influencias</p> <p>Estereotipo, Exclusión social, Perfil Socioeconómico, Bucle</p>	<p>n=62; 9,3</p>
<p>Otros códigos</p>	<p>Acompañar, CPs, Educación, Individualizar, Observación, Protección, Preocupación, RE+, RE-, Normativa, Organización, Rutina, Turno, Sistema, II</p>	<p>n= 132; 19,7%</p>