

TESIS DOCTORAL



Universidad de Oviedo

Las necesidades psicológicas en los menores extranjeros no acompañados acogidos en España

Iriana Santos González

Oviedo, 2015

Programa de Doctorado en Psicología

TESIS DOCTORAL



Universidad de Oviedo

Las necesidades psicológicas en los menores extranjeros no acompañados acogidos en España

Iriana Santos González

Oviedo, 2015

Programa de Doctorado en Psicología

Dirigida por:

Amaia Bravo Arteaga



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Las necesidades psicológicas en los menores extranjeros no acompañados acogidos en España	Inglés: The psychological needs of unaccompanied asylum-seeking children fostered in Spain
2.- Autor	
Nombre: Iriana Santos González	
Programa de Doctorado: Psicología	
Órgano responsable: Universidad de Oviedo	

RESUMEN (en español)

Introducción

Los menores extranjeros no acompañados han supuesto en los últimos años una realidad de importantes dimensiones para los sistemas de protección de nuestro entorno. Las especiales características que presentan estos menores unidas a los estresores vitales que padecen durante su proceso migratorio y en la adaptación al país de acogida les hace especialmente vulnerables, según se constata en la literatura científica de otros países, al padecimiento de algún malestar psicológico cuando no a la aparición de problemas de salud mental. Esta cuestión ha sido poco investigada para los menores en protección en general en nuestro país y menos aún se sabe de ello si se presta atención a la población de menores extranjeros no acompañados.

Método

El objetivo general de esta tesis es evaluar las necesidades específicas de los MENA acogidos en hogares de protección en España en cuanto a su bienestar y salud mental. Más concretamente se persigue, entre otros, obtener la prevalencia de trastornos de salud mental, analizar los servicios terapéuticos desde los que están siendo atendidos, detectar mediante técnicas de screening nuevos casos que no hubieran sido identificados previamente, explorar la concordancia entre los diferentes instrumentos utilizados así como entre los distintos informantes y estimar el bienestar percibido y su relación con la salud mental. Para ello se contó con una muestra de 92 menores acogidos en centros de acogida de diferentes territorios de nuestro país, de los cuales la mayoría eran adolescentes varones que procedían de países africanos y que llevaban en los centros de acogida una media de un año. Los instrumentos utilizados para la investigación fueron, por un lado, un cuestionario de datos básicos elaborado *ad hoc* para esta investigación y donde se recogían datos referentes al perfil sociodemográfico; perfil sociofamiliar; atención recibida en el sistema de protección; contexto escolar; discapacidad, salud física y consumo de drogas, y salud mental y cobertura terapéutica y por otro varios instrumentos de screening y un cuestionario sobre bienestar personal. En concreto, se utilizaron, como pruebas de screening dos de los instrumentos (CBCL e YSR) que componen el sistema ASEBA de Achenbach (Achenbach y Rescorla, 2001) y el cuestionario SDQ en sus dos versiones (padres y jóvenes) (Goodman, 2001) y como prueba para valorar el bienestar personal se utilizó el Cuestionario de Bienestar Personal (Cummins et al., 2003) en la adaptación española (Casas et al., 2012).



Resultados

Los resultados más interesantes hacen referencia a cómo el uso de instrumentos de screening señala la presencia de problemas de salud mental en algo más del doble de casos que los derivados por los profesionales de atención directa a los recursos de salud mental.

Además, a partir de los resultados obtenidos por medio del uso de instrumentos de screening se constata el elevado nivel de concordancia entre el sistema ASEBA y el SDQ a la hora de clasificar a los participantes. No obstante, se percibe una ligera ventaja a favor del sistema ASEBA lo que hace más recomendable su uso. Respecto a este sistema señalar que, tal y como se ha recogido en otros trabajos, la versión autoinformada del instrumento clasifica a un mayor número de participantes como clínicos en la escala internalizante frente al CBCL que lo hace en la escala externalizante. Es por ello, que ambas escalas parecen ser complementarias y se recomienda el uso de ambas a la hora de valorar la posible necesidad de tratamiento de salud mental.

Por último, señalar que el bienestar percibido de estos menores es moderado y similar a sus pares de la población general y que algunas de sus dimensiones, especialmente el centro de acogida en el que residen, se relacionan con sus problemas de salud mental.

Implicaciones

Estos resultados implican una clara necesidad de implementar en los hogares de protección sistemas de screening que permitan una mayor y por otro lado, ágil, identificación de aquellos menores que puedan estar necesitando un tratamiento de salud mental.

RESUMEN (en Inglés)

Introduction

Unaccompanied asylum-seeking children have been in recent years a reality of important dimensions for systems of protection in our context. The special features presented by these minors linked to life events, which they suffer during their migration and adaptation to the host country, makes them particularly vulnerable, as stated in the scientific literature from other countries, to the suffering of any kind of psychological distress or even to the onset of mental health problems. This issue has been little researched for child protection in general in our country and even less it is known about this if attention is paid to the population of unaccompanied foreign minors.

Method

The overall objective of this thesis is to assess the specific needs of the unaccompanied asylum-seeking children fostered in residential care in Spain in terms of their well-being and mental health. More specifically it is pursued, among others, to obtain the prevalence of mental health disorders, to analyze the therapeutic services from which they are being cared for, to detect by means of screening techniques new cases that had not been previously identified, to explore the correlation among the different instruments used as well as between different informants and to estimate the perceived well-being and its relationship with mental health.

For that purpose, it was used a sample of 92 minors fostered in residential care in different areas of our country, of which most were teenage boys who came from African countries that were fostered an average of one year.

The instruments used for the research were, on the one hand, a questionnaire of basic data developed *ad hoc* for this investigation and where data were collected regarding socio-demographic profile; social and family profile; attention received in the protection system; school



context; disability, physical health and drug abuse, and mental health and therapeutic coverage; and on the other hand, several instruments of screening and a questionnaire on personal well-being. In particular, they were used as screening tests two of the instruments (CBCL and YSR) comprising the ASEBA system Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2001) and the SDQ questionnaire in two versions (parents and youth) (Goodman, 2001) and as evidence to assess the personal well-being it was used the Personal Well-Being Index (Cummins & al., 2003) in the Spanish adaptation (Casas & al., 2013).

Results

The most interesting results refer to how the use of screening instruments indicates the presence of mental health problems in more than twice as many cases than those derived by direct attention professionals to mental health resources.

In addition, based on the results obtained through the use of screening instruments, it is shown that high level of agreement between the system ASEBA and the SDQ to classify the participants. Nevertheless, it is perceived a slight advantage in favour of the ASEBA system making it more advisable to be used. With regard to this system we should point out that, as it has been collected from other works, the self-reported version of the instrument classifies a greater number of participants as clinical in the internalizing scale in front of the CBCL that does it in the externalising scale. It is for reason that both scales seem to be complementary and it is recommended that use of both when assessing the possible need for mental health treatment.

Finally, we should point out that the perceived well-being of these adolescents is moderate and similar to their counterparts in the general population and that some of their dimensions, especially the reception centre in which they reside, are related to their mental health problems.

Implications

These results imply a clear need to implement in residential care systems of screening that allow a greater and on the other hand, faster, identification of those children who may be in need of mental health treatment.

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA/

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Presentación.....	1
Parte primera: Marco teórico	4
Capítulo 1. Menores Extranjeros No Acompañados: Concepto y descripción del fenómeno migratorio	5
1.1. Menores extranjeros no acompañados: definición	6
1.2. Descripción del fenómeno de la migración infantil y juvenil en el contexto europeo ..	8
1.3. Descripción del fenómeno de la inmigración infantil en España.....	10
1.4. Perfil de los menores extranjeros no acompañados: el caso español.....	13
Capítulo 2. Marco jurídico en la atención a los Menores Extranjeros No Acompañados.....	19
2.1. Legislación internacional	20
2.2. Legislación estatal.....	23
Capítulo 3. El modelo de intervención con los Menores Extranjeros No Acompañados desde el Sistema de Protección	29
3.1. Fase de localización	31
3.1.1.Procedimiento en el momento de la localización.....	31
3.1.2.Documentación.....	33
3.1.3.Pruebas de determinación de la edad	33
3.2. Fase de investigación.....	34
3.2.1.Objetivos de la investigación y plazos.....	34
3.2.2.Información recogida durante esta fase	34
3.2.3.Dispositivos de atención: la primera acogida	35
3.3. Fase de toma de decisiones.....	36
3.4. Fase de ejecución.....	37
3.4.1.Plan de caso	37
3.4.2.Ejecución de la resolución de permanencia: recursos.....	37
3.4.3.Otros programas de apoyo: sanitarios, educativos, inserción laboral, recursos de mediación cultural	39
Capítulo 4. Necesidades de los Menores Extranjeros No Acompañados. La atención a los problemas emocionales y de salud mental.....	41
4.1. Principales necesidades detectadas en la intervención con estos menores.....	42
4.1.1.Formación educativa y ocupacional.....	42
4.1.2.Inserción laboral.....	43
4.1.3.El idioma y la cultura del país receptor.....	43
4.1.4.Necesidades relacionadas con las habilidades sociales y de autonomía.....	44
4.1.5.Atención a problemas psicológicos y/o de salud mental.....	44
4.1.6.Gestión de la documentación	46
4.1.7.Integración social en la comunidad de acogida	46
4.1.8.Proceso de emancipación	46

4.2. Aportaciones de la investigación internacional al estudio de las necesidades en Menores Extranjeros No Acompañados	47
4.2.1. Las necesidades psicológicas y/o de salud mental	48
4.2.2. La respuesta a las necesidades psicológicas y/o de salud mental	51
4.2.3. Claves para favorecer la resiliencia en los menores extranjeros no acompañados	52
Parte segunda: Trabajo empírico	55
Capítulo 5: Objetivos y metodología	56
5.1. Objetivos general y específicos	57
5.2. Hipótesis de investigación	58
5.3. Muestra.....	59
5.4. Variables e instrumentos de medida.....	60
5.5. Procedimiento.....	62
5.6. Análisis estadísticos	64
Capítulo 6: Resultados.....	67
6.1. Datos descriptivos de variables sociodemográficas y sociofamiliares, sistema de protección, contexto escolar, salud física y consumo de drogas	68
6.1.1. Perfil sociodemográfico	68
6.1.2. Perfil sociofamiliar.....	69
6.1.3. Datos referentes a la atención recibida en el sistema de protección.....	71
6.1.4. Datos referentes al contexto escolar y laboral	74
6.1.5. Datos referentes a la discapacidad, salud física y consumo de drogas	76
6.2. Patologías identificadas y cobertura terapéutica	79
6.2.1. Patología y tratamiento psiquiátrico	79
6.2.2. Patología y tratamiento farmacológico	80
6.2.3. Patología y tratamiento psicológico	81
6.3. Valoración del estado emocional y conductual de los jóvenes	83
6.3.1. Valoración de los educadores	83
6.3.1.1. Nivel de concordancia entre CBCL y SDQ versión educadores.....	89
6.3.1.2. Relación entre variables del caso y problemática detectada por los educadores mediante los instrumentos de screening.....	91
6.3.2. Valoración de los jóvenes.....	97
6.3.2.1. Nivel de concordancia entre YSR y SDQ versión autoinformada.....	102
6.3.2.2. Relación entre variables del caso y problemática informada por los jóvenes mediante los instrumentos de screening	103
6.3.3. Nivel de acuerdo entre la valoración de educadores y jóvenes	109
6.3.3.1. Nivel de acuerdo entre CBCL e YSR.....	109
6.3.3.2. Nivel de acuerdo entre las dos versiones del SDQ	113
6.3.4. Valoración del Bienestar Personal... ..	116
6.3.4.1. Valoración del Bienestar Personal en los participantes clasificados como clínicos y no clínicos en CBCL e YSR	117
6.3.4.2. Valoración del Bienestar Personal en los participantes clasificados como clínicos y no clínicos en SDQ	120
6.3.4.3. Relación entre Bienestar Personal y malestar psicológico	122

Capítulo 7: Discusión	126
7.1. Caracterización de los Menores Extranjeros No Acompañados acogidos en recursos de acogimiento residencial	127
7.2. Itinerario de protección de los Menores Extranjeros No Acompañados	129
7.3. Itinerario académico y/o laboral y la adaptación al contexto escolar	132
7.4. Discapacidad, enfermedades y hábitos de consumo.....	134
7.5. Prevalencia de trastornos de salud mental y detección de casos no identificados necesitados de tratamiento clínico.....	135
7.6. Concordancia en las valoraciones obtenidas de los diferentes instrumentos de screening.....	137
7.7. Servicios terapéuticos.....	139
7.8. El bienestar subjetivo de los jóvenes evaluados	140
Capítulo 8: Conclusiones	144
8.1. Limitaciones	145
8.2. Conclusiones	146
8.3. Líneas futuras.....	148
Referencias bibliográficas	149
Anexo	175

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. País de origen del MENA	69
Tabla 2. Estatus de los progenitores	70
Tabla 3. Problemáticas presentes en el padre	71
Tabla 4. Problemáticas presentes en la madre	71
Tabla 5. Comunidad autónoma en la que están acogidos	71
Tabla 6. Tipo de programa	72
Tabla 7. Tiempo de estancia en el centro actual (en meses)	72
Tabla 8. Número de centros en los que ha estado acogido previamente	73
Tabla 9. Tiempo total de estancia en acogimiento residencial (en meses)	73
Tabla 10. Existencia de plan de caso	73
Tabla 11. Finalidad del plan de caso.....	73
Tabla 12. Contactos con la familia de origen	74
Tabla 13. Reacciones emocionales o conductuales a los contactos	74
Tabla 14. Estudios que cursa.....	75
Tabla 15. Indicadores de ajuste del ámbito académico.....	75
Tabla 16. Existe algún tipo de adaptación curricular	75
Tabla 17. Ha repetido algún curso a lo largo de su trayectoria académica	75
Tabla 18. Valoración del rendimiento académico.....	76
Tabla 19. Situación laboral	76
Tabla 20. Enfermedades importantes.....	77
Tabla 21. Discapacidad.....	77
Tabla 22. Consumo de cannabis.....	77
Tabla 23. Consumo de inhalantes	77
Tabla 24. Consumo de heroína	78
Tabla 25. Consumo de cocaína.....	78
Tabla 26. Recibe algún tratamiento de salud mental (psiquiátrico, psicológico o farmacológico).....	79
Tabla 27. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del CBCL	84
Tabla 28. Puntuaciones directas en escalas del CBCL	85
Tabla 29. Puntuaciones típicas en escalas del CBCL.....	86
Tabla 30. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del SDQ	88
Tabla 31. Puntuaciones directas en escalas del SDQ Educadores.....	88
Tabla 32. Concordancia entre CBCL y SDQ educadores.....	90
Tabla 33. Acuden a tratamiento y son clínicos en screening	90
Tabla 34. Correlación escalas CBCL y SDQ educadores.....	90
Tabla 35. Relación entre Indicadores de adaptación académica y escalas CBCL.....	92
Tabla 36. Relación entre consumo de alcohol y las escalas del CBCL	93
Tabla 37. Relación entre consumo de drogas y las escalas del CBCL.....	93
Tabla 38. Relación entre si acude a tratamiento de salud mental y las escalas del CBCL	94
Tabla 39. Relación entre Indicadores de adaptación académica y escalas SDQ Educadores.....	95
Tabla 40. Relación entre consumo de alcohol y las escalas del SDQ Educadores	95
Tabla 41. Relación entre el consumo de drogas y las escalas del SDQ Educadores	96
Tabla 42. Relación entre si acude a tratamiento de salud mental y las escalas del SDQ Educadores.....	96

Tabla 43. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del YSR	98
Tabla 44. Puntuaciones directas en escalas del YSR	98
Tabla 45. Puntuaciones típicas en escalas del YSR.....	99
Tabla 46. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del SDQ Autoinformado.....	100
Tabla 47. Puntuaciones directas en escalas del SDQ Autoinformado.....	101
Tabla 48. Concordancia entre YSR y SDQ Autoinformado	102
Tabla 49. Correlación escalas YSR y SDQ Autoinformado	103
Tabla 50. Relación entre Indicadores de adaptación académica y Escalas YSR.....	104
Tabla 51. Relación entre consumo de alcohol y las escalas del YSR	105
Tabla 52. Relación entre consumo de drogas y las escalas del YSR.....	105
Tabla 53. Relación entre si acude a tratamiento de salud mental y las escalas del YSR.....	106
Tabla 54. Relación entre Indicadores de logro académico y escalas SDQ Autoinformado.....	107
Tabla 55. Relación entre el consumo de drogas y las escalas del SDQ Autoinformado	107
Tabla 56. Concordancia entre escala Total en CBCL e YSR.....	109
Tabla 57. Concordancia entre escala Internalizante en CBCL e YSR	110
Tabla 58. Concordancia entre escala Externalizante en CBCL e YSR.....	110
Tabla 59. Correlación escalas CBCL e YSR	112
Tabla 60. Concordancia entre escala Total en SDQ Educadores y SDQ Autoinformado	113
Tabla 61. Correlación escalas SDQ Educadores e SDQ Autoinformado	115
Tabla 62. Media y desviación típica de cada uno de los ámbitos	116
Tabla 63. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según CBCL	118
Tabla 64. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según el YSR.....	119
Tabla 65. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según SDQ Educadores.....	120
Tabla 66. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según SDQ Autoinformado.....	121
Tabla 67. Correlación escalas Satisfacción y CBCL	122
Tabla 68. Correlación escalas Satisfacción e YSR	123
Tabla 69. Correlación escalas Satisfacción e SDQ Versión educadores	124
Tabla 70. Correlación escalas Satisfacción e SDQ versión autoinformado	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad en el momento de la evaluación	68
Figura 2. Sexo de los menores evaluados	69
Figura 3. Número total de hijos.....	70
Figura 4. Titularidad del centro en el que están acogidos	72
Figura 5. Rangos en escalas del CBCL.....	87
Figura 6. Rangos en escalas del SDQ Educadores	89
Figura 7. Rangos en escalas del YSR	100
Figura 8. Rangos en escalas del SDQ Autoinformado	101
Figura 9. Índice de Bienestar Personal	117
Figura 10. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el CBCL.....	118
Figura 11. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el YSR.....	119
Figura 12. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el SDQ Educadores	121
Figura 13. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el SDQ Autoinformado	122

Presentación

Los menores extranjeros no acompañados han supuesto en los últimos años una realidad de importantes dimensiones para los sistemas de protección de nuestro entorno. Nuestro país no ha permanecido ajeno a esta realidad y nos hemos encontrado en un lapso de tiempo breve con la necesidad de atender a un elevado número de adolescentes con unas características muy concretas y diferentes a las de los menores que habían sido objeto de atención por parte de los sistemas de protección hasta ese momento. Así, en este caso, la principal causa del desamparo se relaciona con el hecho de ser menor de edad, extranjero y encontrarse en el territorio de acogida sin ningún adulto de referencia.

Estas características descritas, menor de edad, extranjero y no acompañado, derivan en unas necesidades muy concretas a las que los sistemas de protección han tratado de dar respuesta. Así, estos jóvenes necesitan aprender una nueva lengua y unas nuevas costumbres, requieren un permiso de residencia estable no sólo durante la minoría de edad sino también en la edad adulta, precisan formarse y encontrar un empleo, etc. A estas cuestiones, referidas a la adaptación al nuevo contexto, se unen las dificultades experimentadas durante el viaje migratorio, constituyéndose todo ello en importantes estresores vitales que pueden afectar en mayor o menor medida a la salud psicológica de estos jóvenes. Así, la literatura científica de otros países de nuestro entorno viene a profundizar en esta cuestión señalando la elevada incidencia de problemas de salud mental entre los jóvenes que buscan asilo en solitario en estos territorios. Sin embargo, estas cuestiones apenas sí se han investigado en España.

Es por ello que el objetivo general de esta tesis es precisamente evaluar las necesidades específicas de los menores extranjeros no acompañados acogidos en hogares de protección en España en cuanto a su bienestar y salud mental.

En la primera parte de la tesis se describe el **marco teórico** del estudio. Para ello, se han configurado cuatro capítulos teóricos en los que se recoge el estado de la cuestión acerca de los menores extranjeros no acompañados y sus necesidades. En el capítulo 1 se describe quiénes son los menores extranjeros no acompañados, y se relata lo que ha supuesto este fenómeno en los países de nuestro entorno y en el nuestro propio, para finalizar concretando cuál es el perfil de menor al que se ha atendido en España. En el capítulo 2 se recoge cuál es la legislación nacional e internacional a la que debe prestarse atención y que de algún modo orienta y/o delimita las actuaciones que los servicios sociales pueden poner en marcha en la atención a estos menores. El modo en el que se concreta dicha atención se recoge en el capítulo 3. En el último capítulo teórico, el capítulo 4, se señalan cuáles son las necesidades que estos jóvenes presentan como colectivo, prestando especial atención a las necesidades psicológicas y/o de salud mental.

En los capítulos siguientes se presenta el **trabajo empírico**. En el capítulo 5 se detallan los objetivos y la metodología que sustenta esta investigación. En el capítulo 6 se exponen los resultados divididos en tres secciones: en la primera, se detallan algunos datos que caracterizan la muestra; en la segunda, se recoge lo relativo a las patologías identificadas en estos jóvenes así como el modo en que dichas necesidades están siendo atendidas; y, en la tercera se recoge la valoración del estado emocional y conductual de los jóvenes. Este apartado se subdivide, a su vez, en otros cuatro en los que se detalla: la valoración de dicho estado que llevan a cabo los profesionales que les atienden, la valoración que hacen los

propios jóvenes, el nivel de acuerdo entre ambos informantes y por último, la valoración del bienestar personal y su relación con la salud psicológica. Una vez descritos y comentados los resultados, en el capítulo 7 se discuten nuestros resultados en relación a los resultados obtenidos en otras investigaciones, a la vez que se va respondiendo a cada uno de los objetivos concretos planteados en el capítulo 5. Finalmente, la tesis concluye con el capítulo 8 en el que se toman en consideración las hipótesis propuestas en el apartado de metodología, además de proponer una serie de orientaciones y propuestas a desarrollar en el futuro y de señalar las limitaciones de la investigación.

Parte primera: Marco teórico

**Capítulo 1: Menores Extranjeros
No Acompañados: Concepto y
Descripción del Fenómeno
Migratorio**

La llegada de menores extranjeros no acompañados es un hecho que desde hace ya varios años ha venido afectando a los distintos países de la Unión Europea. No obstante, existen claras diferencias entre las características que este fenómeno adopta en unos y otros así como en el modelo de intervención utilizado.

En este capítulo se tratará de definir el concepto de menores extranjeros no acompañados (en adelante MENA), se describirá brevemente cómo ha evolucionado y en qué consiste la migración infantil y juvenil, tanto a nivel europeo como a nivel estatal y aportaremos algunas cifras reflejadas en distintos informes que ayudan a dimensionar el fenómeno. Por último, se describirá brevemente cuál es el perfil del joven extranjero que llega a nuestro país solicitando ser acogido.

1.1. Menores Extranjeros No Acompañados: Definición

Si bien el término más utilizado y el que se empleará a lo largo de este trabajo para referirse a esta población es el de Menor Extranjero No Acompañado, no en toda la literatura acerca del tema se les ha denominado de este modo. Así, como recoge el informe derivado del I Seminario Europeo organizado por el Proyecto CON RED (Proyecto CON RED, 2004), los participantes en el mismo hicieron uso de múltiples denominaciones: niños separados, menores de la calle, menores no acompañados, menores extranjeros indocumentados, menores asilados, etc. Debemos matizar, al igual que se hace en ocasiones en la literatura científica internacional, la diferencia existente entre menores extranjeros no acompañados, cuya característica principal es que se encuentran en el país de acogida sin ningún adulto de referencia, y la población conformada por los menores inmigrantes acompañados, que en nuestro país suele hacer referencia a familias asentadas y cuyos hijos sufren algún tipo de desprotección y que en otros países, se refiere a los hijos e hijas de familias que emigran como solicitantes de asilo.

En relación a esto, Senovilla (2007) señala en un estudio en el que se compara el abordaje del fenómeno en varios países de la Unión Europea, que en muchas ocasiones, las diferentes denominaciones corresponden en mayor o menor medida a las diferentes tradiciones políticas a partir de las que los estados europeos conciben movimientos de población.

Aunque no es objetivo de esta tesis el tratamiento legal que reciben los MENA, ciertamente la legislación aplicable a estos jóvenes condiciona en ocasiones los servicios a los que pueden tener acceso y eso influye inevitablemente en su estado de bienestar emocional y puede afectar a su salud mental. Es por ello que, a continuación, se recogerá una breve referencia en cuanto a la consideración que los países de mayor recepción de MENA hacen en cuanto a la inmigración.

Tal y como se refleja en el informe de Senovilla (2007), allí donde el tratamiento tiene que ver con la solicitud de asilo y el consiguiente reconocimiento del estatuto de refugiado (Alemania y Reino Unido fundamentalmente) se tiende a denominarlos menores no acompañados buscadores de asilo (*unaccompanied asylum seekers*) o menores no

acompañados refugiados (*unaccompanied refugee minors*). Esto ocurre en los países escandinavos y en Austria, Grecia y Portugal, entre otros.

En aquellos otros estados (Italia y España, sobre todo) que consideran la migración desde una vertiente clásica –por razones económicas– y organizan su tratamiento a partir de la combinación de leyes de extranjería y de protección, se habla de menores extranjeros no acompañados. Esto ocurre también en Bélgica donde se diferencia entre menores solicitantes de asilo y los menores no acompañados en situación irregular.

En el caso de Francia, no se prevé un tratamiento específico para estos menores que se encuentran de forma independiente en su territorio, intentándose su integración en los recursos para la infancia en peligro. Los denominan menores extranjeros aislados.

En lo que se refiere a los instrumentos legales de la UE, en la Directiva 2003/86/CE del Consejo de 22 de septiembre de 2003 sobre el derecho a la reagrupación familiar, por menor extranjero no acompañado se entiende “el nacional de un tercer país o el apátrida menor de dieciocho años que llegue al territorio de los Estados miembros sin ir acompañado de un adulto responsable de él, ya sea legalmente o con arreglo a la costumbre, mientras tal adulto responsable no se haya hecho cargo efectivamente del menor, o cualquier menor al que se deje solo tras su entrada en el territorio de los Estados miembros”.

Si bien es cierto, tal y como reclaman desde el Observatorio Internacional de Justicia Juvenil (Senovilla, 2007), esta definición recogida en la legislación europea requeriría mayor precisión dado que establece un concepto indeterminado de “adulto responsable” sin precisar si se refiere a los titulares de la patria potestad o si esta noción puede hacerse extensible a otros miembros de la familia del menor. En cuanto a que lo sea con arreglo a los usos y costumbres del país de origen, nos encontramos con la dificultad de valorar y conocer esta cuestión en todos los países de los que proceden los jóvenes.

La organización Alianza Internacional Save the Children, junto con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en su documento sobre “Los niños no acompañados en Europa. Declaración de Buena Práctica” (2004), definen a los menores no acompañados y separados como: “los niños y niñas no acompañados menores de 18 años que se encuentren fuera de su país de origen, separados de ambos padres o del adulto al que por ley o por costumbre incumba esa responsabilidad”.

Por su parte, Sánchez, Aguelo, Quiroga, Escudero y Olaguibel (2009) denominan a estos menores, menores extranjeros no acompañados (MENA) y consideran dentro de esta categoría al menor nacional de un Estado no miembro de la Unión Europea o el apátrida menor de 18 años que al entrar en el país de acogida, no va acompañado de un adulto. También será Menor Extranjero No Acompañado cualquier menor al que se deje solo tras su entrada en el territorio de un Estado miembro de la Unión Europea.

No obstante, la definición más comúnmente empleada en la literatura científica y más arraigada en el contexto europeo (Senovilla, 2014) es la recogida en la Resolución 97/C221/03 del Consejo de Europa del 26 de junio de 1997 relativa a los menores no acompañados nacionales de países terceros: “Menores de 18 años, nacionales de terceros países, que llegan

a territorio español sin ir acompañados de un adulto responsable de ellos, ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres, en tanto no se encuentran efectivamente bajo el cuidado de un adulto responsable”.

En esta tesis, siguiendo la recomendación de algunos autores de nuestro país (López de los Mozos, 2015), que consideran que la mejor definición de MENA es la recogida en el Reglamento de Extranjería que se encuentra en vigor en la actualidad, y teniendo en cuenta la inexistencia de grandes diferencias con la definición ya citada, se considerará el MENA como:

“el extranjero menor de 18 años que llegue a territorio español sin venir acompañado de un adulto responsable de él, ya sea legalmente o con arreglo a la costumbre, apreciándose riesgo de desprotección del menor, mientras tal adulto responsable no se haya hecho cargo efectivamente del menor, así como a cualquier extranjero que una vez en España se encuentra en aquella situación” (art. 189, Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009).

1.2. Descripción del Fenómeno de la Migración Infantil y Juvenil en el Contexto Europeo

El fenómeno de los menores que buscan asilo no es algo nuevo. Ya ocurrió durante los meses precedentes a la Segunda Guerra Mundial con los niños judíos que huían de la Alemania nazi. En ese momento, el gobierno británico admitió 10.000 niños procedentes de Alemania, Polonia y Austria. Las edades oscilaban entre los 3 meses y los 17 años y llegaron entre Diciembre de 1938 y Septiembre de 1939 (Harris y Oppenheimer, 2002; Leverton y Lowensohn, 1990).

Sin embargo, el grueso de la migración independiente de menores no acompañados con destino a los estados de la Unión Europea tiende a comenzar a lo largo de la década de los 90 (Proyecto CON RED, 2004; Senovilla, 2007) con la única excepción de Alemania que lleva recibiendo jóvenes solicitantes de asilo desde finales de los 70.

Desde entonces, ha habido una evolución creciente que parece alcanzar su punto álgido, para algunos autores entre los años 98 y 99 (Proyecto CON RED, 2004), entre el año 1997 y el 2000 (Jiménez, 2003) y para otros, en torno a 2002 (Senovilla, 2007). En la actualidad, en la mayoría de los países el fenómeno se ha estabilizado e incluso se ha reducido ligeramente el número de nuevas llegadas, lo que no implica sin embargo que esta manifestación migratoria tenga visos de desaparecer en un futuro inmediato.

Los principales países de los que llegan solicitantes de asilo a Europa son, según Thomas y Byford (2003), Afganistán, la antigua Yugoslavia, Somalia e Irak. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR, 2006) añade a los anteriores, Turquía y Rusia.

Su desplazamiento a países cerca o lejos del suyo ocurre por varias razones interrelacionadas (Ayotte, 2000; Russel, 1999). La necesidad de buscar seguridad por los conflictos armados, agitaciones políticas, persecución o desastres naturales son los motivos citados con mayor frecuencia. Sin embargo, también hay otros, incluyendo los que escapan de situaciones de extrema pobreza, de falta de oportunidades para el futuro o del tráfico dirigido a la explotación (Ayotte, 2000; Chase, Knight y Statham, 2008; Hopkins y Hill, 2006; Thomas, Thomas, Nafees y Bhugra, 2004; Wade, Mitchell y Baylis, 2005).

Además, según Quiroga (Proyecto CON RED, 2004) y Quiroga, Alonso y Sòria (2009) la decisión de migrar puede ser familiar –para protegerle, para ayudar a la familia o para mejorar las condiciones del menor- o individual y/o grupal – para buscar trabajo o mejorar sus expectativas-, y en este caso, la familia se entera una vez el menor ha cruzado la frontera. Jiménez-Álvarez (2007) señala que, en general, los jóvenes procedentes de contextos urbanos suelen emigrar de forma autónoma apoyándose en su red de iguales y sin conocimiento de sus familias. En los contextos rurales, sin embargo, es la familia la que sufraga los gastos del viaje como parte de una “estrategia familiar” más amplia de aporte de recursos.

Con respecto a los patrones migratorios, se pueden definir tres tipos: la llegada en avión –normalmente quienes suelen venir de países que sufren conflictos armados y/o graves disturbios y por esta causa, solicitan asilo-, la llegada en embarcaciones marítimas –llegan de países cercanos con fuertes crisis económicas-, y la llegada en transportes terrestres –quienes viajan de un país a otro del continente europeo-. Además, en algunos países se han detectado menores que acceden al territorio a través de alguna organización migratoria clandestina y estas organizaciones de carácter mafioso o con fines ilícitos continúan ejerciendo algún tipo de control sobre los menores (Proyecto CON RED, 2004).

Los menores emigran a zonas donde hay una mayor concentración de emigrantes de la misma nacionalidad, y esto normalmente coincide con las zonas más desarrolladas de los países. La diversa distribución en los países de acogida también está condicionada por otros factores como cercanía o facilidad de transporte, lazos históricos y presencia de compatriotas, entre otros (Proyecto CON RED, 2004).

En todo caso, aunque pueden llegar por diferentes razones, lo que tienen en común es la experiencia de separación de sus familias, el desarraigo de sus hogares y culturas y la búsqueda de seguridad y refugio en otros países (Wade et al., 2005). Estos niños son vulnerables: primero, como niños; segundo, como niños separados de quienes deben proveerles cuidado y protección; y tercero, como refugiados en un país de asilo (Russell, 1999; Ruxton, 2000; Stone, 2000).

Una vez que llegan, no es sorprendente la mezcla de sentimientos que les inundan, la confusión y la incertidumbre hacia el futuro (Kohli, 2011; Rea, 2001; Sourander, 1998). Los viajes son largos y arduos. Además, como se verá, pueden presentar dificultades físicas y emocionales derivadas de las experiencias vividas. Cuando hay un trasfondo económico pueden también cargar con las expectativas de la familia que consideran haber hecho una inversión (Wade et al., 2005) o con sus propias expectativas de trabajar y ganar dinero que chocan con la realidad de la sociedad receptora (Proyecto CON RED, 2004).

Cuando llegan, se enfrentan al laberinto de leyes de inmigración y de los sistemas de cuidado y protección en sociedades cuyas costumbres y prácticas no les son familiares. Se enfrentan a la incertidumbre de si su solicitud de asilo será aceptada y de si recibirán el apoyo suficiente para salir adelante (Wade et al., 2005). Se han convertido además, en personas dependientes, en situación de más o menos desamparo (Proyecto CON RED, 2004).

1.3. Descripción del Fenómeno de la Inmigración Infantil en España

El fenómeno de la inmigración infantil irrumpe en España como un fenómeno relevante a mediados de los años 90 (Goenechea, 2006; Jiménez-Álvarez, 2007; Lázaro, 2007; Muñoz y Empez, 2007) y hay quien lo relaciona con el Reglamento de Extranjería de 1996, que supone la primera vez que una norma de extranjería atiende específicamente a los derechos de los menores (Lázaro, 2007).

Es difícil encontrar cifras fidedignas que ayuden a dimensionar el fenómeno de los menores extranjeros no acompañados. No podemos perder de vista que hay menores en la calle que nunca han tenido contacto con las instituciones de protección (Jiménez, 2003). Al igual que ocurre en otros países, las estadísticas de las que se dispone no son muy precisas y no siempre representan la verdadera magnitud de lo que ocurre (Senovilla, 2007). Así, la Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía (2001) señala tres problemas a la hora de cuantificarlo: el primero, el elevado número de adultos que dicen ser menores de edad. El segundo, la imposibilidad de concretar quiénes son y por tanto, cuántos son. El tercer problema se ha relacionado con la falta de colaboración de los menores en el proceso de identificación. Por otro lado, desde algunas asociaciones y ONG se piensa que el número de menores marroquíes no es tan elevado. Se comparte la idea de un incremento paulatino, pero se afirma que los datos han sido engrosados debido a tres factores (Arce, 1999). El primero, la duplicidad de expedientes. El segundo factor se refiere a la picaresca de los menores para ocultar su identidad evitando así el retorno a Marruecos. Por último, la falta de coordinación entre las delegaciones provinciales y el deficitario modo de recogida de datos debido al desconocimiento de la lengua, lo que contribuiría al sobredimensionamiento del fenómeno (Jiménez, 2003).

En Quiroga, Alonso y Sòria (2010) también se pone de manifiesto la dificultad para conocer el número real de menores extranjeros no acompañados en España. No obstante, como se recoge en este informe, el número de acogidas ha fluctuado desde 1994, pero en 2007 se maneja la cifra más alta de todas: casi 6.500 menores acogidos. No obstante, la Red Europea de Migración y el Punto de Contacto Nacional de España aportaron, con todas las cautelas, datos del 2004 al 2008 que se pueden ampliar con los informes internos no publicados de 2011. En 2004 se cuantificaron 9.117 “menores no acompañados” acogidos en España; en 2005, 5.718; en 2006, 5.087; en 2007, 5.048; en 2008, 5.344; y hasta el 1 de octubre de 2011, 2.665 menores no acompañados (Jiménez e Izquierdo, 2013). Fuentes (2014) por su parte apunta a datos más recientes facilitados por la Secretaría de Inmigración y Emigración del Ministerio de Empleo y Seguridad Social quien a fecha de 31 de diciembre de

2012 contabilizaban un total de 2.319 MENA en situación legal de desamparo, acogidos y/o tutelados por los servicios de protección de menores de las comunidades autónomas en España, mientras que el Ministerio de Interior en las mismas fechas contabilizaba 3.261 MENA. A fecha de 31 de diciembre de 2013, señala esta autora, que el Registro de MENA de la Dirección General de la Policía contaba con 2.841 MENA activos (incluyendo a 209 menores procedentes de la UE). Si bien el fenómeno de la inmigración en el territorio español comenzó hace casi 20 años, algunos autores (Del Sol, 2013; Quiroga y Sòria, 2010) señalan que desde mediados de 2009, ha empezado a percibirse una reducción en el número de MENA que llegan a nuestro país.

La distribución de los MENA es desigual entre las diferentes comunidades y provincias de nuestro territorio y depende mucho del tipo de atención que se les ofrezca en cada una de ellas. Según Quiroga y Sòria (2010) las comunidades autónomas que más MENA recibieron entre el año 1993 y el año 2009 son Andalucía (28%), la Comunidad Valenciana (16%), Cataluña (11%), País Vasco (10%), Canarias (10%) y Madrid (4%).

Respecto al modo en el que migran, algunos autores afirman que los menores llegan en su mayoría solos (Lázaro, 2007) mientras que para otros la emigración no es un acto individual, sino grupal (Jiménez, 2003).

Utilizan diferentes estrategias de entrada al país (bajos camiones, polizones, pateras, con un adulto con visado, traslado de mafias) (Lázaro, 2007), siendo el más comúnmente utilizado por estos menores que llegan a la península, el consistente en ocultarse bajo los ejes de un camión o de un autobús o como polizones en los barcos. Solo un número reducido utiliza la patera (Jiménez, 2003). Sin embargo, según García (2015) en la memoria de la Fiscalía General del Estado consta que durante el 2011 se había incrementado por primera vez desde 2006 (un 34,71% con respecto al año anterior) el número de menores que había llegado a nuestro país por este medio, aunque esta cifra volvía a descender al año siguiente.

Estos jóvenes vienen con la intención de quedarse (Calzada, 2007) y según este autor, "las familias desconocen, consienten, alientan o financian dicho proyecto migratorio". Sin embargo, en una investigación realizada por Jiménez (2003) en la que se entrevistó a 30 familias de menores procedentes de Marruecos, ninguna de ellas declaró haber obligado a su hijo a emigrar, ni siquiera haberle ayudado.

Como se constatará más exhaustivamente en el siguiente apartado, al describir el perfil del menor extranjero no acompañado que llega a nuestro país, la procedencia principal de estos menores es en primer lugar países del Magreb (Marruecos y Argelia) (Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía, 2006; López de los Mozos, 2015), con un porcentaje mucho menor de menores procedentes de los países del Este (Rumanía y Moldavia) y menores procedentes de países subsaharianos (Calzada, 2007; Proyecto CON RED, 2004). Así, según el Proyecto CON RED (2004), el 83,85% proceden de África y de éstos el 77,8% son del Magreb, principalmente de Marruecos. Además, Senovilla (2007) apunta que entre las principales nacionalidades de procedencia de estos menores en España en 2004, el 49% corresponde a Marruecos, el 9% a Rumanía y el 42% a otros países. El Defensor del Pueblo (2005), por su parte, señala dos procedencias fundamentales: marroquíes (83,8%) y rumanos (4,3%).

Gallego et al. (2006) y Manzani y Arnosó (2014) apuntan a tres factores clave a la hora de explicar el mayor número de MENA marroquíes. En primer lugar, la cercanía geográfica; en segundo lugar, la influencia de los medios de comunicación que hacen llegar una imagen distorsionada de lo que es la realidad española y europea; y, por último, la información sesgada que proviene de vecinos o familiares que se encuentran viviendo en España, relatando una situación idílica que muchas veces no se corresponde con la realidad.

Estos MENA viven situaciones de trabajo precoz en condiciones muy precarias que lejos de ser una experiencia de aprendizaje e inserción laboral se convierten en una experiencia en la que el menor constata que su futuro no está en su país (Calzada, 2007). Si a esto unimos que en muchos casos no hay apoyo expreso de la familia pero sí consentimiento tácito (Calzada, 2007; Lázaro, 2007) y que los medios de comunicación sugieren un cierto sentimiento de que “el otro lado” está muy cerca y es muy accesible, todo esto puede estar favoreciendo la afluencia de menores a nuestras ciudades (Manzani y Arnosó, 2014).

Otras dos cuestiones importantes en la explicación del proceso migratorio de los menores marroquíes son por un lado, el abandono escolar, y por otro, la precoz y precaria situación laboral (Jiménez, 2003). Los menores se dividen entre los que nunca han ido al colegio, y la mayoría, que sí han cursado la enseñanza primaria (entre cinco y seis primeros años de escuela). Otro pequeño grupo ha cursado toda la enseñanza obligatoria –nueve años en total– (Jiménez, 2003). Según un estudio elaborado por la coordinación local de UNICEF en Tánger (DARNA y UNICEF, 1997) durante el curso escolar 2002/2003, las causas más frecuentes del abandono escolar fueron la pobreza extrema de las familias (27%), la desmotivación y el bajo rendimiento escolar (18%), las primeras experiencias laborales (16%), problemas familiares y desinterés de los padres y madres en la escolarización de los hijos e hijas (8%), matrimonio precoz de las hijas (5,5%), problemas con el profesorado, violencia en la escuela y emigración de los niños (5%).

Por todo esto, se puede decir que la razón de estos menores para emigrar es fundamentalmente económica. Cuando llegan manifiestan sus deseos de conseguir papeles y trabajar (Calzada, 2007).

Además de lo ya mencionado, otros factores que se han señalado como principales problemas de la infancia en Marruecos son según Jiménez (2003):

- La falta de acceso a la sanidad.
- La falta de vivienda y de unas condiciones de habitabilidad dignas.
- Menores privados de experiencias familiares, niños abandonados en hospicios.
- La falta de protección jurídica y del reconocimiento legal de niños nacidos de madres solteras.
- La delincuencia infantil y juvenil.
- La emigración irregular de menores y los retornos efectuados sin garantías.
- Los menores discapacitados que no son escolarizados.

Como se comentó más arriba, aunque el grueso de la inmigración infantil y juvenil en España lo constituyen los menores marroquíes también llegan a nuestro país menores

procedentes de países subsaharianos, fundamentalmente de Senegal y Mauritania (Calzada, 2007).

Y por último, se describe la realidad de los menores de los países del Este, fundamentalmente los rumanos. En este caso, a finales de 1989 comenzó una nueva etapa para los países de Europa central y oriental, la transición del socialismo al capitalismo, caracterizada por la transformación radical de sus estructuras políticas, económicas y sociales. Desde aquella fecha se han emprendido reformas drásticas (privatizaciones, reestructuraciones empresariales, cambios de legislación y en las políticas fiscales y monetarias, en el mercado de trabajo, en los servicios públicos...) que han empobrecido a millones de personas. Este empobrecimiento generalizado unido a la malnutrición, al aumento espectacular de la desigualdad entre ricos y pobres, el incremento del desempleo, la inflación o la crisis de los servicios básicos, son algunas de las consecuencias más visibles producidas por este cambio. Por ello, muchas familias han considerado que su única salida era la emigración internacional de uno o varios de sus miembros. En este caso, la causa fundamental de la emigración es nuevamente económica (Calzada, 2007).

1.4. Perfil de los Menores Extranjeros No Acompañados: el Caso Español

Respecto al **perfil** de los menores atendidos, el colectivo MENA es un grupo muy heterogéneo y como tal no da pie a grandes generalizaciones (Ochoa de Alda, Antón, Rodríguez y Atabi, 2009). Es por ello que, en adelante, se tratará de describir las características más sobresalientes de estos menores atendiendo fundamentalmente a su procedencia. No obstante, sí es posible señalar algunas características comunes a la mayoría: “joven de entre 15 a 18 años, procedente de Marruecos, Argelia, Mali, Nigeria y República de Guinea cuyo objetivo migratorio es “buscarse la vida”, en ocasiones de forma voluntaria y, en otras, alentado por su familia y que, al llegar a España se encuentra con un sistema de protección que le brinda la atención a algunas de las necesidades que presenta (salud, educación,...)” (Fuentes, 2014).

Como ya se ha mencionado, el mayor número de jóvenes atendidos lo suponen los chicos magrebíes (Marruecos y Argelia), seguidos cada vez más de cerca por menores subsaharianos (Mali, Senegal, Gambia, Guinea Conakry, etc.) –en unos casos procedentes de Canarias y en otros casos, menores cuyo primer destino ha sido la península– y en tercer lugar, estarían los menores procedentes del Este (Rumanía y Moldavia) (Calzada, 2007). Los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración muestran que el país más común de procedencia de los MENA es Marruecos, con el 64% en 2008, y el 70% en 2009. Mali, con el 6% en 2008 y con el 10% en 2009, le sigue en segunda posición. Rumanía con el 5,5% ocupa la tercera posición de las procedencias en 2008, pero según datos de 2009 no existe ningún caso de MENA de esta procedencia en el último año (Quiroga y Sòria, 2010).

La variedad de países de procedencia es un dato a tener en cuenta en la intervención con estos menores. Pueden llegar a darse importantes dificultades en la convivencia al acoger en el mismo centro a menores procedentes de diferentes países o etnias con conflictos entre

ellas. Las diferencias culturales junto a las características y necesidades individuales de cada joven, implican la necesaria diferenciación y diversificación de las intervenciones.

Respecto a los menores marroquíes, la causa de inmigración más frecuente la constituye la pobreza socioeconómica de este país así como la carencia de un sistema de protección que se haga cargo de los menores desamparados. Apunta SOS Racismo (2004) que, a pesar de las reformas legislativas llevadas a cabo en este país, Marruecos continúa teniendo muchas asignaturas pendientes en torno a la protección a la infancia.

Con respecto a las situaciones familiares en los países de origen, varios estudios (Ararteko, 2005; Goenechea, 2006; Marzal, 2005) señalan que la mayoría de los MENA no eran niños de la calle en su país de origen. Calzada (2007) apunta a que sólo el 15% de estos menores son menores de la calle. El resto según señala Jiménez-Álvarez (2007) provienen de entornos familiares afectivamente estables pero con carencia de recursos para atender las necesidades básicas, o de situaciones familiares de carencia y con entornos familiares desestructurados. Una minoría proviene de contextos normalizados y con situaciones económicas desahogadas.

De forma más detallada, el perfil de los menores marroquíes que emigran a nuestro país viene marcado por las siguientes características (Bravo, 2005):

- Fundamentalmente se trata de varones (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Marzal, 2005; Setién y Berganza, 2006). Se señala en Jiménez (2003) y también en el Proyecto CON RED (2004) que esto es así porque las mujeres no son tan visibles. Para Quiroga y Sòria (2010) las chicas que llegan suelen quedar fuera del circuito de protección. Según estas autoras, ya en el año 2002 se había detectado la llegada de menores extranjeras no acompañadas a la Comunidad Valenciana o a Canarias.
- Suelen tener bastantes hermanos (Ararteko, 2005; Calzada, 2007).
- La edad media está en torno a los 16 años (Calzada, 2007). El proyecto CON RED (2004) estima que la edad oscila entre los 15 y los 17. Cabría señalar aquí, no obstante, la existencia de un importante número de menores que migran cada vez más jóvenes, lejos aún de su periodo de incorporación a lo laboral. Quizá la diferencia está en los motivos de la migración y en el caso de los más jóvenes estos se relacionan con expectativas sociales y culturales (Quiroga et al., 2010; Quiroga y Sòria, 2010).
- Mayor madurez que la que corresponde a su edad cronológica (Calzada, 2007).
- Relación periódica con familia de origen (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía, 2001; Jiménez, 2003).
- Proyecto migratorio claro: conseguir documentación (Ararteko, 2005; Calzada, 2007) y trabajar lo antes posible (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Jiménez, 2003; Marzal, 2005).
- Gran movilidad geográfica dependiendo de la consecución o no de sus objetivos (Calzada, 2007; Jiménez, 2003; Marzal, 2005). Además de esto el Defensor del Pueblo Vasco (Ararteko, 2005) señala que acuden al territorio después de varios intentos y de

acuerdo con la información o rumores que les llegan de aquellos lugares donde la inserción es más fácil.

- Bajo nivel de cualificación (Calzada, 2007; Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía, 2001; Proyecto CON RED, 2004; SOS Racismo, 2004). Aunque hayan estado escolarizados, no han terminado la escolaridad obligatoria, no obstante, suelen tener algún tipo de experiencia laboral (SOS Racismo, 2004).
- Rechaza la escolarización reglada prefiriendo actividades formativas que le permitan conseguir un empleo. En este caso, en el informe del Defensor del Pueblo Vasco (Ararteko, 2005) se señala que están muy motivados para las actividades formativas ligado este hecho al deseo de conseguir un trabajo cuanto antes. Según este informe buscan aprender un oficio y dominar el castellano.
- Se relaciona poco con jóvenes autóctonos (Calzada, 2007) salvo algunos que participan en grupos deportivos o establecen relaciones en el trabajo (Ararteko, 2005).
- Sufre un gran choque entre sus expectativas y lo que se encuentra (Ararteko, 2005; Marzal, 2005).
- No contempla el retorno (Calzada, 2007).
- Conoce la legislación y el sistema de protección: aspecto muy presente en los jóvenes que llegan en la actualidad y conocen experiencias previas de conocidos y familiares.

A pesar de todo lo mencionado es necesario afirmar que aún compartiendo un origen cultural no constituyen un grupo uniforme. Cabrera (2005) distingue hasta tres perfiles diferenciados de menores marroquíes. Cada uno de ellos presenta características diferenciales de los otros dos que tienen una gran relevancia a la hora de programar la intervención. Basándome en la información aportada por este autor describo brevemente estos tres grupos.

En primer lugar, los menores con referentes familiares en Marruecos y que generalmente son menores procedentes del ámbito rural. Los rasgos definitorios de este grupo son los siguientes:

- Proviene del interior del país, de zonas donde la idea de la emigración está muy presente porque muchos lo han conseguido.
- Conocen sólo su estilo de vida, sus hábitos son muy distintos a los nuestros, lo que conlleva que les cueste más adaptarse a nuevas costumbres.
- Generalmente el viaje lo ha pagado la familia. Su migración es una apuesta familiar para salir adelante. A veces, ellos mismos han trabajado y con sus ahorros emprenden la emigración.
- Su viaje es algo organizado, tienen un plan de viaje. Traen números de teléfono, contactos,... de personas que pueden ayudarles a conseguir su objetivo.
- Su objetivo es claro: buscar trabajo, ganar dinero y mantener a sus familiares.

- Mantienen una buena relación con la familia.
- Si presentan comportamientos antisociales, éstos son ocasionales y generalmente, relacionados con la frustración.
- Presentan hábitos de higiene, alimentación y sueño adquiridos.
- Son capaces de confiar en adultos e instituciones.

En segundo lugar, tendríamos un grupo de menores también con referentes familiares en Marruecos pero en este caso, provenientes de la zona urbana. Las características más relevantes de este grupo son las siguientes:

- Vienen con el único motivo de vivir una aventura y porque quieren mejorar sus expectativas de vida. Europa es su referente económico, su ideal, quieren acceder a bienes materiales y esperan que sea fácil.
- Han visto en los medios de comunicación cómo es la vida aquí y han decidido que quieren vivir como los jóvenes del país de acogida.
- Proceden de ciudades como Rabat, Casablanca, Tánger, y generalmente no de los suburbios.
- Proviene de familias sin problemas económicos o, al menos, sin gran desestructuración.
- Han tenido o tienen trabajo por lo que pueden traer consigo una importante cantidad de dinero.
- Suelen estar cerca de la mayoría de edad.
- Mantienen relación con la familia.
- Presentan hábitos de higiene, alimentación y sueño adquiridos.

Por último, nos faltaría por describir los menores que llamaríamos “en la calle” y/o “de la calle”. En este caso, estos menores presentan las particularidades que siguen:

- Son los más jóvenes de todos. Su edad suele estar por debajo de la media de la edad de los menores que llegan a nuestro país. La mayoría provienen de la zona norte y suelen venir solos.
- Suelen ser huérfanos o formar parte de familias desestructuradas. Si hay referentes, la familia desconoce el plan de emigración.
- Son impulsivos, muestran incapacidad para asumir responsabilidades, asumen riesgos sin miedo porque sienten que no tienen nada que perder.
- Son incapaces de expresar sentimientos, viven con un desapego a todo muy acentuado. Pueden presentar graves problemas de conducta.

- Están acostumbrados a “sobrevivir como sea”. Sin un objetivo claro, emigran sin previsión, a la búsqueda de la aventura, del cambio. Optan por el acceso terrestre (bajos de camiones).
- Rechazan la medida de internamiento, por lo que suelen llevar a cabo numerosas fugas.
- No tienen hábitos adquiridos (higiene, educación, etc.).
- Desconfían de los adultos. Las autoridades representan para ellos fuerzas represoras. Se han socializado en la ley del más fuerte.
- Presentan problemas de salud, en ocasiones, una fuerte adicción a inhalantes. Algunos desarrollan patologías mentales y sanitarias graves.
- Son menores abandonados en las calles, sin escolarizar. Suelen ser víctimas de la explotación infantil.

Aunque el mayor número de menores extranjeros no acompañados que llegan a nuestro país son procedentes de Marruecos, con el tiempo ha ido aumentando la cantidad de menores subsaharianos que emigran a Europa. Estos jóvenes suelen proceder de países como Senegal, Nigeria, Mauritania, Mali, Guinea-Bissau, Guinea-Conakry, Ghana, Camerún, Gambia, Liberia y Costa de Marfil y proceden de situaciones de extrema pobreza, con regímenes políticos autoritarios y corruptos y donde son frecuentes los desastres naturales, los conflictos armados y las enfermedades endémicas (Calzada, 2007). Este mismo autor señala que estos menores, a diferencia de los anteriores, suelen llegar a España en cayuco. Vienen de una cultura muy diferente a la occidental y han recibido muy poca influencia de ésta.

Por último, quedaría por mencionar los menores procedentes de los países del Este (fundamentalmente Rumanía y Moldavia). La causa de la migración de estos jóvenes es predominantemente económica. A veces, emigran con sus familias, acompañados de otros adultos, solos o con mafias (Calzada, 2007). La mayor preocupación de los que vienen solos es enviar dinero a sus familias.

Aunque la mayoría de las comunidades autónomas señalan que los menores extranjeros no acompañados que llegan a España poseen un proyecto migratorio claro – trabajar y ayudar a sus familias– no existe consenso con respecto a este dato. Probablemente, las comunidades que más dudas presentan respecto a esta cuestión son aquellas que en su día comenzaron a recibir menores cada vez más jóvenes. Esta migración cada vez más temprana ocasiona una situación de desamparo más larga, así como, mayor inmadurez emocional y social, acentuación de desarraigo y mayores posibilidades de participar en actividades de riesgo social. En estos casos el mundo laboral queda más lejos; lo que complica enormemente la intervención si tenemos en cuenta los proyectos migratorios anteriormente mencionados. Lo que sí es cierto, es que esto también implica menos urgencia en el trabajo educativo, ya que se dispone de más tiempo para llevarlo a cabo.

Al describir el proyecto migratorio de estos jóvenes y sus implicaciones en la intervención, se debe resaltar que su principal meta para el futuro es alcanzar su plena integración en el territorio o país de acogida. La posibilidad de la volver a su país de origen no

es una alternativa para la mayoría de los jóvenes y demandan actuaciones por parte del sistema de protección que posibiliten su permanencia en el país, una vez alcanzada la mayoría de edad. No obstante, la mayoría desconoce que después de haber estado dos años tutelados por la administración pública cabría la posibilidad, contemplada en nuestro marco jurídico, de obtener la nacionalidad española. Este resquicio legal es una importante herramienta para prevenir la situación irregular administrativa sobrevenida una vez cumplida la mayoría de edad.

Disponer de información clara y fiable acerca de cuál es el proyecto migratorio del joven es clave a la hora de analizar las necesidades de estos jóvenes, los motivos de su migración (independientemente de que existiera una verdadera situación de desamparo en origen) y la actuación que ha de diseñarse.

En este capítulo se ha tratado de determinar quiénes son los niños y adolescentes a los que en términos generales solemos calificar como Menores Extranjeros No Acompañados señalando como características principales su minoría de edad, su procedencia y el hecho de encontrarse o no acompañados por algún adulto de referencia. Además, se ha hecho referencia a cómo el fenómeno de la inmigración juvenil, aunque parece estabilizado en la actualidad, no ha dejado de crecer en Europa y en España desde hace más de 20 años, implicando cifras muy relevantes de MENA residentes en los diferentes Estados de la Unión Europea. Se han mencionado igualmente los motivos que sustentan los proyectos migratorios de estos jóvenes, para finalizar señalando cuáles son las características concretas que definen a aquéllos que llegan a nuestro país.

Como se ha señalado, la consideración de MENA que se hace en cada país pauta de algún modo, el tipo de atención de la que son objeto. Es por ello que, antes de pasar a describir la intervención que se lleva a cabo en nuestro país con estos jóvenes, consideramos de especial relevancia hacer una concisa descripción del tipo de legislación a la que están sujetos, en tanto que menores pero sin obviar que además son extranjeros.

Una vez revisada la legislación, será cuando se pase a describir el modo en que se les atiende a nivel general en nuestro país así como las necesidades que presentan y a las que hacer frente si se pretende conseguir un buen ajuste.

2. Marco Jurídico en la Atención a los Menores Extranjeros No Acompañados

Es imprescindible en el abordaje del fenómeno de los Menores Extranjeros No Acompañados contemplar la legislación que les afecta y que de ningún modo es imposible desligar de la intervención psicológica, social y educativa que se lleva a cabo con ellos. Como se verá más adelante, en el caso de estos jóvenes existe desde el punto de vista normativo una “tensión” entre su consideración como menores y el trato que recibirían como extranjeros (Cemlyn y Nye, 2012; Engebrigtsen, 2003; Hek, Hughes y Ozman, 2012; Kralj y Goldberg, 2005; Shamseldin, 2012; Westwood, 2012), y aunque como señalan algunos autores (Kohli, 2009; López de los Mozos, 2015) siempre debe prevalecer la condición de menor por encima de la necesidad de regular los flujos migratorios de este u otro país, esto no siempre es así (Senovilla, 2012). Otros autores (Soler y Martín, 2015) profundizan en la causa del problema apuntando que las dificultades no son tanto jurídicas como económicas, haciendo hincapié en la falta de recursos materiales para atender sus necesidades.

En este capítulo se recogerá de forma sintética la legislación más importante a nivel internacional respecto a la atención de este colectivo para, posteriormente, señalar con un mayor nivel de detalle cuáles son las normas estatales que fundamentan algunas de las actuaciones sobre los Menores Extranjeros No Acompañados.

2.1. Legislación Internacional

En la normativa internacional que afecta a los MENA se suelen señalar los documentos que se recogen a continuación.

La **Declaración de los Derechos del Niño** (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959), donde al menos, tal y como señala López de los Mozos (2015) es destacable el artículo 1, en el que se establece que todos los derechos enunciados en la Declaración serán “reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia”.

Actualmente, el instrumento jurídico internacional que se encarga de promover y proteger los Derechos Fundamentales de los menores de edad es la **Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN)**, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en noviembre de 1990 y en vigor desde 1991. Uno de los principios más importantes recogidos en la Convención y que atañe directamente a este colectivo sería el que enuncia que “en toda actuación y decisión que afecte los menores de edad debe prevalecer el supremo interés del menor” (art. 3 CDN), sin que exista discriminación por razón de nacionalidad u origen étnico (art. 2 CDN) o por razón de irregularidad administrativa (art. 4 CDN).

Sin embargo, tal y como se señala en el informe del Observatorio Internacional de Justicia Juvenil (Senovilla, 2007), la CDN se aplica de forma restringida en los distintos países. Según este autor, debido en primer lugar a su falta de contundencia –no previendo sistemas coactivos que impliquen presión como ocurre con otras normas– y en segundo lugar, por la

falta de concreción jurídica de algunas de sus formulaciones. Esta última cuestión se intentó subsanar por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas produciendo en el año 2005 una **Observación general sobre el trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen**, la cual fija entre sus objetivos proporcionar orientación sobre la protección, atención y trato adecuado de los referidos menores. No obstante, dicha observación no tiene un carácter vinculante para los Estados (Díez Morrás, 2012).

Otro documento a tener en cuenta es la **Carta Europea de los Derechos del Niño**, donde se contempla nuevamente el interés superior del menor al enunciar en su punto 15 que “toda decisión familiar, administrativa o judicial, en lo que se refiere al niño, deberá tener por objeto prioritario la defensa y salvaguardia de sus intereses” o la **Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea**, de 7 de diciembre de 2000 y enmendada en 2007, recogiendo en su artículo 21 que “se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”. En el mismo sentido se pronuncia El **Pacto Internacional de los Derechos civiles y políticos de 1996** afirmando que “todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiera, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”.

De toda la legislación se desprende que el principio general que ha de regir toda intervención es el “interés superior del menor” (Proyecto CON RED, 2004; Defensor del Pueblo, 2005). Bartolomé (2012) considera que sólo a la vista de las circunstancias de cada caso puede identificarse este interés. No obstante, otros autores (Díez Morrás, 2012) valoran que precisamente esa indefinición o la interpretación que se hace de él (Engebrigtsen, 2003), en el caso de los MENA y a nivel europeo, coloca a este colectivo, en demasiadas ocasiones, en situación de desprotección. Además de requerirse el cumplimiento de otras condiciones que aseguren una mayor aproximación al mismo: por ejemplo, la audiencia al menor (Proyecto CON RED, 2004; UNHCR y Save the Children, 2006).

Lo cierto es que, en lo que a derecho comunitario se refiere, desde hace más de veinte años se ha venido desarrollando una extensa normativa que de forma directa o indirecta trata de regular la situación de los menores, sus derechos y libertades, así como sus responsabilidades. Excedería el objetivo de esta tesis llevar a cabo una revisión exhaustiva de dicha normativa, pero antes de finalizar este epígrafe, se hará mención a dos instrumentos jurídicos de especial relevancia, por ser los únicos que a nivel comunitario se han consagrado específicamente a los menores extranjeros (Díez Morrás, 2012; Senovilla, 2012).

La **Resolución 97/C 221/03 del Consejo de Europa del 26 de junio de 1997 relativa a los menores no acompañados nacionales de países terceros** tiene como propósito “establecer directrices para el trato de los menores no acompañados por lo que respecta a su acogida, permanencia y retorno y, en el caso de los solicitantes de asilo, la realización de los trámites aplicables” (art. 3). Aunque es un instrumento jurídico no vinculante, señala la importancia de proporcionar al menor “independientemente de su situación jurídica, la protección necesaria y

los cuidados básicos con arreglo a las disposiciones de la legislación nacional” y sólo podrá ser devuelto a su país de origen o a otro dispuesto a acogerlo cuando “a su llegada se reúnan en estos las condiciones adecuadas de acogida y asistencia para el menor, en función de sus necesidades, habida cuenta de su edad y de su nivel de autonomía”. Según esta normativa, se deberán proporcionar unas garantías mínimas a los menores (identificación, acceso a centros de protección, asistencia sanitaria,...) (Ararteko, 2005).

Por último, señalar el **Plan de Acción de la Unión Europea sobre los menores extranjeros no acompañados (2010-14)** cuyo objetivo era “ofrecer respuestas concretas a los desafíos que supone la llegada de un elevado número de menores no acompañados al territorio de la Unión Europea, respetando al mismo tiempo los derechos del menor y el principio del interés superior del menor”. Este plan según se recoge en Senovilla (2012) se divide en varios apartados en los que se plantean aspectos relativos a (1) la producción de estadísticas, considerando que las existentes eran deficientes, sobre todo en cuanto a su armonización y exhaustividad, y a la necesidad de recopilar información sobre las rutas migratorias y las redes delictivas en el proceso migratorio de estos menores; (2) la prevención de la migración insegura y de la trata de seres humanos, centrandose sus esfuerzos en la cooperación con los países de origen para tratar de evitar la migración de jóvenes; y (3) la recepción y las garantías procesales de los menores que ya se encuentran en los estados de la Unión Europea, incluyendo las condiciones de detención de estos menores, los procedimientos para determinar la edad, las dificultades en la localización de las familias de los menores o las huidas de los propios menores de los recursos de protección.

El plan trataba en definitiva de la búsqueda de soluciones duraderas basadas en el interés superior del menor, contemplando tres alternativas: el retorno y la reintegración al país de origen; la concesión de un estatuto que permita al menor permanecer en el país de destino o el reasentamiento en un tercer país.

En el propio plan se contemplaba una primera evaluación en 2012 y más resultados antes de 2015. En la primera valoración hecha se consideró que el plan había constituido “un paso importante para perfilar un enfoque común de la Unión Europea basado en los derechos” de estos menores. Este enfoque común había facilitado la reflexión y el debate dando lugar a un mayor intercambio de saberes y praxis en esta materia y contribuyendo a la concesión de una mayor importancia a la financiación de medidas destinadas a solucionar la situación de estos niños y adolescentes. Se entendía que el reconocimiento explícito del interés superior del menor había favorecido una mayor protección de este colectivo en los nuevos instrumentos legislativos y que “las acciones puestas en marcha durante los dos años anteriores habían contribuido a mejorar la recopilación de datos, la prevención de la inmigración insegura y de la trata de seres humanos, la protección de los menores una vez que han llegado a la Unión Europea y la búsqueda de soluciones duraderas”. Finalmente, señalaba el informe de evaluación que la elaboración de este enfoque común debería ser un proceso permanente y progresivo que requeriría ahondar en los esfuerzos.

A pesar de esta valoración hecha por parte de la propia Comisión, algunos autores (Díez Morrás, 2012; Senovilla, 2012) son críticos con los esfuerzos puestos en marcha en este plan considerando que se continúa poniendo el acento en la consideración de estos menores

como extranjeros insistiendo en equiparar el interés superior del menor a la devolución a sus países de origen.

2.2. Legislación Estatal

La primera norma que afectaría a estos menores en nuestro país sería la **Constitución Española**. Más concretamente el artículo 9.2 en el que se señala que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política y social” y el artículo 39.4 que establece que “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos” (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Jiménez, 2003; López de los Mozos, 2015).

Como normas de rango menor a la Carta Magna, se verían afectados por las leyes orgánicas de protección y de extranjería. Así, como menores de edad en situación de desamparo –ya que carecen del cuidado de sus progenitores o tutores – (Arce, 1999; Calzada, 2007; Lázaro, 2007) estarían afectados por la **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil**.

Y por su condición de extranjeros estarían sujetos a la **Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social** y su reforma mediante la **Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social** así como su reglamento de ejecución **-Real Decreto 557/2011, de 20 de abril-** (López de los Mozos, 2015; Soler y Martín, 2015). Además en los casos en los que así lo requiriesen debería tenerse en cuenta la **Ley Orgánica 5/2000, de 12 de Enero, reguladora de la responsabilidad penal del menor** (Ararteko, 2005; Jiménez, 2003).

Por lo que respecta a la legislación de **Protección**, esta ley establece la primacía del interés superior del menor reconociendo los derechos de los menores y estableciendo los principios que deben regir los distintos supuestos de desamparo en los que pueden verse involucrados (Calzada, 2007). Además, en su artículo 1, dicha ley menciona que la propia norma y sus disposiciones son “de aplicación a los menores de 18 años que se encuentren en territorio español, salvo que en virtud de la ley que les sea aplicable hayan alcanzado anteriormente la mayoría de edad”, sin hacer ninguna distinción en cuanto a su lugar de origen (López de los Mozos, 2015; Soler y Martín, 2015). Así mismo, según señalan expertos en la materia (López de los Mozos, 2015), son especialmente relevantes, por lo que respecta al tratamiento legal del que son sujeto de derecho estos jóvenes, los principios rectores de la actuación de los poderes públicos recogidos en el artículo 11.2 de esta ley y que son los que se señalan a continuación:

- La supremacía del interés del menor.

- El mantenimiento del menor en el medio familiar de origen salvo que no sea conveniente para su interés.
- Su integración familiar y social.
- La prevención de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.
- Sensibilizar a la población antes situaciones de indefensión del menor.
- Promover la participación y la solidaridad social.
- La objetividad, imparcialidad y seguridad jurídica en la actuación protectora garantizando el carácter colegiado e interdisciplinar en la adopción de medidas.

Añadido a esto, en los artículos 10.3 y 10.4 se hace referencia expresa a los menores extranjeros apuntando en el primero de ellos que “los menores extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la educación. Tienen derecho a la asistencia sanitaria y a los demás servicios públicos los menores extranjeros que se hallen en situación de riesgo o bajo la tutela o guarda de la Administración pública competente, aun cuando no residieren legalmente en España” y recogiendo en el segundo que “una vez constituida la guarda o tutela a que se refiere el apartado anterior de este artículo, la Administración pública competente facilitará a los menores extranjeros la documentación acreditativa de su situación, en los términos que reglamentariamente se determinen”.

En el momento de la redacción de esta tesis se encuentra debatiéndose en el Senado un proyecto de ley que modificará en algunos aspectos la legislación arriba mencionada. En lo que se refiere al colectivo de MENA esta reforma entiende que los menores extranjeros, entre otros, constituyen una nueva necesidad a la que la legislación debe adaptarse. Además, por ver primera se hace mención expresa a aspectos relativos a los menores extranjeros no acompañados como la reagrupación familiar, y considera a estos niños y adolescentes un grupo especialmente vulnerable.

La **Ley Orgánica de Extranjería (LOEX) y el Reglamento (REX)** que la desarrolla es la normativa que regula los derechos, la entrada y la situación jurídica de las personas inmigrantes extranjeras extra comunitarias, incluidas las personas menores de edad (Calzada, 2007). Así, cuando de la documentación del menor se acredite que es un menor no comunitario, o cuando no disponga de documentación que permite identificarle, habría que atender a esta legislación, en concreto al artículo 35 de la LOEX, que regula la situación jurídica de los menores extranjeros en situación de desamparo, estableciendo la obligación de atenderles, así como de documentarles (Ararteko, 2005; Calzada, 2007). Este artículo se ha visto ampliado en la reforma de 2009 pasando a contener doce apartados en lugar de cinco como ocurría con la anterior legislación. Quizás lo más relevante es la especificación del procedimiento a seguir cuando nos encontramos con un MENA, destacando el derecho a ser oído y el interés superior del menor en todo caso (López de Mozos, 2015). También la denominación del artículo es modificada, pasando a denominarse “Menores no acompañados”, haciendo especial mención en la normativa a la integración de los menores

para lo que se pretende establecer acuerdos de colaboración por parte del Estado con los países de origen.

En lo que respecta al REX, parece que, a diferencia del anterior, detalla en mayor medida el procedimiento a seguir (Soler y Martín, 2015). Según estos autores, se introducen algunas novedades como las que se recogen en las siguientes líneas:

- Regulación integral del itinerario migratorio y del sistema de protección del menor.
- Regulación igualmente completa del procedimiento de repatriación, incluido el modo en que se solicitará información al país de origen y a la propia Entidad pública de protección que ostente la custodia, guarda o tutela del menor. Se recoge también el modo en que se informará al menor así como las diferentes etapas por las que discurrirá el procedimiento hasta su resolución y ejecución.
- Mayores garantías para la intervención del menor en defensa de sus derechos.
- Referencia expresa al derecho de asistencia jurídica gratuita.
- Regulación de la autorización de residencia del menor no acompañado.
- Regulación de las consecuencias de alcanzar la mayoría de edad con o sin permiso de residencia.
- Una nueva y más garantista regulación del registro de MENA.

En general, se considera que este reglamento ha supuesto un reforzamiento de los derechos y de las garantías que asisten a los MENA en nuestro país (Soler y Martín, 2015).

Si de la documentación del menor se acredita que es un menor procedente de un estado de la Unión Europea o es familiar de un comunitario, es de aplicación el ***Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.***

De esta normativa se desprende que el Estado es quien tiene la competencia exclusiva en materia de nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo, sin olvidar la incidencia de la política y normativa comunitaria. La Administración Central del Estado es, por lo tanto, la administración competente para autorizar a la persona menor de edad extranjera la residencia y tramitar la documentación por medio de las Delegaciones y Subdelegaciones de Gobierno (Calzada, 2007; Defensor del Pueblo, 2005) así como de la repatriación (Defensor del Pueblo, 2005).

Por último, la ***Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor***, recoge los principios de la normativa sobre protección de la infancia y las modificaciones que se habían producido en materia de competencia y procedimiento de los juzgados de menores y en el Código Penal.

En un nivel aún mayor de concreción para algunas cuestiones se sitúa el **Protocolo Marco sobre determinadas actuaciones en relación con los Menores Extranjeros No Acompañados** (en vigor desde 2014) que supone un acuerdo entre el Ministerio de Justicia, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fiscalía General del Estado y el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y cuya finalidad es “coordinar la intervención de todas las instituciones y administraciones afectadas, desde la localización del menor o supuesto menor hasta su identificación, determinación de su edad, puesta a disposición de la entidad pública de protección de menores y documentación”. En definitiva, el objetivo no es otro que unificar y armonizar las actuaciones que se llevan a cabo en los diferentes territorios del Estado.

A continuación se detallarán las cuestiones más relevantes recogidas en dicho protocolo:

En el momento en que un menor, cuya minoría de edad no supone dudas, es **localizado** por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, se realizarán las correspondientes diligencias de reseña dactilar y cotejarán en el Registro de MENA para comprobar si se halla inscrito o no. En cualquier caso, lo pondrán a disposición de la Entidad de protección de menores del lugar de localización, independientemente de la posterior decisión sobre su acogida inmediata y custodia. Si no está inscrito en el Registro, se llevará a cabo su inscripción. Además, su localización se comunicará al Ministerio Fiscal.

En el caso de que la minoría de edad no pueda ser establecida con seguridad, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad lo comunicarán al Ministerio Fiscal quien acordará la autorización de las **pruebas médicas dirigidas a determinar la edad**. Estas pruebas “se regirán por el principio de celeridad exigiendo el previo consentimiento del afectado y un control médico-sanitario especializado y se llevarán a cabo con respeto a la dignidad de la persona”. Las pruebas se llevarán a cabo en el plazo más breve posible. En caso de dilación, una vez reseñado el menor y cotejado el Registro de MENA, “el Fiscal pondrá a disposición de la Entidad pública de protección de menores competente al menor para que proceda a su ingreso en un Centro de protección de menores hasta que aquella pueda llevarse a cabo”. El fiscal autorizará la práctica de las pruebas siempre que “el interesado preste el consentimiento tras haber sido fehacientemente informado”. Si tras la realización de las pruebas el interesado es considerado menor de edad, “se acordará que sea puesto a disposición de la Entidad pública de protección”. “La edad del sujeto se corresponderá con el tramo inferior de la horquilla”.

Respecto a la **documentación**, la unidad policial de extranjería del CNP, “en el plazo máximo de 72 horas, remitirá a la Entidad pública de protección de menores y al Director del centro de protección la “ficha de inscripción MENA”, que servirá para que el menor pueda identificarse.

En lo relativo a la **solicitud de la residencia**, se señala que “las gestiones dirigidas a determinar si es posible la repatriación u obtener el pasaporte o, en su defecto, la cédula de inscripción, deberán realizarse con la mayor celeridad”. Se considera que tres meses es tiempo suficiente para solicitar la autorización de residencia. Y, en todo caso, se señala que sea cual sea el estado de tramitación, transcurrido el plazo máximo de nueve meses desde la puesta a

disposición del MENA, la Delegación o Subdelegación de Gobierno debe otorgar esta autorización.

La **tutela** por parte de la Entidad pública de protección, se asumirá en el plazo máximo de tres meses, una vez constatada la situación de desamparo del MENA.

Para finalizar nos gustaría añadir a este capítulo los **principios fundamentales** recogidos por la Alianza Internacional Save the Children y ACNUR en un documento publicado en 2004 y que podrían servir de punto de partida para guiar las intervenciones llevadas a cabo con Menores Extranjeros No Acompañados. Estos principios serían los siguientes:

1. **El interés superior del menor** deberá ser la principal consideración en todas las decisiones que se adopten con los niños.

2. **La no discriminación.** Derecho a recibir la misma consideración y a disfrutar de los mismos derechos que los menores nacionales de los territorios de acogida. La consideración como niños debe primar por encima de la consideración como inmigrantes.

3. **El derecho a la participación.** Sus opiniones y deseos deben ser consultados y tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones que les afecten. Se han de establecer las medidas necesarias que faciliten su participación, de acuerdo con su edad y madurez.

4. **El respeto a la identidad cultural.** Es de vital importancia que puedan mantener su lengua materna y sus vínculos con su cultura y religión. La conservación de la cultura y del idioma también son imprescindibles por si el menor regresa a su país de origen.

5. **Intérpretes.** En todas las situaciones en las que resulte necesario (entrevistas, acceso a servicios, procedimientos legales, etc.), los menores deberán tener a su disposición intérpretes debidamente formados que hablen su idioma.

6. **Confidencialidad.** Se ha de velar por no revelar información que pueda poner en peligro a los familiares del menor. Antes de trasladar esta información se deberá solicitar el permiso del menor.

7. **Información.** Deben disponer de información sobre sus derechos, los servicios que se encuentren a su alcance, situación en su país de origen, etc.

8. **Cooperación entre distintas organizaciones.** Todos los agentes implicados en la prestación de servicios a estos menores deben cooperar para garantizar el bienestar y protección del menor y de sus derechos.

9. **Formación de los profesionales.** Las personas que trabajan con estos menores deben estar debidamente formadas en cuanto a las necesidades y derechos de estos menores.

10. **Durabilidad.** Las decisiones que se adopten deberán tener en cuenta el interés superior del menor y el bienestar a largo plazo, optando por medidas duraderas.

11. **Plazos.** Todas las medidas que se adopten deben tomarse en plazo adecuado, teniendo en cuenta la urgencia que supone la doble condición de menor y extranjero.

Hasta aquí, se ha revisado la legislación que afecta a los menores extranjeros no acompañados, en su doble condición de menores y extranjeros, y en algunos casos, cuál sería la interpretación más favorable para los propios menores. Esta legislación impregna de manera ineludible las posibilidades de intervención con estos menores, que, en algunos momentos del proceso, debido a su condición de extranjeros no acompañados, se diferencian ostensiblemente de las de sus pares protegidos. Precisamente el modo en el que se lleva a cabo la intervención con los MENA es lo que se recoge en el siguiente capítulo.

3. El Modelo de Intervención con los Menores Extranjeros No Acompañados desde el Sistema de Protección

Una vez definido el concepto y el proceso migratorio protagonizado por los MENA en el ámbito europeo y nacional, a lo largo de este capítulo se describirá el proceso de intervención que se lleva a cabo con estos jóvenes en nuestro país. Para ello, nos basaremos en el estudio recogido en Bravo, Santos y Del Valle (2010). En esta investigación se llevó a cabo una revisión de las intervenciones y procedimientos puestos en marcha en la atención a MENA en varias regiones del país. A partir de esta información, lo que haremos en este apartado es revisar las diferentes actuaciones que se suceden en el proceso de atención a este colectivo en nuestro contexto, a la vez que se mencionarán algunas de las dificultades que se pueden presentar en cada uno de los momentos.

El modelo que se describirá, tal y como se señaló en un capítulo anterior, hace referencia a un modelo que considera la migración desde un punto de vista clásico, por motivos económicos, organizando la atención que se otorga a estos menores a partir de la combinación de leyes de extranjería y protección.

Dado que el objetivo de esta tesis es conocer los problemas de salud mental que presenta esta población y valorar las intervenciones llevadas a cabo para atender esas necesidades, es necesario revisar el modelo de intervención general desarrollado con esta población para poder concretar y profundizar en la consideración que se le concede a las necesidades de salud, en especial a las necesidades de salud mental.

Para una mejor organización de la información se dividirá el proceso de atención en cuatro fases: fase de localización, fase de investigación, fase de toma de decisiones y fase de ejecución.

Antes de comenzar, se señalará una cuestión que debería ser tomada en consideración en todo el proceso de atención a los MENA y que se recoge en el informe del UNHCR y Save the Children (2006) sobre *La participación de los menores extranjeros no acompañados: el derecho a ser oído*. Este documento surge de una mesa de trabajo organizada en torno al derecho de los Menores Extranjeros No Acompañados a que su opinión sea tenida en cuenta en todas las decisiones que les atañen. Según estas organizaciones éste es un derecho básico sobre el que se cimienta el derecho de protección de menores y por tanto, una preocupación de los agentes implicados en la intervención con este colectivo. Este derecho es reconocido en todas las normas relativas a menores y afecta a todas las fases del proceso. Precisamente es una de las cuestiones sobre las que se hace hincapié en el Proyecto de Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia (2015) que en la actualidad se está debatiendo en las cámaras legislativas de nuestro país. Aunque en este proyecto, no se vincula este derecho directamente a los MENA, considerándolo como un derecho fundamental de los menores en general, sí que se hace referencia a él de un modo directo al mencionar el trato que deben recibir los MENA por parte de las administraciones públicas, entre otros en el informe del Defensor del Pueblo (2005).

3.1. Fase de Localización

La primera fase de atención a los MENA se correspondería con la fase de localización puesto que se hará referencia al momento en el que se tiene conocimiento de un Menor Extranjero No Acompañado en posible situación de desamparo.

3.1.1. Procedimiento en el momento de la localización

Con frecuencia se afirma que los MENA son localizados porque en muchos casos son los propios jóvenes quienes se dirigen a las Comisarías de Policía identificándose como tales y solicitando ser atendidos.

Para comenzar, en este caso el UNHCR y Save the Children (2006) apuntan que en todas las entrevistas a la hora de solicitar acceso a servicios o procedimientos legales, los menores deberán tener a su disposición intérpretes debidamente formados. Se hace constar así mismo en el *Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009* que en esta fase y tras ser puesto a disposición del servicio de protección, el menor debe ser informado de modo fehaciente y en un idioma comprensible para él del derecho a la protección internacional, del procedimiento previsto y de la normativa de protección de menores.

En cualquier caso, independientemente de si es el menor quien acude a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o si es localizado por éstas, en el momento en que se identifica a sí mismo como menor de edad, si no existen dudas a este respecto, es derivado a un centro de protección, generalmente de primera acogida. En caso de que existan dudas acerca de la minoría de edad, en la mayoría de las regiones las pruebas de determinación de la edad se realizan con posterioridad al ingreso en primera acogida, verificándose la información en un plazo que oscila entre 24 horas y una semana. El procedimiento que suele ponerse en marcha es el siguiente: una vez el menor es localizado por la policía son éstos quienes lo notifican al Ministerio Fiscal. Las pruebas pueden realizarse en ese momento o al día siguiente (en función de la hora en la que se localice al menor y en función de la comunidad autónoma de referencia), en ambos casos el menor es remitido a un centro de protección –en la mayoría de los lugares–, en el que esperará para realizar las pruebas o hasta que se conozca el resultado si ya se han practicado.

En algunas ocasiones ha habido dudas, incluso por parte de la Fiscalía, sobre la pertinencia de incorporar a estos jóvenes a los centros de protección antes de confirmar esa minoría de edad pero en la práctica, parece que así se hace en la mayoría de los lugares y así parece interpretarse a partir del Reglamento de Extranjería.

Cuando la localización se produce durante la noche la manera de actuar sigue siendo la misma, derivando, en general, a los menores a centros de acogida.

En el *Acuerdo para la aprobación del Protocolo Marco sobre determinadas actuaciones en relación con los Menores Extranjeros No Acompañados* (2014) se incide en la urgencia de

realizar las pruebas pertinentes si la edad del menor no puede establecerse con seguridad y señala que “si por causas extraordinarias no pudieran practicarse durante el servicio de guardia las pruebas debidas, una vez que el menor ha sido reseñado y se ha cotejado el Registro de MENA, el Fiscal pondrá a disposición de la Entidad pública de protección de menores competente al menor para que proceda a su ingreso en un Centro de protección de menores hasta que aquella pueda llevarse a cabo”.

El tiempo que puede pasar entre el ingreso del menor en un centro de protección y la determinación de su edad es muy diferente entre unos lugares y otros, oscilando entre pocas horas y varios días. Una vez determinada la edad, según Decreto del Ministerio Fiscal, ésta se inscribe en el Registro de Menores Extranjeros No Acompañados que gestiona el Cuerpo Nacional de Policía.

Tras la determinación de la edad se pone en conocimiento inmediato de la Entidad Pública de Protección de Menor y se traslada al menor de edad al centro de primera acogida, donde se le prestará la atención inmediata que precise. El menor es acompañado al centro por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con una orden de ingreso procedente del Ministerio Fiscal.

Cuando es necesario trasladar al menor a efectuar las pruebas porque ha sido ingresado en el centro sin que se hubiesen llevado a cabo, el joven será acompañado por personal destinado a tal fin, al centro sanitario para la realización de las pruebas oseométricas. El médico forense remitirá los resultados al Ministerio Fiscal, quien los comunicará al Servicio de Infancia y al centro de acogida. En el caso de que el resultado indique que el joven es mayor de edad se procede al cierre del expediente en el Servicio de Infancia. El joven sale del centro pero se le orienta hacia otros servicios sociales adecuados a su situación.

Al analizar la distribución de la **red de centros y programas de urgencia** que acogen a esta población en los diferentes sistemas de protección, se encontró que cada vez es más habitual una cierta especialización de los recursos. En función del volumen que represente esta población, es frecuente que exista un recurso de urgencia específico para menores extranjeros, donde no suelen ser derivados ni menores autóctonos, ni chicas, ni los más pequeños (el corte de edad varía, entre los 12 y 14 años). No obstante, la disponibilidad de este tipo de recursos suele estar sujeta al volumen de MENA que pueda llegar a cada territorio.

En caso de tratarse de un menor extranjero más joven (comienza a ser más habitual la llegada de pequeños dentro de las redes de migración) la acogida se efectúa en programas donde se atienden otros niños pequeños del territorio. Cuando es localizada una menor extranjera, y dado que estos casos son excepcionales, suelen derivarse también a otros recursos de la red (habitualmente donde hay grupos de niños más pequeños).

Los ajustes se van realizando, como se comentaba, en función del número, pero también del perfil que presenta esta población, dado que la edad es especialmente determinante en las necesidades de intervención planteadas y los procedimientos a llevar a cabo.

Como se recogía en un capítulo anterior, un aspecto que debe señalarse es que la migración de chicas extranjeras no acompañadas es un fenómeno poco detectado en los sistemas de protección, pero no por ello inexistente. Según Trujillo y Morante (2009), “los espacios a los que acceden estas niñas inciden en sus situaciones de exclusión social e invisibilidad”. Afirman estas autoras que las diferencias de género y los espacios a los que acceden son los elementos que las diferencian de los niños que migran en su misma situación. Los itinerarios de estas jóvenes pueden ser diferentes pero hay una característica común muy relevante y es que dichos espacios están conectados con lo privado, bien sea relacionado con familia extensa, explotación laboral o prostitución.

3.1.2. Documentación

Respecto a la documentación puede darse el caso de que el menor disponga ya de documentos que lo identifiquen, pero también puede ocurrir que llegue sin ningún tipo de documentación o que incluso disponiendo de ella, en un primer momento, la oculte o se dude su fiabilidad.

Para iniciar el **proceso de documentación** es necesario obtener varios documentos del país de origen (certificado de nacimiento, de residencia,...). Esta documentación permite solicitar el **pasaporte**. Y una vez conseguido el pasaporte se tramitaría la **autorización de residencia**. Una vez conseguido el Permiso de Residencia, para conseguir la **autorización de trabajo** deberán contemplarse los requisitos recogidos en el artículo 200 del Reglamento 557/2011, que en síntesis hacen referencia a la necesidad de disponer de una oferta de empleo.

3.1.3. Pruebas de determinación de la edad

En relación a la determinación de la edad de los MENA que no aporten documentación al respecto y cuya minoría de edad sea dudosa, y dada la disparidad de métodos diagnósticos empleados hasta entonces por los médicos forenses y las dificultades de estos métodos en cuanto a su fiabilidad, se llevó a cabo un Documento de Consenso de Buenas Prácticas entre los Institutos de Medicina Legal de España en 2010 (Garamendi et al., 2011). En este documento se recogen algunas cuestiones clave al respecto, entre las que se destaca la recomendación de la aplicación de los siguientes métodos diagnósticos para la estimación forense de la edad de los supuestos mayores de 14 años y menores de 18 años: examen físico general, estudio radiográfico del carpo de la mano izquierda, y examen de la cavidad oral y estudio radiográfico dental.

Con respecto a las pruebas de determinación de la edad según UNHCR y Save the Children (2006) debería tenerse en cuenta lo siguiente que “los resultados de las pruebas de edad deben considerarse como estimaciones poco precisas y valorarse en combinación con la información facilitada por el menor, así como con cualquier documento que éste pudiera presentar”.

Una vez practicadas las pruebas y obtenida una resolución, es fiscalía quien emite un decreto en el que se hace constar la edad del menor y este dato se inscribe en el Registro de Menores. Además, en el mismo decreto se decide la puesta a disposición de los servicios de protección de menores.

3.2. Fase de Investigación

Una vez localizado un menor y puesto a disposición de la entidad pública de protección, se inicia la **fase de investigación** dirigida a esclarecer la identidad y situación del menor con el fin de adoptar la decisión más conveniente e iniciar la intervención más adecuada. Esta fase culmina en la mayoría de estos casos con la declaración de desamparo del menor y la asunción de su tutela por parte de la entidad protectora. Como se vio en el apartado anterior, un factor a tener en cuenta en la decisión sobre el futuro del menor, es según se recoge, entre otros, en el Plan de Acción de la Unión Europea sobre los menores extranjeros no acompañados que la decisión se base en el interés superior del menor y que sea una solución con carácter permanente.

3.2.1. Objetivos de la investigación y plazos

En el caso de los menores extranjeros no acompañados la fase de investigación adopta algunas particularidades respecto al resto de los casos notificados a los servicios de familia e infancia.

Una de las primeras dificultades y objetivo prioritario de la investigación es la **identificación del menor** y la **valoración de su situación actual** (presencia de algún responsable adulto que pueda hacerse cargo de su cuidado, investigación de la situación familiar en origen y posible condición de tutelado por otra comunidad autónoma donde haya sido atendido previamente).

Esta información, unida a la valoración de las necesidades del menor que fundamentarán la elaboración del plan de caso y la elección del recurso más adecuado para su atención, es recabada en **plazos** muy diferentes según las diferentes comunidades autónomas.

3.2.2. Información recogida durante esta fase

No hay diferencias entre la información que se recoge de un menor extranjero no acompañado y la que se recoge de un menor autóctono, salvo que en el primer caso, el principal informante es el joven (por la dificultad para acceder a su familia u otros referentes sociales).

De hecho, es importante resaltar que a pesar de las características que les diferencian de otros menores acogidos en el sistema de protección, no suelen ser objeto de evaluaciones específicas. Habitualmente se da mucha importancia (como así lo exige la normativa que les afecta) a recoger datos administrativos tales como documentación que sea útil para

identificarles, para determinar su edad, localizar a la familia,... obviando sus propias necesidades como niños y jóvenes en situación de desamparo con características diferenciadas que requerirían una evaluación pormenorizada e individualizada que permitiese orientar una intervención estrechamente ajustada a esas necesidades. Con excesiva frecuencia tanto la recogida de información como la planificación de una intervención se concretan en la misma intervención para todo el colectivo: documentación, formación en el idioma y búsqueda de opciones laborales, obviando una evaluación de necesidades individualizada (Mitchell, 2003).

Otro dato importante dentro de este epígrafe es conocer cómo se **investiga a la familia en origen**. No debemos olvidar que en el caso de los MENA es imprescindible atenerse a la legislación vigente (Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009). Según este Real Decreto, la primera actuación a la hora de abordar la intervención es considerar si la repatriación al país de origen es la mejor respuesta que se le puede ofrecer al joven atendiendo al superior interés del menor. En caso de considerar que no es así y en todo caso, transcurridos nueve meses desde la puesta a disposición de los servicios de protección, se procederá a otorgarle la autorización de residencia.

3.2.3. Dispositivos de atención: la primera acogida

Durante esta fase resulta de interés conocer en qué tipo de dispositivos permanecen los menores y cuáles son las características de éstos.

Existe gran variedad en los recursos de primera acogida diseñados por los diferentes territorios para acoger a estos menores. A continuación describiremos brevemente los diferentes modelos en la organización de la red de acogimiento residencial con respecto al **tipo de dispositivos** que se pueden encontrar. Existen fundamentalmente dos modelos:

- El modelo planteado por quienes optan por los recursos específicos para MENA desde el principio de la intervención (recursos de primera acogida) hasta los hogares residenciales. En este caso, puede contemplarse la posible derivación a un hogar residencial de autóctonos en función de las necesidades específicas del menor, pero no es lo habitual. Además, aún en este caso, los MENA muy jóvenes o las chicas suelen ser trasladadas a los centros de primera acogida de autóctonos.

- El otro modelo es el que hace hincapié en el uso de recursos mixtos. En este caso, salvo excepciones, los dispositivos de primera acogida acogen a MENA y también a menores nacionales, pero suele haber una gran presencia de menores extranjeros.

Como ya había mencionado anteriormente, la **duración de la estancia en centros de primera acogida o urgencia** es muy variable entre unas comunidades y otras.

Quiroga, Alonso y Armengol (2005) señalan que la permanencia en los centros de primera acogida debe llevarse a cabo durante el mínimo tiempo posible. Sin embargo, a la hora de valorar la adecuación de los plazos es preciso diferenciar el tipo de programas

desarrollados en la red de primera acogida. Mientras en algunas comunidades estos dispositivos cumplen una labor de emergencia durante la fase de investigación en la que no se inician intervenciones educativas (no se inicia la escolarización, ni formación laboral o en el idioma, ni se estructuran actividades), en otras, estos dispositivos han implementado un proyecto educativo de centro que permite iniciar intervenciones formativas e integradoras (se recibe formación, se aprende el idioma, etc.)

En el primer caso, urge acortar los plazos de permanencia en este tipo de recursos, “considerando estas estancias como un tiempo perdido” (Quiroga et al., 2005). No ocurre necesariamente lo mismo en el segundo, donde la estancia puede prolongarse durante más tiempo sin que ello vaya en detrimento de una buena respuesta a las necesidades de los menores.

Se trata, por tanto, de no alargar la estancia en centros de primera acogida que responden a un modelo de “espera”, por el impacto negativo que puede tener en estos jóvenes: frustración, ruptura de expectativas, tiempo libre no canalizado. Estos modelos se han asociado a la aparición de conductas de inadaptación en estos jóvenes, en muchos casos generadas dentro del grupo y modelando así la conducta de los que van llegando.

Sin embargo, los programas de primera acogida que ofrecen una estructura muy clara e incorporan a los menores en actividades formativas, rutinas y horarios claros, gestión de documentos, etc. se ajustan más a las expectativas de una parte importante de estos jóvenes y facilitan también la derivación a centros de la red general (dado que el joven ha tenido tiempo a incorporar responsabilidades, rutinas, habilidades, etc.).

3.3. Fase de Toma de Decisiones

Antes de decidir el plan de caso más adecuado dadas las circunstancias del menor, es necesario considerar si el menor permanecerá en España o si por el contrario será efectuada la reagrupación familiar. Para esta toma de decisiones es imprescindible atenerse a la legislación vigente referente a MENA (*Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009*).

Considerando esta legislación estatal pero también la normativa internacional, el primer paso sería valorar si es posible efectuar la repatriación con garantías, bien con su familia, bien tutelado por los servicios de protección del mismo.

Lo más común es que las entidades públicas de protección sean conscientes desde el principio de que los menores permanecerán en España, en unos casos, por la imposibilidad a nivel práctico de facilitar la reagrupación familiar, en otros, por la clara inadecuación de esa alternativa.

Una salida viable para la reagrupación de los menores con sus familias sería que el propio menor solicitase el regreso. Bajo el supuesto de que si se diesen determinadas condiciones en el país de origen (posibilidades de formación, de un futuro laboral, etc.) los

menores aceptarían regresar, se crearon algunos programas, pero en la mayoría de los casos y como se señaló en un capítulo anterior una característica de los MENA es que emigran para permanecer en el país de acogida.

Si prestamos atención a todo lo mencionado hasta ahora, en la mayoría de los casos, la permanencia en España se plantea no como la respuesta de elección sino como la única respuesta viable.

3.4. Fase de Ejecución

3.4.1. Plan de caso

Una vez valorado que la mejor –o la única opción– es que el menor permanezca en España, se debería decidir cuál es el **plan de caso** que mejor se adapta a los intereses del niño. Sánchez Redondo (1996) valora que en este momento de la intervención, la disponibilidad de recursos no debería condicionar la toma de decisiones. Se debe recordar que para establecer el plan de actuación siempre se debe tener en cuenta que la respuesta ha de ser la mejor alternativa dadas las circunstancias, sopesando los riesgos y los beneficios de las decisiones que se adopten, y en la medida de lo posible, una alternativa definitiva cuyos objetivos sean la continuidad y la estabilidad. Además, este autor menciona que todo ello ha de hacerse con unas garantías mínimas que prevengan los riesgos que entraña la opción que se haya elegido. Igualmente, se debería disponer de un *plan alternativo de emergencia* por si fallara el plan de caso, sobre todo, cuando existen indicios de riesgo en tal sentido. En algunos casos, los encargados de elaborar los planes de caso son los mismos profesionales que para el resto de niños/as y adolescentes en protección, pero en algunas comunidades cuentan con técnicos especializados en los casos de MENA.

3.4.2. Ejecución de la resolución de permanencia: recursos

Una vez se decide que el menor permanecerá en España, en todas las comunidades autónomas se adopta la **tutela** del joven por parte de la entidad pública aunque con algunas diferencias en el **plazo de tiempo** transcurrido desde la acogida del menor hasta la asunción de la tutela. No obstante, la legislación (Protocolo Marco sobre determinadas actuaciones en relación con los Menores Extranjeros No Acompañados) señala que, una vez constatada la situación de desamparo, esta debe dictarse en el plazo máximo de tres meses.

La medida de elección en estos casos, siguiendo la tendencia empleada con otros niños y adolescentes en protección (Bravo y Del Valle, 2009), es el acogimiento residencial. Aunque el acogimiento en familia extensa sí ha sido un programa muy empleado en España (Del Valle, Bravo y López, 2009; Del Valle, Lázaro-Visa, López y Bravo, 2011) no ha sido factible en estos casos, salvo excepciones (Quiroga et al., 2010), no tanto por no existir familiares en el territorio de acogida, sino porque ellos mismos aún no tenían consolidado su propio proceso de integración sociolaboral. Hemos de señalar aquí que el acogimiento familiar no ha estado

exento de dificultades, incluso en países con mayor tradición del mismo, como el Reino Unido (Wade, Sirriyeh, Kohli y Simmonds, 2012), si bien como señalan estos autores cuando se ha logrado un buen acoplamiento, el beneficio es mucho mayor para el menor.

En todo caso, en cuanto a los **programas de acogimiento residencial** de los que se ha dispuesto para poner en práctica el plan de caso, estos varían entre unos lugares y otros, dándose una variedad de modelos de intervención (Setién y Barceló, 2008):

a) Hay comunidades que disponen de **recursos específicos para MENA**, con redes muy organizadas que han ido diversificándose y creando diferentes tipos de dispositivos –centros residenciales, unidades convivenciales, unidades semiautónomas– para responder a las diferentes demandas. Aún en estos casos, no se descarta la inserción de estos menores en hogares de la red general, pero es menos frecuente.

b) Otras comunidades integran a estos jóvenes en los recursos ya existentes dentro del sistema de protección, convirtiéndolos en **recursos mixtos** y reservando habitualmente un número de plazas para estos jóvenes. A estos recursos mixtos se incorporan programas específicos para los menores extranjeros de idioma, alfabetización, etc. Este modelo prioriza el objetivo de integración de estos jóvenes mediante la convivencia con chicos y chicas de su edad pertenecientes a la cultura del país de acogida.

c) Para finalizar, otras comunidades disponen de **ambos tipos de dispositivos** y se diferencian entre ellas en el peso que le dan a unos y otros.

En cualquier caso, independientemente del recurso que se destine a la atención de estos jóvenes en esta fase, es imprescindible no obviar que además de las necesidades básicas, se debe disponer de una asistencia psicológica adecuada y una educación normalizada. Al mismo tiempo que se potencia la integración en actividades lúdicas y de ocio en la comunidad (Quiroga et al., 2005).

El **tiempo medio de permanencia** en esta fase varía dependiendo de la edad de entrada del joven. Dado que para la mayoría el plan de caso establecido es el de preparación para la independencia, se estima que permanecerán en los centros hasta el cumplimiento de la mayoría de edad, lo que suele equivaler a unos dos o tres años.

Algunas comunidades han desarrollado también recursos de apoyo para esta población una vez alcanzada la mayoría de edad, como se verá más adelante.

En todo caso, la media de permanencia en los centros de la red general de protección es muy variable de unos territorios a otros en función de la frecuencia de fugas, la agilidad en la tramitación de documentación, la percepción de cumplimiento de expectativas y la posibilidad de integración como adultos si cumplen el itinerario.

3.4.3. Otros Programas de Apoyo: Sanitarios, Educativos, Inserción Laboral, Recursos de Mediación Cultural

En general, es muy escasa la creación o uso de recursos específicos. La tendencia generalizada es a utilizar los mismos recursos (educativos, formativos, sanitarios, de ocio...) empleados para el resto de los chicos y chicas que están en el sistema de protección.

Los únicos programas específicamente dirigidos a este colectivo tienen por objetivo el aprendizaje del idioma o el abordaje de cuestiones culturales. No obstante, también en estos casos –sobre todo, relativo al idioma– se ha intentado ejercer esta labor desde recursos comunitarios tales como escuelas para adultos. Cuando se han usado recursos específicos para inmigrantes son aquéllos que previamente se habían diseñado para inmigrantes adultos (ONG, asociaciones, entidades privadas, etc.).

Las cuestiones culturales suelen abordarse desde los propios centros del sistema de protección aunque no siempre se cuenta con la figura de mediadores culturales o educadores formados en estos temas.

En algún caso se ha señalado la dificultad existente en la adaptación de los menores de 16 años a la formación reglada por la diferencia mostrada en el punto de partida con respecto a los menores autóctonos.

Por último, respecto a la salud física y mental, los MENA son derivados a los mismos recursos a los que se deriva al resto de menores en protección. Lo más frecuente es que la salud mental de unos y otros sea atendida en los recursos de salud pública y pocas comunidades cuentan con una red de profesionales privados que atiendan a estos jóvenes. No obstante, y aunque como se verá en el siguiente capítulo, la elevada prevalencia de dificultades psicológicas en esta población es una realidad constatada en otros países, apenas sí hay investigación científica en nuestro entorno acerca de cuál es la problemática que presentan, más allá de mencionar que dadas las experiencias vividas no es extraño el padecimiento de importantes dificultades psicológicas (Bargach, 2006; Del Sol, 2013; Manzani y Arnosó, 2014; Senovilla, 2014; Vacchiano, 2011). Aunque tampoco se cuenta con investigación exhaustiva publicada acerca del modo en que se atiende su problemática, sí se deja constancia de la falta de detección de casos y de diagnósticos (Manzani y Arnosó, 2014) así como de las dificultades que supone la atención de esta problemática en estos menores (Manzani y Arnosó, 2014; Senovilla, 2014).

En este capítulo se ha llevado a cabo una revisión del modo en que los MENA son atendidos una vez llegan a este país. Como se señalaba en el capítulo anterior, por el hecho de ser menores y extranjeros existe un marco jurídico que enmarca y en ocasiones restringe el tipo de atención que estos menores pueden recibir y que a diferencia de otros menores en protección no está solo pautado por lo que la legislación en esta ámbito contempla. Para tratar de facilitar el seguimiento del discurso, se ha dividido el proceso de atención en cuatro fases: localización, investigación, toma de decisiones y ejecución, señalando en cada una de ellas los aspectos más destacables que determinan en todo caso la atención que recibe y recibirá el

menor. En el último apartado, se ha descrito, cómo una vez decidida su permanencia en el territorio de acogida, los MENA son atendidos en una diversidad de recursos de la red de acogida en protección, además del uso de otros recursos en función de sus necesidades, incluidas las de salud mental. En el capítulo que sigue, se hará una revisión de las necesidades que suelen presentar estos menores, incluidas las de salud psicológica. Para detallar éstas en mayor medida, y ante la escasez de literatura al respecto en nuestro país, se hará una revisión de lo recogido en la literatura científica de los países con una gran acogida de MENA.

4. Necesidades de los Menores Extranjeros No Acompañados. La Atención a los Problemas Emocionales y de Salud Mental

En este capítulo se procederá a hacer un repaso a cuáles son las necesidades que los profesionales que atienden a los menores extranjeros no acompañados suelen destacar y que con frecuencia han sido respaldadas por la literatura científica, haciendo especial hincapié en las necesidades psicológicas y/o de salud mental que como se ha hecho constar han sido poco estudiadas en nuestro contexto y abordadas con mayor profundidad en el ámbito internacional. Justamente este abordaje internacional de las necesidades de los MENA será lo que se recoja en uno de los apartados. Habida cuenta que la literatura científica respecto a estas necesidades escasea en nuestro país, y a pesar de que el fenómeno de la migración juvenil no es exactamente el mismo en otros países, es cierto que guarda algunas similitudes, sobre todo, en cuanto a los riesgos que viven en el viaje migratorio y, aunque con diferencias, en las dificultades que entraña la adaptación al país de acogida. Es por ello que encontramos justificada la referencia a la literatura científica internacional, aunque con matices, para abordar las dificultades de salud mental de los MENA que llegan a nuestro país.

4.1. Principales necesidades detectadas en la intervención con estos menores

Los profesionales que se encargan de la atención de estos menores señalan como causas de sus problemas de inadaptación: el posible desarraigo, la separación de su familia, la inestabilidad del presente y la incertidumbre del futuro.

Tal y como han señalado Quiroga et al. (2005), es un hecho palpable que estos jóvenes se encuentran en una situación de fragilidad que les hace especialmente vulnerables en un período vital en el que además se está construyendo su identidad. A los problemas comunes a la etapa del desarrollo en la que se encuentran, se les suman los específicos de ser extranjeros no acompañados, es decir, diferentes formas de comunicación, edad física incierta, así como otras cuestiones administrativas y legales. Lo cierto es que durante todo el proceso de atención a estos menores van apareciendo una serie de dificultades o se van generando unas necesidades que de ser atendidas adecuadamente favorecerían en gran medida la adaptación de estos menores y permitirían dar respuesta al objetivo final de su proceso migratorio: la plena incorporación al contexto de acogida.

4.1.1. Formación educativa y ocupacional

Teniendo en cuenta el proyecto migratorio de la mayoría y la escasa o nula formación de la que suelen disponer los menores con los que se interviene (Calzada, 2007; Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía, 2001; Proyecto CON RED, 2004; SOS Racismo, 2004), ésta es una necesidad reconocida por todos los profesionales y de las que menos problemas genera a la hora de abordarse. No suelen existir dificultades para ponerla en práctica ya que desde un primer momento la legislación vigente garantiza el derecho a la educación (art. 10.3 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor) y por tanto, se facilita el acceso gratuito al sistema educativo público durante el período obligatorio que abarca las edades de 6 a 16 años y el acceso al sistema de becas y

ayudas, independientemente de su procedencia y de su situación legal (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación).

Deben apuntarse algunos matices que afectan específicamente al proceso de escolarización de esta población: en caso de existir un cierto desajuste en la valoración de la edad que consta en el Decreto Fiscal y la edad real del joven, podemos encontrarnos con la necesaria incorporación en el sistema educativo de jóvenes con la edad suficiente y expectativas para recibir otro tipo de formación. Estos hechos pueden provocar serios desajustes y frustraciones que dificultan su adaptación al contexto escolar.

Por otro lado, por la edad y expectativas de estos jóvenes, la formación para el empleo figura como una de las prioridades en la intervención llevada a cabo. Nuestro sistema educativo ofrece posibilidades formativas orientadas al empleo a partir de los 16 años, a las cuales estos jóvenes pueden optar, siempre y cuando estén en posesión del Número de Identificación de Extranjeros (Bravo, 2005).

En este sentido los jóvenes tienen que tomar decisiones muy rápidas en cuanto al tipo de formación a la que quieren optar, sin tener apenas tiempo para conocer las alternativas y reconocer sus propios intereses.

4.1.2. Inserción laboral

Una dificultad que afecta no solo a esta población, sino a un alto porcentaje de jóvenes con su misma cualificación, es la dificultad para conseguir un empleo. Este hecho genera un importante desajuste en estos jóvenes, ya que la inserción laboral supone uno de los pilares de su proyecto migratorio (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Jiménez, 2003; Marzal, 2005), impidiendo la consecución de un permiso de trabajo que permita su permanencia legal en nuestro país una vez alcanzada la mayoría de edad. La actual crisis económica ha tenido un significativo impacto en las posibilidades de estos jóvenes para alcanzar su objetivo; a la falta de ofertas laborales se añaden prejuicios y el rechazo social por su condición de inmigrantes en algunos núcleos comunitarios, fruto de la alarma social que ha provocado su llegada.

4.1.3. El idioma y la cultura del país receptor

Existe unanimidad en señalar que un mecanismo clave para la integración social y cultural es el manejo del idioma. Aunque hay claras diferencias entre unos menores y otros con respecto a esta habilidad, la mayoría se beneficiarían de la puesta en marcha de programas que facilitasen su aprendizaje (Hopkins y Hill, 2010).

No en todos los hogares de primera acogida se lleva a cabo este tipo de formación, que no tiene por qué demorarse hasta iniciarse un proyecto educativo o formativo reglado, al contrario, cuanto antes comience la formación lingüística, mayores serán las posibilidades de adaptación e integración en otros contextos.

Así mismo, el conocimiento de la cultura receptora facilitaría la integración social y cultural y ayudaría en primera acogida a hacer un mejor uso del tiempo libre de los menores y a sentar las bases necesarias para su posterior integración en recursos comunitarios.

4.1.4. Necesidades relacionadas con las habilidades sociales y de autonomía

No todos los jóvenes disponen de las mismas habilidades, dependiendo de numerosas variables a considerar (edad, clase social y lugar de procedencia, etc.). Sin embargo, lo que sí es cierto es que todos necesitarán disponer de las habilidades necesarias para llevar una vida autónoma que facilite su transición a la vida independiente en un período de tiempo más bien breve. Por ello, éste es otro de los puntos clave en la intervención y que puede y debe abordarse desde el comienzo de la puesta a disposición de la entidad pública de protección.

4.1.5. Atención a problemas psicológicos y/o de salud mental

La mayoría de los profesionales que ejercen su labor en la atención a MENA señalan como una necesidad y a la vez como un punto débil del sistema, los problemas psicológicos y/o de salud mental que en algún momento del proceso migratorio sufren los menores que abandonan su país de origen (en ocasiones, cuando se acerca la mayoría de edad, en otros casos, cuando pasan cierto tiempo sin ver a sus familias, y en otros muchos, cuando comienzan a dudar que la migración haya sido la mejor opción).

Esta es una necesidad mayoritariamente reconocida por los técnicos que les atienden y poco a poco está siendo tímidamente abordada desde el ámbito científico en nuestro país. Así, se pueden encontrar algunas referencias parciales a ello como la preocupación por los problemas de salud mental y drogodependencias que se recogen en el informe del Ararteko (2005); la necesidad de asistencia psicológica en esta población referida por Quiroga et al. (2005); la advertencia sobre “la detección de diversos trastornos psicósomáticos y los asociativos del estado del ánimo, de ansiedad, alimentarios, del sueño, de control de los impulsos, adaptativos, y con mayor énfasis, la falta de control en las expectativas y proyectos vitales” (Del Sol, 2013, p.142) o la inquietud manifestada por cómo el proceso migratorio puede afectar al bienestar psicológico de estos menores (Manzani y Arnosó, 2014), con especial referencia al afrontamiento del duelo (Martínez, Sanahuja y Santonja, 2007).

No obstante, y a pesar de algunas referencias a estas dificultades no es posible encontrar en este contexto investigaciones que profundicen acerca de cuáles son los problemas psicológicos que pueden presentar estos menores y en qué medida pueden afectarles; situación bien diferente a la que, como se detallará en el apartado siguiente, se encuentra en los países de nuestro entorno, donde la preocupación por la salud psicológica de los MENA ha sido un tema recurrente en la literatura científica internacional.

Ciertamente no es un problema específico de este colectivo, de hecho, tal y como constatan las numerosas publicaciones al respecto (Burns et al., 2004; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick y Litrownik, 1998; EUROARC, 1998; Farmer et al., 2001; Garland, Landsverk y Lau, 2003; Heflinger, Simpkins y Combs-Orme, 2000; Landsverk, Burns, Stambaugh y Rolls-Reutz, 2006; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson y Ortiz, 2009; Tarren-Sweeney y Hazell, 2006) afecta con mayor frecuencia a los jóvenes en protección respecto a sus iguales y representa uno de los principales retos en la intervención protectora. Aún así, su abordaje se vuelve especialmente complejo cuando es un menor extranjero quien presenta los problemas. Es por ello que, aunque estas dificultades son detectadas con bastante frecuencia, no suelen abordarse de una manera sistematizada y rigurosa. Un mal abordaje de estas dificultades conlleva en muchas ocasiones una mayor vulnerabilidad a problemas más graves de inadaptación social como consumo de drogas (Markez y Pastor, 2009), violencia, delitos,... Los profesionales consideran que los tratamientos psicológicos ofrecidos resultan poco efectivos por no adaptarse al contexto cultural de estos jóvenes (lo que en ocasiones les hace desconfiar de este tipo de intervenciones) y las dificultades de comunicación.

Dentro de estas dificultades se podría señalar en un punto aparte, los **problemas de consumo de drogas**. Aunque no sea un problema generalizable ni mayoritario dentro de esta población, sí tiene importantes repercusiones en el proceso de intervención cuando aparece. Como señalan Markez y Pastor (2009) se trata de “un aspecto directamente relacionado con el fracaso de su proyecto migratorio y con las circunstancias precarias de su situación vital” (p.13). No obstante, como ellos apuntan, en numerosas ocasiones estos jóvenes pasan desapercibidos a los servicios de atención a las adicciones, salvo casos claros de consumos, puesto que en el conjunto de dificultades que les afectan esta puede parecer un mal menor, y no resultar lo prioritario en la intervención.

Entre las sustancias que se ha identificado que suelen consumir se señala que un grupo minoritario está en riesgo de constituirse en policonsumidores de pegamento, tabaco, pastillas, y en ocasiones, cocaína (Arbex y Jiménez, 2004) o consumen con mayor incidencia tabaco, hachís, inhalantes y alcohol (Markez y Pastor, 2009).

Dadas las implicaciones que el consumo de drogas tiene en el logro de una adaptación exitosa al contexto de acogida, debería hacerse especial hincapié en diversas estrategias que resulten útiles para disminuir la presencia de esta problemática en este colectivo. Entre las que mencionan Markez y Pastor (2009) destacamos algunas como proporcionar apoyo terapéutico que ayude a afrontar el malestar psicológico derivado de las implicaciones del proceso migratorio; favorecer las relaciones entre el joven y la familia y de ésta con los educadores; llevar a cabo estrategias específicas de prevención sobre drogas; organización del tiempo libre; poner en marcha protocolos de respuesta inmediata de forma ágil ante consumos problemáticos,... así como la necesidad de disponer de recursos para la deshabitación y desintoxicación en consumos poco frecuentes en nuestro contexto, como los disolventes (Ararteko, 2005).

4.1.6. Gestión de la documentación

Estar documentados y contar con los permisos necesarios para desarrollar su vida como futuros adultos emancipados, es sin duda una de las necesidades más apremiantes en estos jóvenes (Ararteko, 2005; Calzada, 2007). El aplazamiento de estas gestiones, sabiendo la relevancia que tiene para conseguir el permiso de trabajo y residencia el tiempo que permanecen tutelados, puede ocasionar problemas de conflictividad e inadaptación.

4.1.7. Integración social en la comunidad de acogida

La integración dentro del ámbito comunitario en el que se ubica el centro u hogar de protección es muy diferente en las diferentes comunidades autónomas. En algunas localidades el rechazo social al grupo de menores extranjeros es muy fuerte mientras que en otras la aceptación es positiva, siendo especialmente relevante el papel desempeñado por los medios de comunicación en cada territorio.

Uno de los principales objetivos de trabajo con estos jóvenes ha de ser fortalecer su red de apoyo social en la comunidad, evitando que esté únicamente configurada por otros jóvenes que hayan experimentado el mismo proceso migratorio tal y como Calzada (2007) señala que ocurre. Si bien estas relaciones han de mantenerse y apoyarse como fuente de identidad y referencia, el tener consolidada una red de apoyo con otros jóvenes y adultos de la comunidad, con los que compartir actividades de ocio y que les permitan construir nuevas amistades (Hopkins y Hill, 2010) será una de las claves en su proceso de integración como adultos. En algunas regiones se ha hecho un gran esfuerzo por incorporar en los centros de la red general a menores extranjeros y autóctonos, si bien la integración no siempre es real por compartir solo la convivencia en el centro pero no otras actividades que siguen siendo compartidas exclusivamente con menores en su misma situación.

En relación a este tema también debe recordarse la importancia de mantener cuando sea posible a los hermanos juntos, y así evitar mayores rupturas traumáticas.

4.1.8. Proceso de emancipación

Teniendo en cuenta que el plan de caso de *preparación para la independencia* es el asignado a casi todos los menores extranjeros no acompañados tutelados por las entidades de protección, cobra especial relevancia dedicar un apartado al tipo de recursos y programas orientados a este fin.

Las diferencias en cuanto a la dotación de programas de apoyo a la transición es muy notable en las diferentes regiones. Es cierto que este es uno de los principales retos de los sistemas de protección actuales (López, Santos, Bravo y Del Valle, 2013), dado que cada vez son más los adolescentes que cumplen la mayoría de edad estando tutelados.

Al recabar información sobre los diferentes programas encontramos que estos están diseñados para los jóvenes en protección, sin diferenciar la asignación de unos programas para menores extranjeros y otros para jóvenes autóctonos.

Si bien esto es cierto en cuanto a los programas de apoyo, sí existen recursos específicos de alojamiento y asesoramiento jurídico para la población que ocupa este estudio.

Con respecto a los **recursos de alojamiento**, prácticamente todas las regiones de las que se ha obtenido información poseen dispositivos con menor o mayor grado de estructuración donde se trabaja específicamente la transición a la vida adulta.

Habría que diferenciar los *hogares de preparación para la independencia de adolescentes* de los *recursos de alojamiento para jóvenes extutelados*:

- Los primeros son hogares donde un grupo de cinco a ocho adolescentes, habitualmente viviendo en un piso en la comunidad, se preparan para hacer la transición hacia la independencia con el apoyo de los educadores. Normalmente conviven adolescentes de 15 a 18 años.

- Los segundos, se caracterizan por disponer de un mínimo apoyo educativo. Al tratarse de mayores de edad la vivienda es gestionada por los propios jóvenes, con el apoyo (visitas, supervisión) de algún educador. Este tipo de recursos puede adoptar formas y niveles de apoyo muy diversos en función del grado de autonomía de los jóvenes.

El número de **plazas disponibles** en los hogares de preparación (cuando los jóvenes son menores de 18 años) no plantea tantas dificultades como las plazas para mayores de 18 años. El número varía mucho de un territorio a otro.

4.2. Aportaciones de la investigación internacional al estudio de las necesidades en Menores Extranjeros No Acompañados

Los menores procedentes de otros territorios y que se convierten en sujetos de protección al llegar a terceros países presentan necesidades derivadas de su doble condición de niños en desprotección y de inmigrantes. Es por ello que se les considera vulnerables por tres razones: primero, porque son niños; segundo, porque han sido separados de quienes debían proveerles cuidado y protección y tercero, como inmigrantes en un país de acogida (Russell, 1999).

La valoración de las necesidades de estos menores no está exenta de dificultades (Mitchell, 2003) y puede relacionarse con los tres pasos de su experiencia migratoria: primero, con las circunstancias relacionadas con la salida del país de origen; segundo, con el viaje a lugares alejados de estos territorios y tercero, con el ajuste a una sociedad que es nueva y extraña para ellos (Hopkins y Hill, 2010).

Entre las necesidades a resolver, Hopkins y Hill (2010) señalan una serie de cuestiones que tienen impacto en el ajuste y la resiliencia de estos menores. Entre ellas, apuntan a las

necesidades educativas, por cuanto la escuela constituye una experiencia normalizadora y es la base sobre la que construir el futuro. Señalan, en este caso, la conveniencia de que los aspectos educativos sean cuidadosamente valorados para evitar hacer asunciones erróneas sobre los niveles previos. Así mismo, consideran de gran importancia el modo en el que se les facilita el alojamiento, así como, el alcance de atender las demandas relacionadas con el ocio y el tiempo libre, lo que podría redundar en el establecimiento de redes sociales y la creación de nuevas amistades. Añadido a esto, los propios jóvenes señalan la formación en el idioma como una prioridad.

Otras necesidades señaladas por otros autores son las relacionadas con el proceso de planificación y preparación para la independencia (Wade, 2011) y la creación de métodos más precisos para valorar la edad de los jóvenes que solicitan el asilo (Kohli, 2006; Mitchell, 2003).

Como se verá más adelante, estas y otras cuestiones son básicas para fomentar la resiliencia y evitar el aislamiento y la soledad (Hopkins y Hill, 2010).

4.2.1. Las necesidades psicológicas y/o de salud mental

Aunque algunos autores (Engebriksen, 2003) han cuestionado la consideración general de que la inmigración infantil conlleve trauma psicológico, la importancia de las necesidades relacionadas con el malestar psicológico y/o emocional y la salud mental ha sido señalada de forma consistente por otros investigadores (Chase et al., 2008; Fazel y Stein, 2002, 2003; Goodman, 2004; Groark, Sclare y Raval, 2011; Hodes, 2002; Huegler, 2005; Rutter, 2003a; Thomas et al., 2004; Whittaker, Hardy, Lewis y Buchan, 2005) así como por los propios profesionales del ámbito social que intervienen con estos menores (Hodes, 2002; Hopkins y Hill, 2010).

La investigación desarrollada en algunos países europeos (Reino Unido, Holanda o Bélgica) evidencia que los MENA tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental comparados con otros niños del país de acogida y/o con aquellos niños que emigran acompañados de sus familias (Ajdukovic y Ajdukovic, 1993; Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert y Spinhoven, 2007; Derluyn y Broekaert, 2007; Felsman, Leong, Johnson y Felsman, 1990; Hodes, 2000; Hodes, Jagdev, Chandra y Cunniff, 2008; Kinzie, Sack, Angell, Manson y Rath, 1986; Leavey et al., 2004; Loughry y Flouri, 2001; McKelvey y Webb, 1995; Ressler, Boothby y Steinbock, 1988; Rumbaud, 1991; Servan-Schreiber, Le Lin y Birmaher, 1998; Sourander, 1998; Wiese y Burhorst, 2007). Las experiencias previas a la migración y lo vivenciado durante y después de la misma les coloca en grave riesgo de desarrollar problemas psicológicos (Derluyn y Broekaert, 2005, 2008; Thomas et al., 2004; Hopkins y Hill, 2008; Save the children, 2005). Sin embargo, en la investigación desarrollada por Michelson y Sclare (2009) se señala que los MENA no muestran significativamente más síntomas psicológicos que los menores que migran acompañados por sus familias.

Algunas variables relacionadas con su proceso migratorio tales como la incertidumbre en torno a la solicitud de asilo (Bann y Tennant, 2002; Fazel y Stein, 2002; Heptinstall, Sethna y Taylor, 2004; Kralj y Goldberg, 2005; Leavey et al., 2004; Michelson y Sclare, 2009; Rousseau, 1995; Sack, 1998; Sourander, 1998; Steel, Fromer y Silove, 2004), la cercanía a la mayoría de

edad (Immigration Law Practitioners' Association, 2004; Refugee Council, 2005; Wade et al., 2005), la separación de sus cuidadores (Boothby, 1998; Lustig et al., 2004; Sourander, 1998), la ruptura con sus redes de apoyo social previas (Mels, Derluyn y Broekaert, 2008), las dificultades con el idioma (Heptinstall et al., 2004; Leavey et al., 2004; Rousseau, 1995; Sack, 1998), las restricciones en las posibilidades de trabajar (Rousseau, 1995; Sack, 1998), el internamiento de algunos de estos jóvenes en centros de detención (Lorek et al., 2009; Robjant, Hassan y Katona, 2009), el racismo y rechazo experimentado en la sociedad de acogida (Mels et al., 2008), el alojamiento en circunstancias poco adecuadas (Hodes et al., 2008; Rousseau, 1995; Sack, 1998) y las dificultades financieras (Rousseau, 1995; Sack, 1998) son factores que parecen poner en riesgo su bienestar psicológico e inciden en el posible desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

Más aún, hay una fuerte evidencia de que a mayor acumulación de factores de riesgo, mayores posibilidades de daño (Appleyard, Egeland, van Dulmen y Sroufe, 2005; Jones, Forehand, Brody y Armistead, 2002; Rutter, 1999; Sameroff, 2000).

Respecto a la sintomatología que está presente en estos menores, los problemas que con mayor frecuencia aparecen recogidos en la literatura científica son los relacionados con la sintomatología postraumática o TEPT (Dyregrov y Yule, 2006; Ehnholt y Yule, 2006; Groark et al., 2011; Hodes, 2000, 2002, 2008; Hodes et al., 2008; Jensen, Fjermestad, Granly y Wilhelmsen, 2015; Kohli y Mahter, 2003; Michelson y Sclare, 2009; Sanchez-Cao, Kramer y Hodes, 2013; Vervliet, Lammertyn, Broekaert y Derluyn, 2014; Vervliet et al., 2014b) y la sintomatología ansiosa y depresiva (Bean et al., 2007a; Groark et al., 2011; Hodes, 2008; Hodes et al., 2008; Jensen et al., 2015; McKelvey y Webb, 1995; Michelson y Sclare, 2009; Seglem, Oppedal y Roysamb, 2014; Vervliet et al., 2014a; Vervliet et al., 2014b).

Así, se estima una prevalencia de dificultades psicológicas de alrededor del 40% en los niños y adolescentes refugiados, principalmente ansiedad, depresión y TEPT (Hodes, 2000). Señalan Fazel, Wheeler y Danesh (2005) que la prevalencia de TEPT en estos casos es del 11%, aproximadamente 10 veces más que en los no refugiados y otros autores como Bean et al. (2007a) o Hodes et al. (2008) elevan el riesgo de presencia de síntomas de TEPT al 50% aproximadamente. No obstante, algunos trabajos más recientes (Vökl-Kernstock et al., 2014) afirman que la psicopatología relacionada con el trauma es menos severa que lo encontrado en investigaciones anteriores.

Heptinstall et al. (2004) sugieren que el número de eventos traumáticos experimentados en el país de origen y la naturaleza de estos (por ejemplo, fallecimiento de miembros de la familia) se asocian con mayores niveles de TEPT, mientras que el número de estresores vitales durante su reasentamiento en el país de acogida se asocia con mayor frecuencia con sintomatología depresiva. Esta última cuestión es también apoyada por Hodes et al. (2008) quienes, sin embargo, mencionan que la elevada presencia de sintomatología depresiva en algunos casos concretos podría estar relacionada con el hecho de que provienen de países con conflictos bélicos o adversidades económicas de larga duración.

Además de la sintomatología postraumática, ansiosa y/o depresiva, se han descrito una importante variedad de posibles problemas emocionales, del desarrollo y conductuales en esta población tales como problemas de sueño, problemas de concentración, pesadillas,

estrés, aislamiento, inseguridad, desconfianza, incertidumbre, síntomas somáticos, severas reacciones de tristeza, agresión, desmotivación, hiperactividad, baja autoestima, sentimientos severos de culpabilidad, visión fatalista del futuro, abuso de sustancias, problemas con los iguales, conducta violenta, actos suicidas, psicosis y conducta delictiva (Ajdukovic y Ajdukovic, 1998; Almqvist y Broberg, 1999; Burnett y Peel, 2001; Dyregrov, Gjestad y Raundalen, 2002; Ferenci, 2001; Groark et al., 2011; Hodes, 1998; Howard y Hodes, 2000; Hubbard, Realmuto, Norhwood y Masten, 1995; Jensen et al., 2015; Kohli y Mather, 2003; Leavey et al., 2004; Michelson y Sclare, 2009; Steel, Silove, Bird, McGorry y Mohan, 1999; Thommessen, Laghi, Cerrone, Baiocco y Todd, 2013).

No obstante, los problemas relacionados con la salud mental parecen mediados por algunas variables como la edad, encontrándose por ejemplo un incremento de la sintomatología (Chase et al., 2008; Hodes et al., 2008) o de las conductas de riesgo (Shoshani, Nakash, Zubida y Harper, 2014) en los MENA de mayor edad; el género, con una mayor tendencia a síntomas postraumáticos en las chicas (Bean et al., 2007a; Hopkins y Hill, 2010) y las experiencias previas (Bean et al., 2007a; Derluyn y Broekaert, 2005; Hodes, 2002; Hopkins y Hill, 2010), señalándose que experiencias vitales como la vivencia de conflictos bélicos resultan en un agravamiento de la sintomatología. Respecto a la edad no todos los estudios son unánimes a la hora de señalar un aumento de la sintomatología en función de la edad. Otros autores como Sourander (1998) encontró, precisamente, que las puntuaciones clínicas más elevadas no se daban en los MENA de mayor edad, sino que la relación era inversa, a menor edad, puntuaciones más altas.

A pesar de todo lo visto, hay quien sugiere que muchas dificultades mostradas por los jóvenes refugiados podrían ser consideradas reacciones normales a eventos vitales de carácter anormal, y por tanto, serían fruto de un intento por adaptarse a los nuevos ambientes en los que se encuentran (Rousseau, 1995). Como señala Papadopoulos (1999), los refugiados son “personas normales reaccionando a circunstancias anormales”.

En todo caso resulta imprescindible considerar los riesgos relacionados con la salud (Lehmann, 2002) y las consecuencias que a largo plazo pueden tener sobre la salud física y mental (Shanks y Schull, 2000). Algunas investigaciones han indicado que los refugiados pueden no presentar malestar emocional hasta meses o años después del inicio del proceso migratorio (Sabin, Lopes Cardoso, Nackerud, Kaiser y Varese, 2003) y para otros, el trauma puede ir reduciéndose con el tiempo (Steel, Silove, Phan y Bauman, 2002). Otros estudios han mostrado que las dificultades de salud mental pueden enmascarse y encontrarse detrás de numerosas quejas somáticas presentadas por esta población (Groark et al., 2011; Hsu, 1999; Locke, Southwick, McCloskey y Fernandez-Esquer, 1996; Lustig et al., 2004; Sack, 1998; Sourander, 1998).

Por tanto, tal y como señala Christie (2003), los menores extranjeros no acompañados necesitan el apoyo de los profesionales en un amplio abanico de cuestiones, y entre estas se incluyen el afrontamiento del estrés y el trauma derivado de la separación y pérdida de la familia y amigos, y de la experiencia de convertirse en solicitante de asilo.

4.2.2. La respuesta a las necesidades psicológicas y/o de salud mental

En ocasiones la respuesta que se ofrece a las necesidades de esta población está estrechamente vinculada a su condición de extranjeros lo que, en muchos países, les coloca en situación de inferioridad con respecto a sus iguales autóctonos en protección (Christie, 2003; Myers, 2001). En todo caso, es escasa la investigación referida al modo en que estos menores son derivados a servicios terapéuticos o el tipo de servicios que se les ofertan, confundándose en algunos casos la terapia llevada a cabo por profesionales de la salud mental con la ayuda terapéutica que se puede proveer desde los servicios sociales.

Burnett y Fassil (2002) y Kohli y Mather (2003) apuntan a que, mientras algunos pueden presentar especiales dificultades que hagan necesaria una ayuda terapéutica especializada, la mayoría pueden mejorar recibiendo un cuidado consistente y facilitándoles estrategias para ayudarles a centrar sus vidas, promoviendo así su resiliencia y fortaleciendo su capacidad para afrontar la incertidumbre asociada a la migración. Es lo que Kohli (2006, 2009), en su clasificación del tipo de respuesta que ofrecen los servicios sociales, denomina el dominio de conexión donde los trabajadores sociales proporcionan un cuidado terapéutico, comprendiendo las emociones de los menores y ayudándoles a generar una sensación de hogar.

En este mismo sentido, Papadopoulos (2002) recomienda un cuidado terapéutico más que necesariamente una terapia, lo que implica construir ambientes seguros donde los jóvenes puedan incrementar sus redes sociales y conseguir el apoyo necesario para un desarrollo saludable y ajustado.

De este modo, varios autores (Blackwell y Melzak, 2000; Ehntholt y Yule, 2006; Hopkins y Hill, 2010; Kohli, 2011; National Institute for Clinical Excellence, 2006) aconsejan disponer los recursos que sean necesarios para favorecer la autonomía y autoeficacia, promover la continuidad de hábitos y costumbres, proveer de espacios en los que se pueda pensar acerca de lo ocurrido y facilitar la construcción de una relación de confianza con al menos un adulto, a la vez que se ponen los medios para ampliar su red de apoyo y mantener la relación y contacto con la familia y con su cultura de origen.

Esta estabilización inicial es crucial y aplicable a todos. Una vez que hay un sentido de estabilidad y seguridad, muchos pueden movilizar sus propios recursos para dar sentido a sus experiencias y llevar a cabo cambios en sus vidas (Groark et al., 2011) y para otros, es el momento en el que debería comenzar el trabajo terapéutico para afrontar el trauma y las consecuencias derivadas del mismo (Hopkins y Hill, 2010).

Como señalan Michelson y Sclare (2009), la derivación a salud mental de los MENA suele partir de los servicios sociales y no de otros servicios de salud o educativos. Estos mismos autores señalan que quizás en el caso del contexto escolar la escasa derivación sea debida a la falta de reconocimiento de indicadores de problemas psicológicos por parte de estos profesionales. Sin embargo, investigación previa parece demostrar que los maestros pueden infravalorar las necesidades de salud mental de los alumnos inmigrantes (Bean, Eurelings-Bontekoe, Mooijaart y Spinhoven, 2006).

En caso de ser derivados a estos recursos, son varios los autores que señalan que los servicios de salud mental suelen ser infrautilizados por los refugiados (Hargreaves, Holmes y Friedland, 2003; Hodes, 2000; Raval, 2005). Kohli (2009) y Sanchez-Cao et al. (2013) apuntan al poco uso que los MENA hacen de estos recursos, señalando Michelson y Sclare (2009) que es menor que el que suelen hacer sus pares autóctonos en protección. Es decir, acuden a un menor número de sesiones y faltan a un mayor número de citas. Entre las causas que se han argumentado para justificar esta infrautilización de los recursos se cita el hecho de que los más mayores (por encima de 16 años) suelen recibir menos apoyos, lo que puede dificultarles hacer uso de los servicios tanto por cuestiones económicas como por la falta de apoyo de algún adulto que les acompañe. Otros autores apuntan a que quizás estos chicos de mayor edad son conscientes del estigma social asociado a los servicios de salud mental y por tanto, rechazan acudir (Street, Stapelkamp, Taylor, Malek y Kurtz, 2005).

Michelson y Sclare (2009) indican también como estos menores reciben con menor frecuencia intervenciones centradas en el trauma así como menos terapias cognitivas, manejo de la ansiedad, y otros. Añaden que los equipos de salud mental poseen poco conocimiento sobre cuestiones de inmigración, no fijándose en aspectos relevantes en estos casos como la aculturación o el reasentamiento y no prestando atención a pérdidas traumáticas, aislamiento social o el impacto generado por una solicitud de residencia sin resolver. Kohli (2009) hace hincapié en la necesidad de utilizar las mismas medidas para evaluar la salud mental que las que se usan en otros menores en protección pero, Hopkins y Hill (2010) aun afirmando la necesidad de que estos jóvenes sean atendidos de igual modo que se atiende a otros menores de su edad, puntualizan la especial atención que debería prestarse a sus experiencias previas y sostienen, por tanto, que los profesionales deberían preocuparse en estos casos de cuestiones como la identidad, los sentimientos de pertenencia o el bienestar emocional y social.

4.2.3. Claves para favorecer la resiliencia en los Menores Extranjeros No Acompañados

Así como en el apartado de necesidades, especialmente las referidas a las necesidades de salud mental, se han ido mencionando algunos factores que pueden poner en riesgo la misma o incluso exacerbar los problemas ya presentes, en este caso, se hará referencia a aquéllas cuestiones que se han señalado como favorecedoras de la capacidad de resiliencia o lo que es lo mismo, de una adaptación positiva en un contexto de un importante riesgo o adversidad (Masten y Powell, 2003).

Comenzar señalando que no parece que los jóvenes extranjeros que emigran y ponen de manifiesto su capacidad para salir adelante a pesar de las dificultades, deban ser considerados un grupo minoritario. Así, Rutter (2003b) sugiere que, aunque algunos niños refugiados continúan siendo psicológicamente vulnerables y unos pocos manifiesten algún tipo de sintomatología de enfermedad mental, la mayoría parece salir adelante a pesar de los múltiples elementos de estrés que experimentan. Ésta no es una idea aislada en la literatura científica, siendo numerosos los autores que han señalado las fortalezas de esta población (Ayotte y Williamson, 2001; Bronstein, Montgomery y Ott, 2013; Chase et al., 2008; Dixon,

Wade, Byford, Weatherley y Lee, 2006; Edwards y Beiser, 1994; Ehntholt y Yule, 2006; Fazel y Stein, 2002; Groark et al., 2011; Hopkins y Hill, 2010; Kohli y Mather, 2003; Lustig et al., 2004; Maegusuku-Hewett, Dunkerley, Scourfield y Smalley, 2007; McCarthy y Marks, 2010; Wade et al., 2005).

Entre los factores que la investigación ha señalado como amortiguadores del impacto de las experiencias adversas sobre los refugiados y por tanto, como promotores de la resiliencia se encuentran el poseer múltiples estrategias de afrontamiento, un control efectivo sobre los síntomas del trauma, mantener un sentido de orgullo personal, la protección contra el aislamiento, y la apertura a la diversidad (Ajdukovic y Ajdukovic, 1993; Almqvist y Hwang, 1999; Edwards y Beiser, 1994; Kline y Mone, 2003; Kocijan-Hercigonja, Rijavec, Marusic y Hercigonja, 1998; Phibbs-Witmer y Culver, 2001; Seglem et al., 2014). Otros que también se han señalado son la posesión de un temperamento positivo, el apoyo del ambiente familiar y la presencia de agentes externos que refuercen las estrategias de afrontamiento (Fazel y Stein, 2002); una adecuada autoestima, un vínculo seguro y relaciones de ayuda con los iguales (Shoshani et al., 2014); contar con propiedades y un estatus dentro de la sociedad de acogida (Kohli y Mather, 2003); disfrutar de actividades de ocio (Hek et al., 2012; Williamson, 1998); mantenimiento de vínculos étnicos, lingüísticos, religiosos y culturales con miembros del país de origen, aunque sin olvidar que no todos los desean en igual medida (Wade et al., 2012); poseer un sentido de control sobre la propia vida (Brunner y Marmot, 2006; Wilkinson y Marmot, 2003) o disfrutar de placeres cotidianos (Williamson, 1998).

Algunos factores de resiliencia en los que se ha hecho especial énfasis son las estrategias de afrontamiento, las creencias religiosas, la posesión de redes de apoyo social y el éxito académico.

Así, respecto a las estrategias de afrontamiento, en un estudio llevado a cabo por Ní Raghallaigh y Gilligan (2010), se identificaron seis estrategias diferentes de afrontamiento: 1) mantener la continuidad en un contexto que ha cambiado, 2) adaptarse a base de aprender y cambiar, 3) Adoptar una mirada positiva, 4) eliminar emociones y buscar distracciones, 5) actuar de forma independiente y 6) mostrarse desconfiados. En prácticamente todos los casos, se hace especial énfasis en el papel de la religión o bien porque es un elemento de conexión con el pasado, que aporta consuelo y continuidad, o bien porque se considera a Dios como un elemento de apoyo y ayuda, que no les va a fallar y que minimiza el riesgo de ser heridos o traicionados si confían en otra persona. Esta idea es compartida también por Whittaker et al. (2005) y Stanley (2001) quien además encuentra que esto aparece tanto en MENA musulmanes como cristianos.

Por otro lado, se ha considerado la importancia del apoyo social y su impacto en la resiliencia (Hek et al., 2012; Kohli y Mather, 2003) mediante dos mecanismos. Por un lado, actuando como factor amortiguador de las experiencias de estrés y por otro, favoreciendo la autoestima, especialmente si es proporcionado por el grupo de iguales autóctonos. Mels et al. (2008), en los resultados de su investigación a este respecto, señalan que el personal del centro de acogida de inmigrantes y la comunidad étnica son las fuentes más importantes de apoyo. A pesar de los esfuerzos realizados por los MENA para relacionarse con sus pares del país de acogida, este grupo apenas les provee de apoyo social.

Por último, se ha señalado el éxito académico como factor de resiliencia (Newman y Blackburn, 2002). Y en este ámbito, se ha caracterizado a los MENA como fuertemente comprometidos y motivados con las metas escolares (Hopkins y Hill, 2010; Kohli, 2011; Kohli y Mather, 2003) incluso más que sus homólogos (Jackson, Ajayi y Quigley, 2005). No obstante, Wade et al. (2012) han señalado que el éxito depende del apoyo recibido, de que los cursos estén adaptados a sus capacidades, de que cuenten con un alojamiento estable y, es más probable en aquéllos menores que presenten menos signos de dificultades conductuales y emocionales. La importancia del alojamiento y su incidencia en la adaptación positiva ha sido recurrentemente señalada en diferentes investigaciones (Bean et al., 2007a; Geltman et al., 2005; Hek et al., 2012; Hodes et al., 2008; Sinclair, Baker, Lee y Gibbs, 2007).

Particularmente interesante es el papel que se le ha otorgado en la investigación con MENA al silencio acerca de su pasado y su posible relación con un incremento en su capacidad de resiliencia. Se ha planteado la cuestión de si hablar o no, puede facilitar el proceso de reasentamiento. Algunos autores han señalado que guardar silencio puede ser ventajoso para los jóvenes (Van Manen y Levering, 1996; Finkenauer, Engels y Meeus, 2002) considerando que puede proveerles de la autonomía que es necesaria para alcanzar la independencia y que como se ha visto es un factor favorecedor de la capacidad de adaptación. Desde otro punto de vista, Papadopoulos (2002) considera que guardar silencio tiene funciones protectoras, ya que les permite un espacio psicológico para reflexionar acerca de sus experiencias, y darles sentido. En resumen, puede verse el silencio como parte del proceso de convertirse en independiente, y como parte, de afrontar y manejar el dolor (Kohli, 2006).

Sin embargo, otros autores han hecho hincapié en la necesidad de proporcionar a estos menores espacios que les faciliten “re-contar” sus historias, ya que esto puede ayudarles a reconstruir sus vidas, particularmente a aquéllos que están atrapados en narrativas victimistas (Melzak, 1995).

En todo caso, lo que sí parece constatado es que existen numerosos factores que parecen incidir positivamente en la resiliencia de los MENA y que pueden estar provocando que estos menores, a pesar de las dificultades experimentadas en el pasado y de los retos que deben afrontar en el presente, sean capaces de salir adelante con éxito.

Parte segunda: Trabajo empírico

Capítulo 5: Objetivos y Metodología

5.1. Objetivos General y Específicos

El **objetivo general** de la tesis es evaluar las necesidades específicas de los MENA acogidos en hogares de protección en España en cuanto a su bienestar y salud mental. Estas necesidades apenas han recibido atención en la investigación e intervención con esta población en el ámbito internacional y menos aún a nivel estatal. Esto a pesar del importante número de estos menores que han llegado a diferentes países del continente europeo en los últimos años (Del Valle y Bravo, 2013). Las experiencias previas vividas por algunos de estos jóvenes, el proceso migratorio y las dificultades experimentadas durante la adaptación al país de acogida pueden ser factores de riesgo para la salud mental de estos menores y estos problemas a su vez pueden estar vulnerando su bienestar y dificultando su integración en el nuevo territorio. Se tratará de explorar las necesidades vinculadas al bienestar emocional, profundizando en la presencia de posibles problemas de carácter clínico que requieran intervención terapéutica así como analizar el tipo de respuesta que puedan estar recibiendo para solventar estas necesidades.

Para alcanzar este objetivo general, la tesis explora otros objetivos más concretos. Así los **objetivos específicos** perseguidos serían:

1. Describir las variables sociodemográficas (edad, sexo, país de origen, problemáticas presentes en la familia, número de hermanos,...) que caracterizan a los menores extranjeros no acompañados acogidos en los recursos de acogimiento residencial.
2. Examinar el itinerario de protección (tiempo de permanencia en el hogar actual, acogimientos residenciales previos, tiempo total en acogimiento residencial, finalidad de los planes de caso establecidos,...) seguido por estos menores una vez llegados a territorio español.
3. Detallar la situación académica y/o laboral y su adaptación al contexto escolar, cuando fuese pertinente.
4. Examinar la presencia/ausencia de algún tipo de discapacidad, problemas importantes de salud física y/o hábitos de consumo.
5. Obtener la prevalencia de trastornos de salud mental en términos del porcentaje de menores extranjeros no acompañados que estén siendo atendidos en servicios terapéuticos públicos o privados, y/o que tengan un diagnóstico de salud mental establecido en el momento del inicio del estudio.
6. Analizar los servicios terapéuticos que están siendo empleados para la atención de esta población, distinguiendo variables como gestión pública o privada, interna a los centros de protección o externa, psicológica o psiquiátrica, farmacológica, etc., así como las características de intervención (frecuencia de sesiones, duración, uso de farmacología, terapia individual o grupal, etc.).
7. Detectar mediante técnicas de screening posibles casos no identificados con necesidad de tratamiento clínico.

8. Explorar la concordancia entre la información aportada por los diferentes instrumentos de screening (SDQ y CBCL), así como entre la valoración realizada por los educadores y los propios jóvenes (al comparar los resultados de los cuestionarios y su versión en autoinforme).

9. Estimar el bienestar percibido y las diferentes dimensiones que lo configuran, así como la relación que pudiera existir entre el bienestar subjetivo y la problemática emocional detectada.

5.2. Hipótesis de la investigación

A continuación se mencionarán las hipótesis de partida para esta investigación:

1. El perfil de MENA que llega a nuestro país son varones (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Marzal, 2005; Setién y Berganza, 2006), adolescentes (Calzada, 2007; Proyecto CON RED, 2004), procedentes fundamentalmente del Norte de África (Calzada, 2007; Fuentes, 2014).
2. Proviene de familias con un importante número de hijos (Ararteko, 2005; Calzada, 2007) y la mayoría mantienen un contacto frecuente con sus familias (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía, 2001; Jiménez, 2003) siendo la relación con ellas positiva (Cabrera, 2005).
3. En los países de origen estos menores tienen familias con dificultades (desestructuración, problemas económicos severos, violencia de pareja,...) (Jiménez-Álvarez, 2007).
4. Los MENA son acogidos en una variedad de recursos del sistema de protección (Setién y Berganza, 2006; Setién y Barceló, 2008), suelen pasar por varios de recursos antes de permanecer en uno (Calzada, 2007; Christie, 2003; Jiménez, 2003; Marzal, 2005) y el plan de caso definido para ellos suele ser la preparación para la independencia (Bravo et al., 2010).
5. Los MENA sienten deseos de formarse (Ararteko, 2005) y, a pesar de las dificultades, suelen mostrar una buena adaptación y se esfuerzan por obtener un buen rendimiento académico (Hopkins y Hill, 2010; Kohli, 2011; Kohli y Mather, 2003).
6. El consumo de drogas en esta población afecta a un grupo minoritario y las drogas más consumidas son tabaco, hachís, inhalantes y alcohol (Markez y Pastor, 2009).
7. La prevalencia de problemas de salud mental en los MENA es elevada (Chase et al., 2008; Fazel y Stein, 2002, 2003; Goodman, 2004; Groark et al., 2011; Hodes, 2002; Huegler, 2005; Rutter, 2003; Thomas et al., 2004; Whittaker et al., 2005), no

obstante, un número muy reducido acuden a tratamiento (Michelson y Sclare, 2009).

8. Dado que el sistema ASEBA y el SDQ son pruebas de screening similares la clasificación de los participantes en clínicos y no clínicos debería ser similar en ambas (Goodman, 1997; Goodman y Scott, 1999; Kovacs y Sharp, 2014).
9. La concordancia en la clasificación de los participantes como clínicos o no según los instrumentos que componen el sistema ASEBA es elevada pero el YSR clasifica a un mayor número de participantes como clínicos en la escala internalizante y el CBCL lo hace en la externalizante (Almqvist y Brandell-Forsberg, 1997; Barkman y Schult-Markwort, 2005; Davies y McKelvey, 1998; De los Reyes y Kazdin, 2005; Renk y Phares, 2004; Rey, Schrader y Morris-Yates, 1992; Seiffge-Krenke y Kollmar, 1998; Stranger y Lewis, 1993; Verhulst y Van der Ende, 1992; Yeh y Weisz, 2001).
10. Dada la similitud entre el SDQ y el sistema ASEBA (Goodman, 1997; Goodman y Scott, 1999; Kovacs y Sharp, 2014) como instrumentos de screening es esperable que los instrumentos del SDQ se comporten del mismo modo que los instrumentos del sistema ASEBA en cuanto al modo en que clasifican a los participantes.
11. El bienestar percibido de los MENA será moderado o bajo y estará estrechamente relacionado con sus problemas de salud mental (Furr y Funder, 1998; Lewinsohn, Redner y Seeley, 1991).

5.3. Muestra

El estudio se llevó a cabo con todos los menores extranjeros no acompañados en acogimiento residencial de seis administraciones territoriales con competencias en servicios de protección (Principado de Asturias, Gobierno de Cantabria, Diputación Foral de Guipúzcoa, Gobierno de Extremadura, Gobierno de Murcia, Cabildo de Tenerife y una entidad privada colaboradora - Aldeas SOS - que tiene centros en ocho provincias).

En total, se estima que el número de niños tutelados en estos territorios y entidades se sitúa en torno a los 3.700, según cifras del Boletín de Estadística de Medidas de Protección a la Infancia referidas al año 2013 (Observatorio de la Infancia, 2015). Sin embargo, la investigación se centró en aquellos menores extranjeros no acompañados con edades comprendidas entre los 12 y 18 años y solamente sobre casos que estuvieran en acogimiento residencial como medida estable, con una finalidad o plan de caso determinada, por lo que se excluyeron los casos de medidas de urgencia y primera acogida o que estuviesen en fase de evaluación para decidir la medida posterior.

La muestra definitiva a estudiar fueron 92 menores, distribuidos entre territorios muy diferentes del Estado español.

5.4. Variables e Instrumentos de Medida

Para la recogida de datos se utilizaron varios instrumentos: un cuestionario de datos básicos, dos de los instrumentos que componen el sistema ASEBA de Achenbach (Achenbach y Rescorla, 2001), el cuestionario SDQ de Goodman (2001) y el Índice de Bienestar Personal de Cummins et al. (2003). A continuación se detallará en qué consiste cada uno de los instrumentos mencionados.

- **Cuestionario de datos básicos** (anexo). Este es un cuestionario elaborado ad hoc para esta investigación y cuyo fin era la recogida de algunos datos básicos que podrían resultar de interés. Así, se exploraron las siguientes áreas: perfil sociodemográfico; perfil sociofamiliar; atención recibida en el sistema de protección; contexto escolar; discapacidad, salud física y consumo de drogas, y salud mental y cobertura terapéutica. En concreto las variables evaluadas son las que se citan a continuación:

- Comunidad autónoma.
- Centro/hogar de acogida.
- Titularidad del centro.
- Tipo de programa.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Edad.
- País de origen.
- Fecha de alta en el hogar actual.
- Tiempo que lleva en el hogar.
- Acogimientos residenciales previos. Número de centros.
- Tiempo total de acogimientos previos.
- Finalidad del plan de caso.
- Problemáticas presentes en el padre y en la madre.
- Estatus de pareja de los padres.
- Número de hermanos.
- Presencia de hermanos en el mismo hogar.
- Contactos con la familia de origen. Reacciones conductuales o emocionales a los contactos.
- Estudios que cursa.
- Indicadores de adaptación escolar: realiza diariamente las tareas escolares; se muestra motivado por aprender y estudia; asiste a clase diariamente, salvo causas justificadas; se muestra respetuoso con los profesores y personal; se comporta correctamente en el centro escolar; le gusta ir al colegio o centro formativo.
- Otros aspectos escolares: existe algún tipo de adaptación curricular, acude a un centro para niños con necesidades educativas especiales, ha repetido algún curso a lo largo de su trayectoria académica, valoración del rendimiento académico.
- Situación laboral.
- Discapacidades: presencia o ausencia de discapacidad intelectual y/o sensorial.

- Minusvalía reconocida y porcentaje.
 - Alguna enfermedad importante. Especificar.
 - Acude a sesiones de psicomotricidad y/o logopedia.
 - Tratamiento de salud mental:
 - Psiquiátrico: motivos, tipo de recurso, frecuencia de las visitas, duración de las sesiones, tipo de tratamiento, tiempo que lleva recibiendo, cambios de profesional, valoración de la efectividad del mismo, tratamiento anterior y en este caso, durante cuánto tiempo y motivo de la baja.
 - Farmacológico: tipo de medicación, profesional que lo estableció y profesional que lo revisa.
 - Psicológico: motivos, tipo de recurso (en caso de que haya más de uno, cuál es el principal), frecuencia de las visitas, duración de las sesiones, tipo de tratamiento, tiempo que lleva recibiendo, cambios de profesional, valoración de la efectividad del mismo, tratamiento anterior y en este caso, durante cuánto tiempo y motivo de la baja.
 - Conducta suicida en el menor. Tipo.
 - Consumo excesivo de alcohol y otras drogas.
- Por otro lado, para la detección de patrones de conducta externalizados y/o internalizados y obtención de rangos normal, límite y clínico se emplearon dos de los instrumentos que integran el sistema ASEBA –Achenbach System of Empirically Based Assessment- (Achenbach y Rescorla, 2001).
- **CBCL, Child Behavior Checklist**, que recoge información de la conducta observada en los niños por parte de los padres durante los últimos seis meses. La versión utilizada se corresponderá al Formulario para padres y madres de niños con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años. En el caso de esta investigación fue cumplimentado por el educador tutor o educador de referencia, quien, como requiere el instrumento hubo convivido con el menor al menos durante tres meses antes de la cumplimentación de la escala.
 - **YSR, Youth Self-Report**, listado de conductas en formato auto-informe para adolescentes mayores de 11 años. El diseño y cumplimentación es idéntico al CBCL salvo que la redacción de los ítems es en primera persona.

En ambos casos, la prueba consta de 112 ítems que constituyen un listado de conductas problemáticas que se valoran en una escala de tres puntos (0 –no es cierto ; 1 – algo, algunas veces cierto y 2- cierto, muy a menudo o bastante a menudo-). Los ítems se agrupan en ocho escalas clínicas (ansiedad/depresión, retraimiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta disruptiva y conducta agresiva), que a su vez constituyen dos escalas de segundo orden referidas a trastornos internalizantes y externalizantes y a una escala total.

Respecto a la fiabilidad y la validez del instrumento, Achenbach (1991) obtuvo una fiabilidad test-retest para las escalas del CBCL de 0,89 y Clark et al. (1992) obtuvieron una consistencia interna de 0,81 cuando las informantes eran las madres y de 0,76 cuando lo eran los padres. Respecto a la validez concurrente, Achenbach (1991) analizó la relación del CBCL con otras escalas y encontró correlaciones de entre 0,59 y 0,88 para según qué escala.

- **SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire** (Goodman, 2001): instrumento de detección de problemas comportamentales en niños/as de más de tres años. Explora 25 atributos, algunos positivos y otros negativos, que componen cinco escalas: síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad/problemas de atención, problemas relacionales con los pares y conducta prosocial. También se aplicó la versión autoinforme para niños de más de 11 años. Cada escala está conformada por cinco cuestiones con tres posibilidades de respuesta (No es cierto; algo cierto; es cierto).

En este caso, la fiabilidad del instrumento oscila entre 0,57 y 0,82 para según qué escala (Goodman, 2001) y en cuanto a la validez de constructo se confirma el modelo de cinco factores propuesto por el autor).

- **Índice de Bienestar Personal (IBP)** (Personal Well-Being Index, PWI) (Cummins et al., 2003). El IBP es una escala que fue diseñada como parte de la Australian Unit Wellbeing Index y cuyos 7 ítems originales evalúan la satisfacción con un ámbito de la vida, de forma relativamente genérica y abstracta. Los dominios evaluados son: nivel de vida, salud, logros en la vida, relaciones personales, seguridad personal percibida, grupos de pertenencia y seguridad para el futuro. En la versión utilizada en esta investigación se utiliza la versión de Casas et al. (2012) que añadía a la original tres ítems (satisfacción con la familia, con el modo en que se divierten y con su cuerpo) y a la que, dado el contexto de evaluación, he añadido un ítem más (satisfacción con el centro/hogar en el que vive). Cada ítem es valorado en una escala de 0 (completamente insatisfecho) a 10 puntos (completamente satisfecho). Añadido a lo anterior, hay una puntuación final (Índice de bienestar personal – IBP-) que se corresponde con el promedio de todas las puntuaciones. Además, existe también un ítem único de satisfacción con la vida en general que se utiliza siempre como un índice global.

5.5. Procedimiento

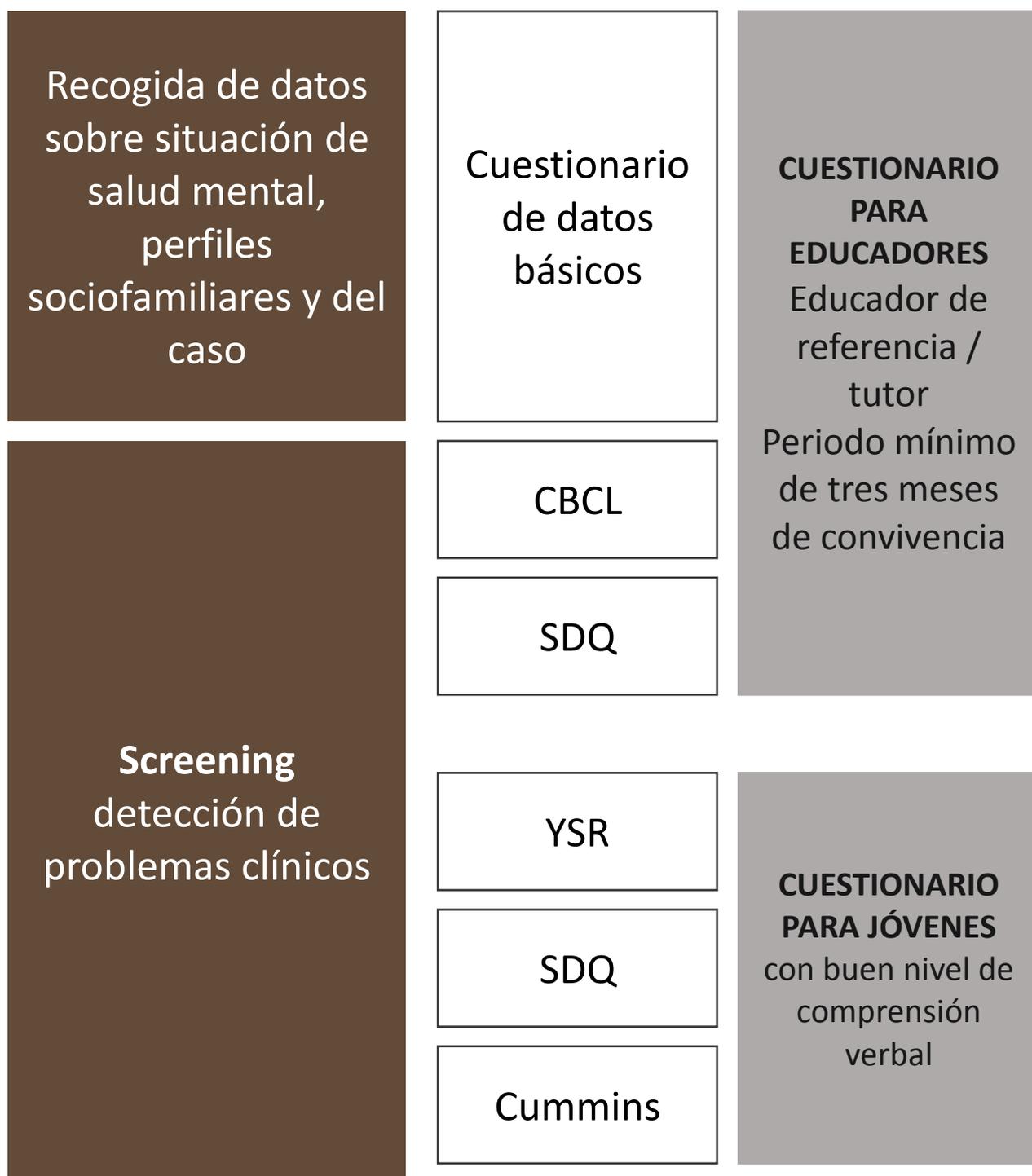
El objetivo de esta tesis se enmarca en una investigación más amplia de carácter longitudinal destinada a conocer la atención a los problemas de salud mental de los menores en acogimiento residencial y que ha sido financiada dentro de los proyectos I+D del Ministerio de Economía y Competitividad.

El procedimiento seguido para la recogida de datos y el posterior análisis es el que se describe a continuación.

En primer lugar, se solicitó y obtuvo permiso de las Administraciones Públicas que ostentaban la tutela de los menores que formaron parte de la investigación. No obstante, en la propia recogida de datos se informó convenientemente a los jóvenes del motivo de la evaluación y el tratamiento que se daría a los datos obtenidos y se les consultó acerca de su consentimiento para ello. Ningún joven rechazó participar en el estudio.

A partir de aquí se contactó con los recursos residenciales, por medio de los equipos directivos de los mismos, a los que se les explicó el objetivo del proyecto y se les solicitó su colaboración. En la misma reunión se facilitó el contacto con el investigador y se resolvieron todas las dudas surgidas durante ese primer contacto. Además, se les hizo entrega de un dossier en el que se explicaba: qué jóvenes formarían parte de la muestra, así como el sistema de codificación que se llevaría a cabo para asegurar la confidencialidad de los datos personales y el procedimiento para llevar a cabo la recogida de información, fundamentalmente instrumentos a utilizar y plazos. Se les solicitó, en este momento, que remitiesen un listado de los jóvenes que formarían parte de la muestra, y que serían todos los que conviviesen en el hogar siempre contemplando un requisito impuesto por las pruebas a administrar y que era que hubiese un período mínimo de convivencia de tres meses.

Una vez obtenida la información del número de menores que formarían parte de la recogida de datos en cada recurso, se hizo el envío del cuestionario para educadores que contenía el Cuestionario de Datos Básicos y los instrumentos de screening en su versión para adultos (CBCL y SDQ). Además, se pactó con cada hogar cómo se haría la pasación de cuestionarios con los propios menores. En la mayoría de los recursos se llevó a cabo mediante una aplicación colectiva (YSR, SDQ autoinformado y Cuestionario de Bienestar Personal) con aquéllos jóvenes cuyo nivel de idioma lo permitía y que como requieren las pruebas tenían más de 11 años. Esta aplicación fue supervisada, o bien por el investigador, o bien por un técnico del recurso con formación en psicología y por tanto, habilitado para ello. En la recogida de datos con los menores se pusieron los medios para garantizar la confidencialidad de la información transmitida.



5.6. Análisis Estadísticos

Una vez recogidos los datos estos fueron introducidos en una base de datos creada *ad hoc* para esta investigación y para ello y los posteriores análisis se empleó el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

Para obtener los datos descriptivos referentes a las variables sociodemográficas y sociofamiliares, sistema de protección, contexto escolar, salud física y consumo de drogas, así

como salud mental y cobertura terapéutica se recurrió a pruebas univariadas (medidas de tendencia central y dispersión) y se hizo uso de los estadísticos descriptivos de frecuencias.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos con los instrumentos de medida del estado emocional y conductual de los jóvenes valorado a partir de la información aportada por los adultos, en primer lugar, se comprobó mediante la *prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra* que la muestra seguía una distribución normal, por lo que se analizaron los datos mediante pruebas paramétricas.

En este caso, se analizaron las puntuaciones directas de los cuestionarios de screening mediante pruebas univariadas (medidas de tendencia central y dispersión) dividiendo la muestra en dos submuestras a partir de la variable dicotómica, sexo. Esto nos permitió mediante la técnica bivariada, prueba *t de Student para muestras independientes*, analizar la posible existencia de diferencias significativas entre las dos submuestras. En el caso del CBCL, y dado que se disponía de tablas de puntuaciones típicas, fue posible también llevar a cabo el procedimiento descrito pero utilizando las puntuaciones típicas.

Además, dado que es posible clasificar las puntuaciones de los cuestionarios en tres rangos (normal, límite y clínico) se analizó la distribución en los mismos mediante el análisis de frecuencias.

Por otro lado, se estudió cuál era el nivel de concordancia entre las escalas de las pruebas utilizadas. Para ello se cruzaron los resultados de las escalas en tablas donde los participantes se agruparon en función de su clasificación como clínicos o no en una, o en las dos o en ninguna de las escalas totales de las pruebas de screening. A partir de esta información y de la distribución de los participantes en cuanto a si recibían o no algún tipo de tratamiento de salud mental, se pudo calcular la especificidad de las pruebas, comprobando así el número de participantes correctamente diagnosticados por cada una de ellas.

También se analizó la correspondencia entre las puntuaciones directas de las escalas de segundo orden de los instrumentos (internalizante, externalizante y total) en sus dos versiones (autoinformado y a partir de la información del adulto responsable). Para ello, dada la naturaleza cuantitativa de las variables, se empleó el *Coefficiente de correlación de Pearson*.

Por último, se estudió la posible relación entre algunas variables del caso y la problemática detectada por los educadores, tomando en consideración en este caso las puntuaciones directas de cada uno de los cuestionarios, mediante técnicas bivariadas. El tipo de análisis estuvo en función del tipo de variables implicadas en el mismo. Así, en algunos casos se utilizó el *Coefficiente de correlación de Pearson*, cuando la variable del caso también era cuantitativa (p.ej. número de centros previos), pero también se empleó la prueba *t de Student para muestras independientes* cuando la variable era una categórica de dos niveles (p.ej. existencia o no de contactos con la familia de origen) y, por último, se utilizó el *ANOVA de un factor* cuando la variable era una categórica de varios niveles (p.ej. estudios que cursa).

El mismo procedimiento descrito hasta aquí se siguió para analizar y contrastar los resultados de los cuestionarios de screening pero en su versión para jóvenes.

Otro tipo de análisis fueron los destinados a ver la posible relación entre los cuestionarios de adultos y sus correspondientes versiones autoinformadas. En primer lugar, se analizó la distribución de la muestra en cuanto a ser clínicos o no en una, en ambas o en ninguna prueba del sistema ASEBA (CBCL e YSR). En este caso, dada la plena correspondencia entre escalas el mismo análisis se hizo para las tres escalas de segundo orden. Para examinar la correspondencia entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas de primer orden, dado su carácter cuantitativo, se empleó el *Coefficiente de correlación de Pearson*.

Se procedió del mismo modo para observar la relación entre los cuestionarios SDQ versión educadores y SDQ versión autoinformada.

Para finalizar, se exploraron los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Bienestar Personal. Para ello se llevaron a cabo pruebas univariadas (medidas de tendencia central y dispersión). Posteriormente, para explorar la posible relación entre ser clínico o no en cada una de las escalas de screening ya mencionadas y la valoración del bienestar subjetivo se utilizó un análisis bivariado –*prueba t de Student para muestras independientes* – que permitió conocer la existencia o no de diferencias significativas entre cada una de las dos submuestras (clínico/no clínico) para cada uno de los cuestionarios.

6. Resultados

6.1. Datos descriptivos de variables sociodemográficas y sociofamiliares, sistema de protección, contexto escolar, salud física y consumo de drogas

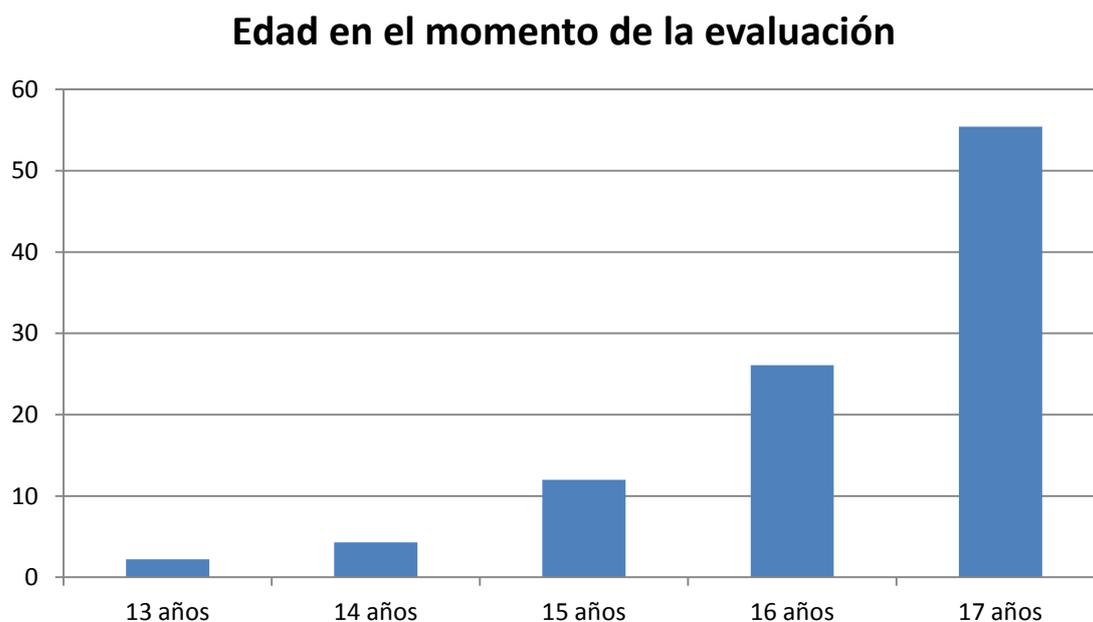
En este capítulo se describirán los datos obtenidos a partir del cuestionario diseñado *ad hoc* para recoger variables referidas al perfil sociodemográfico, perfil sociofamiliar, datos referentes a la atención recibida en el sistema de protección, al contexto escolar y a la salud física y el consumo de tóxicos de los jóvenes que han formado parte de la investigación. La muestra sobre la que se describen los datos está constituida por 92 menores considerados por la administración pública que ejerce la tutela como menores extranjeros no acompañados. No obstante, dado que sobre algunas de las variables descriptivas no se posee información para el total de la muestra, los porcentajes se calcularon sobre los datos válidos en cada una de las cuestiones planteadas, especificando cuando sea pertinente el porcentaje de casos perdidos.

6.1.1. Perfil Sociodemográfico

A continuación se señalan algunas cuestiones relativas al perfil sociodemográfico de los jóvenes como la edad, el sexo y el país de acogida.

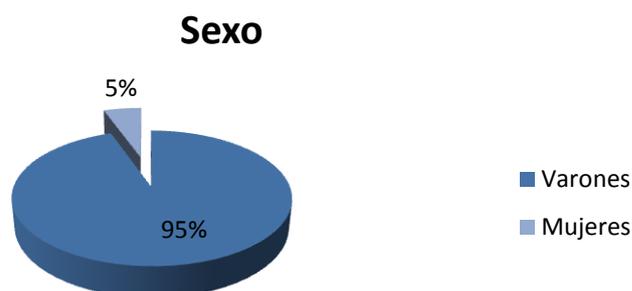
Respecto a la media de edad de los jóvenes en el momento de la evaluación, esta fue de 16,3 años (DT=0,99) siendo 13 años la edad del MENA más joven y 17 años, la del MENA de mayor edad. Como se observa en la figura 1, el mayor volumen de casos lo formaron los menores de entre 16 y 17 años constituyendo el 81,5% de la muestra.

Figura 1. Edad en el momento de la evaluación.



En lo que se refiere al sexo, la mayoría de los menores eran varones (94,6%) frente a un 5,4% de mujeres, n=5.

Figura 2. Sexo de los menores evaluados.



A pesar de la diversidad de países de origen de los MENA evaluados, la mayor parte (71,8%) proceden de Marruecos, con un número menor de jóvenes procedentes de Argelia (7,1%) o de Senegal y Mali (3,5% en ambos casos).

Tabla 1. País de origen del MENA.

País de origen	n	%
Marruecos	61	71,8
Argelia	6	7,1
Mali	3	3,5
Senegal	3	3,5
Gambia	2	2,4
Ghana	2	2,4
Camerún	1	1,2
Guinea Conakry	1	1,2
Guinea Ecuatorial	1	1,2
Mauritania	1	1,2
Nigeria	1	1,2
Portugal	1	1,2
Turquía	1	1,2
Venezuela	1	1,2
Total	85	100,0
Casos perdidos n=7 (7,6% de la muestra)		

6.1.2. Perfil sociofamiliar

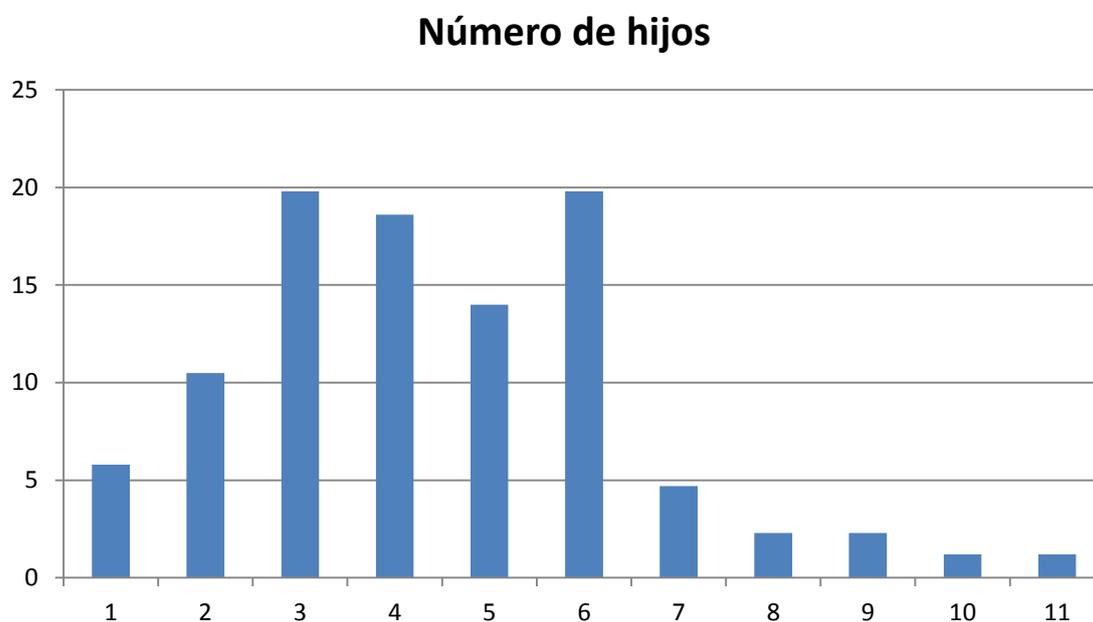
Atendiendo a las circunstancias sociofamiliares de estos menores, encontramos que en lo relativo al estatus de pareja de los padres, lo más frecuente era que los progenitores estuvieran casados o viviesen en pareja estable (41,8%), seguido de aquellos cuya situación de pareja era desconocida para los educadores (37,4%).

Tabla 2. Estatus de los progenitores.

Estatus progenitores	n	%
Casada/pareja de hecho/estable	38	41,8
Separación/divorcio	12	13,2
Viudo/a	6	6,6
Sin datos	36	39,5
Total	91	100,0
Casos perdidos n=1 (1,1% de la muestra)		

Respecto al número de hijos, incluyendo al propio menor, la media se situó en 4,5 hijos (DT=2,07), siendo el mínimo un hijo y el máximo 11. En total, más del 80% de las familias tenían entre 2 y 6 hijos.

Figura 3. Número total de hijos.



Además, se trató de obtener información respecto a algunas problemáticas que pudieran estar presentes en los progenitores y que podrían estar afectando al bienestar y la adaptación de los menores. En este caso, la información obtenida fue escasa por el desconocimiento de los profesionales acerca de este tipo de cuestiones. Lo más destacable en este caso es que en un tercio de la muestra el padre se encontraba en paradero desconocido y esto ocurría para el 26,4% de las madres, siendo en ambos casos la problemática que se encontraba más presente.

Tabla 3. Problemáticas presentes en el padre.

Problemáticas padre	n	%
Paradero desconocido	29	33,3
Problemas económicos severos	12	13,0
Fallecido	11	14,9
Violencia contra la pareja	1	1,1
Sin datos	39	42,4

Tabla 4. Problemáticas presentes en la madre.

Problemáticas madre	n	%
Paradero desconocido	22	25,3
Problemas económicos severos	9	9,8
Fallecida	7	9,2
Violencia por parte de su pareja	1	1,1
Sin datos	53	57,6

Añadido a lo anterior y tomando en consideración el consumo de tóxicos, se señaló respecto a la figura paterna un caso de alcoholismo y tres casos de drogodependencias (dos adictos al cannabis y uno a la heroína). En referencia a la figura materna, se apuntó un caso de adicción a la cocaína.

6.1.3. Datos referentes a la atención recibida en el sistema de protección

De los 92 casos sobre los que se recogió información el mayor volumen lo supusieron los menores procedentes de la región de Murcia (22 casos), seguidos de Asturias (18 casos), Cantabria y Guipúzcoa (15 casos en cada territorio) y Tenerife (12 casos).

Tabla 5. Comunidad autónoma en la que están acogidos.

Comunidad Autónoma	n	%
Murcia	22	23,9
Asturias	18	19,6
Cantabria	15	16,3
Guipúzcoa	15	16,3
Tenerife	12	13,0
Aldeas SOS	6	6,5
Extremadura	4	4,3
Total	92	100,0

Además, la mayoría de los jóvenes (87%) se encuentran acogidos en centros concertados.

Figura 4. Titularidad del centro en el que están acogidos.

Titularidad del centro de protección

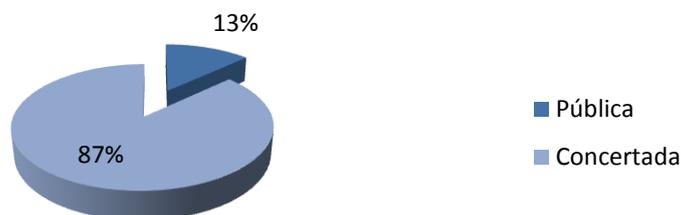


Tabla 6. Tipo de programa.

Tipo de Programa	n	%
MENA	55	59,8
Básico - Vertical	17	18,5
Básico - Adolescentes	11	12,0
Específico - Autonomía	6	6,5
Terapéutico	2	2,2
Socialización	1	1,1
Total	92	100,0

Los jóvenes permanecieron en el recurso en el que estaban acogidos en el momento de la evaluación una media de 13,6 meses (DT=13,9).

Tabla 7. Tiempo de estancia en el centro actual (en meses).

Tiempo en el centro actual	n	%
Menos de 6 meses	25	27,5
Entre 6 meses y un año	37	40,7
Entre 1 y 2 años	16	17,6
Más de 2 años	13	14,3
Total	91	100,0
Casos perdidos n=1 (1,1% de la muestra)		

La mayoría (85,7%, n = 78 jóvenes) habían tenido acogimientos residenciales previos. Además, del recurso actual, aproximadamente la mitad (47,7%) había estado acogido con anterioridad en otro centro y el 19,3% en dos hogares más. Teniendo solo en cuenta aquellos que sí estuvieron en otros centros, la media de recursos en los que habían permanecido previamente es de 1,85 recursos (DT=1,26) siendo el mínimo un hogar y el máximo siete.

Tabla 8. Número de centros en los que ha estado acogido previamente.

Número de centros previos	n	%
Ninguno	13	14,8
1	42	47,7
2	17	19,3
3	6	6,8
4	7	8,0
5	2	2,3
7	1	1,1
Total	88	100,0
Casos perdidos n=4 (4,3% de la muestra)		

En total, más de la mitad de los jóvenes (61,4%) llevaban en acogimiento residencial entre seis meses y dos años, siendo la media de tiempo de estancia 20,5 meses (DT=18,1).

Tabla 9. Tiempo total de estancia en acogimiento residencial (en meses).

Tiempo total	n	%
Menos de 6 meses	8	9,9
Entre 6 meses y un año	27	33,3
Entre 1 y 2 años	23	28,4
Más de 2 años	23	28,4
Total	81	100,0
Casos perdidos n=11 (12% de la muestra)		

En cuanto al objetivo de su estancia en el sistema de protección, alrededor de las tres cuartas partes de los menores (74,7%) tenían plan de caso. De estos, en la mayoría de los casos (92,6%) el objetivo era la emancipación o la independencia.

Tabla 10. Existencia de plan de caso.

Existe plan de caso	n	%
Sí	68	74,7
No hay plan explícito	14	15,4
En evaluación o estudio	9	9,9
Total	91	100,0
Casos perdidos n=1 (1,1% de la muestra)		

Tabla 11. Finalidad del plan de caso.

Finalidad del plan de caso	n	%
Emancipación/independencia	63	92,6
Reunificación familiar	2	2,9
Separación definitiva y acoplamiento a una nueva familia	1	1,5
Tratamiento de problemas de conducta o emocionales	1	1,5
Otros	1	1,5
Total	68	100,0

Atendiendo a la relación que los MENA pueden establecer con su familia de origen desde los centros de protección y como cabría esperar, dada la casuística de estos jóvenes, la mayoría (87%) tenía contacto con su familia por medio telefónico, carta y/o mail. Algunos jóvenes (4,3%) tenían visitas o salidas con algunos miembros de su familia que no eran sus padres. En general, estos contactos se producían con hermanos y en un caso, con un tío. Ninguno de ellos residía con ningún hermano en los centros de protección.

En más de la mitad de los casos (57,7%) se señaló que los contactos provocaban efectos positivos en los menores, señalando entre estas reacciones positivas, la alegría, la tranquilidad y el apoyo mostrado por su familia para que el menor continuase con su proyecto migratorio, llegando incluso a apuntarse que dichos contactos, generalmente telefónicos, constituían “un aliciente para el menor”. No obstante, aunque en un porcentaje menor (11,3%) también se señaló que estos contactos producían en el menor tanto reacciones positivas como negativas. Entre las negativas se destacó la añoranza y el deseo de ver a su familia, la tristeza, la preocupación y la presión por continuar con su proyecto migratorio y por ayudar a su familia e incluso, la incoherencia entre las pautas educativas de los educadores y las de los progenitores.

Tabla 12. Contactos con la familia de origen.

Contactos con la familia de origen	n	%
Otros contactos (telefónicos, mail, carta, etc.)	80	87,0
No hay contactos	8	8,7
Sólo tiene salidas al domicilio familiar (fines de semana/vacaciones)	3	3,2
Sólo recibe visitas	1	1,1
Total	92	100,0

Tabla 13. Reacciones emocionales o conductuales a los contactos.

Reacciones a contactos	n	%
Positivas	41	57,7
Sin consecuencias	22	31,0
Ambas	8	11,3
Total	71	100,0
Casos perdidos n=21 (22,8% de la muestra)		

6.1.4. Datos referentes al contexto escolar y laboral

Añadido a lo ya visto, se solicitó a los profesionales de atención directa información acerca del contexto escolar de los menores que fueron objeto de la evaluación. En este sentido, se obtuvo que más de la mitad (56,7%) realizaba algún tipo de formación profesional, seguidos de aquéllos que estaban escolarizados en la educación obligatoria (36,7%).

Tabla 14. Estudios que cursa.

Estudios que cursa	n	%
Formación profesional	51	56,7
Educación obligatoria	33	36,7
No cursa ningún tipo de estudio	3	3,3
Otro tipo de estudio	2	2,2
Módulos o talleres no profesionales (no reglado)	1	1,1
Total	90	100,0
Casos perdidos n=2 (2,2% de la muestra)		

Respecto a la adaptación al contexto académico se solicitó a los educadores que señalaran en una escala de uno a cinco cuál era la situación del menor con respecto a cada uno de los ítems recogidos en la tabla que se muestra a continuación. Los ítems que se les facilitaron fueron: realiza diariamente las tareas escolares que le ponen en el colegio; se muestra motivado/a por aprender y estudiar; asiste a clase diariamente, salvo causas justificadas; se muestra respetuoso con los profesores y personal; se comporta correctamente en el centro escolar y la última, le gusta ir al colegio o centro formativo.

Tabla 15. Indicadores de ajuste del ámbito académico.

Indicadores de ajuste académico	media	Desviación típica
Realiza diariamente las tareas escolares que le ponen en el colegio (n=86)	3,22	1,43
Se muestra motivado/a por aprender y estudiar (n=88)	3,49	1,24
Asiste a clase diariamente, salvo causas justificadas (n=87)	4,22	1,15
Se muestra respetuoso con los profesores y personal (n=87)	4,10	1,13
Se comporta correctamente en el centro escolar (n=87)	4,07	1,09
Le gusta ir al colegio o centro formativo (n=88)	3,84	1,26

Además, se apuntó que algo menos de la mitad de los jóvenes poseían algún tipo de adaptación curricular y el 34,9% habían repetido algún curso a lo largo de su trayectoria académica. Ninguno de ellos acudía a un centro para niños o adolescentes con necesidades educativas especiales.

Tabla 16. Existe algún tipo de adaptación curricular.

Adaptación curricular	n	%
Sí	38	42,7
No	51	57,3
Total	89	100,0
Casos perdidos n=3 (3,3% de la muestra)		

Tabla 17. Ha repetido algún curso a lo largo de su trayectoria académica.

Repetir curso	n	%
Sí	29	34,9
No	54	65,1
Total	83	100,0
Casos perdidos n=9 (9,8% de la muestra)		

Por otro lado, también se solicitó a los profesionales que cumplimentaron el cuestionario que señalaran, por medio de los ítems que se recogen en la tabla que se muestra a continuación, cuál era la situación que mejor describía el rendimiento académico del menor. En torno a la mitad (50,5%) suspendía algunas o varias asignaturas y aproximadamente un tercio (32,2%) aprobaba todo con notas suficientes o buenas.

Tabla 18. Valoración del rendimiento académico.

Rendimiento académico	n	%
Aprueba todo con muy buenas notas	8	9,2
Aprueba todo con notas suficientes	20	23,0
Suspende algunas asignaturas	15	17,2
Suspende varias asignaturas	29	33,3
No tiene notas en los estudios que cursa	15	17,2
Total	87	100,0
Casos perdidos n=5 (5,4% de la muestra)		

Dada la edad de los jóvenes que componían la muestra así como el objetivo de autonomía presente en buena parte de ellos y las peculiares características de los MENA frente a los jóvenes autóctonos, resulta de especial relevancia conocer la situación laboral de estos menores. En este caso, en casi la totalidad de los casos (92,9%) esta cuestión se consideró no aplicable, bien porque el menor aún no se encontraba en edad de trabajar o bien porque en caso de estarlo, continuaba con sus estudios. Así, solo uno de los menores se encontraba trabajando y tres de ellos estaban buscando empleo. Aquellos que se recogen dentro del apartado otros hacen referencia a un joven que hace prácticas y del otro no consta información.

Tabla 19. Situación laboral.

Situación laboral	n	%
No aplicable (por edad o porque continúa con los estudios)	78	92,9
En paro (buscando empleo)	3	3,6
Trabaja	1	1,2
Otros	2	2,2
Total	84	100,0
Casos perdidos n=8 (8,7% de la muestra)		

6.1.5. Datos referentes a la Discapacidad, Salud Física y Consumo de Drogas

En este caso se consultó sobre algunas cuestiones de salud física referidas fundamentalmente al padecimiento de alguna enfermedad importante así como a la presencia de algún tipo de discapacidad. También se solicitó información acerca del consumo de drogas y la intensidad del mismo.

En cuanto a las enfermedades importantes se señaló que el 12,4% poseía algún tipo de dolencia física de importancia. Entre las que se citaron estaban por ejemplo, perforación intestinal, hepatitis B o anemia.

Tabla 20. Enfermedades importantes.

Enfermedades importantes	n	%
Sí	11	12,4
No	78	87,6
Total	89	100,0
Casos perdidos n=3 (3,3% de la muestra)		

Únicamente en un caso se señaló la presencia de discapacidad de tipo intelectual y se trataba de un menor que tenía una minusvalía reconocida de carácter moderado (entre el 33 y el 64%). Ninguno presentaba una minusvalía reconocida.

Tabla 21. Discapacidad.

Discapacidad	n	%
Sin discapacidad	90	98,9
Tiene discapacidad	1	1,1
Total	91	100,0
Casos perdidos n=1 (1,1% de la muestra)		

Para finalizar este apartado haremos referencia a lo encontrado acerca del consumo de alcohol y drogas en la muestra sobre la que se han recogido los datos.

Se señaló que cinco jóvenes (5,4%) presentaban un consumo esporádico o adictivo de alcohol.

También se preguntó por el consumo de otras drogas (cannabis, inhalantes, heroína, cocaína u otras sustancias). En todos los casos, las opciones de respuesta eran “no consume”, “consumo esporádico” y “consumo regular o adictivo”. En las tablas que se muestran a continuación sólo aparecen las alternativas en las que se recogió algún participante.

Así, en 31 casos (34,1% de la muestra) se apuntó a consumos de drogas (cannabis, inhalantes, heroína y cocaína). A continuación se detallan los consumos encontrados.

Tabla 22. Consumo de cannabis.

Consumo cannabis	n	%
No	61	67,0
Esporádicamente	16	17,6
Regularmente / Adictivo	14	15,4
Total	91	100,0
Casos perdidos n=1 (1,1% de la muestra)		

Tabla 23. Consumo de inhalantes.

Consumo inhalantes	n	%
No	84	91,3
Esporádicamente	8	8,7
Total	92	100,0

Tabla 24. Consumo de heroína.

Consumo heroína	n	%
No	91	98,9
Esporádicamente	1	1,1
Total	91	100,0

Tabla 25. Consumo de cocaína.

Consumo cocaína	n	%
No	88	95,7
Esporádicamente	4	4,3
Total	91	100,0

Además, también se señalaron otros consumos como el referido al tabaco (4,3% de la muestra) o el consumo de ansiolíticos solos o combinados con alcohol (2,2%).

6.2. Patologías Identificadas y Cobertura Terapéutica

En este apartado se recogerán datos referentes a la detección por parte de los profesionales de atención directa de algún tipo de patología relacionada con la salud mental así como la cobertura terapéutica que estos menores están recibiendo a este respecto. Además de las cuestiones más específicamente relacionadas con patologías y tratamientos psicológicos, psiquiátricos y/o farmacológicos, también se consultó acerca de tratamientos de logopedia. En este último caso, sólo un menor acudía a sesiones de logopedia. Al igual que ocurría con el apartado anterior, la información presentada a continuación se recogió mediante un instrumento específicamente diseñado para la recogida de los datos que aquí se presentan.

En primer lugar, señalar como dato relevante que en el 85,7% se señaló que los menores no recibían ningún tipo de tratamiento de salud mental.

Tabla 26. Recibe algún tratamiento de salud mental (psiquiátrico, psicológico o farmacológico).

Tratamiento de salud mental	n	%
No	78	85,7
Sí	13	14,3
Total	91	100,0
Casos perdidos n=1 (1,1% de la muestra)		

De los 13 casos (14,3% de la muestra total) en los que se señala que hay algún tipo de tratamiento de salud mental, 8 casos (61,5%) reciben tratamiento psiquiátrico, 5 casos (38,5%) reciben tratamiento farmacológico y 10 casos (76,9%) reciben tratamiento psicológico. Además, el 46,2% recibe un único tipo de tratamiento (psiquiátrico, psicológico o farmacológico), el 30,8% reciben dos tipos de tratamiento (psiquiátrico y farmacológico, psicológico y farmacológico o psiquiátrico y psicológico) y el 23,1% de los casos reciben los tres tipos de tratamiento (psiquiátrico, psicológico y farmacológico al mismo tiempo). Ninguno de ellos acudía a tratamiento de psicomotricidad o logopedia.

6.2.1. Patología y Tratamiento Psiquiátrico

A continuación se detallará el tipo de patología detectada así como la cobertura terapéutica en cuanto al tratamiento psiquiátrico.

De los 8 casos en los que se señaló la presencia de tratamiento psiquiátrico, los motivos por los que los jóvenes acudían al mismo fueron diversos. Se hizo referencia a cuestiones como alteración de la conducta, autolesiones, consumo de tóxicos o trastorno de ansiedad. Los diagnósticos o impresiones diagnósticas del profesional resultaron coincidentes en varios casos con los motivos señalados por los educadores, sin que existiesen diagnósticos psiquiátricos según las categorías recogidas en el manual diagnóstico DSM-IV.

Señalar que en un caso, se mencionó que el joven presentaba o había presentado en algún momento amenazas de suicidio, aunque el motivo del tratamiento psiquiátrico era el consumo de tóxicos.

Es necesario, señalar que en ningún caso, existían varios diagnósticos psiquiátricos.

En cuanto a la cobertura terapéutica de los menores que acuden a tratamiento psiquiátrico, el 50% acude a un centro público y el otro 50% al profesional del propio centro de protección. Lo más frecuente era que las visitas fuesen semanales o bimensuales (42,9% en ambos casos) y sólo en un caso se señalaron visitas de carácter mensual. En el otro caso, no se facilitó información al respecto.

En cuanto a la duración de las sesiones, lo más frecuente era que éstas durasen entre 30 minutos y una hora (57,1%), seguido de una frecuencia de entre 15 y 30 minutos (28,6%) y por último de una duración de menos de 15 minutos (14,3%).

En cuanto a si el tratamiento es individual o grupal, siete de los casos recibían un tratamiento individual. Del caso restante no se obtuvo información.

Respecto al tiempo que los jóvenes llevaban acudiendo a tratamiento psiquiátrico, el que menos tiempo llevaba, acudía desde hacía dos meses y el que más tiempo llevaba, estaba acudiendo desde hacía algo más de dos años (27 meses). La media de tiempo que los menores llevaban acudiendo a la consulta era de 7,25 meses (DT=8,6).

En siete de los casos (87,5%) el profesional que le atendía había sido el mismo desde el principio. En el otro caso, no se obtuvo información al respecto.

Además, se solicitó a los educadores que valorasen la efectividad del tratamiento seleccionando la opción que mejor describía los cambios en la sintomatología del joven. La opción más frecuentemente señalada fue que el joven había mejorado un poco (57,1%), seguido de los que habían mejorado mucho (28,6%) y de los que seguían igual (14,3%).

Sólo uno de los jóvenes había estado anteriormente a tratamiento psiquiátrico durante algo más de un año (13 meses) y se desconocía el motivo de la baja.

6.2.2. Patología y Tratamiento Farmacológico

Como ya se ha señalado, cinco casos de la muestra estaban a tratamiento farmacológico exclusivo o en combinación con otro tipo de tratamiento (psicológico o psiquiátrico). De éstos uno estaba siendo medicado con un antidepresivo, otro con medicación para el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el tercero con un fármaco para la esquizofrenia.

En cuatro de los casos, la medicación la había establecido el psiquiatra y en tres de ellos era también este profesional el que lo supervisaba. No se hizo constar información del resto.

6.2.3. Patología y Tratamiento Psicológico

De los diez casos que acudían a tratamiento psicológico, los motivos señalados, al igual que ocurría con el tratamiento psiquiátrico, eran muy diversos. Así, se señalaron los siguientes: comportamiento impulsivo, agresividad, inestabilidad emocional, toxicomanías, falta de habilidades sociales y autocontrol, problemas de conducta, asunción de su realidad, retraso mental leve y trastorno de ansiedad generalizada. Nuevamente fue escasa la información obtenida con respecto al diagnóstico o las impresiones diagnósticas señalándose únicamente tres diagnósticos: retraso mental leve, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y posible trastorno disocial.

En estos diez casos, el motivo de asistencia a tratamiento en relación a la sintomatología clínica era en cuatro de ellos por la propia sintomatología presentada y en otros cuatro por la existencia de un diagnóstico de trastorno mental. En los otros dos no se facilitó información.

En ningún caso existieron varios diagnósticos psicológicos. Sólo un caso tenía un diagnóstico psicológico específico según el DSM-IV, y era un joven diagnosticado de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Respecto al tipo de recurso en el que eran atendidos, tres eran atendidos por un profesional del propio centro de acogida y el mismo número lo hacía en un programa o servicio específico para menores del sistema de protección. En el resto de los casos, uno recibía tratamiento en un centro público de salud mental, otro en la red privada con un profesional particular y el tercero acudía a otro tipo de recurso (recurso de intervención especializada en violencia de género). Dos casos eran atendidos a la vez en un centro público de salud mental y por el profesional del centro de acogida.

Como se ha visto, dos de los menores que acudían a tratamiento psicológico acudían a dos profesionales al mismo tiempo. En este caso el considerado como recurso principal por parte de los profesionales educativos era, en un caso el programa o servicio específico del sistema de protección y en otro, el profesional del propio centro.

Respecto a la atención del servicio psicológico, lo más frecuente era que las visitas fuesen semanales (siete casos), seguido de quienes acudían de manera quincenal o mensual (un caso para cada una de las alternativas). No se obtuvo información del resto. Y en lo referente a la duración de las sesiones, en seis casos la duración era de entre 30 minutos y una hora y en el resto (4 casos) de entre 15 y 30 minutos.

El tipo de tratamiento llevado a cabo era individual para la mayoría (8 casos) y solo un caso recibía tanto tratamiento grupal como individual. Del resto no se obtuvo información.

La media de tiempo que los menores llevaban acudiendo a tratamiento psicológico era de aproximadamente un año (12,7 meses; DT=12,29), siendo un mes el mínimo de tiempo que un joven había recibido tratamiento y 27 meses el máximo. En seis de los casos el profesional había sido el mismo desde el principio.

Al igual que ocurría en el caso del tratamiento psiquiátrico, de nuevo se solicitó a los educadores que valorasen la efectividad del tratamiento seleccionando la opción que mejor describía los cambios en la sintomatología del joven. Nuevamente, la opción más frecuentemente señalada fue que el joven había mejorado un poco (55,6%), seguido en igual medida de los que habían mejorado mucho y de los que seguían igual (22,2%) en ambos casos.

Además, dos de estos menores habían estado a tratamiento psicológico previamente y otros dos que no lo estaban en la actualidad también habían acudido con anterioridad. De estos, la media de tiempo que habían estado acudiendo fueron 10,5 meses (DT=10,3) siendo el mínimo un mes y el máximo dos años.

6.3. Valoración del estado emocional y conductual de los jóvenes

6.3.1. Valoración de los Educadores

A continuación se exponen los resultados obtenidos a partir de las valoraciones del personal de atención directa acerca del estado emocional y conductual que los jóvenes a los que atienden. Para ello, se utilizan los resultados obtenidos de los cuestionarios CBCL y SDQ, ambos cumplimentados por educadores que conviven con los jóvenes a los que se evalúa.

En primer lugar, se recogen los resultados obtenidos en el Cuestionario CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001). Para ello, se muestran primeramente las puntuaciones directas de todas las escalas que componen el instrumento. Además, se presentan las puntuaciones de las escalas de segundo orden constituidas a partir de las anteriores. Esto es, la escala *Externalizante* obtenida a partir de las escalas *Conducta disruptiva* y *Conducta agresiva*; la escala *Internalizante*, resultado de la suma de las escalas *Ansiedad-Depresión*, *Retraimiento-Depresión* y *Quejas somáticas* y la escala *Total*, suma de todas las subescalas.

Además dichas escalas, tal y como se ha comprobado mediante la *Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*, siguen una distribución normal, por lo que en adelante se analizarán los datos mediante pruebas paramétricas.

La muestra sobre la que se obtuvieron los resultados en ambos cuestionarios es de 89 participantes (4 chicas y 85 chicos). El tamaño del grupo de chicas es muy reducido como para analizar diferencias entre los grupos, pero dado que se observan puntuaciones muy diferentes en algunas escalas, hemos optado por describir separadamente los resultados.

Para poder interpretar adecuadamente los resultados expuestos en la tabla de puntuaciones directas (Tabla 32) es conveniente realizar algunas apreciaciones. En primer lugar, el rango varía en cada una de las escalas dado que el número de ítems no es el mismo en todas ellas. Además, a continuación y antes de la exposición de resultados incluimos una tabla (Tabla 31) donde se puede observar cuándo las puntuaciones directas se incluyen en el rango normal y cuándo en los rangos límite y clínico para cada una de las escalas del instrumento. El objetivo es facilitar la interpretación de los resultados.

Tabla 27. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del CBCL.

Rangos en las puntuaciones directas en CBCL	Rangos					
	Normal		Límite		Clínico	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Ansiedad-Depresión	0-6	0-7	7-9	8-10	10-26	11-26
Retraimiento-Depresión	0-5	0-5	6-7	6-7	8-16	8-16
Quejas somáticas	0-4	0-4	5	5-6	6-22	7-22
Problemas sociales	0-5	0-5	6-8	6-8	9-22	9-22
Problemas pensamiento	0-4	0-4	5-7	5-6	8-30	7-30
Problemas atención	0-10	0-7	11-13	8-10	14-20	11-20
Conducta disruptiva	0-8	0-6	9-12	7-10	13-34	11-34
Conducta agresiva	0-12	0-11	13-16	12-16	17-36	17-36
INTERNALIZANTE	0-10	0-11	11-13	12-14	14-64	15-64
EXTERNALIZANTE	0-13	0-11	14-18	12-15	19-70	16-70
TOTAL	0-39	0-35	40-51	36-44	52-240	45-240

Una vez señalados cuáles son los baremos entre los que se mueven las puntuaciones directas, salvo la escala otros problemas que no ha sido baremada, se exponen los resultados de dichas puntuaciones para la muestra con la que se ha trabajado.

Tabla 28. Puntuaciones directas en escalas del CBCL.

Puntuaciones directas en CBCL	Media (DT)			t	p
	Varones	Mujeres	Total		
Ansiedad-Depresión [Rango 0-26]	3,22 (3,33)	8,25 (8,01)*	3,45 (3,73)	1,249	0,299
Retraimiento-Depresión [Rango 0-16]	4,04 (3,58)	6,25 (3,40)*	4,13 (3,58)	1,212	0,229
Quejas somáticas [Rango 0-22]	1,39 (2,01)	4,75 (5,19)	1,54 (2,29)	1,291	0,286
Problemas sociales [Rango 0-22]	3,31 (3,24)	5,75 (3,50)	3,42 (3,27)	1,468	0,146
Problemas pensamiento [Rango 0-30]	1,93 (2,80)	4,25 (3,86)	2,03 (2,87)	1,596	0,114
Problemas atención [Rango 0-20]	5,34 (4,71)	9,75 (3,77)*	5,54 (4,74)	1,842	0,069
Conducta disruptiva [Rango 0-34]	6,47 (6,83)	11,75 (2,22)**	6,71 (6,77)	1,535	0,128
Conducta agresiva [Rango 0-36]	8,88 (8,58)	12,50 (4,80)*	9,04 (8,47)	0,834	0,407
Otros problemas [Rango 0-34]	4,19 (3,79)	4,75 (3,10)	4,21 (3,75)	0,291	0,772
INTERNALIZANTE [Rango 0-26]	8,65 (6,97)	19,25 (14,03)**	9,12 (7,61)	1,502	0,228
EXTERNALIZANTE [Rango 0-36]	15,35 (14,60)*	24,25 (5,85)**	15,75 (14,42)	1,209	0,230
TOTAL [Rango 0-242]	38,76 (30,81)	68,00 (28,86)**	40,08 (31,17)	1,859	0,066

*Media de puntuaciones en Rango Límite.

**Media de puntuaciones en Rango Clínico.

Mediante las puntuaciones obtenidas al calcular la *t de Student para muestras independientes* pudimos observar que no existían diferencias significativas entre las medias con respecto al sexo ($p < 0.05$).

A continuación se expondrán las puntuaciones típicas que nos permiten corregir el efecto de la edad y el sexo. Para ello, se han tenido en cuenta los baremos recogidos por Achenbach y Rescorla (2001). En la siguiente tabla se recogen las puntuaciones típicas en las mismas escalas, exceptuando la escala *Otros problemas* que no ha sido baremada.

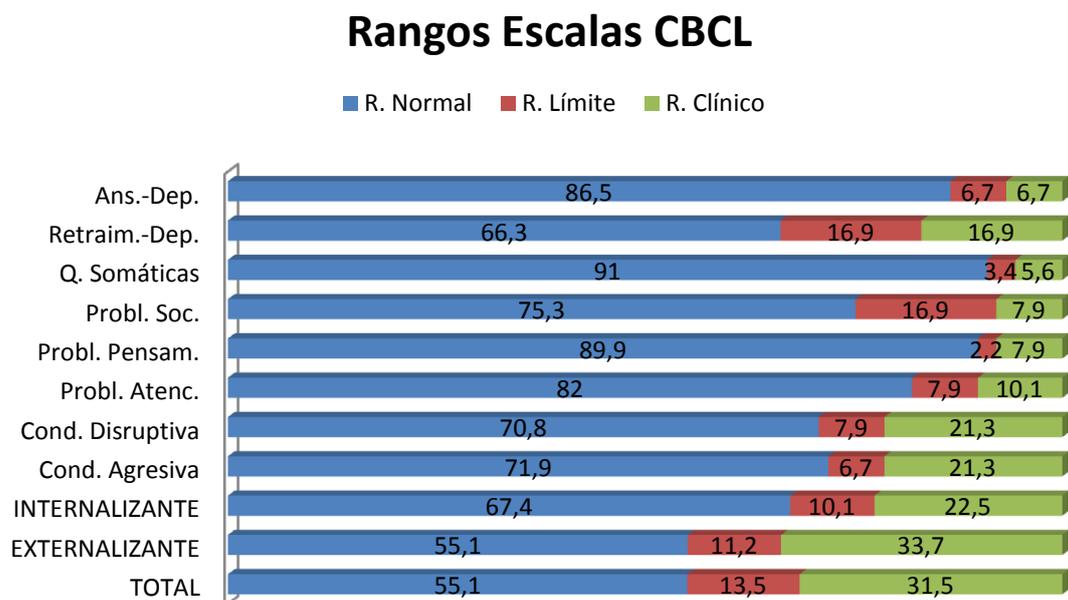
Tabla 29. Puntuaciones típicas en escalas del CBCL.

Puntuaciones típicas en CBCL	Media (DT)			t	p
	Varones	Mujeres	Total		
Ansiedad-Depresión [Rango 50-100]	55,28 (6,98)	63,75 (16,52)	55,66 (7,68)	1,021	0,381
Retraimiento-Depresión [Rango 50-100]	60,62 (10,10)	66,75 (10,21)	60,90 (10,13)	1,185	0,239
Quejas somáticas [Rango 50-100]	54,89 (6,39)	62,75 (12,82)	55,25 (6,88)	1,219	0,308
Problemas sociales [Rango 50-100]	57,86 (7,87)	63,75 (7,93)	58,12 (7,92)	1,463	0,147
Problemas pensamiento [Rango 50-100]	55,02 (6,83)	61,75 (10,40)	55,33 (7,08)	1,883	0,063
Problemas atención [Rango 50-100]	57,00 (8,37)	68,75 (8,77)	57,53 (8,69)	2,739	0,007
Conducta disruptiva [Rango 50-100]	60,42 (10,43)	71,25 (2,75)	60,91 (10,45)	6,076	0,000
Conducta agresiva [Rango 50-100]	59,99 (11,69)	64,50 (5,32)	60,19 (11,50)	0,765	0,446
INTERNALIZANTE [Rango 34-100 para varones] [Rango 33-100 para mujeres]	54,84 (10,75)	65,25 (11,98)	---	1,885	0,063
EXTERNALIZANTE [Rango 33-100 para varones] [Rango 34-100 para mujeres]	57,32 (13,96)	68,50 (2,89)	---	5,345	0,000
TOTAL [Rango 24-100]	55,67 (12,55)	68,25 (6,34)	56,22 (12,59)	1,987	0,050

A pesar del reducido tamaño del grupo de chicas, el análisis realizado con la *Prueba t para muestras independientes* permitió observar que existían diferencias significativas entre las medias con respecto al sexo ($p < 0,05$) en las escalas *Problemas de atención*, *Conducta disruptiva* y Escala *Externalizante*, encontrándose puntuaciones más elevadas en estas escalas para el sexo femenino.

Por otro lado, según este cuestionario, es posible clasificar a los jóvenes, según los resultados obtenidos en cada una de las escalas, en tres rangos: normal, límite y clínico. Es interesante señalar el porcentaje tan elevado, entre el 60 y el 80%, de jóvenes que se situaron en el rango normal en cada una de las escalas. Especialmente altos son los porcentajes en este rango en las escalas *Quejas somáticas* y *Problemas de pensamiento* (81 y 80% respectivamente). No obstante, según los datos expuestos en la figura 5, no se puede obviar que algo más del 20% de la muestra era clínica en la escala *Internalizante* y que más de un tercio lo fue en la escala *Externalizante*. Alrededor de un tercio se situó en el rango clínico en la escala *Total*. Entre las escalas de primer orden es relevante el 21,3% obtenido tanto en la escala de *Conducta disruptiva* como en la de *Conducta agresiva*. También el casi 17% en la escala *Retraimiento-Depresión*.

Figura 5. Rangos en escalas del CBCL.



Además de los resultados hasta ahora expuestos y, como ya se señaló en la metodología, se utilizó otro instrumento – Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 2001) – que, al igual que el anterior, trata de arrojar luz acerca del estado emocional y conductual de los jóvenes a partir de la información aportada por los profesionales de atención directa con los que conviven.

En este caso, se expondrán en primer lugar las puntuaciones directas y, a continuación, los rangos para cada una de las subescalas y para las escalas. Además pese a las recomendaciones (Goodman y Goodman, 2009; Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010) acerca de la preferencia del uso de las subescalas en el caso de la población de alto riesgo y de las escalas *Internalizante* y *Externalizante* en contextos comunitarios, dado el objetivo de esta tesis, se presentan los resultados de todas ellas.

Por otro lado, tal y como se ha comprobado mediante la *Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*, las puntuaciones directas en nuestra muestra siguen una distribución normal, por lo que en adelante se analizarán los datos mediante pruebas paramétricas.

Lo primero será aportar una tabla resumen (Tabla 35) en la que se recojan cómo se distribuyen las puntuaciones con respecto a los rangos: normal, límite y clínico y que permita una mejor comprensión de los resultados expuestos en la tabla 36. En este caso no se diferencian rangos por sexos porque los autores no han realizado esta distinción en las instrucciones de corrección.

Tabla 30. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del SDQ.

Rangos en las puntuaciones directas en SDQ	Rangos		
	Normal	Límite	Clínico
Síntomas emocionales	0-3	4	5-10
Problemas de conducta	0-2	3	4-10
Hiperactividad	0-5	6	7-10
Problemas con los compañeros	0-2	3	4-10
Conducta prosocial	6-10	5	0-4
TOTAL	0-13	14-16	17-40

Tabla 31. Puntuaciones directas en escalas del SDQ Educadores.

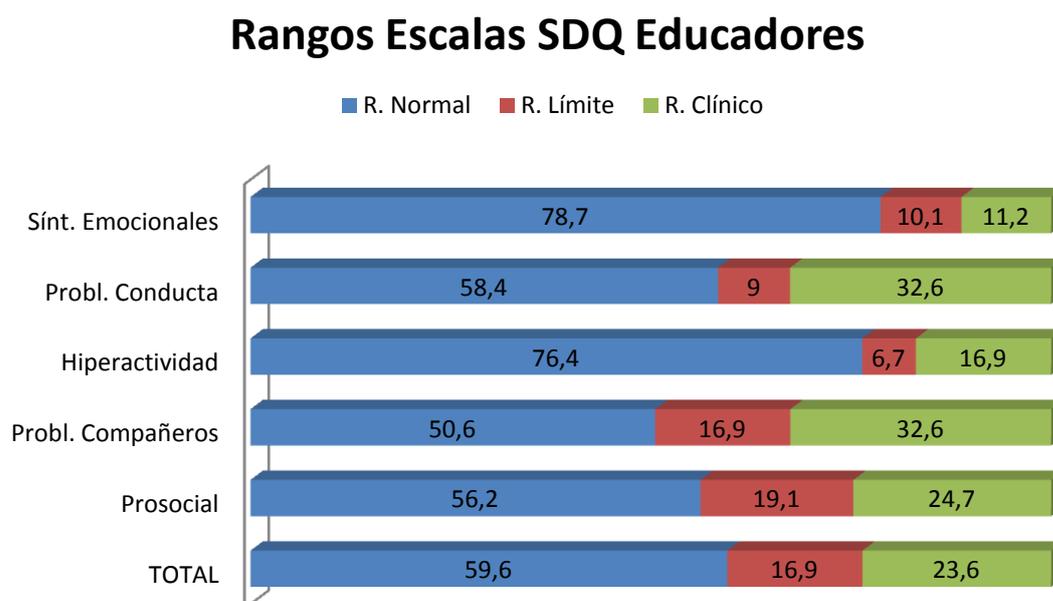
Puntuaciones directas en SDQ	Media (DT)			t	p
	Varones	Mujeres	Total		
Síntomas emocionales [Rango 0-10]	1,95 (2,02)	4,50 (3,70)*	2,07 (2,15)	1,368	0,262
Problemas de conducta [Rango 0-10]	2,93 (3,05)	3,50 (2,52)*	2,96 (3,02)	0,368	0,714
Hiperactividad [Rango 0-10]	3,66 (2,76)	4,00 (1,15)	3,67 (2,70)	0,245	0,807
Problemas con los compañeros [Rango 0-10]	2,68 (2,09)	2,00 (2,16)	2,65 (2,09)	-0,636	0,526
Conducta Prosocial [Rango 0-10]	6,13 (2,64)	6,25 (1,71)	6,13 (2,60)	0,090	0,928
INTERNALIZANTE [Rango 0-20]	6,59 (5,11)	7,50 (1,91)	6,63 (5,01)	0,824	0,445
EXTERNALIZANTE [Rango 0-20]	4,64 (3,44)	6,50 (4,43)	4,72 (3,48)	1,049	0,297
TOTAL [Rango 0-40]	11,22 (7,37)	14,00 (5,66)*	11,35 (7,30)	0,742	0,460

*Media de puntuaciones en Rango Límite.

Como muestran los datos de la tabla anterior, no se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en ninguna de las escalas entre los chicos y chicas evaluados.

Respecto a los rangos en el SDQ informado por los educadores, en la figura que se muestra más abajo (figura 6) se señala como las mayores dificultades, según esta prueba, se situaban en las escalas *Problemas de conducta* y *Problemas con los compañeros* con alrededor de un tercio de la muestra situándose en un rango clínico en estos aspectos. Algo menos del 25% se situó en el rango clínico en la escala *Total*. En este caso, no se recogieron los rangos de las escalas *Externalizante* e *Internalizante* porque no se contemplan en las instrucciones de corrección diseñadas por los autores de la prueba.

Figura 6. Rangos en escalas del SDQ Educadores.



6.3.1.1. Nivel de concordancia entre CBCL y SDQ versión educadores

Vistos los resultados de los instrumentos por separado, a continuación se pretende analizar cuál es el **nivel de concordancia** en la clasificación que se deriva de cada uno de ellos. Para este análisis se muestra la tabla 38, en la que se recoge el porcentaje de participantes que se señalaron como clínicos y no clínicos en la escala *Total* de ambos cuestionarios. No fue posible ver la concordancia entre otras escalas de los instrumentos puesto que no hay una correspondencia exacta entre ellas. El cálculo se realizó sobre una n=88 que eran el número de casos en los que se disponía de ambos cuestionarios (SDQ y CBCL).

Para el cálculo que se muestra a continuación se consideró como no clínicos todos los participantes que se incluían en el rango normal y límite, considerándose clínicos solo los que según los criterios de corrección de las pruebas se consideraban como tales.

Los resultados (tabla 38) indican que los instrumentos clasificaban del mismo modo a los participantes en el 87,49% de los casos. Los casos clasificados de modo diferente por ambas pruebas eran el 12,5%, en su mayoría (10,2%) eran jóvenes clasificados como clínicos por el CBCL pero no por el SDQ. Como se muestra en la tabla 38, de los 13 casos que estaban acudiendo a tratamiento, 11 participantes eran clasificados como clínicos por el CBCL, de éstos, 9 lo eran también mediante el SDQ.

Tabla 32. Concordancia entre CBCL y SDQ educadores.

Clínico en CBCL	Clínico en SDQ		
	Sí	No	Total
	% (n)	% (n)	% (n)
Sí	21,59% (19)	10,23% (9)	31,82% (28)
No	2,27% (2)	65,90% (58)	68,17% (60)
Total	23,86% (21)	76,13% (67)	100,00% (88)

Tabla 33. Acuden a tratamiento y son clínicos en screening.

Clínico en CBCL	Clínico en SDQ		
	Sí	No	Total
	% (n)	% (n)	% (n)
Sí	69,23% (9)	15,38% (2)	84,61% (11)
No	--- (0)	15,38% (2)	15,38% (2)
Total	69,23% (9)	30,76% (4)	100,00% (13)

En cuanto a la **correspondencia entre las escalas** *Internalizante*, *Externalizante* y *Total* de ambos cuestionarios, dada la naturaleza cuantitativa de las variables, se ha empleado el *Coefficiente de correlación de Pearson*.

Para este y todos los análisis que se muestran a continuación se utilizarán las puntuaciones directas de los cuestionarios. Esta decisión se toma teniendo en cuenta dos cuestiones, la primera de ellas, que al ser el grupo bastante homogéneo en edad, la información que nos aportan las puntuaciones típicas y directas es muy similar. Esto unido a que no es posible calcular puntuaciones típicas en la prueba SDQ nos lleva a inclinarnos por las puntuaciones directas a la hora de analizar las posibles relaciones.

En la tabla (tabla 38) que se muestra a continuación se puede observar que existía una correlación significativa ($p < 0,01$) entre todas las escalas analizadas, siendo ésta especialmente elevada entre las escalas *Externalizantes* de ambos cuestionarios; entre las *Externalizantes* y los *Totales*, y aún más intensa entre los *Totales*.

Tabla 34. Correlación escalas CBCL y SDQ educadores.

		SDQ		
		INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
CBCL	INTERNALIZANTE	0,754**	0,428**	0,653**
	EXTERNALIZANTE	0,565**	0,878**	0,872**
	TOTAL	0,692**	0,835**	0,903**

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

6.3.1.2. Relación entre variables del caso y problemática detectada por los educadores mediante los instrumentos de screening

Por último, en este apartado se recogerá la **relación hallada entre algunas variables** de la investigación **y los resultados obtenidos en los cuestionarios** hasta ahora descritos (CBCL y SDQ en su versión para educadores).

Se analizó la relación existente entre las puntuaciones directas de los cuestionarios y las siguientes variables:

- Número de centros previos.
- Tiempo total en acogimiento residencial.
- Contactos con la familia de origen.
- Estudios que cursa.
- Indicadores de adaptación al contexto escolar.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de drogas.
- Estar recibiendo algún tratamiento de salud mental.

Para ello, se indagó, mediante el *Coefficiente de correlación de Pearson*, acerca de la relación existente entre los resultados en los cuestionarios y las variables, también cuantitativas, "*Número de centros previos*" y "*Tiempo total en acogimiento residencial*", no hallándose relaciones significativas entre ellas, salvo una excepción en este último caso donde se mostró una débil correlación ($r_{xy}=-0,247$, $p=0,027$) entre esta variable y los resultados obtenidos en la escala *prosocial* del SDQ en su versión para educadores.

También se llevó a cabo la *Prueba t para muestras independientes* para averiguar la posible relación existente entre las puntuaciones en las pruebas y los "*Contactos con la familia de origen*", variable categórica con dos niveles (hay o no contacto), no encontrándose ningún tipo de relación.

Por último, se utilizó el *ANOVA de un factor* para valorar la hipotética relación entre los "*Estudios que cursa*", variable cualitativa con varios niveles (ESO, FP, No estudia y otros), y los resultados en CBCL y SDQ, sin que se observase ninguna relación significativa entre ellas.

Con respecto a la relación entre el resto de variables –"*Indicadores de adaptación al contexto escolar*", "*Consumo de alcohol*", "*Consumo de drogas*" y "*Estar recibiendo algún tratamiento de salud mental*" – y las escalas del CBCL y SDQ se recogieron las relaciones que se detallan a continuación.

Respecto a la "*adaptación académica*", éste se evaluó mediante seis ítems que se consideraron indicadores de adaptación al ámbito escolar y que debían ser valorados por los profesionales en una escala tipo Likert con una puntuación entre 1 y 5, siendo 1, la peor y 5, la mejor valoración. Para ello, y dado el carácter cuantitativo de las variables se utilizó el *Coefficiente de correlación de Pearson*, encontrándose las relaciones más intensas entre las escalas *Problemas de pensamiento*, *Problemas de atención*, *Conducta disruptiva*, *Conducta*

agresiva, Otros problemas, escala Externalizante y Total con los indicadores de adaptación académica, siendo que, a mayor problemática detectada en las escalas, peor valoración en los indicadores de adaptación escolar.

Tabla 35. Relación entre Indicadores de adaptación académica y escalas CBCL.

	Realiza diariamente las tareas escolares	Se muestra motivado por aprender y estudiar	Asiste a clase diariamente	Se muestra respetuos o con los profesores y personal	Se comporta correctamente en el centro escolar	Le gusta acudir al centro
Ansiedad - Depresión	-0,128	-0,076	-0,206	-0,258*	-0,266*	-0,103
Retraimiento – Depresión	-0,191	-0,130	-0,288**	0,031	-0,064	-0,222*
Quejas somáticas	-0,190	-0,228*	-0,274*	-0,149	-0,228*	-0,249*
Problemas sociales	-0,226*	-0,194	-0,225*	-0,357**	-0,358**	-0,207
Problemas pensamiento	-0,369**	-0,320**	-0,381**	-0,437**	-0,458**	-0,314**
Problemas atención	-0,571**	-0,567**	-0,568**	-0,631**	-0,649**	-0,539**
Conducta disruptiva	-0,558**	-0,462**	-0,721**	-0,483**	-0,504**	-0,522**
Conducta agresiva	-0,435**	-0,346**	-0,479**	-0,607**	-0,591**	-0,399**
Otros problemas	-0,504**	-0,388**	-0,414**	-0,566**	-0,556**	-0,367**
INTERNALIZANTE	-0,208	-0,169	-0,316**	-0,158	-0,229*	-0,228*
EXTERNALIZANTE	-0,521**	-0,422**	-0,623**	-0,587**	-0,587**	-0,482**
TOTAL	-0,498**	-0,422**	-0,560**	-0,553**	-0,575**	-0,455**

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

En las tablas que se muestran a continuación se recogen los datos referentes al consumo de alcohol y otras drogas.

Mediante la *Prueba t para muestras independientes* se trató de ver la existencia de algún tipo de relación entre las puntuaciones obtenidas en las escalas del CBCL y el consumo de alcohol (variable categórica con dos niveles – sí y no -).

Tabla 36. Relación entre consumo de alcohol y las escalas del CBCL.

	Consumo de alcohol			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Ansiedad-Depresión	5,50 (0,71)	3,40 (3,76)	0,785	0,434
Retraimiento-Depresión	9,50 (2,12)	4,01 (3,52)	2,189	0,031
Quejas somáticas	5,50 (7,78)	1,45 (2,07)	0,736	0,596
Problemas sociales	6,50 (3,54)	3,34 (3,26)	1,354	0,179
Problemas pensamiento	7,50 (7,78)	1,91 (2,64)	1,015	0,494
Problemas atención	13,00 (1,41)	5,37 (4,65)	2,305	0,024
Conducta disruptiva	23,00 (1,41)	6,33 (6,37)	3,677	0,000
Conducta agresiva	20,50 (3,54)	8,78 (8,37)	1,967	0,052
Otros problemas	9,00 (5,66)	4,10 (3,67)	1,850	0,068
INTERNALIZANTE	20,50 (4,95)	8,86 (7,48)	2,182	0,032
EXTERNALIZANTE	43,50 (4,95)	15,11 (13,94)	2,862	0,005
TOTAL	100,00 (18,38)	38,70 (30,08)	2,860	0,005

En este caso se comprobó la existencia de diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medias de los jóvenes que consumían alcohol y los que no lo hacían, siendo las puntuaciones más elevadas en algunas escalas (*Retraimiento-Depresión*, *Problemas atención*, *Conducta disruptiva*, *Escala Internalizante*, *Escala Externalizante*, y *Total*) para aquellos jóvenes que se habían señalado como consumidores de alcohol en exceso.

Respecto al consumo de drogas, se incluyeron aquí inhalantes, cocaína, cannabis, heroína y otras como tranquilizantes. Nuevamente, mediante la *Prueba t para muestras independientes* se trató de comprobar si existía algún tipo de relación entre las puntuaciones obtenidas en las escalas del CBCL y el consumo de tóxicos (variable categórica con dos niveles – sí y no -).

Tabla 37. Relación entre consumo de drogas y las escalas del CBCL.

	Consumo de drogas			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Ansiedad-Depresión	5,00 (4,76)	2,66 (2,80)	2,480	0,017
Retraimiento-Depresión	5,20 (3,74)	3,59 (3,40)	2,037	0,045
Quejas somáticas	2,77 (3,18)	0,92 (1,32)	3,058	0,004
Problemas sociales	4,90 (3,99)	2,66 (2,57)	2,795	0,008
Problemas pensamiento	3,33 (3,94)	1,37 (1,84)	2,585	0,014
Problemas atención	8,47 (4,94)	4,05 (3,90)	4,267	0,000
Conducta disruptiva	13,27 (6,74)	3,37 (3,65)	7,498	0,000
Conducta agresiva	14,17 (9,43)	6,44 (6,62)	4,013	0,000
Otros problemas	5,83 (4,52)	3,39 (3,02)	2,674	0,011
INTERNALIZANTE	12,97 (9,21)	7,17 (5,83)	3,142	0,003
EXTERNALIZANTE	27,43 (15,43)	9,81 (9,49)	5,728	0,000
TOTAL	62,93 (36,04)	28,46 (20,41)	4,858	0,000

Se mostró una diferencia significativa ($p < 0,05$) en todas las escalas del CBCL con respecto a los chicos que consumían, constatándose puntuaciones más elevadas en aquéllos que consumían algún tipo de sustancia adictiva.

La última variable sobre la que se analizó si había algún tipo de relación fue la relativa a si los jóvenes acudían a algún tratamiento de salud mental. Dado el carácter cualitativo y los dos niveles (sí y no) de la variable, se acudió al mismo estadístico que en los dos casos anteriores (*Prueba t para muestras independientes*) para ver si era posible señalar algún tipo de relación.

Tabla 38. Relación entre si acude a tratamiento de salud mental y las escalas del CBCL.

	Acude a tratamiento de Salud Mental			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Ansiedad-Depresión	7,15 (5,83)	2,80 (2,86)	-2,639	0,020
Retraimiento-Depresión	5,08 (3,66)	3,91 (3,54)	-1,095	0,277
Quejas somáticas	3,77 (4,15)	1,12 (1,52)	-2,277	0,041
Problemas sociales	5,92 (3,35)	3,01 (3,10)	-3,092	0,003
Problemas pensamiento	5,54 (4,65)	1,45 (1,93)	-3,123	0,008
Problemas atención	10,38 (5,82)	4,69 (4,05)	-4,366	0,000
Conducta disruptiva	11,54 (7,87)	5,75 (6,19)	-2,988	0,004
Conducta agresiva	16,38 (7,96)	7,84 (7,98)	-3,566	0,001
Otros problemas	7,46 (4,93)	3,64 (3,26)	-2,697	0,017
INTERNALIZANTE	16,00 (10,40)	7,83 (6,37)	-2,746	0,016
EXTERNALIZANTE	27,92 (14,76)	13,59 (13,45)	-3,498	0,000
TOTAL	73,23 (33,13)	34,21 (27,35)	-4,601	0,000

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las escalas, excepto en *Retraimiento-Depresión*, que permitieron efectivamente constatar que quienes acudían a tratamiento de salud mental puntuaban más alto en la mayoría de las escalas del CBCL.

En adelante, se mostrará la relación entre las variables anteriormente mencionadas y las escalas en puntuaciones directas del SDQ. Ya se ha indicado al inicio de este apartado, la inexistencia de relación entre las escalas del SDQ y las variables “Número de centros previos”, “Contactos con la familia de origen” o “Estudios que cursa” y la ligera relación entre una de las escalas del SDQ y el “Tiempo total en acogimiento residencial”.

En lo que respecta a la relación con los “Indicadores de adaptación académica”, del mismo modo que se hizo anteriormente con el CBCL, en la tabla que se muestra más abajo se señalan los resultados.

Tabla 39. Relación entre Indicadores de adaptación académica y escalas SDQ Educadores.

	Realiza diariamente las tareas escolares	Se muestra motivado por aprender y estudiar	Asiste a clase diariamente	Se muestra respetuoso con los profesores y personal	Se comporta correctamente en el centro escolar	Le gusta acudir al centro
Síntomas emocionales	-0,266*	-0,298**	-0,331**	-0,189	-0,320**	-0,331**
Problemas de conducta	-0,433**	-0,349**	-0,578**	-0,521**	-0,467**	-0,422**
Hiperactividad	-0,532**	-0,537**	-0,471**	-0,586**	-0,619**	-0,554**
Problemas compañeros	-0,032	-0,072	-0,157	-0,125	-0,152	-0,067
Prosocial	0,382**	0,297**	0,392**	0,375**	0,349**	0,369**
INTERNALIZANTE	-0,184	-0,230*	-0,303**	-0,195	-0,293**	-0,246**
EXTERNALIZANTE	-0,546**	-0,500**	-0,599**	-0,628**	-0,615**	-0,552**
TOTAL	-0,465**	-0,457**	-0,557**	-0,527**	-0,564**	-0,497**

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

Nuevamente se muestra la existencia de una evidente relación entre los indicadores de adaptación académica y la mayoría de las escalas del SDQ en su versión para adultos, excepto en la escala *Problemas con compañeros*. Esta relación indica que a mayores dificultades recogidas en el SDQ, peor es la valoración de los indicadores de ajuste escolar.

También se analizó la relación entre este instrumento y el consumo excesivo de alcohol y otros tóxicos, mediante la *Prueba t para muestras independientes*.

Tabla 40. Relación entre consumo de alcohol y las escalas del SDQ Educadores.

	Consumo de alcohol			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Síntomas emocionales	4,50 (0,71)	2,01 (2,14)	1,632	0,106
Problemas de conducta	7,50 (0,71)	2,85 (2,97)	2,200	0,030
Hiperactividad	5,50 (0,71)	3,63 (2,72)	0,965	0,337
Problemas compañeros	4,50 (0,71)	2,61 (2,09)	1,270	0,208
Prosocial	5,00 (2,83)	6,16 (2,61)	-0,622	0,535
INTERNALIZANTE	9,00 (1,41)	4,62 (3,45)	1,783	0,078
EXTERNALIZANTE	13,00 (0,00)	6,48 (4,97)	12,239	0,000
TOTAL	22,00 (1,41)	11,10 (7,20)	2,129	0,036

En este caso se comprobó la existencia de diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medias de los jóvenes que consumían alcohol y los que no lo hacían en las escalas *Problemas de conducta*, escala *Externalizante* y *Total*, siendo las puntuaciones en estas escalas más elevadas en aquellos que consumían alcohol en exceso.

Respecto al consumo de drogas, de nuevo se siguió el mismo procedimiento que en el análisis efectuado con la prueba CBCL y se incluyeron aquí inhalantes, cocaína, cannabis, heroína y otras como tranquilizantes.

Tabla 41. Relación entre el consumo de drogas y las escalas del SDQ Educadores.

	Consumo de drogas			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Síntomas emocionales	3,23 (2,59)	1,42 (1,58)	3,537	0,001
Problemas de conducta	2,26 (0,93)	1,47 (0,80)	3,960	0,000
Hiperactividad	5,00 (2,68)	2,98 (2,47)	3,546	0,001
Problemas compañeros	2,87 (1,93)	2,49 (2,17)	0,814	0,418
Prosocial	5,00 (2,22)	6,79 (2,60)	-3,244	0,002
INTERNALIZANTE	6,10 (3,67)	3,91 (3,14)	2,934	0,004
EXTERNALIZANTE	9,94 (5,01)	4,88 (4,08)	5,122	0,000
TOTAL	16,03 (7,70)	8,79 (5,75)	4,994	0,000

Aparecieron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre todas las escalas, a excepción de *Problemas con compañeros*, constatando que aquellos jóvenes que consumen algún tipo de droga obtienen puntuaciones más altas en casi todas las escalas del SDQ.

Para finalizar el apartado se vio la relación existente entre acudir a algún tratamiento de salud mental y las valoraciones realizadas por medio del SDQ. Utilizando, al igual que en los casos anteriores la *Prueba t para muestras independientes*, se obtuvieron los resultados que aparecen a continuación.

Tabla 42. Relación entre si acude a tratamiento de salud mental y las escalas del SDQ Educadores.

	Acude a tratamiento de Salud Mental			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Síntomas emocionales	4,23 (2,65)	1,63 (1,74)	-3,417	0,004
Problemas de conducta	2,31 (0,85)	1,63 (0,90)	-2,543	0,013
Hiperactividad	5,54 (2,93)	3,33 (2,56)	-2,807	0,006
Problemas compañeros	3,00 (1,63)	2,60 (2,17)	-0,632	0,529
Prosocial	5,54 (2,93)	6,25 (2,58)	0,910	0,365
INTERNALIZANTE	7,23 (3,47)	4,23 (3,29)	-3,016	0,003
EXTERNALIZANTE	10,15 (4,52)	5,96 (4,86)	-2,902	0,005
TOTAL	17,38 (6,60)	10,19 (6,89)	-3,497	0,001

Se mostraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las escalas, excepto en *Problemas Compañeros*, con respecto a la variable referida a si los jóvenes acuden o no a tratamiento de salud mental. Como cabría esperar, estas puntuaciones eran más elevadas entre los jóvenes que acuden a algún tipo de tratamiento de salud mental.

6.3.2. Valoración de los jóvenes

A continuación y del mismo modo que se ha hecho para los cuestionarios cumplimentados por adultos, se procederá a exponer los resultados obtenidos de estas mismas pruebas pero en su versión para adolescentes.

Como en el caso anterior, primero se expondrán los resultados del Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001) tanto en puntuaciones directas como típicas, además de analizar si existen diferencias significativas entre chicos y chicas en ambas. También se analizará el reparto de la muestra en los diferentes rangos en los que este cuestionario nos permite clasificarla.

Posteriormente se hará lo mismo para el SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman, 2001) en su versión para adolescentes.

Para todos los análisis posteriores se utilizarán técnicas paramétricas, ya que según se ha comprobado (*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*) los datos se distribuyen según la curva normal en ambos cuestionarios.

En el caso del YSR la muestra sobre la que se obtuvieron resultados fueron 66 jóvenes (61 chicos y 5 chicas). En el SDQ la muestra fue algo mayor, 73 adolescentes (69 chicos y 4 chicas). De nuevo, se toma en consideración que el grupo de chicas es muy reducido como para analizar diferencias entre los grupos, pero teniendo en cuenta que se observan puntuaciones muy diferentes en algunas escalas he preferido describir sus resultados de forma separada.

Además, para que sea posible interpretar adecuadamente los resultados expuestos en la tabla de puntuaciones directas (Tabla 48) se deben tomar en consideración algunas cuestiones. En primer lugar, al igual que ocurría en el CBCL, es necesario tener en cuenta que el rango en el que se mueven las puntuaciones varía en cada una de las escalas debido a que el número de ítems que las componen no es el mismo en todas ellas. Además, a continuación y antes de exponer los resultados se añade una tabla (Tabla 47) donde se puede observar cuándo las puntuaciones directas se incluyen en el rango normal y cuándo en los rangos límite y clínico para cada una de las escalas del instrumento.

Tabla 43. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del YSR.

Rangos en las puntuaciones directas en YSR	Rangos					
	Normal		Límite		Clínico	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Ansiedad-Depresión	0-8	0-11	9-11	12-14	12-26	15-26
Retraimiento-Depresión	0-6	0-7	7-8	8-9	9-16	10-16
Quejas somáticas	0-6	0-7	7	8-11	8-20	12-20
Problemas sociales	0-7	0-7	8-9	8-9	10-22	10-22
Problemas pensamiento	0-8	0-9	9-10	10-12	11-24	13-24
Problemas atención	0-9	0-9	10-11	10-11	12-18	12-18
Conducta disruptiva	0-9	0-8	10-12	9-13	13-30	14-30
Conducta agresiva	0-12	0-13	13-15	14-17	16-34	18-34
INTERNALIZANTE	0-13	0-18	14-17	19-23	18-62	24-62
EXTERNALIZANTE	0-16	0-15	17-19	16-20	20-64	21-64
TOTAL	0-50	0-56	51-61	57-69	62-240	70-240

Una vez reseñados cuáles son los baremos en los que se sitúan las puntuaciones según el rango de que se trate, se exponen los resultados de las puntuaciones directas y posteriormente de las puntuaciones típicas.

Tabla 44. Puntuaciones directas en escalas del YSR.

Puntuaciones directas en YSR	Media (DT)			t	p
	Varones	Mujeres	Total		
Ansiedad-Depresión [Rango 0-26]	6,49 (3,35)	6,60 (3,44)	6,50 (3,33)	0,069	0,945
Retraimiento-Depresión [Rango 0-16]	5,28 (2,94)	5,80 (3,27)	5,32 (2,95)	0,378	0,707
Quejas somáticas [Rango 0-20]	3,46 (3,23)	5,00 (3,39)	3,58 (3,24)	1,021	0,311
Problemas sociales [Rango 0-22]	4,41 (2,98)	4,80 (2,68)	4,44 (2,94)	0,283	0,778
Problemas pensamiento [Rango 0-24]	4,28 (3,10)	6,40 (2,07)	4,44 (3,07)	1,498	0,139
Problemas atención [Rango 0-18]	5,33 (3,59)	7,20 (1,48)	5,47 (3,50)	2,321	0,047
Conducta disruptiva [Rango 0-30]	5,54 (3,61)	6,60 (1,14)	5,62 (3,49)	0,649	0,519
Conducta agresiva [Rango 0-34]	6,93 (4,70)	8,40 (4,04)	7,05 (4,64)	0,676	0,502
Otros problemas [Rango 0-20]	4,57 (3,04)	6,20 (2,39)	4,70 (3,01)	1,166	0,248
INTERNALIZANTE [Rango 0-62]	15,23 (7,39)*	17,40 (7,86)	15,39 (7,38)	0,629	0,531
EXTERNALIZANTE [Rango 0-54]	12,48 (7,70)	15,00 (4,85)	12,67 (7,53)	0,719	0,475
TOTAL [Rango 0-200]	46,30 (22,91)	57,00 (16,67)*	47,11 (22,57)	1,020	0,312

*Media de puntuaciones en Rango Límite.

Se utilizó la *Prueba t para muestras independientes* y se observó que únicamente existían diferencias significativas ($p < 0,05$) entre varones y mujeres en la escala *Problemas de atención*, siendo la puntuación más elevada en las chicas que en los chicos.

En la tabla que se muestra a continuación, se expondrán las puntuaciones típicas que nos permiten corregir el efecto de la edad y el sexo. Para ello, se han tenido en cuenta los baremos recogidos por Achenbach y Rescorla (2001). La única excepción es la escala *Otros problemas* que no ha sido baremada.

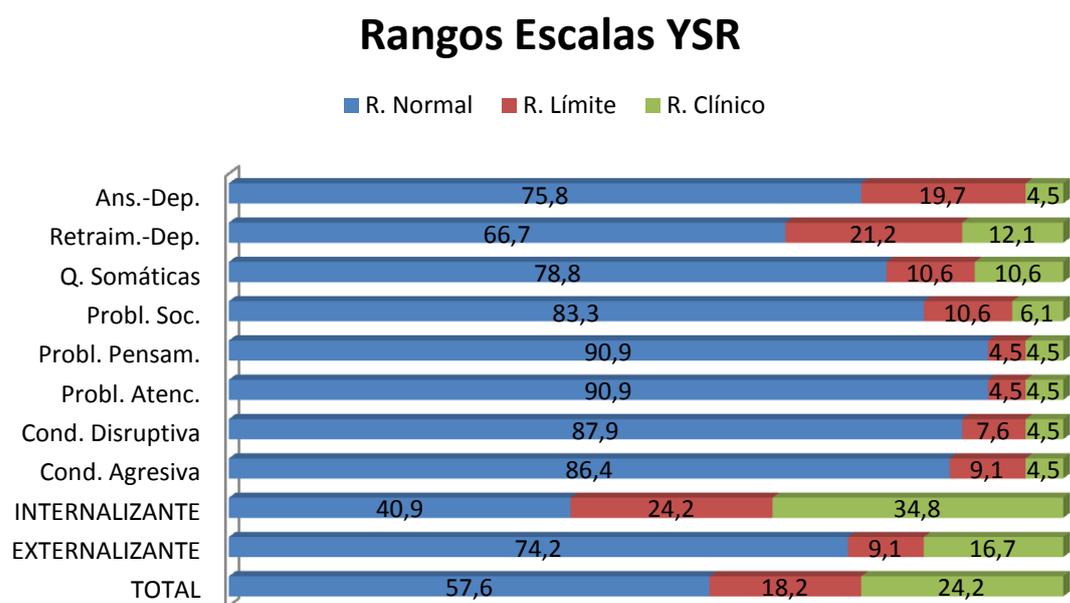
Tabla 45. Puntuaciones típicas en escalas del YSR.

Puntuaciones típicas en YSR	Media (DT)			t	p
	Varones	Mujeres	Total		
Ansiedad-Depresión [Rango 50-100]	60,28 (6,59)	57,40 (7,02)	60,06 (6,61)	-0,935	0,353
Retraimiento-Depresión [Rango 50-100]	60,74 (8,61)	61,20 (8,41)	60,77 (8,54)	0,116	0,908
Quejas somáticas [Rango 50-100]	57,31 (8,41)	57,40 (7,54)	57,32 (8,30)	0,023	0,982
Problemas sociales [Rango 50-100]	57,57 (6,69)	58,20 (6,72)	57,62 (6,64)	0,201	0,841
Problemas pensamiento [Rango 50-100]	56,64 (5,87)	59,00 (4,36)	56,82 (5,78)	0,876	0,384
Problemas atención [Rango 50-100]	56,33 (7,32)	58,00 (3,74)	56,45 (7,11)	0,503	0,617
Conducta disruptiva [Rango 50-100]	57,15 (6,50)	60,20 (2,28)	57,38 (6,32)	1,039	0,303
Conducta agresiva [Rango 50-100]	55,46 (7,08)	56,40 (5,81)	55,53 (6,98)	0,289	0,774
INTERNALIZANTE [Rango 30-100 para varones] [Rango 27-100 para mujeres]	59,75 (8,89)	57,00 (9,70)	59,55 (8,90)	-0,662	0,510
EXTERNALIZANTE [Rango 29-100]	53,52 (9,35)	58,20 (5,63)	53,88 (9,17)	1,097	0,277
TOTAL [Rango 26-100]	55,64 (10,08)	59,20 (5,85)	55,91 (9,84)	0,776	0,441

Con el mismo análisis anterior para comprobar diferencia de medias – *Prueba t para muestras independientes*- se constató que no había diferencias significativas ($p < 0,05$) en las puntuaciones típicas con respecto al sexo.

Además de lo anterior, este cuestionario nos permite clasificar a los jóvenes, según sus puntuaciones en las diferentes escalas, en tres rangos: normal, límite y clínico. En este caso, los propios jóvenes informaban de escasa problemática de carácter externalizante (16,7%), siendo ésta bastante más del doble en el caso de los problemas internalizantes (34,8%). No obstante, el porcentaje de jóvenes que se situó en el rango normal fue bastante elevado (entre el 57,6% y el 90,9% dependiendo de la escala) a excepción de la escala *Internalizante* donde desciende hasta el 40,9%.

Figura 7. Rangos en escalas del YSR.



Al igual que en el apartado anterior, además del YSR, se utilizó la versión autoinformada del SDQ (Goodman, 2001) con el mismo propósito de averiguar cuál es la visión que los propios jóvenes tienen acerca de su estado emocional y conductual.

En este caso y, como ya se ha señalado, habida cuenta que los autores no facilitan baremos para el SDQ, aunque sí rangos, se expondrán en primer lugar las puntuaciones directas y a continuación, los rangos para cada una de las subescalas y para las escalas. No obstante, antes de nada se incluye una tabla donde se puede observar entre qué puntuaciones se localiza cada uno de los rangos. En este caso no se distinguen rangos por sexos porque la propia prueba no hace esta diferenciación.

Tabla 46. Rangos en las puntuaciones directas en escalas del SDQ Autoinformado.

Rangos en las puntuaciones directas en SDQ Autoinformado	Rangos		
	Normal	Límite	Clínico
Síntomas emocionales	0-5	6	7-10
Problemas de conducta	0-3	4	5-10
Hiperactividad	0-5	6	7-10
Problemas con los compañeros	0-3	4-5	6-10
Conducta prosocial	6-10	5	0-4
TOTAL	0-15	16-19	20-40

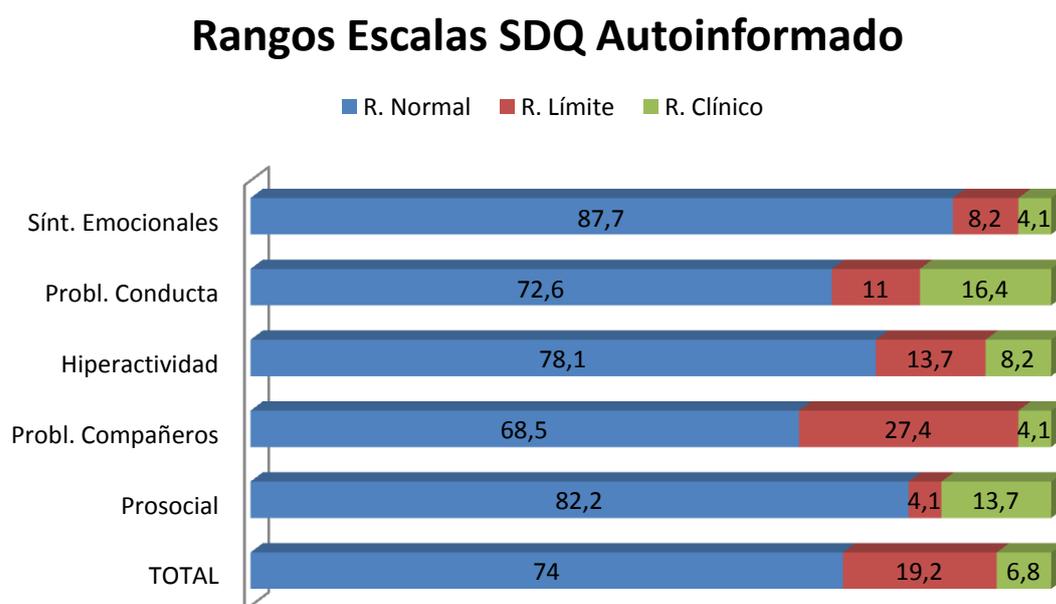
Tabla 47. Puntuaciones directas en escalas del SDQ Autoinformado.

Puntuaciones directas en SDQ Autoinformado	Media (DT)			t	p
	Varones	Mujeres	Total		
Síntomas emocionales [Rango 0-10]	3,25 (1,97)	3,5 (1,00)	3,26 (1,93)	0,254	0,800
Problemas de conducta [Rango 0-10]	2,42 (1,86)	3,75 (1,50)	2,49 (1,86)	1,402	0,165
Hiperactividad [Rango 0-10]	3,54 (2,19)	4,25 (1,26)	3,58 (2,15)	0,642	0,523
Problemas con los compañeros [Rango 0-10]	2,70 (1,60)	3,75 (1,50)	2,75 (1,61)	1,283	0,204
Prosocial [Rango 0-10]	7,49 (2,23)	6,50 (3,00)	7,44 (2,26)	-0,852	0,397
INTERNALIZANTE [Rango 0-10]	5,94 (2,62)	7,25 (1,50)	6,01 (2,58)	0,986	0,328
EXTERNALIZANTE [Rango 0-10]	5,96 (3,59)	8,00 (1,83)	6,07 (3,54)	1,124	0,265
TOTAL [Rango 0-40]	11,90 (4,81)	15,25 (3,10)	12,08 (4,78)	1,371	0,175

Comparadas las medias mediante el uso de la *Prueba t para muestras independientes*, no se apreciaron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los sexos en ninguna de las escalas.

Respecto a los rangos, en el SDQ autoinformado, una parte importante de los participantes se situaron en rango normal en todas las escalas, oscilando el porcentaje entre 68,5% y el 87,7%. Los porcentajes más elevados en rango clínico les correspondieron a las escalas *Problemas de Conducta* (16,4%) y *Prosocial* (13,7%).

Figura 8. Rangos en escalas del SDQ Autoinformado.



6.3.2.1. Nivel de concordancia entre YSR y SDQ versión autoinformada

Analizados los instrumentos por separado, a continuación se expone cuál fue el **nivel de concordancia** entre los dos cuestionarios a la hora de clasificar la muestra en clínicos y no clínicos a partir de la información proporcionada por los propios jóvenes. Para ello, y como ocurría en el apartado anterior donde se analizaban los instrumentos cumplimentados por adultos, se elaboró una tabla de contingencia en la que se recoge el porcentaje de participantes que se señalaron como clínicos en la escala *Total* (puntuaciones directas) de ambas pruebas. No fue posible ver la concordancia entre otras escalas de los instrumentos puesto que no hay una correspondencia exacta entre ellas. El cálculo se realizó sobre una n=63 que era el número de casos en los que se disponía de ambos cuestionarios (SDQ autoinformado e YSR).

Para el cálculo que se muestra en la tabla que aparece a continuación se consideró como no clínicos todos los participantes que se incluían en el rango normal y límite, considerándose clínicos solo los que según los criterios de corrección de las pruebas se consideraban como tales.

Respecto al nivel de concordancia entre las pruebas, en la tabla que se recoge más abajo (tabla 52) podemos encontrar que ambas pruebas concordaban a la hora de clasificar al 79,36% de los jóvenes. Los casos clasificados de modo diferente por ambas pruebas (20,63%) eran aquéllos que eran clasificados como clínicos en el YSR pero no lo eran en el SDQ. En ningún caso ocurría lo contrario.

Tabla 48. Concordancia entre YSR y SDQ Autoinformado.

Clínico en YSR	Clínico en SDQ		Total
	Sí	No	
	% (n)	% (n)	% (n)
Sí	3,17% (2)	20,63% (13)	23,80% (15)
No	0,00% (0)	76,19% (48)	76,19% (48)
Total	3,17% (2)	96,82% (61)	100,00% (63)

En cuanto a la **correspondencia entre las escalas *Internalizante*, *Externalizante* y *Total*** de ambos cuestionarios, dada la naturaleza cuantitativa de las variables, se empleó el *Coefficiente de correlación de Pearson*.

Para este y todos los análisis que se muestran a continuación se utilizarán las puntuaciones directas de los cuestionarios. Esta decisión se toma teniendo en cuenta dos cuestiones, la primera de ellas, que al ser el grupo bastante homogéneo en edad, la información que nos aportan las puntuaciones típicas y directas es muy similar. Esto unido a que no existen baremos que nos permitan obtener puntuaciones típicas en la prueba SDQ me lleva a inclinarme por las puntuaciones directas a la hora de analizar las posibles relaciones.

Esta prueba arrojó los resultados que se sintetizan a continuación y se recogen de manera más extendida en las tablas que siguen. Así en la tabla que se muestra más adelante se

puede observar que se dio una correlación significativa ($p < 0,01$) entre todas las escalas analizadas, exceptuando la escala *Externalizante* del YSR y la *Internalizante* del SDQ entre las que no existía una relación significativa.

Tabla 49. Correlación escalas YSR y SDQ Autoinformado.

		SDQ		
		INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
YSR	INTERNALIZANTE	0,395**	0,356**	0,485**
	EXTERNALIZANTE	0,167	0,522**	0,499**
	TOTAL	0,333**	0,505**	0,571**

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

6.3.2.2. Relación entre variables del caso y problemática informada por los jóvenes mediante los instrumentos de screening

Por último, y siguiendo el mismo esquema del apartado referido a la valoración de los educadores, se analizó si alguno de los **cuestionarios** mostraba algún tipo de relación con **alguna de las otras variables analizadas**. En concreto, y reiterando lo ya ha analizado en las versiones para adultos de los cuestionarios, se buscó alguna posible relación con las siguientes variables:

- Número de centros previos.
- Tiempo total en acogimiento residencial.
- Contactos con la familia de origen.
- Estudios que cursa.
- Indicadores de adaptación al contexto escolar.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de drogas.
- Estar recibiendo algún tratamiento de salud mental.

Para ello, se analizó, mediante el *Coefficiente de correlación de Pearson*, la posible relación existente entre los resultados en los cuestionarios señalados y las variables, también cuantitativas, "*Número de centros previos*" y "*Tiempo total en acogimiento residencial*", no hallándose relaciones significativas entre ellas.

También se llevó a cabo la *Prueba t para muestras independientes* para averiguar la posible relación existente entre las puntuaciones en las pruebas y los "*Contactos con la familia de origen*", variable categórica con dos niveles (hay o no contacto), no encontrándose ningún tipo de relación para el cuestionario YSR pero sí para el SDQ. En este caso, se encontró relación entre las puntuaciones en las escalas *Problemas con compañeros* ($t=2,219$, $p=0,030$), *escala Internalizante* ($t=2,369$, $p=0,021$) y *Total* ($t=2,168$, $p=0,034$) donde las medias eran más elevadas para los jóvenes que no tenían contacto con su familia.

Por último, se utilizó el ANOVA de un factor para valorar la hipotética relación entre los “Estudios que cursa”, variable cualitativa con varios niveles (ESO, FP, No estudia y otros), y los resultados en YSR y SDQ autoinformado, sin que se observase ninguna relación significativa entre ellas.

Con respecto a la relación entre el resto de variables –“Indicadores de adaptación al contexto escolar”, “Consumo de alcohol”, “Consumo de drogas” y “Estar recibiendo algún tratamiento de salud mental” – y las escalas del YSR y SDQ en versión autoinforme se registraron las relaciones que se detallan a continuación.

Como ya se vio en el apartado referido al CBCL y SDQ, la variable “Indicadores de adaptación del contexto escolar” es una variable que se evaluó mediante seis ítems que se consideraron indicadores de ajuste al ámbito académico y que se puntuaban en una escala Likert (1 a 5). Dada la naturaleza cuantitativa de la variable, se trató de averiguar la posible relación entre estos indicadores y las puntuaciones obtenidas en el YSR mediante el uso del Coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados se exponen de manera detallada en la tabla que se muestra a continuación pero quizás lo más relevante es la intensa relación que parecía existir entre las escalas de carácter externalizante y la mayoría de los ítems que se asocian con el éxito académico. Esta relación ocurre en mucha menor medida con el resto de escalas llegando a ser inexistente en muchas de ellas.

Tabla 50. Relación entre Indicadores de adaptación académica y escalas YSR.

	Realiza diariamente las tareas escolares	Se muestra motivado por aprender y estudiar	Asiste a clase diariamente	Se muestra respetuoso con los profesores y personal	Se comporta correctamente en el centro escolar	Le gusta acudir al centro
Ansiedad - Depresión	-0,097	-0,112	-0,169	-0,047	-0,005	-0,090
Retraimiento – Depresión	0,136	0,083	0,048	0,062	0,139	0,163
Quejas somáticas	-0,151	-0,085	-0,263*	-0,202	-0,171	-0,093
Problemas sociales	-0,209	-0,218	-0,191	-0,049	-0,042	-0,048
Problemas pensamiento	-0,021	-0,038	-0,237	-0,093	-0,079	-0,080
Problemas atención	-0,238	-0,359**	-0,335**	-0,335**	-0,370**	-0,222
Conducta disruptiva	-0,269*	-0,372**	-0,347**	-0,213	-0,189	-0,193
Conducta agresiva	-0,270*	-0,281*	-0,294*	-0,398**	-0,332**	-0,243
Otros problemas	-0,224	-0,340**	-0,292*	-0,443**	-0,397**	-0,297*
INTERNALIZANTE	-0,059	-0,056	-0,176	-0,088	-0,020	-0,018
EXTERNALIZANTE	-0,290*	-0,345**	-0,341**	-0,343**	-0,291*	-0,240
TOTAL	-0,214	-0,269*	-0,319*	-0,273*	0,230	-0,177

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

En lo referente al consumo de alcohol (Tabla 58) y otras drogas (Tabla 59), una vez realizada la *prueba t para muestras independientes* se observó que se mostró una diferencia significativa ($p < 0,05$) en la escala *Quejas Somáticas* ($t=2,003$, $p=0,049$), *Conducta Disruptiva* ($t=3,780$, $p=0,000$), *Conducta Externalizante* ($t=2,886$, $p=0,005$) y *Escala Total* ($t=2,150$, $p=0,035$) con respecto al consumo excesivo de alcohol y en las escalas *Conducta Disruptiva* ($t=3,567$, $p=0,001$) y *Externalizante* ($t=2,616$, $p=0,015$) con respecto a los chicos que consumían, o no, drogas (inhalantes, cocaína, cannabis,...). Esto indicaba puntuaciones más elevadas en estas escalas para los jóvenes consumidores, bien de alcohol bien de alguna otra sustancia adictiva. No obstante, en el caso del alcohol los datos no son extrapolables dada el número tan reducido de jóvenes considerados consumidores de estas sustancia ($n=2$).

Tabla 51. Relación entre consumo de alcohol y las escalas del YSR.

	Consumo de alcohol			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Ansiedad-Depresión	9,00 (2,83)	6,42 (3,34)	1,078	0,285
Retraimiento-Depresión	5,50 (0,71)	5,31 (2,99)	0,088	0,930
Quejas somáticas	8,00 (2,83)	3,44 (3,17)	2,003	0,049
Problemas sociales	8,00 (2,83)	4,33 (2,90)	1,767	0,082
Problemas pensamiento	8,50 (3,54)	4,31 (3,00)	1,937	0,057
Problemas atención	7,50 (2,12)	5,41 (3,53)	0,831	0,409
Conducta disruptiva	14,00 (5,66)	5,36 (3,13)	3,780	0,000
Conducta agresiva	13,00 (0,00)	6,86 (4,59)	1,878	0,065
Otros problemas	6,50 (0,71)	4,64 (3,04)	0,859	0,393
INTERNALIZANTE	22,50 (6,36)	15,17 (7,34)	1,392	0,169
EXTERNALIZANTE	27,00 (5,66)	12,22 (7,15)	2,886	0,005
TOTAL	80,00 (19,80)	46,08 (22,00)	2,150	0,035

Tabla 52. Relación entre consumo de drogas y las escalas del YSR.

	Consumo de drogas			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Ansiedad-Depresión	7,37 (3,13)	6,15 (3,38)	1,354	0,180
Retraimiento-Depresión	4,68 (2,21)	5,57 (3,18)	-1,113	0,270
Quejas somáticas	4,58 (3,63)	3,17 (3,02)	1,617	0,111
Problemas sociales	5,32 (2,94)	4,09 (2,90)	1,556	0,125
Problemas pensamiento	5,53 (3,19)	4,00 (2,95)	1,861	0,067
Problemas atención	5,95 (3,95)	5,28 (3,33)	0,702	0,485
Conducta disruptiva	7,84 (4,25)	4,72 (2,71)	3,567	0,001
Conducta agresiva	9,11 (5,68)	6,21 (3,92)	2,034	0,053
Otros problemas	5,00 (2,67)	4,57 (3,15)	0,518	0,607
INTERNALIZANTE	16,63 (6,76)	14,89 (7,63)	0,864	0,391
EXTERNALIZANTE	16,95 (9,26)	10,94 (5,98)	2,616	0,015
TOTAL	55,37 (24,29)	43,77 (21,20)	1,930	0,058

Con el mismo tipo de análisis se trató de ver la relación existente entre las escalas del YSR y estar recibiendo o no algún tratamiento de salud mental. En este caso, se mostraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las escalas *Conducta disruptiva* ($t=3,025$, $p=0,004$), *Conducta agresiva* ($t=2,722$, $p=0,008$) y *escala Externalizante* ($t=3,116$, $p=0,003$).

Tabla 53. Relación entre si acude a tratamiento de salud mental y las escalas del YSR.

	Acude a tratamiento de salud mental			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Ansiedad-Depresión	7,18 (3,03)	6,36 (3,40)	0,740	0,462
Retraimiento-Depresión	5,82 (3,74)	5,22 (2,79)	0,614	0,542
Quejas somáticas	4,27 (4,15)	3,44 (3,06)	0,778	0,439
Problemas sociales	5,18 (3,79)	4,29 (2,76)	0,916	0,363
Problemas pensamiento	5,82 (3,34)	4,16 (2,97)	1,651	0,104
Problemas atención	5,91 (3,24)	5,38 (3,57)	0,453	0,652
Conducta disruptiva	8,36 (4,13)	5,07 (3,11)	3,025	0,004
Conducta agresiva	10,36 (5,43)	6,38 (4,22)	2,722	0,008
Otros problemas	6,18 (3,76)	4,40 (2,78)	1,826	0,073
INTERNALIZANTE	17,27 (8,72)	15,02 (7,12)	0,924	0,359
EXTERNALIZANTE	18,73 (8,49)	11,46 (6,77)	3,116	0,003
TOTAL	59,09 (24,94)	44,71 (21,52)	1,971	0,053

Una vez vista la relación entre las anteriores variables y el cuestionario YSR, se procederá a exponer los resultados de los mismos análisis pero referidos en este caso al cuestionario SDQ en su versión para adolescentes.

Respecto a la relación existente entre los valores del SDQ Autoinformado y los Indicadores de logro académico, a continuación se muestra cómo sólo algunas escalas aparecieron como relacionadas con estos indicadores aunque en todo caso la relación no era muy intensa. Nuevamente se encontró una mayor relación con las escalas que recogen sintomatología de tipo externalizante, encontrándose mayores dificultades en los indicadores de logro académico en aquéllos jóvenes que afirmaban mayor presencia de estos síntomas.

Tabla 54. Relación entre Indicadores de logro académico y escalas SDQ Autoinformado.

	Realiza diariamente las tareas escolares	Se muestra motivado por aprender y estudiar	Asiste a clase diariamente	Se muestra respetuoso con los profesores y personal	Se comporta correctamente en el centro escolar	Le gusta acudir al centro
Síntomas emocionales	-0,126	-0,096	-0,198	-0,138	-0,193	-0,207
Problemas de conducta	-0,232	-0,326**	-0,400**	-0,286**	-0,286**	-0,303**
Hiperactividad	-0,336**	-0,430**	-0,407**	-0,407**	-0,488**	-0,387**
Problemas compañeros	0,249*	0,184	0,119	0,236*	0,214	0,199
Prosocial	-0,163	-0,183	-0,071	-0,176	-0,218	-0,178
INTERNALIZANTE	0,069	0,049	-0,069	0,051	-0,004	-0,026
EXTERNALIZANTE	-0,327**	-0,434**	-0,458**	-0,398**	-0,448**	-0,397**
TOTAL	-0,210	-0,303*	-0,384**	-0,274*	-0,341**	-0,314**

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

En este caso, no fue posible analizar ninguna relación entre este instrumento y el consumo excesivo de alcohol puesto que sólo se disponía de información para ambas variables en un caso.

En lo que tiene que ver con el consumo de drogas, una vez realizada la *prueba t para muestras independientes* se observó que únicamente había una diferencia significativa ($p < 0,05$) en la escala *Problemas de Conducta* ($t = 2,869$, $p = 0,005$), *Problemas con los compañeros* ($t = -2,114$, $p = 0,038$) y *Conducta externalizante* ($t = 2,709$, $p = 0,008$) con respecto al consumo de drogas (inhalantes, cocaína, cannabis,...), siendo las medias más elevadas en los casos en los que se consumía algún tipo de droga.

Tabla 55. Relación entre el consumo de drogas y las escalas del SDQ Autoinformado.

	Consumo de drogas			
	Media (DT)		t	p
	Sí	No		
Síntomas emocionales	3,71 (1,90)	3,08 (1,93)	1,283	0,204
Problemas de conducta	3,43 (2,11)	2,12 (1,62)	2,869	0,005
Hiperactividad	4,33 (2,20)	3,27 (2,08)	1,948	0,055
Problemas compañeros	2,14 (1,59)	3,00 (1,56)	-2,114	0,038
Prosocial	7,62 (2,22)	7,37 (2,29)	0,432	0,667
INTERNALIZANTE	5,86 (2,63)	6,08 (2,58)	-0,328	0,744
EXTERNALIZANTE	7,76 (3,82)	5,38 (3,21)	2,709	0,008
TOTAL	13,62 (5,11)	11,46 (4,54)	1,771	0,081

Para finalizar el apartado señalar que una vez comparadas las medias con la *Prueba t para muestras independientes* no se encontró ninguna relación entre escalas del SDQ

autoinformado y la variable referida a si los jóvenes acudían a algún tipo de tratamiento de salud mental.

6.3.3. Nivel de acuerdo entre la valoración de educadores y jóvenes

Una vez vistos los cuestionarios de adultos por un lado, y de jóvenes por otro, ahora nuestro objetivo es ver la relación existente entre el cuestionario de adultos (CBCL y SDQ para educadores) con su correspondiente versión para menores (YSR y SDQ autoinformado).

6.3.3.1. Nivel de acuerdo entre CBCL e YSR

A continuación se expondrán los resultados relativos a las dos pruebas utilizadas del sistema ASEBA de Achenbach (Achenbach y Rescorla, 2001): CBCL e YSR. Los cálculos se han hecho sobre una muestra de 64 jóvenes (4 chicas y 60 chicos).

En primer lugar, se mostrará en cuál es la concordancia entre las pruebas a la hora de señalar como clínicos/no clínicos a los jóvenes. Dado que estos cuestionarios permiten averiguar si un joven es clínico en diferentes escalas (*Internalizante, Externalizante o Total*) se expondrán tablas para cada una de estas circunstancias.

Antes de continuar, señalar que para el cálculo que se muestra a continuación se consideró como no clínicos todos los participantes que se incluían en el rango normal y límite y clínicos solo los que según los criterios de corrección de las pruebas se consideraban como tales.

Como se puede apreciar se halló una elevada correspondencia entre las dos escalas. En el 75,01% de los casos se clasificaba del mismo modo a los participantes en ambas escalas. Sin embargo, un 15,63% de los casos son clasificados como clínicos en el CBCL pero no en el YSR y lo contrario ocurre para el 9,38% de los participantes.

Tabla 56. Concordancia entre escala Total en CBCL e YSR.

Clínico en CBCL	Clínico en YSR		
	Sí	No	Total
	% (n)	% (n)	% (n)
Sí	15,63% (10)	15,63% (10)	31,26% (20)
No	9,38% (6)	59,38% (38)	68,76% (44)
Total	25,01% (16)	75,01% (48)	100,00% (64)

Con el análisis realizado a continuación se tratará de ver si la diferencia a la hora de clasificar a los participantes puede derivarse de la diferente clasificación en las escalas *Internalizante* o *Externalizante*.

Respecto a la concordancia entre las *escalas Internalizantes*, hubo concordancia en el 62,5% de los casos. En este caso, es destacable el dato de que algo más del doble de los

adolescentes (35,94%) se señalaban a sí mismos como clínicos frente a la valoración que hacían los educadores en este sentido (17,19%).

Tabla 57. Concordancia entre escala Internalizante en CBCL e YSR.

Clínico en CBCL	Clínico en YSR		Total
	Sí	No	
	% (n)	% (n)	% (n)
Sí	7,81% (5)	9,38% (6)	17,19% (11)
No	28,13% (18)	54,69% (35)	82,82% (53)
Total	35,94% (23)	64,07% (41)	100,00% (64)

La concordancia entre las *escalas Externalizantes* era más elevada que en el caso de las *escalas Internalizantes*, hallándose concordancia en las valoraciones del 70,32% de los casos. Aunque nuevamente casi una cuarta parte de la muestra (23,44%) era señalada como clínica por parte de los educadores frente al 6,25% de los jóvenes que se consideraban a sí mismos de este modo.

Tabla 58. Concordancia entre escala Externalizante en CBCL e YSR.

Clínico en CBCL	Clínico en YSR		Total
	Sí	No	
	% (n)	% (n)	% (n)
Sí	10,94% (7)	23,44% (15)	34,38% (22)
No	6,25% (4)	59,38% (38)	65,63% (42)
Total	17,19% (11)	82,82% (53)	100,00% (64)

En cuanto a la **correspondencia entre las escalas** de ambos cuestionarios, dada la naturaleza cuantitativa de las variables, se ha empleado el *Coefficiente de correlación de Pearson*.

Dado que con anterioridad, hemos utilizado puntuaciones directas para los análisis basándonos en la homogeneidad de la muestra utilizada en cuanto a edad y en el hecho de que no existan puntuaciones típicas para las pruebas SDQ, continuaremos con el uso de las mismas para los análisis cuyos resultados se presentan a continuación.

En la tabla que aparece más abajo se puede observar que existía una alta correlación ($p < 0,01$) entre las puntuaciones que otorgaban los educadores y las que los propios menores ofrecían en las escalas de carácter externalizante, entre ellas y con el *Total*. Sin embargo, no parecía existir esa misma relación y, en los pocos casos en los que se dio, ésta era más débil ($p < 0,05$), en el caso de las internalizantes. De hecho, es relevante observar que no se halló ningún tipo de relación entre las puntuaciones obtenidas en las *escalas Internalizantes* de ambos instrumentos. Respecto a las escalas que no son consideradas ni externalizantes ni internalizantes, pareció existir entre estas y las escalas de carácter externalizante una mayor relación, especialmente en lo que respecta a la escala *Problemas de atención*, cuya relación con otras escalas externalizantes era elevada.

En síntesis, estas relaciones indican que las puntuaciones más elevadas señaladas por los educadores también lo son por los jóvenes en el caso de las escalas externalizantes pero no sucede de ningún modo lo mismo respecto a las escalas internalizantes.

Tabla 59. Correlación escalas CBCL e YSR.

		YSR										INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
		Ans-Depres	Retraim-Depres	Quej som	Probl soc	Probl pmt	Probl atenc	Cond disrupt	Cond agres	Otr probl				
CBCL	Ansiedad - Depresión	0,146	-0,032	0,285*	0,062	0,103	0,092	0,156	0,232	0,068	0,175	0,216	0,174	
	Retraimiento - Depresión	0,024	0,028	0,174	0,036	0,110	0,063	0,097	0,113	-0,133	0,097	0,115	0,082	
	Quejas somáticas	0,177	-0,051	0,283*	0,212	0,255*	0,110	0,271*	0,221	0,135	0,182	0,262*	0,243	
	Problemas sociales	0,218	-0,060	0,478**	0,216	0,287*	0,286*	0,247*	0,296*	0,170	0,280*	0,298*	0,324**	
	Problemas pensamiento	0,169	0,012	0,379**	0,162	0,313*	0,253*	0,338**	0,292*	0,250*	0,244	0,337**	0,327**	
	Problemas atención	0,250*	-0,041	0,301*	0,227	0,230	0,451**	0,486**	0,451**	0,387**	0,226	0,504**	0,422**	
	Conducta disruptiva	0,281*	-0,034	0,453**	0,180	0,327**	0,300*	0,584**	0,501**	0,287*	0,308*	0,581**	0,445**	
	Conducta agresiva	0,232	-0,071	0,363**	0,033	0,233	0,326**	0,395**	0,471**	0,316*	0,233	0,474**	0,361**	
	Otros problemas	0,310*	0,172	0,443**	0,236	0,305*	0,330**	0,414**	0,496**	0,496**	0,399**	0,498**	0,484**	
	INTERNALIZANTE	0,137	-0,019	0,302*	0,112	0,177	0,106	0,202	0,231	0,017	0,184	0,236	0,196	
	EXTERNALIZANTE	0,269*	-0,058	0,427**	0,102	0,290*	0,334**	0,506**	0,514**	0,322**	0,282*	0,552**	0,422**	
	TOTAL	0,274*	-0,023	0,460**	0,180	0,311*	0,347**	0,468**	0,484**	0,315*	0,312*	0,516**	0,434**	

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

6.3.3.2. Nivel de acuerdo entre las dos versiones del SDQ

A partir de ahora se expondrán los resultados relativos a los **cuestionarios SDQ**. Los cálculos se han hecho sobre una muestra de 70 jóvenes (3 chicas y 67 chicos).

En primer lugar, se mostrará en la tabla 67 cuál es la concordancia entre las pruebas a la hora de clasificar como clínicos/no clínicos a los jóvenes. Esto se hará para la *escala Total*, ya que el cuestionario SDQ no permite señalar como clínicos o no a los jóvenes en las *escalas Internalizante* o *Externalizante*.

Al igual que en el caso anterior, señalar que para el cálculo que se muestra a continuación se consideró como no clínicos a todos los participantes que se incluían en el rango normal y límite y clínicos solo los que según los criterios de corrección de las pruebas se consideraban como tales.

Como se puede apreciar hubo una elevada correspondencia entre las dos escalas a la hora de clasificar a los participantes, coincidiendo en el resultado en el 78,57% de los casos. Nuevamente había un porcentaje de casos (17,14%) que eran clasificados como clínicos por los educadores pero no lo eran en la versión autoinformada. La opción inversa se dio en un porcentaje mucho menor de los casos (4,29%).

Tabla 60. Concordancia entre escala Total en SDQ Educadores y SDQ Autoinformado.

Clínico en SDQ Educadores	Clínico en SDQ Autoinformado		
	Sí	No	Total
	% (n)	% (n)	% (n)
Sí	2,86% (2)	17,14% (12)	20% (14)
No	4,29% (3)	75,71% (53)	80% (56)
Total	7,15% (6)	92,85% (65)	100% (70)

A continuación mostraremos la **correspondencia entre las escalas** de ambos cuestionarios utilizando para ello el *Coefficiente de correlación de Pearson*.

En la tabla que se muestra más abajo se puede observar que existía una alta correlación ($p < 0,01$) entre las puntuaciones que otorgaban los educadores y las que los propios menores ofrecían en las escalas que a priori por la propia estructura del cuestionario estarían relacionadas. Recordamos aquí que, según el autor (Goodman et al., 2010) las escalas *Hiperactividad* y *Problemas de Conducta* son escalas de carácter externalizante y *Síntomas emocionales* y *Problemas compañeros*, de carácter internalizante. Pues bien, se encontró, en general, una elevada relación entre las puntuaciones en las escalas de carácter externalizante y con la propia escala *Externalizante* así como en la *Total* de ambos cuestionarios.

Respecto a las escalas con contenido internalizante, se halló una elevada correlación entre las puntuaciones de las escalas *Síntomas emocionales* y entre esta escala en el SDQ Educadores y las escalas *Internalizante* y *Total* del SDQ Autoinformado. También se halló una alta correlación entre las escalas *Internalizantes* en ambos cuestionarios. Lo cual difiere de lo encontrado en el anterior apartado donde se relacionaban CBCL e YSR.

Estas elevadas correlaciones implican que una mayor puntuación en las escalas mencionadas en uno de los cuestionarios se relaciona con una mayor puntuación en las escalas del otro cuestionario.

Tabla 61. Correlación escalas SDQ Educadores e SDQ Autoinformado.

		SDQ Autoinformado							
		Síntomas emocionales	Problemas conducta	Hiperactividad	Problemas compañeros	Prosocial	INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
SDQ Educadores	Síntomas emocionales	0,342**	0,150	0,055	0,263*	-0,075	0,419**	0,112	0,308**
	Problemas conducta	0,267*	0,356**	0,232	-0,113	0,115	0,130	0,327**	0,312**
	Hiperactividad	0,214	0,386**	0,383**	-0,199	0,223	0,038	0,435**	0,342**
	Problemas compañeros	-0,009	0,133	-0,045	0,115	0,044	0,064	0,042	0,066
	Prosocial	-0,228	-0,216	-0,224	0,120	0,011	-0,097	-0,249*	-0,236*
	INTERNALIZANTE	0,204	0,175	0,005	0,233	-0,018	0,296*	0,095	0,230
	EXTERNALIZANTE	0,271*	0,420**	0,348**	-0,177	0,192	0,094	0,431**	0,370**
	TOTAL	0,290*	0,382**	0,249*	-0,013	0,127	0,210	0,351**	0,373**

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

6.3.4. Valoración del Bienestar Personal

Por último, se expondrán los resultados obtenidos a partir del cuestionario *Personal Well-Being Index* (Cummins et al., 2003) en la adaptación española (Casas et al., 2012). Con este cuestionario se pretende valorar la calidad de vida percibida por el participante en once ámbitos de la vida. Los siete primeros son los originalmente expuestos por los autores del cuestionario original (Cummins et al., 2003) y son: el nivel de vida, la salud, los logros en la vida, las relaciones personales, la seguridad personal percibida, los grupos de pertenencia y la seguridad para el futuro. Posteriormente, Casas et al. (2012) añadió tres ámbitos más: familia, diversión y cuerpo. En nuestro caso, dado el perfil de la población de estudio añadimos un nuevo ámbito: centro/hogar en el que viven. Cada ítem es valorado en una escala de 0 (completamente insatisfecho) a 10 puntos (completamente satisfecho). Añadido a lo anterior, hay una puntuación final (Índice de bienestar personal –IBP-) que se corresponde con el promedio de todas las puntuaciones.

A continuación se recogerán las puntuaciones medias y desviaciones típicas de cada uno de los ítems para la muestra en general (n=75) y posteriormente para la muestra dividida en aquéllos que resultaban clínicos o no en el CBCL (n=72) e YSR (n=63) y en el SDQ en su versión para educadores (n=72) y en la versión autoinformada (n=70).

Dado que no todos los cuestionarios fueron cumplimentados en su totalidad, cuestión esta que no invalida la prueba, se anota en cada ítem cuál fue el número de participantes que respondió a cada uno de ellos.

En la siguiente tabla se exponen los resultados para la muestra general.

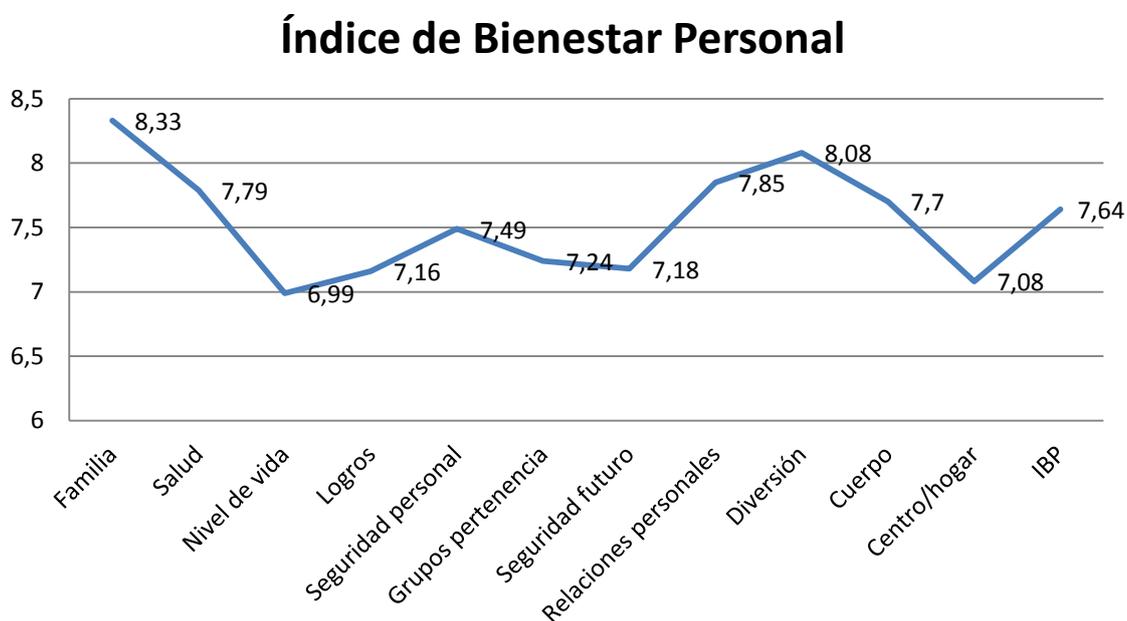
Tabla 62. Media y desviación típica de cada uno de los ámbitos.

	Media	DT
Familia (n=73)	8,33	2,91
Salud (n=73)	7,79	2,84
Nivel de vida (n=72)	6,99	2,95
Logros en la vida (n=73)	7,16	2,53
Seguridad personal percibida (n=70)	7,49	2,13
Grupos de pertenencia (n=72)	7,24	2,68
Seguridad para el futuro (n=74)	7,18	2,69
Relaciones personales (n=73)	7,85	2,38
Diversión (n=72)	8,08	2,03
Cuerpo (n=74)	7,70	2,69
Centro/hogar en el que vives (n=75)	7,08	2,95
Índice de Bienestar Personal –IBP- (n=75)	7,64	2,41

Para una correcta interpretación de los resultados es necesario tener en cuenta que, como se señalaba más arriba, las puntuaciones en cada ítem pueden oscilar entre 0 y 10. Dicho esto, todas las medias resultaron bastante elevadas, siendo la *familia* (8,33) el ámbito con el que más satisfechos se mostraban los jóvenes y el *nivel de vida* (6,99) el que menos les satisfacía. El promedio para el *Índice de Bienestar Personal* se sitúa en 7,64.

A continuación, se muestra una figura en la que se pueden apreciar los datos de forma más visual.

Figura 9. Índice de Bienestar Personal.



6.3.4.1. Valoración del Bienestar Personal en los participantes clasificados como clínicos y no clínicos en CBCL e YSR

Respecto a los promedios dependiendo de si los jóvenes son considerados clínicos o no según el CBCL, cabe señalar, en primer lugar, que para dividir la muestra, se consideró clínicos aquellos jóvenes que resultaron serlo en alguna de las denominadas “broadband scales” o escalas de segundo orden, esto es en la escala *Externalizante*, *Internalizante* y/o *Total*.

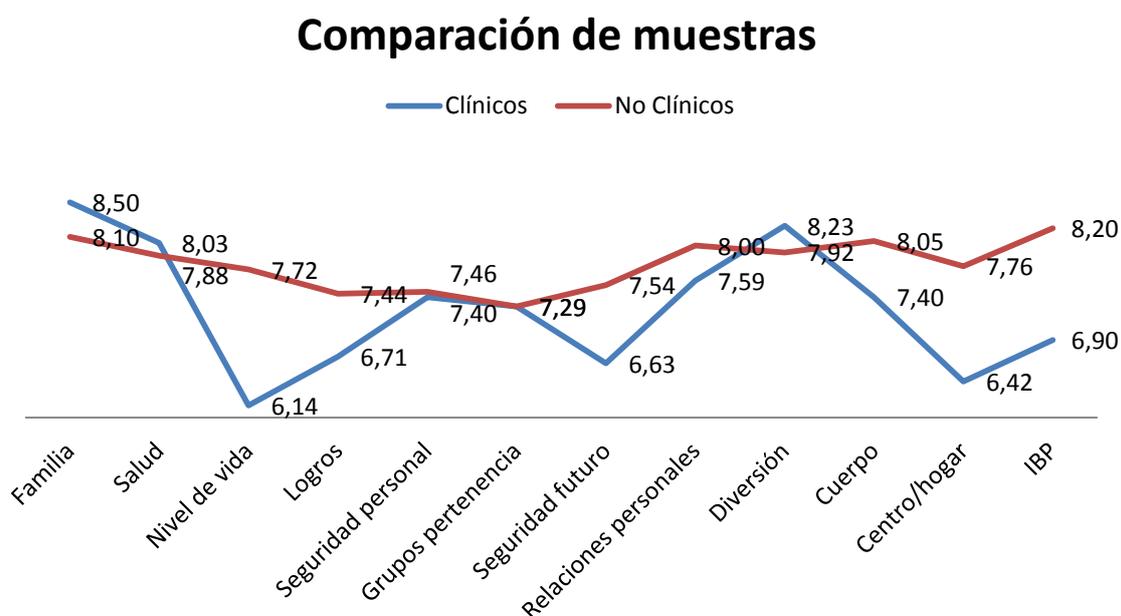
Tabla 63. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según CBCL.

	Media (DT)		t	p
	Clínicos (n=31)	No Clínicos (n=41)		
Familia (n=70)	8,50 (2,84)	8,10 (3,07)	0,557	0,579
Salud (n=70)	8,03 (2,96)	7,88 (2,58)	0,235	0,815
Nivel de vida (n=69)	6,14 (3,37)	7,72 (2,29)	-2,197	0,033
Logros en la vida (n=70)	6,71 (2,67)	7,44 (2,45)	-1,184	0,241
Seguridad personal percibida (n=67)	7,40 (2,21)	7,46 (2,13)	-0,112	0,911
Grupos de pertenencia (n=69)	7,29 (2,67)	7,29 (2,73)	-0,011	0,992
Seguridad para el futuro (n=71)	6,63 (3,14)	7,54 (2,38)	-1,324	0,191
Relaciones personales (n=70)	7,59 (2,75)	8,00 (2,18)	-0,702	0,485
Diversión (n=69)	8,23 (2,22)	7,92 (1,95)	0,607	0,546
Cuerpo (n=71)	7,40 (3,08)	8,05 (2,30)	-1,016	0,313
Centro/hogar en el que vives (n=72)	6,42 (3,25)	7,76 (2,62)	-1,933	0,057
Índice de Bienestar Personal –IBP- (n=72)	6,90 (2,87)	8,20 (1,94)	-2,162	0,035

Mediante las puntuaciones obtenidas al calcular la *t de Student para muestras independientes* pudimos observar que existían diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medias en el *nivel de vida* y en el *Índice de Bienestar Personal* siendo estos percibidos de manera más satisfactoria por los jóvenes considerados no clínicos en el CBCL.

A continuación se mostrarán los promedios de manera gráfica para facilitar la interpretación de los resultados.

Figura 10. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el CBCL.



Se llevó a cabo el mismo procedimiento pero con los resultados obtenidos en el YSR. Nuevamente para considerar clínicos o no a los jóvenes en esta prueba se atendió a las ya mencionadas “broadband scales”.

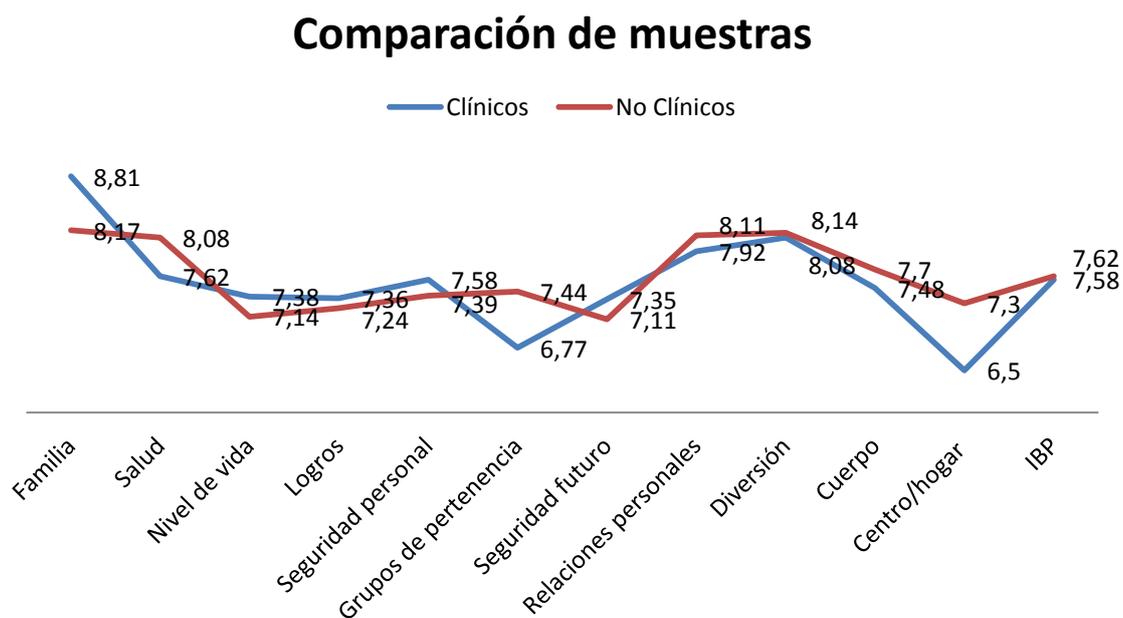
Tabla 64. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según el YSR.

	Media (DT)		t	p
	Clínicos (n=26)	No Clínicos (n=37)		
Familia (n=62)	8,81 (2,70)	8,17 (2,67)	0,929	0,356
Salud (n=63)	7,62 (2,91)	8,08 (2,33)	-0,705	0,484
Nivel de vida (n=62)	7,38 (2,84)	7,14 (2,64)	0,350	0,728
Logros en la vida (n=62)	7,36 (2,90)	7,24 (2,17)	0,181	0,857
Seguridad personal percibida (n=60)	7,58 (2,00)	7,39 (2,10)	0,358	0,722
Grupos de pertenencia (n=62)	6,77 (2,96)	7,44 (2,13)	-1,046	0,300
Seguridad para el futuro (n=63)	7,35 (2,84)	7,11 (2,45)	0,356	0,723
Relaciones personales (n=62)	7,92 (2,24)	8,11 (1,56)	-0,389	0,698
Diversión (n=61)	8,08 (1,94)	8,14 (1,88)	-0,134	0,894
Cuerpo (n=62)	7,48 (2,96)	7,70 (2,40)	-0,326	0,746
Centro/hogar en el que vives (n=63)	6,50 (3,37)	7,30 (2,68)	-1,004	0,321
Índice de Bienestar Personal –IBP- (n=63)	7,58 (2,63)	7,62 (2,10)	-0,075	0,940

Los datos obtenidos mediante el uso de la *prueba t de Student para muestras independientes* señalaron, en esta ocasión, que no existían diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medias en ambos grupos.

Nuevamente se exponen los datos de manera gráfica para una más ágil interpretación de los mismos.

Figura 11. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el YSR.



6.3.4.2. Valoración del Bienestar Personal en los participantes clasificados como clínicos y no clínicos en SDQ

Del mismo modo, se trató de ver la existencia de alguna diferencia en las puntuaciones en este cuestionario observando los grupos clínico – no clínico en los cuestionarios SDQ. Como ya se ha comentado, en esta prueba, no es posible observar si los participantes son clínicos o no en las escalas *Externalizante* o *Internalizante* por lo que cuando se etiqueta como clínico un caso, se están atendiendo a la escala *Total*.

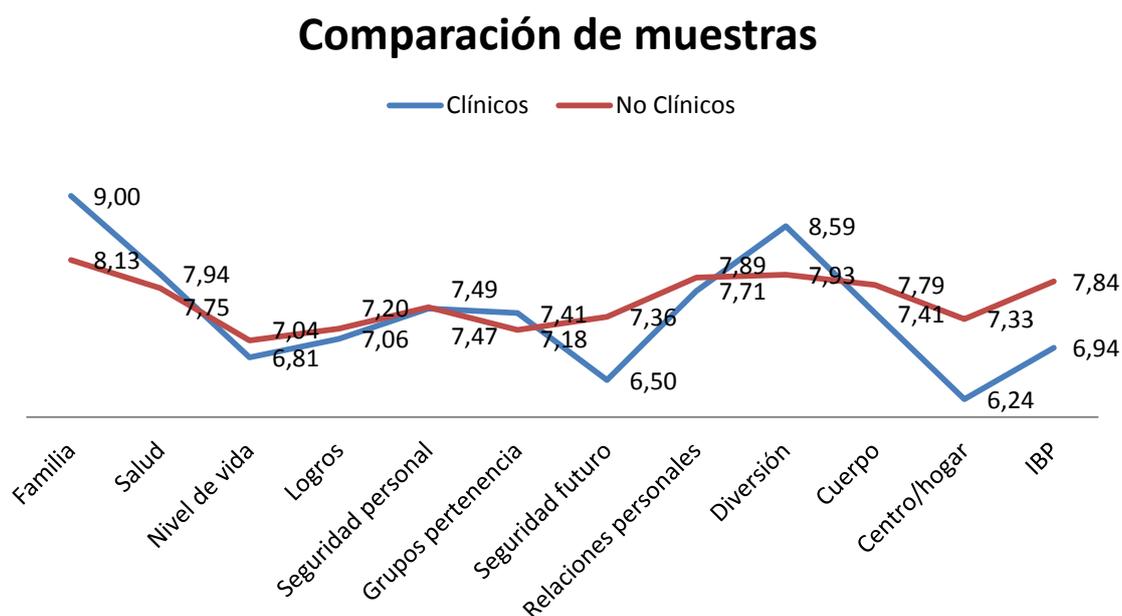
Tabla 65. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según SDQ Educadores.

	Media (DT)		t	p
	Clínicos (n=17)	No Clínicos (n=58)		
Familia (n=70)	9,00 (2,48)	8,13 (3,02)	1,210	0,235
Salud (n=70)	7,94 (2,88)	7,75 (2,86)	0,241	0,810
Nivel de vida (n=69)	6,81 (3,19)	7,04 (2,90)	-0,265	0,792
Logros en la vida (n=70)	7,06 (2,75)	7,20 (2,48)	-0,195	0,846
Seguridad personal percibida (n=67)	7,47 (2,10)	7,49 (2,15)	-0,033	0,973
Grupos de pertenencia (n=69)	7,41 (2,74)	7,18 (2,68)	0,308	0,759
Seguridad para el futuro (n=71)	6,50 (3,25)	7,36 (2,51)	-0,984	0,337
Relaciones personales (n=70)	7,71 (2,95)	7,89 (2,21)	-0,281	0,779
Diversión (n=69)	8,59 (2,00)	7,93 (2,04)	1,175	0,244
Cuerpo (n=71)	7,41 (3,18)	7,79 (2,56)	-0,505	0,615
Centro/hogar en el que vives (n=72)	6,24 (3,65)	7,33 (2,70)	-1,348	0,182
Índice de Bienestar Personal –IBP- (n=72)	6,94 (2,49)	7,84 (2,37)	-1,368	0,175

En el caso del SDQ en versión para educadores, mediante el uso de la *prueba t para muestras independientes* no se hallaron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medias de las puntuaciones halladas en ambas muestras.

Siguiendo el guión aplicado anteriormente, a continuación se mostrará un gráfico con los datos expuestos en la tabla anterior.

Figura 12. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el SDQ Educadores.



En lo que se refiere al SDQ autoinformado, en la siguiente tabla se recogen los promedios y desviaciones típicas de las puntuaciones según se clasificase a los jóvenes como clínicos o no en la Escala *Total*.

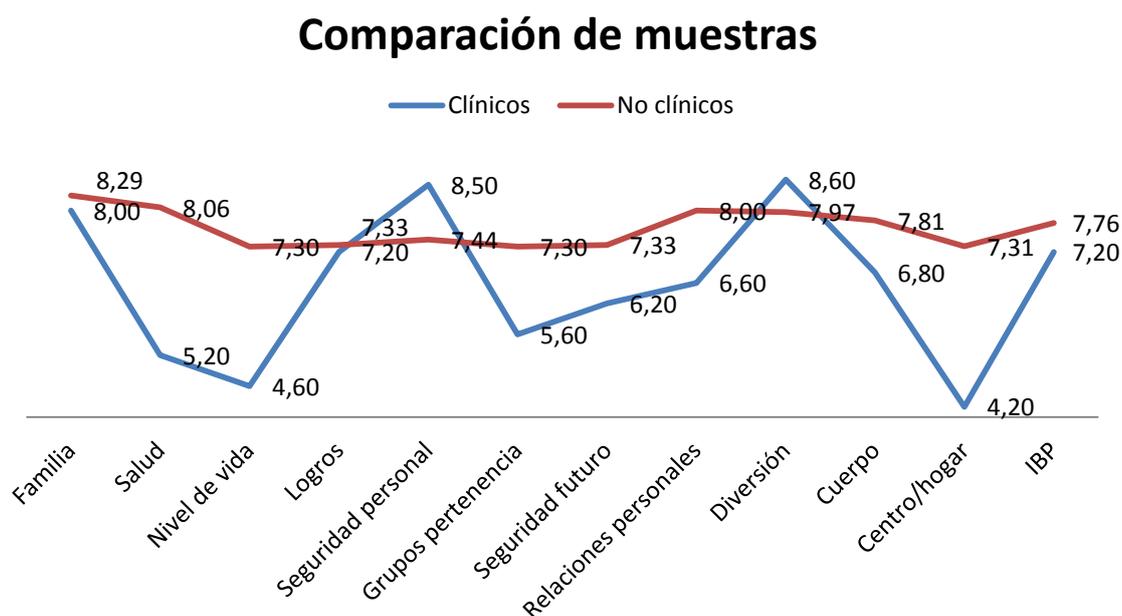
Tabla 66. Comparación de muestras (clínicos – no clínicos) según SDQ Autoinformado.

	Media (DT)		t	p
	Clínicos (n=5)	No Clínicos (n=65)		
Familia (n=68)	8,00 (4,47)	8,29 (2,89)	-0,204	0,839
Salud (n=69)	5,20 (4,15)	8,06 (2,59)	-2,274	0,026
Nivel de vida (n=68)	4,60 (4,22)	7,30 (2,70)	-2,063	0,043
Logros en la vida (n=69)	7,20 (2,17)	7,33 (2,46)	-0,113	0,911
Seguridad personal percibida (n=66)	8,50 (1,29)	7,44 (2,15)	0,976	0,333
Grupos de pertenencia (n=68)	5,60 (3,98)	7,30 (2,58)	-1,366	0,177
Seguridad para el futuro (n=69)	6,20 (4,03)	7,33 (2,56)	-0,909	0,367
Relaciones personales (n=68)	6,60 (4,78)	8,00 (2,02)	-0,651	0,550
Diversión (n=68)	8,60 (2,19)	7,97 (2,06)	0,656	0,514
Cuerpo (n=69)	6,80 (3,03)	7,81 (2,65)	-0,816	0,417
Centro/hogar en el que vives (n=70)	4,20 (3,77)	7,31 (2,69)	-2,420	0,018
Índice de Bienestar Personal –IBP- (n=70)	7,20 (2,78)	7,75 (2,38)	-0,496	0,621

Además, mediante la *prueba t para muestras independientes* se comprobó la existencia de diferencias significativas ($p < 0,05$) en las medias en *salud*, *nivel de vida* y *centro/hogar en el que vives*, siendo mayor la satisfacción en estos ámbitos entre los no clínicos.

En la siguiente figura se exponen los resultados de forma gráfica.

Figura 13. Comparación de muestras (clínicos-no clínicos) según el SDQ Autoinformado.



6.3.4.3. Relación entre Bienestar Personal y Malestar Psicológico

Por último, se comprobó si existía algún tipo de relación entre las puntuaciones en las escalas *internalizante*, *externalizante* y *total* de los cuestionarios y la satisfacción en los ámbitos recogidos en la versión utilizada del cuestionario analizado. Para ello, y dado el carácter cuantitativo de las variables se empleó el *Coefficiente de correlación de Pearson*. Esta prueba arrojó los resultados que se representan en las siguientes tablas.

Tabla 67. Correlación escalas Satisfacción y CBCL.

	CBCL		
	INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
Familia	0,057	0,153	0,146
Salud	0,111	0,035	0,067
Nivel de vida	-0,137	-0,033	-0,128
Logros	-0,079	-0,132	-0,141
Seguridad personal	-0,061	0,081	0,052
Grupos pertenencia	-0,038	0,047	0,059
Seguridad futuro	-0,332**	-0,058	-0,172
Relaciones personales	-0,242*	-0,012	-0,089
Diversión	-0,056	0,286*	0,257*
Cuerpo	-0,096	-0,153	-0,146
Centro/hogar	-0,004	-0,259*	-0,194
IBP	-0,163	-0,242*	-0,213

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

En el CBCL se encontró una correlación significativa ($p < 0,01$) entre el ámbito *seguridad para el futuro* y la escala *internalizante*, siendo que a mayor puntuación en la escala menor satisfacción con dicho ámbito. También se encontraron otras correlaciones con una menor significación ($p < 0,05$) entre las *relaciones personales* y la escala *internalizante* (a mayor puntuación en la escala, menor satisfacción en el ámbito); entre *diversión* y las escalas *internalizante* y *total* (a mayor puntuación en la escala, mayor satisfacción con el ámbito) y entre el *centro/hogar en el que residen* y el *índice de bienestar personal* y la escala *externalizante* (a mayor puntuación en la escala, menor satisfacción en estos ámbitos).

Tabla 68. Correlación escalas Satisfacción e YSR.

		YSR		
		INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
Satisfacción	Familia	0,130	0,133	0,105
	Salud	-0,113	-0,161	-0,180
	Nivel de vida	-0,067	-0,066	-0,150
	Logros	-0,076	-0,066	-0,133
	Seguridad personal	-0,055	-0,094	-0,083
	Grupos pertenencia	-0,289*	-0,235	-0,284*
	Seguridad futuro	0,041	-0,057	-0,057
	Relaciones personales	-0,070	-0,056	-0,089
	Diversión	0,010	0,072	0,038
	Cuerpo	-0,113	-0,148	-0,182
	Centro/hogar	-0,312*	-0,384**	-0,380**
	IBP	-0,102	-0,234	-0,224

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

Respecto al YSR, se halló una correlación ($p < 0,01$) entre el ámbito *centro/hogar en el que viven* y las escalas *externalizante* y *total*. También se encontró correlación ($p < 0,05$) entre *grupos de pertenencia* y escalas *internalizante* y *total* y entre el *centro/hogar en el que viven* y la escala *internalizante*. En estos casos, a mayor puntuación en las escalas menor satisfacción con el ámbito señalado.

Tabla 69. Correlación escalas Satisfacción e SDQ Versión educadores.

		SDQ educadores		
		INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
Satisfacción	Familia	-0,057	0,180	0,097
	Salud	-0,016	0,065	0,037
	Nivel de vida	-0,058	-0,076	-0,081
	Logros	-0,081	-0,034	-0,062
	Seguridad personal	-0,040	0,122	0,065
	Grupos pertenencia	-0,005	0,051	0,033
	Seguridad futuro	-0,195	0,000	-0,094
	Relaciones personales	-0,175	0,026	-0,065
	Diversión	0,072	0,312**	0,250*
	Cuerpo	-0,091	-0,091	-0,106
	Centro/hogar	0,049	-0,313**	-0,194
	IBP	-0,118	-0,106	-0,130

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

Atendiendo a la relación entre las escalas de satisfacción y el SDQ en su versión para educadores, se observó una relación entre *diversión* y la escala *internalizante* ($p < 0,01$) y también con la *total* ($p < 0,05$). En ambos casos a mayor puntuación en la escala del SDQ, mayor satisfacción con el ámbito mencionado. También se halló relación entre *el centro/hogar en el que residían* y la escala *externalizante* ($p < 0,01$), siendo que a mayor puntuación en la escala menor satisfacción con el recurso.

Tabla 70. Correlación escalas Satisfacción e SDQ versión autoinformado.

		SDQ autoinformado		
		INTERNALIZANTE	EXTERNALIZANTE	TOTAL
Satisfacción	Familia	0,002	0,059	0,045
	Salud	-0,123	-0,028	-0,087
	Nivel de vida	-0,061	-0,154	-0,146
	Logros	-0,022	-0,141	-0,117
	Seguridad personal	0,048	0,164	0,152
	Grupos pertenencia	-0,378**	-0,127	-0,298*
	Seguridad futuro	0,034	-0,011	0,011
	Relaciones personales	-0,409**	0,057	-0,183
	Diversión	-0,220	0,204	0,032
	Cuerpo	-0,192	-0,275*	-0,309**
	Centro/hogar	-0,038	-0,543**	-0,422**
	IBP	0,045	-0,164	-0,097

**La correlación es significativa al nivel 0,01.

*La correlación es significativa al nivel 0,05.

Para finalizar, aparecieron las siguientes correlaciones significativas entre las escalas del SDQ autoinformado y la escala de bienestar. Se constataron correlaciones ($p < 0,01$) entre *grupos de pertenencia* y *relaciones personales* y la escala *internalizante*; *satisfacción con el cuerpo* y escala *total* y *centro/hogar de convivencia* y escalas *externalizante* y *total*. En todos los casos en la medida en la que la puntuación en la escala clínica aumentaba, disminuía la

satisfacción. En este mismo sentido, se encontró relación ($p < 0,05$) entre *los grupos de pertenencia* y la *escala total* y la *satisfacción con el cuerpo* y la *escala externalizante*.

7. Discusión

El objetivo general perseguido con este trabajo, tal y como se recoge en el capítulo destinado a la presentación de los mismos, era evaluar un conjunto de necesidades referidas a la salud mental de los menores extranjeros no acompañados acogidos en recursos de acogida del sistema de protección en España.

Pues bien, en este capítulo, se discutirán los resultados que dan respuesta a este objetivo por medio de la respuesta a los objetivos específicos en los que éste se concretaba.

7.1. Caracterización de los Menores Extranjeros No Acompañados Acogidos en Recursos de Acogimiento Residencial

El primer objetivo era describir las variables sociodemográficas (edad, sexo, país de origen, problemáticas presentes en la familia, número de hermanos,...) que caracterizan a los menores extranjeros no acompañados acogidos en los recursos de acogimiento residencial en España.

Los primeros resultados hallados ofrecen un perfil del menor extranjero no acompañado tutelado en los recursos de protección de nuestro contexto caracterizándolo como un varón adolescente con una edad próxima a la mayoría de edad, entre 16 y 17 años y cuyo país de origen es, en un alto porcentaje de los casos, Marruecos. Estas características básicas han sido recogidas en la literatura de nuestro entorno por numerosos autores que han señalado cómo en su mayoría los MENA acogidos en recursos de protección en España son varones (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Marzal, 2005) aunque, como ya apuntan algunos de ellos (Jiménez, 2003; Proyecto CON RED, 2004; Quiroga y Sòria, 2010; Trujillo y Morante, 2009), esto no significa que el número de chicas que son tuteladas por los sistemas de protección sea un reflejo real del número de chicas que emigran a nuestro entorno. Según comentan estas autoras la emigración femenina es menos visible, quedando, con frecuencia, las jóvenes fuera del sistema de protección. Por otro lado, la inmigración de MENA es un fenómeno fundamentalmente de adolescentes y por ello la edad media encontrada en esta investigación (16,3 años) coincide con la mencionada por otros autores (Calzada, 2007) encontrándose el mayor porcentaje de los participantes en el estudio (93,5%) entre los 15 y 17 años, igual que ocurre en otras investigaciones (Proyecto CON RED, 2004). Por último, también el lugar del que proviene la mayor parte de los participantes en este trabajo (aproximadamente el 72%) es el que suele señalarse como el primer país de procedencia de la inmigración juvenil en España (Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía, 2006; Defensor del Pueblo, 2005; Fuentes, 2014; López de los Mozos, 2015; Proyecto CON RED, 2004; Quiroga y Sòria, 2010).

Profundizando en otras características, relativas fundamentalmente al perfil sociofamiliar de estos jóvenes, consideramos necesaria una primera apreciación y es el hecho de que no siempre es fácil obtener información fidedigna respecto a este tipo de cuestiones. Suele ser un asunto complejo en los niños, niñas y adolescentes acogidos en protección y lo es aún más en el caso de estos menores, dado que en muchas ocasiones, los únicos informantes

son los propios jóvenes y como también ocurre en otros países, no siempre se muestran dispuestos y confiados a dar detalles al respecto (Chase, 2010; Christie, 2003; Engebrigtsen, 2003; Kohli, 2002; Thomas y Byford, 2003). Algunos autores señalan que no siempre se hace una interpretación correcta de los silencios y que éstos a veces están más relacionados, o bien con el desconocimiento (Kohli, 2002) o con el olvido (Melzak, 1992), o que pueden tener incluso una función protectora permitiéndoles reflexionar y dar sentido a sus vidas (Papadopoulos, 2002).

Es por ello que al intentar recopilar algunos de estos datos se encontró que en un número importante de los casos esta información era desconocida por parte de los profesionales que atendían a los menores. Así, en lo relativo a la situación de pareja de los padres, en casi un 40% de los casos los profesionales ignoraban cuál era la situación o desconfiaban de la información que poseían al respecto. Tras esta cifra, la cifra más frecuente en un porcentaje aproximado (42%) la constituían las situaciones de pareja estables, siendo menos frecuentes las separaciones o divorcios y menos aún la viudedad.

Respecto al número de hijos, como también señalan otros autores (Ararteko, 2005; Calzada, 2007) suelen ser familias numerosas, como así lo constatan los 4,5 hijos de media hallados en nuestros resultados.

Por último, y teniendo en cuenta que el objetivo final era ver las posibles necesidades de salud mental de estos jóvenes, se consideró que una variable que podría estar afectando a las mismas eran algunas problemáticas que podrían estar presentes en sus familias como la ausencia de alguno de los progenitores (paradero desconocido o fallecimiento), los problemas económicos severos o la violencia de pareja. Nuevamente la mayor dificultad fue el desconocimiento de estas cuestiones por parte de los profesionales que debían informar de ello. Así en el 40 y 60% de los casos aproximadamente, según se tratase del padre o la madre respectivamente, no constaba información al respecto. Tras esto la situación más frecuente era el paradero desconocido del padre o la madre (13 y 9,8% de los casos respectivamente) lo que puede llevar a pensar en cierto desamparo en los países de origen. Aunque estos resultados no pueden confirmar que los menores fuesen lo que se ha denominado “niños de la calle”, quizás ahondando más en los datos se podría hallar algún tipo de relación entre estos resultados y los de quienes constatan un 15% de “niños de la calle” en los países de procedencia (Calzada, 2007).

Otra cuestión reflejada con frecuencia en la literatura científica (Calzada, 2007; DARNA y UNICEF, 1997) es que tras la migración de estos jóvenes se halla una situación económica muy precaria en sus países de origen. Los resultados de nuestra investigación señalaron problemas económicos severos en un 13% o un 9,8% de los casos, según se hiciese referencia al padre o a la madre del menor. No es una cifra despreciable y no se debe olvidar la carencia de datos a este respecto, pero lo cierto es que la cifra hallada no resulta tan importante como para sustentar una migración por motivos económicos.

7.2. Itinerario de Protección de los Menores Extranjeros No Acompañados

El segundo objetivo específico era examinar el itinerario de protección (tiempo de permanencia en el hogar actual, acogimientos residenciales previos, tiempo total en acogimiento residencial, finalidad de los planes de caso establecidos,...) seguido por estos menores una vez llegados a territorio español.

Los menores que participaron en la investigación se encontraban en el momento de la recogida de datos en centros de diversos territorios del Estado. Casi el 60% se encontraban acogidos en recursos específicos para Menores Extranjeros No Acompañados, estando el resto alojados en recursos básicos, de emancipación o para el tratamiento de algún tipo de problemática (recursos de socialización o terapéuticos); en todo caso, recursos mixtos en los que se acoge a MENA y también a niños y adolescentes autóctonos. Dado que las competencias en protección a menores corresponden a las comunidades autónomas, cada una decide qué tipo de red de recursos diseña para acoger a los menores en situación de desprotección. Ya se había comentado que, en general, ante la llegada masiva de MENA los territorios optaron por una de dos alternativas: bien alojar a los menores en los recursos ya existentes, convirtiéndolos en recursos mixtos, o bien diseñar recursos específicos para menores extranjeros (Bravo et al., 2010; Quiroga et al., 2010). En varias ocasiones el criterio para alojar al menor en un recurso específico o en uno mixto no ha sido otro que la edad, siendo los MENA más mayores preferentemente alojados en recursos específicos, al igual que ha ocurrido en otros países, donde el tipo de alojamiento que se les concede depende de la edad del joven (Wade et al., 2012). Vistas las cifras se puede señalar que la muestra que ha formado parte de la investigación refleja de algún modo esta diversidad de recursos con una ligera preferencia por los específicos, quizás relacionado con la edad media de los menores evaluados.

La investigación no es determinante en cuanto al tipo de recursos que resulta más beneficioso para la adaptación al contexto de los propios jóvenes. Así, mientras algunos señalan que ningún tipo de alojamiento está exento de dificultades (Mitchell, 2003), otros consideran que el acogimiento familiar o los recursos que provean un importante apoyo social pueden resultar más beneficiosos para el bienestar psicológico de los menores (Bean et al., 2006; Geltman et al., 2005; Hodes, 2008). En lo que sí parece haber unanimidad es en el impacto que el alojamiento tiene en sus vidas (Hopkins y Hill, 2010).

Respecto a la preferencia por recursos mixtos o específicos, a priori pudiera parecer que lo mejor para su adaptación es la integración con otros menores del país de acogida. No obstante, algunos estudios han señalado cómo los propios jóvenes consideran a sus congéneres de la misma procedencia como una considerable fuente de apoyo social por cuanto les facilitan apoyo informativo y a veces instrumental (Mels et al., 2008). No obstante, estos mismos autores también hacen referencia a cómo los conflictos de convivencia que se producen dentro del contexto de acogida constituyen una fuente de estrés añadido.

En general, Wade et al. (2012) consideran que los vínculos étnicos, lingüísticos, religiosos y culturales con miembros del país de origen suelen generar, sobre todo, en los

primeros momentos, sentimientos de confort, de seguridad y acompañamiento y reducen los sentimientos de aislamiento. Esto estaría en consonancia con la preferencia de muchas comunidades autónomas de diseñar centros de acogida específicos para adolescentes menores extranjeros no acompañados (Bravo et al., 2010). No obstante, también afirman estos autores (Wade et al., 2012) que no es beneficioso generalizar sobre estos aspectos porque no todos desean estos contactos en igual medida y porque los sentimientos hacia la propia cultura y religión pueden cambiar. También comentan que es necesario prestar atención al acoso y el racismo del que pueden ser víctimas por parte de los pares del país de acogida, situación ésta a la que deberíamos prestar especial atención en el caso de diseñar recursos mixtos.

En todo caso, se debería reflexionar acerca de las ventajas y desventajas de uno u otro tipo de recursos por cuanto como se ha señalado el apoyo social juega un importante papel sobre la salud y el bienestar (Brunner y Marmot, 2006; Shaw, Dorling y Davey Smith, 2006; Stansfeld, 2006; Wilkinson y Marmot, 2003), constituyéndose en un importante factor mediador en la resiliencia (Almqvist y Hwang, 1999; Kovacev y Shute, 2004). Más adelante, en el apartado referido al bienestar personal, se hará referencia a la satisfacción de los jóvenes con el centro en el que se encuentran acogidos.

Los jóvenes llevaban, de media, en el recurso en el que estaban acogidos algo más de un año (13,6 meses) y para buena parte (85,7%), el recurso actual no era el primero. Así, de los que se obtuvo información, casi un tercio de la muestra (28,4%) llevaba en acogimiento residencial más de dos años y casi el 20% habían estado en tres o más recursos. En este caso parece oportuno destacar que los profesionales de atención directa que intervienen con estos menores en estos recursos desconocían el tiempo que el 12% de la muestra total había estado en acogimiento así como el número de recursos en los que algunos jóvenes (4,3% de los casos) habían estado.

Este tiempo de estancia en acogimiento residencial es razonable si se toman en consideración otros dos factores estrechamente relacionados. Por un lado, la edad media de los menores de la muestra era de 16,3 años y por otro lado, como se verá a continuación, el plan de caso de la mayoría no es otro que la preparación para la independencia. Así, el grupo de MENA que está acogido en centros suele estar compuesto por jóvenes que llegan a estos dispositivos en la adolescencia, a partir de los 15 años la mayoría, y que, normalmente, si el recurso responde a sus necesidades, permanecerán acogidos hasta la mayoría de edad.

Por otro lado, respecto al número de centros ya se ha señalado la gran movilidad geográfica de estos menores (Christie, 2003) que, en ocasiones, pasan tiempo en la calle antes de llegar al territorio de acogida elegido por ellos (Quiroga et al., 2010) y en otros casos, se mueven de un territorio a otro en aras de conseguir sus objetivos (Calzada, 2007; Jiménez, 2003; Marzal, 2005) que normalmente suele ser regularizar su situación obteniendo la documentación que les permita residir y, en su caso, trabajar de manera legal. Tanto una como otra cuestión no parece que puedan favorecer la adaptación de los menores por cuanto se ha señalado que la estabilidad en los recursos es uno de los factores claves en la resiliencia (Sala, Jariot, Villalba y Rodríguez, 2009; Stein, 2005).

Por último, los servicios de protección habían concretado un plan de caso para casi el 75% de la muestra y en casi todos los casos (92,6%) el objetivo de este plan era la emancipación o independencia del menor.

Como ya se ha visto, en la mayoría de los casos el plan de caso se establece una vez se ha descartado la posibilidad de repatriación del menor y, habida cuenta que los menores suelen venir para quedarse (Calzada, 2007), parece que lo más conveniente es poner en marcha los recursos que puedan facilitar una adaptación exitosa al contexto de acogida. Estos planes de caso de preparación a la independencia suelen tener un carácter estable tal y como se recomienda en el Plan de Acción de la Unión Europea sobre los menores extranjeros no acompañados (2010-14) y como lo hace Sánchez Redondo (1996).

No obstante, respecto a los propios programas de preparación para la independencia, la investigación internacional ha señalado consistentemente la diversa naturaleza de estos y el frecuente sentimiento entre los jóvenes de estar mal preparados para afrontar los retos que deben encarar en ese momento vital (Biehal, Clayden, Stein y Wade, 1995; Courtney, Terrao y Bost, 2004; Stein, 2004; Who Cares? Trust, 1993). Las evidencias sugieren que la preparación debe fundamentarse en una buena valoración de necesidades, llevada a cabo de forma gradual mientras el joven se encuentra en un recurso de protección estable; haciendo hincapié en la creación de nuevos vínculos y en la motivación para que estudien y, donde la preparación para la vida adulta forme parte de la propia planificación de la protección (Stein, 2004; Stein y Wade, 2000). Se enfatiza expresamente la importancia de atender tanto a las habilidades prácticas como financieras y a las habilidades interpersonales y de salud y bienestar (Department of Health, 2001).

No se ha desarrollado mucha investigación acerca de la preparación a la independencia en nuestro contexto, únicamente algunos trabajos dirigidos a las implicaciones de poseer un empleo (Arnau-Sabatés y Gilligan, 2015; Suárez Sandomingo, 2009) o a las características de los jóvenes y de los centros en los que están acogidos que pueden predecir el éxito en la transición a la vida adulta (Sala et al., 2009). Si la transición ha sido poco estudiada en el caso de los menores autóctonos, aún lo ha sido menos en el caso de los menores extranjeros no acompañados, pero lo que sí resulta evidente en la literatura científica es que son múltiples los retos que los adolescentes acogidos en el sistema de protección afrontan en su transición a la vida adulta y esto aún es más complejo en el caso de los MENA (López et al., 2013), ya que a la dificultad que supone la transición a la vida adulta desde el sistema de protección, se une el temor a no lograr un permiso de residencia estable (Manzani y Arnoso, 2014; Wade et al., 2012).

Aunque una vez decidida la permanencia en el país de acogida no caben muchas otras opciones para los MENA, más allá del acogimiento residencial hasta la mayoría de edad, para este colectivo la familia biológica sigue teniendo, en general, un papel importante en sus vidas y valoran enormemente poder seguir manteniendo contacto con ellos (Hopkins y Hill, 2010). En la muestra de este estudio, este es el aspecto más valorado en la Escala de Bienestar Personal (Cummins et al., 2003) obteniendo una puntuación media de 8,33 sobre 10. Relacionado con esto, son varios los autores en el ámbito internacional (Ajdukovic y Ajdukovic, 1993; Felsman et al., 1990; Hodes, 2000; Leavey et al., 2004; Loughry y Flouri, 2001; McKelvey

y Webb, 1995; Ressler et al., 1988; Sourander, 1998) que sostienen que los menores que migran solos acumulan más factores de riesgo y presentan más dificultades que quienes, aún haciéndolo de modo irregular y sufriendo las consecuencias de esta migración, llevan a cabo este proceso acompañados de sus familias.

Dada la distancia geográfica, la mayoría de los jóvenes de la muestra (87%) mantenía relación con su familia por medio del contacto telefónico, carta o mail y para más de la mitad estos contactos eran motivo de alegría. No obstante, se señaló un porcentaje (11,3%) que aunque no elevado, merece la pena destacar por sus implicaciones en el bienestar psicológico de los menores, en los que se señalaba que los contactos producían reacciones emocionales positivas pero también negativas. Entre otras, la añoranza y el deseo de volver a ver a su familia, pero también la presión ejercida para que continúen con su proyecto migratorio. Además, un número pequeño (4,3%) tenían relación con algún miembro de su familia en el propio territorio de acogida. A pesar de lo reducido del número de jóvenes que puede disfrutar de estos contactos, es una cuestión de gran relevancia porque parece ser un factor protector en cuanto a la salud mental, disminuyendo las dificultades internalizantes y la sintomatología postraumática (Bean, Eurelings-Bontekoe y Spinhoven, 2007)

7.3. Itinerario Académico y/o Laboral y la Adaptación al Contexto Escolar

El tercer objetivo previsto en esta tesis era detallar la situación académica y/o laboral y su adaptación al contexto escolar, cuando fuese pertinente.

La mayoría de los jóvenes que formaron parte de la investigación llevaban a cabo algún tipo de formación. Más de la mitad realizaban algún tipo de formación profesional (56,7%), seguidos de aquéllos que estaban en la escolaridad obligatoria (36,7%). Esto es explicable nuevamente considerando el grupo de edad sobre el que se está investigando, así como el objetivo migratorio de trabajar lo antes posible (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Jiménez, 2003; Marzal, 2005).

Además, se trató de estudiar cómo era la adaptación al contexto académico por medio de la evaluación de una serie de indicadores de ajuste que los profesionales de atención directa valoraron. Esta adaptación al contexto académico ha sido frecuentemente señalada como una dificultad para los jóvenes que se encuentran en acogimiento residencial (Bravo y Del Valle, 2001; Martín, Rodríguez y Torbay, 2007; Martín y Muñoz del Bustillo, 2009).

No obstante, en el caso de los MENA, esta adaptación incide intensamente en el ajuste, tanto cuando son menores, como al alcanzar la mayoría de edad. Así, cuando están en edad escolar, les facilita el aumento de su red social y les ayuda a disminuir sentimientos de aislamiento (Wade et al., 2005; Wade et al., 2012) o les supone una experiencia normalizadora que les ayuda a incrementar su sentimiento de seguridad (Hopkins y Hill, 2010; Kohli, 2011; Wade et al., 2012) y de pertenencia, protegiéndolos contra la depresión (Kia-Keating y Ellis, 2007; Rousseau, Drapeau y Platt, 2004; Sujoldzic, Paternel, Kulenovic y Tercic, 2006) y la

ansiedad (Sujoldzic et al., 2006). Por otro lado, también facilita el ajuste futuro (Casas, Montserrat y Malo, 2010; Jackson y Martin, 1998; Masten y Coastworth, 1998; Miller y Porter, 2007; Wade et al., 2005) facilitándoles, por ejemplo, el conseguir un empleo, con las implicaciones que esto tiene para la estabilidad y la integración social (Arnau-Sabatés y Gilligan, 2015).

Dicho esto, parece que se puede ser bastante optimista sobre todo con aquellos aspectos que parecen estar provocando más dificultades en sus pares en protección. Así, sobre una valoración máxima de cinco, los jóvenes que componen la muestra de estudio han obtenido valores por encima de cuatro en ítems como “se muestra respetuoso con los profesores y personal”, “se comporta correctamente en el centro escolar” o “asiste a clase diariamente, salvo causas justificadas”. Ciertamente se ha señalado que en general, estos menores valoran en gran medida las posibilidades de recibir una formación, incluso en mayor medida que los menores autóctonos (Hopkins y Hill, 2010; Jackson et al., 2005; Kohli, 2009; McCarthy y Marks, 2010).

A pesar de sus dificultades en cuanto a la escasa escolarización previa (DARNA y UNICEF, 1997; Jiménez, 2003; Quiroga et al., 2010) y dificultades en el idioma, únicamente se mencionó algún tipo de adaptación curricular para algo menos de la mitad (42,7%). Quizás este dato se pueda explicar porque no todos se encontraban realizando una formación reglada. Además, siguiendo la misma lógica, algo más de un tercio había repetido algún curso escolar.

Además de la adaptación al contexto, interesaba conocer cuál era el nivel de logro de estos menores en este ámbito, ya que se ha considerado el éxito académico como un factor de resiliencia (Newman y Blackburn, 2002). En este caso, se solicitó a los educadores que señalaran cuál era la situación que mejor describía el rendimiento académico del menor. Pues bien, en torno a un tercio de los chicos “aprobaban todo con muy buenas notas” o “con notas suficientes” y en torno al 20% no obtenían calificaciones en los estudios que llevaba a cabo. Como se ha comentado, dadas las dificultades previas los resultados académicos parecen bastante adecuados, aunque no se puede obviar el tercio (33,3%) de jóvenes que “suspenden varias asignaturas”.

Por último, respecto a su situación laboral, aunque para muchos el trabajo es el fin último de su proyecto migratorio (Ararteko, 2005; Calzada, 2007; Jiménez, 2003; Marzal, 2005) dada su situación respecto a la edad y su bajo nivel de cualificación (Calzada, 2007; Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía, 2001; Proyecto CON RED, 2004; SOS Racismo, 2004), sólo un menor se encontraba trabajando y para más del 90% de la muestra esta cuestión se consideraba no aplicable o bien por no estar en la edad legal para trabajar o porque se encontraban estudiando. Sin embargo, esta consideración tropieza de pleno con la consideración de varios autores (Arnau-Sabatés y Gilligan, 2015; Courtney, Piliavin, Grogan-Kaylor y Nesmith, 2001; Courtney et al., 2011; Stewart, Kumb, Barth y Duncana, 2014) de la ventaja que supone, a muchos niveles, para los jóvenes que se incorporan a la vida adulta desde el ámbito de la protección, el haber compaginado su formación con un trabajo a tiempo parcial.

7.4. Discapacidad, Enfermedades y Hábitos de Consumo

Otro de los objetivos propuestos era examinar la presencia o ausencia de algún tipo de discapacidad, problemas importantes de salud física y/o hábitos de consumo.

Consideramos importante explorar estas dos cuestiones por la situación de vulnerabilidad en la que ambas sitúan a los individuos de cara a la aparición de otros problemas así como por la dificultad que añaden a la transición a la vida adulta desde el sistema de protección (López et al., 2013). Algunos estudios señalan que la incidencia de la discapacidad en los niños y adolescentes del sistema de protección es del 17%, lo que supone cinco veces más que en la población general (Sainero, Del Valle, López y Bravo, 2013), derivado esto de su mayor vulnerabilidad a sufrir algún tipo de desprotección (Crosse, Kayne, y Ratnofsky, 1992; Sullivan y Knutson, 2000; Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1995). A pesar de estas cifras, desde la investigación en este ámbito no se les ha prestado demasiada atención a estos niños y jóvenes (Sainero et al., 2013) y aún menos en el caso de los MENA.

Los resultados de nuestro trabajo arrojan unas cifras muy reducidas de presencia de discapacidad, encontrando sólo un joven que padecía discapacidad intelectual de carácter moderado. Es probable que aquéllos menores con mayores dificultades a este nivel no inicien procesos migratorios como los descritos en este trabajo, o no lleguen a culminarlos, aunque también puede ocurrir que, por alguna razón, esta dificultad no esté siendo detectada y valorada en la medida en que aparece, permaneciendo ocultos aquéllos casos menos graves. Así, como señala Manzani y Arnosó (2014) no es fácil para los MENA acceder a valoraciones de discapacidad, entre otros motivos, por el hecho de que para poder realizarla se necesita poseer un permiso de residencia.

Respecto a los problemas de salud física en esta población, es relativamente frecuente encontrar datos en la literatura científica internacional. Así, Lehmann (2002) considera importante valorar los riesgos relacionados con la salud ya que, como señalan Shanks y Schull (2000), esta puede verse deteriorada como consecuencia de las experiencias vividas durante los procesos migratorios. Se señala que las quejas de salud suelen ser frecuentes (McCarthy y Marks, 2010) y que incluso el malestar psicológico puede manifestarse por medio de problemas somáticos (Hsu, 1999; Locke et al., 1996; Lustig et al., 2004; Sack, 1998; Sourander, 1998).

Se trató, por tanto, de averiguar hasta qué punto los jóvenes que conformaban la muestra podrían estar viéndose afectados por problemas de este tipo. Se encontró que un 12,4% de la muestra sufría de enfermedades de salud física consideradas relevantes, tales como perforación intestinal, hepatitis B o anemia. El tipo de enfermedades descritas podrían estar relacionadas con el proceso migratorio o incluso con el malestar psicológico en el caso de la anemia, pero sin más información que la descrita resulta demasiado arriesgado hacer cualquier tipo de apreciación a este respecto.

Para finalizar el apartado, se discutirá acerca de los hábitos de consumo de los jóvenes evaluados. En total, se encontró que un tercio de la muestra consumía algún tipo de sustancia, siendo lo más frecuente el consumo de cannabis consumido de forma esporádica o adictiva

por el 33% de la muestra. En menor medida, se señaló el consumo de inhalantes y aún en menor medida de heroína y cocaína. Estos resultados son solo en parte concordantes con los de investigaciones previas acerca del consumo de drogas en esta población. Así, entre el tipo de sustancias consumidas por estos jóvenes, Calabozo (2005) y Markez y Pastor (2009, 2010) señalaban el tabaco, el hachís, los inhalantes y el alcohol. En este nuestro, el consumo de tabaco y alcohol presenta cifras muy reducidas (4,3% y 5,4%, respectivamente) y el consumo de inhalantes, aunque grave por sus efectos, no está presente de forma mayoritaria en la muestra. Esto quizá se relacione con el punto de vista de estos autores que apuntan a un consumo de inhalantes ante circunstancias adversas y a un consumo de otras sustancias como hachís, como parte de la socialización y adaptación al contexto de acogida. No obstante, estos consumos, que pueden parecer acordes con los de sus pares autóctonos, tienen, si cabe, efectos más adversos en esta población por cuanto, como afirman Markez y Pastor (2009, 2010) pueden ser considerados un problema menos grave dentro del conjunto de dificultades que afectan a estos menores y, por tanto, no resultar atendidos como se debiera.

7.5. Prevalencia de Trastornos de Salud Mental y Detección de casos No Identificados Necesitados de Tratamiento Clínico

En este apartado se recogerá lo referente a dos objetivos: por un lado, se dará respuesta al de obtener la prevalencia de trastornos de salud mental en términos del porcentaje de menores extranjeros no acompañados que estén siendo atendidos en servicios terapéuticos públicos o privados, y/o que tengan un diagnóstico de salud mental establecido en el momento del inicio del estudio. Por otro, al referido a detectar mediante técnicas de screening posibles casos no identificados con necesidad de tratamiento clínico.

Una de las cuestiones más relevantes de esta tesis era precisamente averiguar cuál era la situación con respecto al estado de salud mental de los menores extranjeros no acompañados acogidos en centros. Para ello, a partir de la información obtenida, por un lado, de los profesionales de atención directa (cuántos de estos menores estaban a tratamiento, cuál era el motivo de derivación, si se disponía de diagnósticos,...) y por otro, de las técnicas de screening aplicadas – escalas CBCL e YSR de Achenbach y Rescorla (2001) y SDQ de Goodman (2001) – se trató de dilucidar esta cuestión.

En la literatura científica se ha dejado constancia acerca de cómo el proceso migratorio que viven los MENA puede interferir en su desarrollo, generándoles, en ocasiones, un importante malestar emocional cuando no verdaderos problemas de salud mental (Ajdukovic y Ajdukovic, 1993; Bronstein, Montgomery y Dobrowolski, 2012; Bronstein et al., 2013; Derluyn y Broekaert, 2005, 2007, 2008; Dyregrov y Yule, 2006; Ehntholt y Yule, 2006; Felsman et al., 1990; Groark et al., 2011; Hodes, 2000, 2002; Hodes et al., 2008; Huemer et al., 2009; Jakobsen, Demott y Heir, 2014; Kinzie et al., 1986; Leavey et al., 2004; Loughry y Flouri, 2001; Lustig et al., 2004; McKelvey y Webb, 1995; Ressler et al., 1988; Rumbaud, 1991; Servan-Schreiber et al., 1998; Sourander, 1998; Thomas et al., 2004; Wiese y Burhorst, 2007). Ciertamente, se dispone de mucha más información internacional que nacional a este respecto y se puede pensar que el fenómeno migratorio en otros países de la Unión Europea, aquéllos

de mayor producción científica, no es comparable con las vivencias de los MENA que llegan a nuestro país. No obstante, si nos detenemos a analizar uno y otro, partiendo de nuestra experiencia en la investigación con MENA en España y del conocimiento científico al respecto, encontramos importantes similitudes en los estresores vitales que los MENA padecen en uno y otro país durante el viaje migratorio y durante su proceso de adaptación al país de acogida (pérdida y separación de familiares, temor y muchos riesgos asumidos en el viaje migratorio, miedo a la repatriación y sus consecuencias, dificultades en la adaptación al país de acogida, experiencias de racismo y bullying, inquietud por no conseguir la documentación que les permita la residencia en la vida adulta, dificultades para confiar en otros, fracaso de sus expectativas,...). Partiendo entonces de que el proceso migratorio puede ser diferente, pero teniendo en cuenta que aquéllas situaciones que se ha señalado se encuentran en la base de los problemas emocionales son similares, consideramos lícito tomar como referencia la investigación internacional al respecto.

En primer lugar, antes de poder ofrecer alternativas de solución a un problema, el primer paso sería poder dimensionarlo. Para ello, resulta imprescindible conocer el número de MENA que pueden estar viéndose afectados por esta problemática. Las primeras aproximaciones al problema mencionan prevalencias que oscilan entre el 7 y el 93% (Bean et al. 2007a; Fazel y Stein, 2002; Fazel et al., 2005; Hodes, 2000; Hodes et al., 2008; Lustig et al., 2004; Montgomery y Foldspang, 2005). En la literatura científica más próxima (Del Sol, 2013; Manzani y Arnosó, 2014; Markez, 2009; Senovilla, 2014) se señala que este tipo de dificultades no son infrecuentes pero apenas se dispone de ningún dato que facilite dimensionar el problema, más allá del trabajo de Del Valle, Sainero y Bravo (2011) referido a una única comunidad autónoma de nuestro entorno y donde se señala que el 5,5% de los MENA pueden ser considerados clínicos por estar recibiendo algún tratamiento o por tener algún diagnóstico. No parece que haya unanimidad en las cifras lo que puede deberse a los diferentes métodos utilizados para evaluar las dificultades, al número de menores que forman parte de la muestra, etc.

En la investigación sobre la que aquí se discute, se ofrece una cifra acerca del número de MENA, a partir de la información recogida de los profesionales de atención directa, que apunta a que casi un 15% de la muestra estaba a tratamiento de salud mental (psiquiátrico, psicológico y/o farmacológico) recibiendo más del 50% de ellos dos o más tipos de tratamientos. Sin embargo, si se atiende a los resultados que arrojan las técnicas de screening se puede observar que la cifra anterior resulta escasa. Así, considerando los resultados obtenidos con el CBCL, la cifra de casos clínicos asciende al doble en la escala total de este instrumento y en la escala de problemática externalizante y alcanza el 22,5% en la escala internalizante. En lo que respecta al SDQ, los datos señalan que algo más del 23% sería clínico en la escala total. Esto parece indicar que no todos los casos que serían clínicos son derivados a tratamiento, quizás porque los profesionales no cuentan con la formación y/o experiencia suficiente como para detectar todos los casos que lo necesitarían. También podría ocurrir, como señalaban Markez y Pastor (2009) con respecto al consumo de drogas, que algunos problemas queden solapados o se les preste menos atención por la cantidad de dificultades que a veces rodean a cada menor. O incluso, estos comportamientos pueden ser vistos, como han señalado algunos autores (Manzani y Arnosó, 2014; Reguera, 1988; Rousseau, 1995;

Papadopoulos, 1999) no como reacciones patológicas sino como la reacción normal de alguien que vive circunstancias anormales. Aun siendo así, y considerando que sea una reacción lógica, en todo caso provoca malestar e incluso, conlleva otro tipo de dificultades en el caso de la conducta externalizante, por lo que no sería recomendable obviarlas. Además, y aunque no es una opinión unánime, algunos investigadores (Bean et al., 2007a; Bean et al., 2007b; Derluyn y Broekaert, 2007; Hodes et al., 2008; Wade et al., 2005) han señalado que las problemáticas se acentúan a medida que los jóvenes crecen y se anticipa la situación que puede darse al alcanzar la mayoría de edad, por no mencionar que suele ser mucho más difícil que estas patologías sean atendidas en estos casos en la edad adulta (Goodkind, Schelbe y Shook, 2011). Parecen argumentos más que contundentes, como señalan Burns et al. (2004) respecto al resto de menores en protección, para recomendar el uso de alguna técnica que permita una detección precoz y a su vez, unos criterios claros de derivación a tratamiento.

No obstante, cabe apuntar con respecto al uso del CBCL que, como Bilenberg (1999) señala, su utilidad es únicamente como técnica de screening, ofreciendo indicaciones acerca de los aspectos más problemáticos, pero no con un propósito diagnóstico. Lo mismo cabría decir del cuestionario SDQ. De modo que estas técnicas serían útiles para detectar aspectos a evaluar en mayor profundidad con el objetivo de decidir hasta qué punto puede ser necesaria la intervención terapéutica.

7.6. Concordancia en las valoraciones obtenidas de los diferentes instrumentos de Screening

En este apartado se dará respuesta al objetivo de explorar la concordancia entre la información aportada por los diferentes instrumentos de screening (SDQ y CBCL), así como entre la valoración realizada por los educadores y los propios jóvenes (al comparar los resultados de los cuestionarios y su versión en autoinforme).

Los resultados de este trabajo señalan que la concordancia entre CBCL y SDQ a la hora de clasificar como clínicos o no a los participantes, es bastante elevada entre ambas pruebas, clasificando del mismo modo a más del 80% de los casos. No obstante, el CBCL identifica como clínicos un porcentaje (10% aproximadamente) ligeramente superior al SDQ. Cabría aquí, por tanto, preguntarse si esa mayor detección se debe a la detección de falsos positivos y por tanto, se podría afirmar que la información proporcionada por el SDQ es más precisa o realmente se debe a casos que el SDQ no detecta y sí serían clínicos. Para ello, se cruzó la información derivada de los instrumentos con la información proporcionada por los educadores con respecto a los casos en tratamiento y efectivamente se vio que el CBCL clasificaba correctamente al 85% de los casos mientras que el SDQ sólo lo hacía con algo menos del 70%.

Además, lo hasta ahora detallado ocurre de igual modo si lo que se compara son las escalas autoinformadas. Así el nivel de concordancia entre estos instrumentos es sólo ligeramente inferior, no llegando al 80%, aunque en este caso la mayor coincidencia está en que ambas escalas señalan como no clínicos a un número muy elevado de casos (algo más del

75%) y nuevamente el YSR localiza como clínicos a un número mayor de casos (23,8%) frente al SDQ (3,17%).

Habría que tratar de dilucidar a qué se debe esta diferencia. Se podría valorar como posible explicación la dificultad que el idioma puede suponer para los menores, dado el escaso manejo del mismo en algunos casos, siendo este un aspecto que obviamente no ocurre cuando los informantes son los adultos. No obstante, esta posibilidad no parece congruente habida cuenta que, a priori, el SDQ resulta bastante más asequible en cuanto al lenguaje y aún así, no mejora los resultados del YSR.

Por otro lado, si lo que se compara es la opinión de adultos y jóvenes, nos encontramos con que la problemática sigue siendo mayor que la detectada por los profesionales sin el uso de ninguna herramienta y nuevamente habría más de un 30% de jóvenes que son clínicos en el YSR. Lo que ocurre es que, a diferencia de lo visto en el CBCL, en este caso el mayor porcentaje de clínicos se encuentra en la escala internalizante de la herramienta, no en la escala total, y la cifra en la escala externalizante desciende casi a la mitad de lo encontrado en el CBCL. Si bien la cifra total de clínicos sigue siendo bastante superior a lo detectado sin ninguna herramienta, en este caso es llamativo cómo los porcentajes se invierten y los jóvenes acusan mayor problemática internalizante que la detectada por los profesionales que los atienden.

Parece que este no es un fenómeno extraño. Numerosos autores han señalado la presencia de correlaciones moderadas o bajas entre las diferentes fuentes de información (Almqvist y Brandell-Forsberg, 1997; Barkman y Schult-Markwort, 2005; Davies y McKelvey, 1998; De los Reyes y Kazdin, 2005; Renk y Phares, 2004; Rey et al., 1992; Seiffge-Krenke y Kollmar, 1998; Stranger y Lewis, 1993; Verhulst y Van der Ende, 1992; Yeh y Weisz, 2001) al igual que suele ocurrir cuando los informantes adultos son los progenitores (Achenbach y Rescorla, 2001; Begovac, Rudan, Skocic y Filipovic, 2004; Rescorla et al., 2013; Stranger y Lewis, 1993; Van der Ende y Verhulst, 2005; Verhulst y Van der Ende, 1992; Vierhaus y Lohaus, 2008). Esto parece estar relacionado con la dificultad de identificar algunas conductas, sobre todo las referidas al ámbito privado, o también el cambio de comportamiento en función del contexto (Shore, Sim, Prohn y Keller, 2002; Younstrom, Loeber y Stouthamer-Loeber, 2000) lo que de algún modo, refuerza la opinión de Achenbach (2006) y Macmann y Barnett (1993) de que la información proporcionada por las diferentes partes contribuye eficazmente en la explicación de la conducta del menor, ya que son informaciones referidas a diferentes contextos y que pueden complementarse. No obstante, aún los investigadores continúan trabajando sobre esta discrepancia (De los Reyes y Kazdin, 2005). En todo caso, como señalan Sainero, Del Valle y Bravo (2015) el hecho de que el comportamiento del instrumento sea similar cuando los informadores son los padres, justifica el uso por parte de los profesionales de atención directa en el contexto residencial.

En lo que respecta al SDQ, la cifra de clínicos en la escala total desciende sensiblemente en la versión autoinformada respecto a la versión de los adultos. En este caso, menos del 7% resultaría clínico en la misma. Parece que a pesar de lo que indican algunos estudios (Kovacs y Sharp, 2014) que señalan que ambas escalas (CBCL/YSR y SDQ) poseen una exactitud similar o incluso la posibilidad de ser sustituida una por otra (Goodman, 1997;

Goodman y Scott, 1999), esto no ocurre en esta investigación. De hecho, ambas han sido utilizadas para confirmar la presencia de mayor sintomatología clínica en niños y adolescentes en protección frente a sus pares de la población general (Egelund y Lausten, 2009). Sin embargo, en este caso, el sistema de Achenbach señala como clínicos un número mayor de casos, sobre todo, en lo que se refiere a la versión autoinformada.

7.7. Servicios Terapéuticos

Otro de los objetivos propuestos era analizar los servicios terapéuticos que están siendo empleados para la atención de esta población, distinguiendo variables como gestión pública o privada, interna a los centros de protección o externa, psicológica o psiquiátrica, farmacológica, etc., así como las características de intervención (frecuencia de sesiones, duración, uso de farmacología, terapia individual o grupal, etc.).

Finalmente, se encontró, como ya se matizó, un número reducido de casos que estuviesen recibiendo uno o varios tratamientos de salud mental. En total, fueron 13 casos.

Lo más frecuente era el tratamiento psicológico, seguido del psiquiátrico y por último, del farmacológico. Casi la mitad (46,2%) recibían un único tratamiento, seguido de aquéllos, aproximadamente un tercio, que recibían dos tipos de tratamientos.

De los pocos casos que recibían tratamiento farmacológico, este había sido prescrito y pautado por el psiquiatra y el objeto era tratar el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, la depresión o la esquizofrenia. Curiosamente se mencionó otro caso más tratado con farmacología, pero no se aportó información acerca del motivo por el cual se le había prescrito. En el resto de los casos, aunque se menciona cuál es la finalidad, tan solo en el caso del TDAH existe un diagnóstico. Los otros dos casos a pesar de recibir tratamiento para ello, no han sido diagnosticados según criterios del DSM.

Respecto al tratamiento psiquiátrico, quizás lo más llamativo es que en aproximadamente la mitad de los casos las visitas eran mensuales o bimensuales, dándose en algún caso visitas con una duración menor a los 15 minutos. En cuanto al tiempo que llevaban recibiendo tratamiento el que menos tiempo llevaba, acudía desde hacía dos meses pero había algún caso que llevaba a tratamiento más de dos años. Lo más positivo es que en buena parte de los casos, los educadores consideraban que el tratamiento había permitido al joven mejorar –un poco o mucho- en más del 80% de los casos.

De los que acudían a tratamiento psicológico, solo un caso estaba diagnosticado, siguiendo criterios del DSM-IV, y lo estaba como TDAH. El origen de los profesionales que les atendían era muy diverso (específicos para protección, públicos,...). Incluso en algún caso se acudía a más de un psicólogo. En este caso, lo más frecuente era que las visitas fueran semanales y en más de la mitad de las ocasiones, la duración era de entre 30 minutos y una hora. La antigüedad respecto al tratamiento era de una media de un año pero con una gran dispersión, siendo que un caso llevaba un mes y otro más de dos años. En este caso, la

valoración que los profesionales de atención directa hacían respecto a la mejoría resultó positiva o muy positiva en algo menos del 80% de los casos.

En lo que se refiere a la necesidad de tratamientos de salud mental o no, hay diversidad de opiniones. Así, en un trabajo de Hopkins y Hill (2010) se recoge cómo algunos profesionales señalan que la “patología” que estos jóvenes pueden padecer se minimizaría atendiendo correctamente a sus otras necesidades, con lo que las nuevas experiencias les ayudarían a recuperarse y que esto sería lo prioritario cuando llegaran. Sin embargo, otros señalan que no es suficiente y que para reducir el malestar emocional y poder integrarse exitosamente en el contexto necesitan que se atiendan sus necesidades de salud mental, aunque esto podría hacerse una vez estuviesen asentados en el país de acogida.

Desde nuestro punto de vista, la decisión acerca de cuál es más adecuada pasaría por el uso de adecuadas evaluaciones individualizadas que llevasen a decidir quiénes son los menores que necesitan tratamiento de salud mental y de qué tipo así como el momento más adecuado para proveer dicha atención. En todo caso, el acogimiento debería resultar una experiencia terapéutica y reparadora en sí misma (Papadopoulos, 2002) pero no sería suficiente en aquéllos cuya problemática de salud mental fuese más exacerbada (Burnett y Fassil, 2002; Kohli y Mather, 2003). Es en este caso, que se les debería atender igual que se haría con otro chico de su edad pero sin olvidar sus “especiales características” (Hopkins y Hill, 2010). No resultaría oportuno obviar que, aún con la variabilidad de tratamientos descrita, en torno al 80% de los profesionales consideran que los mismos están resultando beneficiosos para los jóvenes, en mayor o menor medida.

Varios autores han apuntado a la infrautilización de los servicios terapéuticos por parte de los MENA (Hargreaves et al., 2003; Hodes, 2000; Michelson y Sclare, 2009; Raval, 2005). Tras esto puede haber múltiples razones: una pobre detección de la necesidad, la negativa de los jóvenes a acudir a tratamiento por razones culturales o por considerar que los problemas de salud mental suponen un estigma (Street et al., 2005) o por las reservas de este colectivo a confiar y hablar de los problemas. Los servicios terapéuticos suelen disponer de escaso conocimiento sobre las cuestiones de inmigración y sobre aspectos culturales (Michelson y Sclare, 2009), lo que también podría dificultar la adhesión al tratamiento y probablemente la eficacia del mismo.

7.8. El bienestar subjetivo de los jóvenes evaluados

Por último, se tratará de responder al objetivo dirigido a estimar el bienestar percibido y las diferentes dimensiones que lo configuran, así como la relación que pudiera existir entre el bienestar subjetivo y la problemática emocional detectada.

Como ya se ha señalado, aun habiendo muchas diferencias en cuanto a la prevalencia, parece haber unanimidad en la literatura científica acerca de lo deteriorado del estado de salud mental o bienestar psicológico en la población de MENA. Sin embargo, mucho más complejo parece tratar de averiguar cuál es el estado de bienestar personal de este colectivo.

En este trabajo, se ha pretendido llevar a cabo una primera aproximación acerca de cuál puede ser la situación con respecto a esta cuestión y si existe alguna relación entre el estado de salud mental de los menores y la valoración que hacen de su satisfacción vital. Valorar estas cuestiones es de suma relevancia dado que los estresores vitales vividos en la infancia y adolescencia tienen un reflejo y tendencia a persistir en el bienestar adulto (Haveman y Wolfe, 1995; Williams, 2001; Ulker, 2008), lo que revisando lo ya descrito no parece ajeno a los MENA, por cuanto acumulan un número importante de eventos estresantes a pesar de su corta edad.

En este caso, para valorar el bienestar personal subjetivo, tal y como se mencionó en la metodología, se utilizó el cuestionario de Bienestar Personal de Cummins et al. (2003), pero ampliando el número de dominios. Precisamente con respecto a esto, la literatura científica aconseja que en la evaluación del bienestar personal se consideren diferentes dominios apuntando a la complejidad de la estructura de la satisfacción vital y a lo limitado de tratar de medirla con una única dimensión (Park, Huebner, Laughlin, Valois y Gilman, 2004).

Pues bien, como ya se ha dejado constancia en los resultados, el índice de bienestar personal obtenido a partir la escala mencionada señala una satisfacción personal moderada (puntuación media de 7,64 sobre 10), muy similar a la alcanzada por jóvenes de la misma edad en la población general (Casas et al., 2013). Los dominios mejor valorados la familia (8,33), la diversión (8,08) y la relaciones personales (7,85), y los peores valorados el nivel de vida (6,99), el centro u hogar en el que viven (7,08) y los logros en la vida (7,16). No obstante, todos arrojan una satisfacción media bastante elevada, lo que parece entrar en contradicción con las dificultades que se ha señalado que estos jóvenes atraviesan en su incorporación al contexto de acogida y que podrían estar incidiendo en su visión subjetiva de su bienestar.

Quizás se podría hallar una explicación para estos datos observando el tiempo que estos jóvenes llevan ya en el territorio de acogida y sea posible sugerir que una cierta estabilidad puede haber conllevado una disminución de las principales dificultades de ajuste que suelen surgir en el inicio. También se podría tener en cuenta que a pesar de que todos están en la etapa de la adolescencia, la media de edad es de 16 años con lo que a buena parte de ellos aún les falta algún tiempo para cumplir la mayoría de edad y por tanto, tener que hacer la transición a la vida adulta, con todo lo que esto implica. Otros autores también han considerado la edad a la hora de valorar el bienestar en los adolescentes de la población general afirmando que a mayor edad, mayor disponibilidad de estrategias de afrontamiento, lo que podía estar modulando el efecto que algunos estresores vitales podían causar en el bienestar personal (Williams, 2001). Como ya se señaló, muchos autores (Ayotte y Williamson, 2001; Bronstein et al., 2013; Chase et al., 2008; Dixon et al., 2006; Edwards y Beiser, 1994; Ehntholt y Yule, 2006; Fazel y Stein, 2002; Groark et al., 2011; Hopkins y Hill, 2010; Kohli y Mather, 2003; Lustig et al., 2004; Maegusuku-Hewett et al., 2007; McCarthy y Marks, 2010; Rutter, 2003; Wade et al., 2005) hacen referencia a la fortaleza y la capacidad de resiliencia de estos jóvenes, destacando, entre los factores que parecen amortiguar el impacto de las experiencias adversas, el poseer múltiples estrategias de afrontamiento, un control efectivo sobre los síntomas del trauma, mantener un sentido de orgullo personal, la protección contra el aislamiento, y la apertura a la diversidad (Ajdukovic y Ajdukovic, 1993; Almqvist y Hwang, 1999; Edwards y Beiser, 1994; Kline y Mone, 2003; Kocijan-Hercigonja et al., 1998; Phibbs-

Witmer y Culver, 2001; Seglem et al., 2014). Una última explicación posible es la de quienes señalan que hay diferentes modos de llegar a la satisfacción vital (Park, Peterson y Seligman, 2004; Seligman, 2002) y en este sentido, entendemos, al igual que Park et al. (2004) que habría que considerar en investigaciones futuras aspectos culturales que pueden estar teniendo una intensa influencia sobre la valoración que los jóvenes hacen acerca de su bienestar personal.

Por último, respecto a la relación entre bienestar personal y malestar psicológico, la investigación señala que individuos con un bajo nivel de satisfacción vital están en riesgo de padecer algunos problemas psicológicos y sociales tales como depresión, baja autoestima e interacciones sociales desadaptativas (Furr y Funder, 1998; Lewinsohn, Redner y Seeley, 1991). Lo cierto es que al analizar la relación entre la satisfacción vital de los jóvenes calificados como clínicos en las pruebas de screening utilizadas, se halló una mayor (y significativa) insatisfacción tanto en el Índice de Bienestar Personal y en el Nivel de vida en el CBCL así como una mayor insatisfacción respecto a la salud, el nivel de vida y el centro en el que vivían en el SDQ autoinformado.

Si se profundiza en la relación entre los dominios valorados en la escala de bienestar y las escalas clínicas de los instrumentos de screening, la primera conclusión es la existencia de relación entre algunas escalas y algunos dominios, aunque no es posible concretar el sentido de esta relación. Parece congruente que la escala internalizante del CBCL se encuentre relacionada con la seguridad para el futuro, pero es algo que sólo ocurre con este instrumento. La externalizante de la misma prueba se relaciona con el índice de bienestar personal. Y la escala internalizante de los dos cuestionarios autoinformados se relaciona con los grupos de pertenencia. La relación entre la satisfacción con el cuerpo y con los grupos de pertenencia aparece en dos de las tres escalas del SDQ autoinformado. Estos resultados confirman la existencia de relación entre algunas escalas y el malestar emocional, aunque la única relación que se muestra consistentemente en los cuatro instrumentos (en diferentes escalas) es la relación entre la insatisfacción con el recurso en el que residen y las puntuaciones clínicas en las escalas. Se puede concluir por tanto, que la adaptación al centro se relaciona con el bienestar emocional y que incluir este dominio ha resultado un acierto.

Esto quizás podría estar relacionado con lo que ocurre en población general en la que los planes de vida actuales se encuentran asociados tanto a la salud mental como a los niveles de satisfacción vital (Ulker, 2008). No obstante, sería muy interesante conocer qué aspectos concretos del funcionamiento de los hogares de acogida son peor valorados y ver hasta qué punto estos pueden ser modificados incidiendo positivamente tanto en el bienestar personal como en una reducción de los problemas de salud mental.

Hasta aquí se ha tratado de dar respuesta a los objetivos propuestos en el apartado de metodología de este trabajo. Lo visto hasta ahora da cuenta de la complejidad que supone el tratamiento de los problemas de salud mental de este grupo de menores y a la vez, dada la prevalencia de esta sintomatología, la necesidad de afrontar esta problemática utilizando en primer lugar técnicas apropiadas de screening y derivando a recursos preparados para atender las especificidades que como grupo pueden presentar. Además, se ha tratado de resaltar la idea de la necesidad de llevar a cabo una atención individualizada en otros muchos aspectos

de su vida que parecen estrechamente relacionados con su bienestar emocional y en definitiva, con su integración social.

No obstante, como también se ha apuntado a lo largo de este trabajo, es la primera vez que se exponen datos de una investigación acerca de la salud mental de los MENA en este contexto y dadas las limitaciones encontradas en esta investigación y que pasaré a describir a continuación, debemos ser cautelosos con los resultados y esperar que se desarrollen más trabajos en esta línea que confirmen lo aquí encontrado.

8. Conclusiones

8.1. Limitaciones

Las principales limitaciones de esta investigación son las que se detallan a continuación.

La principal es el número de sujetos incluidos en la muestra. Aunque los datos encontrados parecen confirmar la tendencia señalada por la investigación internacional con otros grupos de MENA, facilitaría confirmar los resultados el poder replicar este tipo de investigaciones con una muestra más numerosa. La población denominada MENA agrupa realidades culturales, motivos migratorios y experiencias muy diversas. Por ello, sería interesante poder llevar a cabo una investigación sobre esta problemática incluyendo a grupos de MENA de más territorios de acogida, puesto que el perfil y sus necesidades pueden ser distintas.

Relacionado con esta limitación se encuentra la dificultad con el idioma en este grupo de evaluación. Esto implica dificultades, al menos en los primeros momentos de llegada al país, para informar de las dificultades emocionales, especialmente por medio de cuestionarios como los aquí utilizados. En ocasiones, o bien no pueden responder, o bien una vez completado el instrumento, éste debe ser invalidado porque las respuestas parecen indicar la falta de entendimiento del joven. Esto afecta, por tanto, a las posibilidades de obtener información en este momento clave e impide observar la evolución de las posibles dificultades a lo largo del proceso migratorio. A esta dificultad, habría que añadir la desconfianza que estos jóvenes demuestran, al menos durante los primeros momentos de la acogida, derivada de su situación de inmigrantes y del desconocimiento acerca de lo que puede ocurrir con respecto a la posibilidad de conseguir un permiso residencia en el país de acogida. Esto puede conllevar por un lado, la negativa a participar en procesos de evaluación y por otro, el intento de falsear las respuestas ofrecidas. Además, implica el desconocimiento por parte de los profesionales no sólo de las cuestiones referidas al malestar emocional sino también a otro tipo de factores como los antecedentes familiares que pueden estar agravando o mitigando dicho malestar.

Otra limitación se relaciona con la dificultad para acceder a menores extranjeras no acompañadas, dada la tendencia, como ya se ha comentado previamente, a que las chicas queden fuera del sistema de protección. Esto impide profundizar en las posibles diferencias de género respecto a la prevalencia de problemas de salud mental. Como ya se ha comentado anteriormente, las chicas

La investigación aquí desarrollada es una evaluación transversal y convendría llevar a cabo una evaluación longitudinal para, como se ha dicho, comprobar la evolución de las posibles patologías así como la eficacia de los tratamientos terapéuticos.

Por último, señalar cómo algunas cuestiones referidas entre otros a las estrategias de afrontamiento, a la satisfacción con algunos aspectos de la vida e incluso, a la presencia de algunas dificultades emocionales pueden estar impregnadas de cuestiones culturales que vistas desde el punto de vista de la cultura occidental pueden estar quedando soslayadas, lo que implica que cualquier afirmación al respecto debe ser cautelosa.

8.2. Conclusiones

A continuación se expondrán las conclusiones extraídas de este trabajo de investigación sobre el bienestar emocional y la salud psicológica de los menores extranjeros no acompañados acogidos en centros de protección. Para ello, se irá dando respuesta a las hipótesis planteadas en el apartado de objetivos y metodología.

1. El perfil de los MENA que llegan a nuestro país es el de un adolescente varón procedente generalmente del Norte de África, encontrándose un número muy reducido de chicas en los hogares de acogida.
2. Estos jóvenes provienen de familias con un número importante de hijos y la mayoría continúa manteniendo relación en la distancia, si bien, por motivos en parte desconocidos, estos contactos resultan plenamente satisfactorios solo para algo más de la mitad de los jóvenes.
3. El contexto de procedencia de estos menores son familias con dificultades (desestructuración, algunos problemas económicos importantes,...) aunque en menor medida de lo encontrado en la literatura científica. No obstante, es importante matizar que parte de esta información es desconocida por los profesionales de atención directa que han sido los informantes clave de esta investigación.
4. El tipo de recursos del sistema de protección destinado a atender a estos jóvenes es muy diverso y la mayoría de los menores han pasado por un recurso previo. Esto es coherente teniendo en cuenta que tal y como funciona el sistema de protección en algunos territorios y más en el caso de MENA, es habitual que estos jóvenes sean atendidos en un recurso de primera acogida antes de incorporarse a un recurso estable. En este caso, era reducido el número de MENA que habían pasado por tres o más recursos. La mayoría de los jóvenes de la muestra, dadas sus características personales y familiares, cuentan con un plan de caso de preparación para la independencia por lo que permanecerán en el recurso de acogida hasta la mayoría de edad.
5. Casi la totalidad de los menores se encontraban realizando algún tipo de formación durante la fase de recogida de datos y la mayoría mostraban una buena adaptación al contexto escolar.
6. El consumo de drogas está presente en un tercio de la muestra, siendo la sustancia más consumida el cannabis, seguida de los inhalantes.
7. La prevalencia de problemas de salud mental varía según quién sea el informante y el medio que éste utilice para obtener la información. Así, la presencia de dificultades de este tipo oscila entre el 15%, si se atiende al criterio de estar recibiendo tratamiento de salud mental, y algo más del 30% mediante el uso del CBCL o el YSR como técnicas de screening. Algo menos del 15% de la muestra recibía tratamiento de salud mental.

8. El nivel de concordancia a la hora de clasificar a los participantes en los cuestionarios en su versión para adultos es elevada, si bien el CBCL detecta un número ligeramente superior de participantes clínicos. La concordancia también es elevada en el caso de las versiones autoinformadas, existiendo de nuevo una mayor ventaja en la detección de casos clínicos en el caso del YSR.
9. Efectivamente el YSR clasifica a un mayor número de participantes como clínicos en la escala internalizante frente al CBCL que lo hace en la escala externalizante.
10. La concordancia de los instrumentos del sistema ASEBA entre ellos y de las dos versiones del SDQ es elevada, superando en ambos casos el 75% para las escalas totales y siendo ligeramente superior en el caso de los cuestionarios SDQ.
11. El bienestar percibido de los MENA es moderado y similar a sus pares de la población general y algunas de sus dimensiones, especialmente el centro de acogida en el que residen, se relacionan con sus problemas de salud mental.

8.3. Líneas futuras

Una primera línea de investigación sería llevar a cabo una evaluación longitudinal que permitiese obtener más datos acerca de la evolución de las dificultades de salud mental así como de la eficacia de los tratamientos que están recibiendo.

Otra línea de trabajo resultaría de la posibilidad de poder adaptar los instrumentos de screening a este colectivo de menores. No sólo en lo que se refiere al idioma sino también abordar la investigación referida al modo en el que, en la cultura de procedencia de estos jóvenes, se considera el malestar psicológico, cómo se entiende y cómo se expresa, etc.

Por último, de las conclusiones de estos y otros estudios similares, podría derivarse el diseño de un protocolo de evaluación y derivación a tratamiento que permitiese abordar las dificultades con la suficiente celeridad como para evitar su agravamiento y cronificación. Además, habría que investigar cómo los factores culturales influyen en la aceptación y adhesión a los tratamientos clínicos así como hasta qué punto el conocimiento de dichos factores y de la especial casuística que suponen los MENA inciden en la eficacia de algunas terapias.

Referencias Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youths and Families.
- Achenbach, T.M. (2006). As other see us: clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Ajdukovic, M. y Ajdukovic, D. (1998). Impact of displacement on the psychological well-being of refugee children. *International Review of Psychiatry*, 10, 186-195.
- Ajdukovic, M.A. y Ajdukovic, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 843-854.
- Alianza Internacional Save the Children y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2004). *Los niños no acompañados en Europa. Declaración de Buena Práctica*. Recuperado de <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/34/Declaracion%20de%20Buenas%20Practicas.pdf>
- Almqvist, K. y Brandell-Forsberg, M. (1997). Iranian refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect*, 21, 351-366.
- Almqvist, K. y Broberg, A.G. (1999). Mental health and social adjustment in young refugee children 3 ½ years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 723-730.
- Almqvist, K. y Hwang, P. (1999). Iranian refugees in Sweden – coping processes in children and their families. *Childhood*, 6, 167-188.
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M.H. y Sroufe, L.A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235-245.

- Ararteko (2005). *Situación de los menores extranjeros no acompañados en la CAPV. Informe extraordinario presentado al Parlamento Vasco*. Euskadi: Gobierno Vasco.
- Arbex, C. y Jiménez, A. (2004). *Menores inmigrantes y consumo de drogas: un estudio cualitativo*. Madrid: Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid.
<http://jcpintoes.en.eresmas.com/drogas.pdf>
- Arce, E. (1999). Menores extranjeros en situación de desamparo. *Revista de derecho de familia: Doctrina, Jurisprudencia, Legislación*, 5 (oct), 67-88.
- Arnau-Sabatés, L. y Gilligan, R. (2015). What helps young care leavers to enter the world of work? Possible lessons learned from an exploratory study in Ireland and Catalonia. *Children and Youth Services Review*, 53, 185-191.
- Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía. (2006). *Entre la represión y la protección. Menores extranjeros no acompañados en Andalucía*. Sevilla: Autor.
- Ayotte, W. (2000). *Separated children coming to Western Europe: Why they travel and how they arrive*. London: Save the Children.
- Ayotte, W. y Williamson, L. (2001). *Separated children: An overview of the current situation*. London: Save the Children.
- Bann, C. y Tennant, R. (2002). *Highlight no. 190: Unaccompanied asylum-seeking children*. London: National Children's Bureau.
- Bargach, A. (2006). Los contextos de riesgo: menores migrantes "no" acompañados. En F. Checa y Olmos, J.C. Checa Olmos y A. Arjona (Eds.), *Menores tras la frontera: otra inmigración que aguarda* (pp.51-62). Barcelona: Icaria Antrazyt.
- Barkman, C., y Schult-Markwort, M. (2005). Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany: An epidemiological screening. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 357-366.
- Bartolomé, J.C. (2012). Sobre la interpretación del interés superior del menor y su trascendencia en el derecho positivo español. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia*, 3, 46-59.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. y Spinhoven, P. (2007a). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions and experiences of unaccompanied

refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 288-297.

Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E. y Spinhoven, P. (2007b). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in The Netherlands: One year follow-up. *Social Science and Medicine*, 64, 1204-1215.

Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A. y Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 342-355.

Begovac, I., Rudan, V., Skocic, M. y Filipovic, O. (2004). Comparisons of self-reported and parent-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Croatia. *Collegium Antropologicum*, 28(1), 393-401.

Biehal, N., Clayden, J., Stein, M. y Wade, J. (1995). *Moving on: Young people and leaving care schemes*. London: HMSO.

Bilenberg, N. (1999). The Child Behavioral Checklist (CBCL) and related material: Standardization and validation in Danish population based and clinical based samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 2-52.

Blackwell, D. y Melzak, S. (2000). *Far from the battle but still at war. Troubled refugee children in school*. London: The Child Psychotherapy Trust.

Boothby, N. (1998). Unaccompanied children from a psychological perspective. En E. Ressler, N. Boothby y D. Steinbock (Eds.), *Unaccompanied Children* (pp. 130-180). New York: Oxford University Press.

Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Papeles del Psicólogo*, 13, 197-204.

Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.

Bravo, A., Santos, I. y Del Valle, J.F. (2010). *Revisión de actuaciones llevadas a cabo con menores extranjeros no acompañados en el Estado Español*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.

- Bravo, R.M. (2005, octubre). *La situación de menores no acompañados en España*. Comunicación presentada en la Conferencia regional sobre Las Migraciones de los menores no acompañados: actuar de acuerdo con el interés superior del menor, Torremolinos, Málaga. Recuperado de http://www.coe.int/t/dg3/migration/archives/Source/MalagaRegConf/MG-RCONF_2005_11_Report_%20Spain_es.pdf
- Bronstein, I., Montgomery, P. y Dobrowolski, S. (2012). PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 551-557.
- Bronstein, I., Montgomery, P. y Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: Results from a large-scale cross-sectional study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22*(5), 285-294.
- Brunner, E. y Marmot, M. (2006). Social organization, stress and health. En M. Marmot y R.G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (2nd edn.) (pp. 6-30). Oxford: Oxford University Press.
- Burnett, A. y Fassil, Y. (2002). *Meeting the health needs of refugees and asylum seekers in the UK: An information and resource pack for health workers*. London: National Health Service/Department of Health.
- Burnett, A. y Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal, 322*, 544-547.
- Burns, B. J., Phillips, S., Wagner, H. R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y. y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youth involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(8), 960-970.
- Cabrera, J.C. (2005). *Acercamiento al menor inmigrante marroquí*. Sevilla: Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía.
- Calabozo, L. (Coord.) (2005). Menores inmigrantes y consumo de drogas. *Revista Trimestral de la Asociación Proyecto Hombre, marzo*, 27-38.
- Calzada, O. (2007). *La protección de los menores extranjeros no acompañados en Cantabria*. Cantabria: Dirección General de Políticas Sociales.

- Casas, F., Fernández-Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I. y Del Valle, J.F. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de Psicología*, 29(1), 148-158.
- Casas, F., Montserrat, C. y Malo, S. (2010). *Young people from a public care background pathways to education in Spain. The case study report. The YIPPEE project*. Recuperado de <http://tcru.ioe.ac.uk/yippee>
- Casas, F., Sarriera, J., Alfaro, J., González, M., Malo, S., Bertran, I., Figuer, C., Abs, D., Bedín, L. i Paradiso, A. (2012). Testing the Personal Wellbeing Index on 12–16 Year-Old Adolescents in 3 Different Countries with 2 New Items. *Social Indicators Research*, 105(3), 461-482.
- Cemlyn, S.J. y Nye, M. (2012). Asylum seeker young people: Social work value conflicts in negotiating age assessment in the UK. *International Social Work*, 55(5), 675-688.
- Chase, E., Knight, A. y Statham, J. (2008). *The emotional well-being of young people seeking asylum in the UK*. London: BAAF.
- Christie, A. (2003). Unsettling the 'social' in social work: responses to asylum seeking children in Ireland. *Child and Family Social Work*, 8, 223-231.
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D. y Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child y Family Studies*, 7, 283-296.
- Courtney, M., Dworsky, A., Brown, A., Cary, C., Love, K. y Vorhies, V. (2011). *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes of age 26*. Chicago: Chapin Hall Centre for Children at University of Chicago.
- Courtney, M., Piliavin, I., Grogan-Kaylor, A. y Nesmith, A. (2001). Foster youth transitions to adulthood: A longitudinal view of youth leaving care. *Child Welfare*, 80, 685-717.
- Courtney, M., Terrao, S. y Bost, N. (2004). *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Conditions of youth preparing to leave state care*. Chicago: Chapin Hall Centre for Children at University of Chicago.
- Crosse, S., Kayne, E. y Ratnofsky, A. (1992). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. Washington, DC: Westat Inc. National Centre on Child Abuse and Neglect.

- Cummins, R.A., Eckersley, R., Lo, S.K., Okerstrom, E., Hunter, B., y Davern, M. (2003). *Australian Unity Wellbeing Index: Cumulative psychometric record. Report 9.0*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life.
- DARNA y UNICEF. (1997). *Journées de sensibilisation pour l'enfance en difficulté*. Tángen: Autores.
- Davies, L.C. y McKelvey, R.S. (1998). Emotional and behavioural problems and competencies among immigrant and non-immigrant adolescents. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 658-665.
- De los Reyes, A. y Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- Defensor del Pueblo. (2005). *Informe sobre asistencia jurídica a los extranjeros en España. Informes, estudios y documentos, 20*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
- Del Sol, H. (2013). Menores migrantes no acompañados en un mundo de (des) protección. Una visión multidisciplinar: el caso español. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 7(2), 133-157.
- Del Valle, J.F. y Bravo, A. (2013). Current trends, figures and challenges in out of home child care: An international comparative analysis. *Psychosocial Intervention*, 22, 251-257. Doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a28>
- Del Valle, J.F., Bravo, A. y López, M. (2009). El acogimiento familiar en España. Implantación y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 33-41.
- Del Valle, J.F., Lázaro-Visa, S., López, M. y Bravo, A. (2011). Leaving care in family: transitions to adulthood from kinship care. *Children and Youth Services Review*, 33, 2475-2481.
- Del Valle, J.F., Sainero, A. y Bravo, A. (2011). *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*. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud.
- Department of Health (2001). *Children (Leaving Care) Act 2000: Regulations and guidance*. London: Department of Health.
- Derluyn, I. y Broekaert, E. (2005). On the way to a better future: trafficking and smuggling of unaccompanied minors. *International Migration*, 43, 31-56.

- Derluyn, I. y Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee minors. *Ethnicity and Health*, 12, 141-162.
- Derluyn, I. y Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescent: the glaring contrast between legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 319-330.
- Díez Morrás, F.J. (2012). Indefinición del interés superior del menor extranjero no acompañado en perjuicio de su protección. *REDUR* 10, 95-104.
- Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía. (2001). *Informe: Menores extranjeros No Acompañados*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Dixon, J., Wade, J., Byford, S., Weatherley, H. y Lee, J. (2006). *Young people leaving care: a study of costs and outcomes. Final Report to the Department for Education and Skills*. York: SPRU, University of York.
- Dyregrov, A. y Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.
- Dyregrov, A., Gjestad, R. y Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 59-68.
- Edwards, R.G. y Beiser, M. (1994). Southeast Asian refugee youth in Canada: The determinants of competence and successful coping. *Canada's Mental Health*, Spring, 1-5.
- Egelund, T. y Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14, 156-165.
- Ehnholt, K. A. y Yule, W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197-1210.
- Engebretsen, A. (2003). The child's – or the state's – best interests? An examination of the ways immigration officials work with unaccompanied asylum seeking minors in Norway. *Child and Family Social Work*, 8, 191-200.
- EUROARC. (1998). *Care to listen: A report of residential child care in four European countries*. Glasgow: The Center for Residential Child Care.

- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S., Angold, A. y Costello, E. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Services Review*, 75, 605-624.
- Fazel , M. y Stein, M. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370.
- Fazel , M. y Stein, M. (2003). Mental health of refugee children: a comparative study. *British Medical Journal*, 327, 134.
- Fazel, M., Wheeler, J. y Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Felsman, J.K., Leong, F.T., Johnson, M.C. y Felsman, I.C. (1990). Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: Adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Social Science and Medicine*, 31, 1251-1256.
- Ferenci, B. (2001). Separated refugee children in Austria. *International Journal of Refugee Law*, 12, 525-547.
- Finkenauer, C., Engels, R. y Meeus, W. (2002). Keeping secrets from parents: advantages and disadvantages of secrecy in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(2), 123-136.
- Fuentes, R. (2014). Menores extranjeros no acompañados (MENA). *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 105-111.
- Furr, R.M. y Funder, D.C. (1998). A multimodal analysis of personal negativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1580–1591.
- Gallego, V., Martínez, J.J., Ortiz, A., Pastor, M., Pérez, I. y Valero, M. (2006). La integración social de los menores inmigrantes no acompañados. Nuevos retos en la Comunidad de Madrid. *Acciones e investigaciones sociales, Nº 1 Extra*, 109.
- Garamendi, P.M., Bañón, R., Pujol, A., Aguado, F.F., Landa, M.I., Prieto, J.L. y Serrulla, F. (2011). Recomendaciones sobre métodos de estimación forense de la edad de los menores extranjeros no acompañados. Documento de Consenso de Buenas Prácticas entre los Institutos de Medicina Legal de España. *Revista Española de Medicina Legal*, 37(1), 22-29.

- García, G. (2015). La fiscalía en el nuevo reglamento de extranjería. Especial referencia a la determinación de la edad de los menores extranjeros no acompañados. En V. Cabedo Mallo (Coord.), *Menores no acompañados: los otros inmigrantes* (pp. 121-144). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garland, A. F., Landsverk, J. A. y Lau, A. S. (2003). Racial and ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 25, 491-507.
- Geltman, P.L., Grant-Knight, W., Mehta, S.D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J.M. y Wise, P.H. (2005). The 'Lost boys of Sudan'. Functional and behavioural health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159, 585-591.
- Goenechea, C. (2006, mayo). *Menores inmigrantes no acompañados: un estudio de su situación en la actualidad*. Comunicación presentada en el I Congrés Internacional a Educació a la Mediterrània, Palma de Mallorca, España. Recuperado de http://weib.caib.es/Documentacio/jornades/Web_I_Cong_Medit/PDFs/menors2.pdf
- Goodkind, S., Schelbe, L.A. y Shook, J.J. (2011). Why youth leave care: Understandings of adulthood and transition successes and challenges among youth aging out of child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33(6), 1039–1048
- Goodman, A. y Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 400-403.
- Goodman, A., Lamping, D.L. y Ploubidis, G.B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesised five subscales of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of abnormal child psychology*, 38(8), 1179-1191.
- Goodman, J.H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youth from Sudan. *Qualitative Health Research*, 24, 1177-1196.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

- Goodman, R. y Scott, S. (1999). Comparing the strengths and difficulties questionnaire and the child behavior checklist. Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Groark, C., Sclare, I. y Raval, H. (2011). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 421-442.
- Hargreaves, S., Holmes, A. y Friedland, J. (2003). The United Kingdom's experience of providing health care for refugees: Time for international standards? *Journal of Travel Medicine*, 10, 72-74.
- Harris, J. y Oppenheimer, D. (2002). *Into the arms of strangers: stories of the kindertransport*. London: Bloomsbury Publishing.
- Haveman, R. y Wolfe, B. (1995). The Determinants of Children's Attainments: A Review of Methods and Findings. *Journal of Economic Literature*, 33, 1829-1878.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G. y Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.
- Hek, R., Hughes, N. y Ozman, R. (2012). Safeguarding the needs of children and young people seeking asylum in the UK: Addressing past failings and meeting future challenges. *Child Abuse Review*, 21, 335-348.
- Heptinstall, E., Sethna, V. y Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: Association with premigration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380.
- Hodes, M. (1998). Refugee children. *British Medical Journal*, 316, 490-495.
- Hodes, M. (2000). Psychologically distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5(2), 57-68.
- Hodes, M. (2002). Implications for psychiatric services of chronic civilian strife: Young refugees in the UK. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 366-374.

- Hodes, M. (2008). Psychopathology in refugee and asylum seeking children. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor y A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th edition) (pp. 474-486). Oxford: Blackwell Publishing.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N. y Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7) 723-732.
- Hopkins, P. y Hill, M. (2006). *'This is a good place to live and think about the future...': The needs and experiences of unaccompanied asylum seeking children in Scotland*. Glasgow: Scottish Refugee Council.
- Hopkins, P. y Hill, M. (2008). Pre-flight experiences and migration stories: the accounts of unaccompanied asylum-seeking children. *Children's Geographies*, 6, 257-268.
- Hopkins, P. y Hill, M. (2010). The needs and strengths of unaccompanied asylum-seeking children and young people in Scotland. *Child and Family Social Work*, 15, 399-408.
- Howard, M. y Hodes, M. (2000). Psychopathology, adversity and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 368-377.
- Hsu, S.I. (1999). Somatisation among Asian refugees and immigrants as a culturally-shaped illness behaviour. *Annals of Academy of Medical Singapore*, 28, 841-845. Recuperado de http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/PWI/Cumulative_Psychometric_Record_Australian_data.doc
- Hubbard, J., Realmuto, G.M., Norhwood, A.K. y Masten, A.S. (1995). Comorbidity of psychiatric diagnoses with post-traumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1167-1173.
- Huegler, N. (2005). *Care and support for young separated refugees aged 16 and 17 in Germany and United Kingdom*. Birmingham: BASW.
- Huemer, J., Karnik, N.S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M.H. y Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 13.
- Immigration Law Practitioners' Association (ILPA) (2004). *Working with children and young people subject to immigration control: Guidelines for best practice*. London: ILPA.

- Jackson, S. y Martin, P. Y. (1998). Surviving the care system: education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21, 569-583.
- Jackson, S., Ajayi, S. y Quigley, M. (2005). *Going to university from care*. London: Thomas Coram Unit, Institute of Education.
- Jakobsen, M., Demott, M. y Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 53-58.
- Jensen, T.K., Fjermestad, K.W., Granly, L. y Wilhelmsen, N.H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116.
- Jiménez, L. e Izquierdo, J.D. (2013). Lo que se oculta detrás de la categoría “menores marroquíes no acompañados”: miedos cruzados, contradicciones europeas y consecuencias para el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(1), 193-202.
- Jiménez, M. (2003). *Buscarse la vida: análisis transnacional de los procesos migratorios de los menores marroquíes no acompañados en Andalucía*. Madrid: Ediciones SM.
- Jiménez-Álvarez, M. (2007, octubre). *Una mirada transnacional: contextos migratorios en Marruecos de los menores migrantes e intervención en origen*. Ponencia presentada en el Coloquio Internacional: La migración de menores no acompañados en Europa, Poitiers.
- Jones, D.J., Forehand, R., Brody, G. y Armistead, L. (2002). Psychosocial adjustment of African-American children in single-mother families: A test of three risk models. *Journal of Marriage and Family*, 64, 105-115.
- Kia-Keating, M. y Ellis, B.H. (2007). Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging and psychosocial adjustment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 29-43.
- Kinzie, J.D., Sack, W.H., Angell, R.H., Manson, S. y Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 370-376.
- Kline, P.M. y Mone, E. (2003). Coping with war: Three strategies employed by adolescent citizens of Sierra Leone. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(5), 321-333.

- Kocijan-Hercigonja, D., Rijavec, M., Marusic, A. y Hercogonja, V. (1998). Coping strategies of refugee, displaced and non-displaced children in a war area. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(1), 45-50.
- Kohli, R. (2002). Social work with unaccompanied asylum seeking young people. *Forced Migration Review*, 12, 31–33.
- Kohli, R. (2006). The sound of silence: Listening to what unaccompanied asylum-seeking children say and do not say. *British Journal of Social Work*, 30, 707-721.
- Kohli, R. (2009). Social work with unaccompanied asylum seeking children. *Social Work Education*, 28(6), 678-687.
- Kohli, R. (2011). Working to ensure safety, belonging and success for unaccompanied asylum seeking children. *Child Abuse Review*, 20, 311-323.
- Kohli, R. y Mather, R. (2003). Promoting psychosocial well-being in unaccompanied asylum seeking young people in the United Kingdom. *Child and Family Social Work*, 8, 201-212.
- Kovacev, L. y Shute, R. (2004). Acculturation and social support in relation to psychosocial adjustment of adolescent refugees resettled in Australia. *International Journal of Behavioural Development*, 28, 259-267.
- Kovacs, S. y Sharp, C. (2014). Criterion validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) with inpatient adolescents. *Psychiatry Research*, 219, 651-657.
- Kralj, L. y Goldberg, D. (2005). UK government policy and unaccompanied adolescents seeking asylum. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 202-205.
- Landsverk, J., Burns, B. J., Stambaugh, L. y Rolls-Reutz, J. (2006). *Mental health care for children and adolescents in foster care: Review of research literature*. Seattle, WA: Casey Family Programs.
- Lázaro, I. (2007). Menores extranjeros no acompañados: la situación en España. *Prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*, 10(19), 149-162.
- Leavey, G., Hollins, K., King, M., Barnes, J., Papadopoulo, C. y Grayson, K. (2004). Psychological disorder amongst refugee and migrant school children in London. *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*, 39, 191-195.

- Lehmann, A. (2002). Safe abortion: a right for refugees? *Reproduction Health Matters*, 10, 151-155.
- Leverton, B. y Lowensohn, S. (1990). *I came alone: the stories of the kindertransports*. Brighton: The Book Guide Ltd.
- Lewinsohn, P., Redner, J. y Seeley, J. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. En F. Strack, M. Argyle y N. Schwarz (eds.), *Subjective Well-being: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 141–172). Oxford: Pergamon Press.
- Locke, C.J., Southwick, K.M.D.M., McCloskey, L.A. y Fernandez-Esquer, M.E.P. (1996). The psychological and medical sequelae of war in Central American refugee mothers and children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150, 822-828.
- López de los Mozos, A. (2015). La nueva legislación en materia de repatriación de menores extranjeros no acompañados. En V. Cabedo Mallol (Coord.), *Menores no acompañados: los otros inmigrantes* (pp. 93-120). Valencia: Tirant lo Blanch.
- López, M., Santos, I., Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de Psicología* 29(1), 187-196.
- Lorek, A., Ehntholt, K., Nesbitt, A., Wey, E., Githinji, C., Rossor, E. y Wickramasinghe, R. (2009). The mental and physical health difficulties of children held within a British immigration detention centre: A pilot study. *Child abuse and neglect*, 33, 573-585.
- Loughry, M.F. y Flouri, E. (2001). The behavioural and emotional problems of former unaccompanied refugee children 3-4 years after their return to Vietnam. *Child Abuse and Neglect*, 25, 249-263.
- Lustig, S.L., Kia-Keating, M., Knight, W.G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J.D., Keane, T., y Saxe, G.N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24-36.
- Macmann, G. y Barnett, D. (1993). The child behavior checklist/4-18 and related materials: Reliability and validity of syndromal assessment. *School Psychology Review*, 22, 322-334.
- Maegusuku-Hewett, T., Dunkerley, D., Scourfield, J. y Smalley, N. (2007). Refugee children in Wales: coping and adaption in the face of adversity. *Children and Society*, 21, 309-321.

- Manzani, L. y Arnosó, M. (2014). Bienestar psicosocial en menores y jóvenes extranjeros sin referente familiar adulto: factores de riesgo y protección. *Norte de Salud Mental*, 12(49), 33-45.
- Markez, I. y Pastor, F. (2009). *Drogodependencia en menores extranjeros no acompañados (MENA): su derecho a una educación y salud de calidad*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Markez, I. y Pastor, F. (2010). Menores extranjeros no acompañados (MENA), un colectivo especialmente vulnerable ante las drogas. *Zerbitzuan - Revista de Servicios Sociales*, 48, 71-85.
- Martín, E. y Muñoz del Bustillo, M.C. (2009). School adjustment of children in residential care: a multi-source analysis. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 462-470.
- Martín, E., Rodríguez, T. y Torbay, A. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19, 406-412.
- Martínez, A., Sanahuja, A. y Santonja, V. (2007). *Manual de intervención psicosocial con menores migrantes. Cuadernos de investigación, nº1*. Valencia: Ceimigra.
- Marzal, A. (2005, octubre). *Menores no acompañados*. Actas de la Conferencia regional sobre Las Migraciones de los menores no acompañados: actuar de acuerdo con el interés superior del menor, Torremolinos, Málaga. Recuperado en http://www.coe.int/t/dg3/migration/archives/Source/MalagaRegConf/MG-RCNF_2005_Inauguration_Marzal_es.pdf
- Masten, A.S. y Coastworth, J. D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A.S. y Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-28). New York: Cambridge University Press.
- McCarthy, C. y Marks, D.F. (2010). Exploring the health and well-being of refugee and asylum seeking children. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 586-595.
- McKelvey, R.S. y Webb, J.A. (1995). Unaccompanied status as a risk factor in Vietnamese Amerasians. *Social Science and Medicine*, 41, 261-266.

- Mels, C., Derluyn, I. y Broekaert, E. (2008). Social support in unaccompanied asylum-seeking boys: a case study. *Child: Care, Health and Development*, 34(6), 757-762.
- Melzak, S. (1995). *What happens to children when their parents are not there? The challenge of holding a developmental and child focused perspective within organizations that offer therapeutic work with survivors of torture and organized violence*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- Michelson, D. y Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 273-296.
- Miller, C. y Porter, K. E. (2007). Barriers to employment among out-of-school youth. *Children and Youth Services Review*, 29(5), 572-587.
- Mitchell, F. (2003). The social services response to unaccompanied children in England. *Child Family and Social Work*, 8, 179-189.
- Montgomery, E. y Foldspang, A. (2005). Seeking asylum in Denmark: refugee children's mental health and exposure to violence. *European Journal of Public Health*, 15, 233-237.
- Muñoz, A. y Empez, N. (2007, december). *Internal migration: Unaccompanied minors from Morocco, migrating from the rural areas to Tangier to try to reach the European Shores*. Paper presented at Fifth African Population Conference, Arusha, Tanzania. Recuperado de <http://uaps2007.princeton.edu/papers/70038>
- Myers, A. (2001). *Growing up too fast*. London: Refugee Council.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2006). *Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children y primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26*. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- Newman, T. y Blackburn, S. (2002). *Transitions in the lives of children and young people: Resilience factors*. Edinburgh: Scottish Executive Education Department.
- Ní Raghallaigh, M. y Gilligan, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience and the relevance of religion. *Child and Family Social Work*, 15(2), 226-237.

- Observatorio de la Infancia (2015). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia* (Vol. 16). Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.
- Ochoa de Alda, I., Antón, J., Rodríguez, A. y Atabi, H. (2009). La importancia del trabajo con la familia en la atención a menores extranjeros no acompañados. Un estudio piloto. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 427-439.
- Papadopoulos, R. (1999). Working with families of Bosnian medical evacuees: therapeutic dilemmas. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(1), 107-120.
- Papadopoulos, R.K. (ed.) (2002). *Therapeutic care for refugees. No place like home*. London: Karnac.
- Park, N., Huebner, S., Laughlin, J.E, Valois, R.F. y Gilman, R. (2004). A cross-cultural comparison of the dimensions of child and adolescent life satisfaction reports. *Social Indicators Research*, 66, 61-79.
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). Reply strengths of character and well-being: a closer look at hope and modesty. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 628-634.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. y Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88, 1-25.
- Phibbs-Witmer, T.A. y Culver, S.M. (2001). Trauma and resilience among Bosnian refugee families: A critical review of the literature. *Journal of Social Work Research*, 2(2), 173-187.
- Proyecto CON RED (2004). *Rutas de pequeños sueños. Los Menores Migrantes No Acompañados en Europa. Actas del I Seminario Europeo*. Barcelona: Fundación Pere Tarrés y Universidad Ramón Llull.
- Quiroga, V. y Sòria, M. (2010). Los y las menores migrantes no acompañados/as: entre la indiferencia y la invisibilidad. *Educación Social*, 45, 13-35.
- Quiroga, V., Alonso, A. y Armengol, C. (2005). *Rutas de pequeños sueños. Menores Migrantes No Acompañados en Europa*. Barcelona: Fundación Pere Tarrés.

- Quiroga, V., Alonso, A. y Sòria, M. (2009). *Sueños de bolsillo. Menores migrantes no acompañados en el País Vasco*. Bilbao: Secretaría de Inmigración del Gobierno Vasco.
- Quiroga, V., Alonso, A. y Sòria, M. (2010). *Sueños de bolsillo. Los y las menores migrantes no acompañados/as en España*. Madrid: UNICEF.
- Raval, H. (2005). Being heard and understood in the context of seeking asylum and refuge: Communicating with the help of bilingual co-workers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 197-217.
- Rea, A. (2001). *Psychological needs, social support and estimates psychological distress among unaccompanied refugee minors Ireland*. Unpublished thesis for PhD in Clinical Psychology Queens University, Belfast.
- Refugee Council (2005). *Ringing the changes: The impact of guidance on the use of Sections 17 and 20 of the Children Act 1989 to support unaccompanied asylum-seeking children*. London: Author.
- Reguera, E. (1988). *Cachorros de nadie*. Madrid: Editorial Popular.
- Renk, K. y Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 24(2), 239-254.
- Rescorla, L., Ginzburg, S., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Almqvist, F., Begovac, I., Bilenberg, N., Bird, H., Chahed, M., Dobrea, A., Döpfner, M., Erol, N., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M.C., Leung, P.W.L., Minaei, A., Novik, T.S., Oh, K., Petot, D., Petot, J.M., Pomalima, R., Rudan, V., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H.C., Valverde, J., Van der Ende, J., Weintraub, S., Metzke, C.W., Wolanczyk, T., Zhang, E.Y., Zukauskienė, R. y Verhulst, F. C. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 262-273.
- Ressler, E.M., Boothby, N. y Steinbock, D.J. (1988). *Unaccompanied children: Care and protections in wars, natural disasters, and refugee movements*. London: Oxford University Press.
- Rey, J.M., Schrader, E. y Morris-Yates, A. (1992). Parent-child agreement on children's behavior reported by the Child Behavior Checklist (CBCL). *Journal of Adolescence*, 15(3), 219-230.

- Robjant, K., Hassan, R. y Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *194*, 306-312.
- Rousseau, C. (1995). The mental health of refugee children. *Transcultural Psychiatric Research Review*, *32*, 229-331.
- Rousseau, C., Drapeau, A. y Platt, R. (2004). Family environment and emotional and behavioural symptoms in adolescent Cambodian refugees: influence of time, gender and acculturation. *Medicine, Conflict and Survival*, *20*, 151-165.
- Rumbaud, R.G. (1991). The agony of exile: A study of the migration and adaptation of Indochinese refugee adults and children. En F.L. Ahearn y J.L. Athey (Eds.), *Refugee children: Theory, research and services. The John Hopkins series in contemporary medicine and public health* (pp. 53-91). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Russell, S. (1999). *Most vulnerable of all: The treatment of unaccompanied refugee children in the UK*. London: Amnesty International.
- Rutter, J. (2003a). *Working with refugee children*. York: Joseph Rowntree Foundation and London Metropolitan University.
- Rutter, J. (2003b). *Supporting refugee children in 21st Century Britain* (2nd edn). Stoke-on-Trent, UK: Trentham Books.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, *21*, 119-144.
- Ruxton, S. (2000). *Separated children seeking asylum in Europe: a programme for action*. London: Save the Children /United Nations High Commissioner for Refugees.
- Sabin, M., Lopes Cardoso, B., Nackerud, L., Kaiser, R. y Varese, L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, *290*, 635-642.
- Sack, W.H. (1998). Multiple forms of stress in refugee and immigrant children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *7*, 153-167.

- Sainero, A., Del Valle, J.F. y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 31(2), 472-480.
- Sainero, A., Del Valle, J.F., López, M. y Bravo, A. (2013). Exploring de specific needs of understudied group: Children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35, 1393-1399.
- Sala, J., Jariot, M., Villalba, A. y Rodríguez, M. (2009). Analysis of factors involved in the social inclusión process of young people fosteres in residential care institutions. *Children and Youth Services Review*, 31, 1251-1257.
- Sameroff, A.J. (2000). Dialectical processes in developmental psychopathology. En A. Sameroff, M. Lewis y S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed.) (pp. 23-40). New York: Kluwer Academic.
- Sánchez Redondo, J.M. (1996). Toma de decisiones: el plan de caso. En J. De Paúl y M.I. Arruabarrena (Coords.), *Manual de protección infantil* (pp. 213-279). Barcelona: Masson.
- Sánchez, M.A., Aguelo, P., Quiroga, V., Escudero, P. y Olaguibel, A. (Coord.) (2009). *Ni ilegales ni invisibles. Realidad jurídica y social de los menores extranjeros en España. Informe 2009*. Madrid: UNICEF.
- Sanchez-Cao, E., Kramer, T. y Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 651-659.
- Save the Children (2005). *Young refugees: A guide to the rights and entitlements of separated refugee children*. London: Author.
- Seglem, K.B., Oppedal, B. y Roysamb, E. (2014). Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment: A comparative study of young unaccompanied refugees and youth in the resettlement country. *International Journal of Behavioral Development*, 38(3), 293-303.
- Seiffge-Krenke, I. y Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behavior: a longitudinal analysis of parent-adolescents agreement on internalizing and externalizing problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 687-697.

- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Senovilla, D. (2007). *Situación y tratamiento de los menores extranjeros no acompañados en Europa. Un estudio comparado de seis países: Alemania, Bélgica, España, Francia, Italia y Reino Unido*. Bélgica: Observatorio Internacional de Justicia Juvenil.
- Senovilla, D. (2012). El plan de acción (2010-2014) de la Comisión Europea. *Mugak*, 56, 17-21.
- Senovilla, D. (2014). Menores no acompañados y no protegidos: resultados de una investigación en cuatro estados europeos. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 42, 81-96.
- Servan-Schreiber, D., Le Lin, B. y Birmaher, B. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and major depressive disorder in Tibetan refugee children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 874-879.
- Setién, M.L. y Barceló, F. (2008). La atención a los menores extranjeros no acompañados en el País Vasco: modelos de intervención y luces y sombras del sistema de acogida. *E-migrinter*, 2, 78-88.
- Setién, M.L. y Berganza, I. (2006). Intervención social con menores inmigrantes no acompañados. Diversos modelos. *Acciones e Investigaciones Sociales, Nº 1 Extra*, 119.
- Shamseldin, L. (2012). Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child 1989 in the care and protection of unaccompanied asylum seeking children: Findings from empirical research in England, Ireland and Sweden. *International Journal of Children's Rights*, 20, 90-121.
- Shanks, L. y Schull, M.J. (2000). Rape in war: the humanitarian response. *Canadian Medical Association*, 284, 604-611.
- Shaw, M., Dorling, D. y Davey Smith, G. (2006). Poverty, social exclusion and minorities. En M. Marmot y R.G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (2nd edn) (pp. 196-223). Oxford: Oxford University Press.
- Shore, N., Sim, K.E., Prohn, N.S. y Keller, T.E. (2002). Foster parent and teacher assessments of youth in kinship and non-kinship foster care placements: are behaviors perceived differently across settings? *Children and Youth Services Review*, 24, 109-134.

- Shoshani, A., Nakash, O., Zubida, H. y Harper, R.A. (2014). Mental health and engagement in risk behaviors among migrant adolescents in Israel: The protective functions of secure attachment, self-esteem and perceived peer support. *Journal of Immigrant and Refugee Studies*, 12(3), 233-249.
- Sinclair, I., Baker, C., Lee, J. y Gibbs, I. (2007). *The pursuit of permanence: a study of the English Care System*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Soler, M. y Martín, J. (2015). Los derechos y garantías de los menores extranjeros no acompañados. En V. Cabedo Mallol (Coord.), *Menores no acompañados: los otros inmigrantes* (pp. 23-52). Valencia: Tirant lo Blanch.
- SOS Racismo (2004). *Informe anual 2004. Sobre el racismo en el estado español*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse and Neglect*, 22(7), 719-727.
- Stanley, K. (2001). *Cold comfort. Young separated refugees in England*. London: Save the Children.
- Stansfeld, S.A. (2006). Social support and social cohesion. En M. Marmot y R.G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (2nd edn) (pp. 148-171). Oxford: Oxford University Press.
- Steel, Z., Frommer, N. y Silove, D. (2004). Part 1 – The mental health impacts of migration: The law and its effects: Failing to understand: Refugee determination and the traumatized applicant. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27(6), 511-528.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. y Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 421-435.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T. y Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*, 360, 1056-1062.
- Stein, M. (2004). *What works for young people leaving care?* Barkingside: Barnardo's.

- Stein, M. (2005). *Resilience and young people leaving care. Overcoming de odds*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Stein, M. y Wade, J. (2000). *Helping care leavers: Problems and strategic responses*. London: Department of Health.
- Stewart, C.J., Kumb, H.C., Barth, R.P. y Duncana, D.F. (2014). Former foster youth: Employment outcomes up to age 30. *Children and Youth Services Review, 36*, 220-229.
- Stone, R. (2000). *Children first and foremost: meeting the needs of unaccompanied asylum seeking children*. Barkingside: Barnardo's.
- Stranger, C. y Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*(1), 107-115.
- Street, C., Stapelkamp, C., Taylor, E., Malek, M. y Kurtz, Z. (2005). *Minority voices: Research into the access and acceptability of services for the mental health of young people from black and minority ethnic groups*. London: Young Minds.
- Suárez Sandomingo, J.M. (2009). Algunos modelos de programas de inserción sociolaboral de los jóvenes tutelados en España. *IPSE-ds, 2*, 39-61.
- Sujoldzic, A., Paternel, L., Kulenovic, T. y Tercic, R. (2006). Social determinants of health – a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium Antropologicum, 30*, 703-711.
- Sullivan, P. y Knutson, J. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect, 24*(100), 1257-1273.
- Tarren-Sweeney, M. y Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health, 42*(3), 89-97.
- Thomas, S. y Byford, S. (2003). Research with unaccompanied children seeking asylum. *BMJ, 327*, 1400-1402.
- Thomas, S., Thomas, S., Nafees, B. y Bhugra, D. (2004). "I was running away from death": The pre-flight experiences of unaccompanied asylum-seeking children in the UK. *Child: Care, Health and Development, 30*(2), 113-122.

- Thommessen, S., Laghi, F., Cerrone, C., Baiocco, R. y Todd, B.K. (2013). Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 7-10.
- Trujillo, M.A. y Morante, M.L. (2009). Las niñas y adolescentes que emigran solas en España: ¿Un nuevo fenómeno social? En A. Jiménez Hernández (Coord.), *Menores migrantes sin referentes familiares* (pp. 65-68). Madrid: Grupo Editorial Universitario.
- Ulker, A. (2008). Mental health and life satisfaction of young Australians: the role of family background. *Australian Economic Papers*, 47(2), 199-218.
- UNHCR (2006). *The state of the world's refugees. Human displacement in the new Millennium*. Oxford: Oxford University Press.
- UNHCR y Save the Children (2006). *La participación de los menores extranjeros no acompañados: el derecho a ser oído*. Recuperado de http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/105/Conclusiones%20Participacion%20MENA_El%20derecho%20a%20ser%20oído.pdf
- Vacchiano, F. (2011, mayo). *La salud mental es una red. La intervención con menores migrantes y el reto de la colaboración*. Ponencia presentada en los III Encuentros Interprofesionales sobre menores y jóvenes extranjeros en situación de riesgo, San Sebastián, Guipúzcoa.
- Van der Ende, J. y Verhulst, F.C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(3), 117-126.
- Van Manen, M. y Levering, B. (1996). *Childhood's secrets: Intimacy, privacy and the self reconsidered*. New York: Teachers College Press.
- Verdugo, M., Bermejo, B. y Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19(2), 205-215.
- Verhulst, F.C. y Van der Ende, J. (1992). Agreement between parent's report and adolescents' self reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(6), 1011-1023.
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. y Derluyn, I. (2014a). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337-346.

- Vervliet, M., Meyer Demott, M.A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T. y Derluyn, I. (2014b). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 33-37.
- Vierhaus, M. y Lohaus, A. (2008). Children and parents as informants of emotional and behavioural problems predicting female and male adolescent risk behaviour: A longitudinal cross-informant study. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(2), 211-224. Doi: 10.1007/s10964-007-9193-3.
- Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., Mitterer-Asadi, M., Granditsch, E., Steiner, H., Friedrich, M.H. y Huemer, J. (2014). Responses to conflict, family loss and flight: Posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa. *Neuropsychiatrie*, 28(1), 6-11.
- Wade, J. (2011). Preparation and transition planning for unaccompanied asylum-seeking and refugee young people: a review of evidence in England. *Children and Youth Services Review*, 33, 2424-2430.
- Wade, J., Mitchell, F. y Baylis, G. (2005). *Unaccompanied asylum seeking children: The response of social work services*. London: BAAF.
- Wade, J., Sirriyeh, A., Kohli, R. y Simmonds, J. (2012). *Fostering unaccompanied asylum-seeking young people: creating a family life across 'a world of difference'*. London: BAAF.
- Westwood, J.L. (2012). Constructing risk and avoiding need: Findings from interviews with social workers and police officers involved in safeguarding work with migrant children. *Child Abuse Review*, 21, 349-361.
- Whittaker, S., Hardy, G., Lewis, K. y Buchan, L. (2005). An exploration of psychological well-being with young Somali refugee and asylum-seeker women. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 177-196.
- Who Cares? Trust (1993). *Not just a name: The views of young people in foster and residential care*. London: National Consumer Council.
- Wiese, E.B.P. y Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44, 596-613.

- Wilkinson, R.G. y Marmot, M.E. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen: World Health Organisation Europe.
- Williams, T. (2001). *Inequality and Child Well-being: Implications for Research* (Research Background Paper, no. 01-2). St. Louis: Center for Social Development, Washington University. Recuperado de http://csd.wustl.edu/Publications/Documents/RBP01-02_71.InequalityAndChildWellBeing.pdf
- Williamson, L. (1998). Unaccompanied – but not unsupported. En J. Rutter y C. Jones (Eds.), *Refugee education. Mapping the field* (pp. 49-74). Wiltshire: Trentham Books: Stoke on Trent.
- Yeh, M. y Weisz, J.R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1018-1025.
- Younstrom, E., Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1038-1050.

Anexo

CUESTIONARIO PARA EDUCADORES

Primera evaluación: 2013

PRESENTACIÓN

Como seguramente sabrá, estamos realizando un estudio para la evaluación de las necesidades de salud mental de los niños, niñas y adolescentes que viven en acogimiento residencial, contando para ello con la colaboración de diferentes administraciones, universidades y entidades de nuestro país. El proyecto está enmarcado dentro del plan i+D+i financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. El objetivo es identificar las necesidades de atención de salud mental de los niños, niñas y adolescentes acogidos y proponer recursos de tratamiento ajustados a ellas.

Para ello precisamos recoger información de todos los niños y niñas mayores de 6 años acogidos. Recabaremos información respecto a su situación de salud, aspectos socio-familiares y de su desarrollo. Con este fin necesitamos que el educador/a de referencia de cada niño o joven nos cumplimente este cuestionario, con el ruego de que sea lo más preciso y riguroso que le sea posible, ya que esa será la clave del éxito de este estudio.

Le rogamos que lea con atención cada pregunta y responda seleccionando la opción adecuada con una CÍRCULO (en caso de error, puede tachar y redondear la opción correcta). En algunas preguntas le pedimos que escriba algún detalle más. Trate de ser claro y conciso. Si hay información que no tiene y puede acceder a ella preguntando a otros compañeros o profesionales le rogamos que lo haga.

Si de todas formas tuviera alguna duda, puede remitir su consulta al coordinador de la investigación en su región.

TODA LA INFORMACIÓN SERÁ TRATADA CONFORME A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL Y CON TOTAL RESPETO A LA INTIMIDAD.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Antes de comenzar recuerde leer las instrucciones de la página anterior

Nombre y apellidos del educador / a (persona que cumplimenta el cuestionario): Solicitamos esta información con el fin de poder contactar con usted en caso de necesitar aclarar algún contenido del cuestionario.	<hr/> <hr/>
--	-------------

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN del niño/a	___/____
--	----------

0.1 Fecha de cumplimentación del cuestionario: __/__/__

0.2. Persona informante (marque su rol respecto al niño/joven):

1. Educador de referencia/tutor
2. Educador del hogar (sin ser tutor)
3. Otros (especificar): _____

0.3. Nombre del centro / hogar de acogida: _____

0.4. Titularidad del centro / hogar: 1. Pública 2. Concertada

0.5. Tipo de programa residencial (si es preciso puede marcar más de una opción):

1. Programa básico-hogar vertical
- 2a. Programa básico-adolescentes
- 2b. Programa específico-autonomía
3. Menores Extranjeros no acompañados
4. Necesidades educativas especiales
5. Socialización
6. Terapéutico

0.6. ¿El niño/a está tutelado por una región diferente a la que se encuentra en acogida?

1. Sí 2. No **0.7.** Especifique la región que tiene la tutela _____

A) DATOS BÁSICOS DEL NIÑO/A

A.1 Fecha de nacimiento completa del niño/a: __/__/__

A.2 Edad actual: _____

A.3 Sexo: 1. Mujer 2. Hombre

A.4 ¿Es un Menor Extranjero No Acompañado?: 1. Sí 2. No **A.5** País de origen: _____

A.6 ¿Es un menor perteneciente a familia inmigrante?: 1. Sí 2.No **A.7** País de origen: _____

A.8 Pertenece a la etnia gitana?: 1. Sí 2.No

B) PROCESO DE INTERVENCIÓN

B.1 Fecha de alta en este hogar o centro: __ / __ / __

B.2 Tiempo total que lleva de estancia (en meses): _____

(Si ha habido interrupciones o reingresos contar meses efectivos de estancia)

B.3 ¿Ha estado en otros centros acogido anteriormente? 1. Sí 2.No

En caso de que la respuesta sea positiva B.4 ¿En cuántos centros ha estado antes de llegar a éste? _____

B.5 ¿Cuántos meses ha estado en TOTAL en acogimiento residencial? _____

B.6 ¿Cuál es la situación legal del niño o la niña?

1. Tutela
2. Guarda
3. Otros (especificar): _____

B.7 Motivos de protección (**marcar todos los motivos que correspondan**):

1. Malos tratos (en cualquiera de sus tipos)
2. Imposible cumplimiento de obligaciones paternas (prisión de los padres, orfandad...)
3. Abandono/renuncia (sólo en el caso de renuncia del recién nacido o en los casos de abandono total en los que los padres se desentienden completamente del niño)
4. Incapacidad de control parental (se refiere a los casos en los que los padres no son capaces de controlar y poner límites a sus hijos)
5. Violencia contra los padres por parte del hijo o hija
6. Otros (especificar): _____

B.8 **En caso de haber sufrido malos tratos**, señale todos los tipos de los que se tiene conocimiento que haya sufrido el niño/a.

1. Maltrato físico
2. Negligencia física
3. Maltrato emocional
4. Negligencia emocional
5. Abuso sexual
6. Explotación sexual
7. Otros (especificar): _____

B.9 Si se trata de un niño/a que ha experimentado una ruptura de acogimiento o adopción por favor especifique:

1. Ruptura de acogimiento familiar
2. Ruptura de adopción
3. Ninguna de ellas

B.10 ¿Tiene el niño o la niña una finalidad para su plan de caso?

1. Sí
2. En evaluación o estudio
3. No hay plan explícito

B.11 **En caso de tener finalidad** su plan de caso, ésta es:

1. Reunificación familiar
2. Separación definitiva y acoplamiento a una nueva familia (adopción/acogimiento permanente)
3. Emancipación/Independencia
4. Tratamiento de problemas de conducta o emocionales
5. Otros (especificar): _____

C) CONTEXTO FAMILIAR

C.1 **Padre**

Paradero desconocido: 1. Sí 2.No

Fallecido: 1. Sí 2.No

Problemáticas:

1. Sin datos
2. Delincuencia
3. Prisión
4. Problemas económicos severos
5. Violencia contra su pareja
6. Otras (especificar):

C.2 **Madre**

Paradero desconocido: 1. Sí 2.No

Fallecida: 1. Sí 2.No

Problemáticas:

1. Sin datos
2. Delincuencia
3. Prisión
4. Prostitución
5. Problemas económicos severos
6. Víctima violencia por parte de su pareja
7. Otras (especificar):

C.3 **Pareja (los padres del niño/a)**

Estatus de la pareja:

1. Sin datos
2. Casada/pareja de hecho/estable
3. Separación/divorcio
4. Viudo
5. Viuda
6. Soltero/a
7. Otro (especificar):

C.4 Nº total de HIJOS/AS incluyendo al menor evaluado: _____

C.5 Tiene hermanos en el mismo hogar o centro? 1. Sí 2.No

C.6 **En caso positivo** ¿Cuántos hermanos tiene en el mismo hogar o centro?: ____

C.7 Contactos con la familia de origen

1. No hay contactos
2. Solo recibe visitas
3. Solo tiene salidas al domicilio familiar (fin de semana/vacaciones)
4. Tiene visitas y realiza salidas al domicilio familiar
5. Otros contactos (telefónicos, mail, cartas...)

C.8 **En el caso de tener visitas** ¿son supervisadas? 1. Sí 2.No

C.9 Los contactos con la familia producen reacciones conductuales o emocionales en el niño/a:

1. Positivas. Detallar:

2. Negativas. Detallar:

3. Sin consecuencias

D) SITUACIÓN ESCOLAR

Para aquellos que estén estudiando

D.1 Estudios que cursa:

1. Educación obligatoria (Primaria, ESO)
2. Bachillerato
3. Formación profesional (PCPI, Módulos oficiales)
4. Módulos o talleres profesionales (no reglado)
5. No cursa ningún tipo de estudios
6. Otros estudios.: _____

D.2 Valore las siguientes cuestiones sobre el rendimiento académico con una puntuación entre 1 (nunca) y 5 (siempre):

	Puntuaciones 1-5
Realiza diariamente las tareas escolares que le ponen en el colegio	
Se muestra motivado/a por aprender y estudiar	
Asiste a clase diariamente, salvo faltas justificadas	
Se muestra respetuoso con los profesores y personal	
Se comporta correctamente en el centro escolar	
Le gusta ir al colegio o centro formativo	

D.3 ¿Existe algún tipo de adaptación curricular individual? 1. Sí 2. No

D.4 ¿Acude a un centro para niños con Necesidades Educativas Especiales? 1. Sí 2. No

D.5 ¿Ha repetido algún curso a lo largo de su trayectoria académica? 1. Sí 2. No

D.6 ¿Cómo valoraría su rendimiento académico?

1. Aprueba todo con muy buena notas
2. Aprueba todo con notas suficientes
3. Suspende alguna asignatura
4. Suspende varias asignaturas
5. No tiene notas en los estudios que cursa

D.7 Situación laboral (para el caso de que no estudie o estudie y trabaje al mismo tiempo)

1. No aplicable (por edad o sigue estudios)
2. Trabaja
3. En paro (buscando empleo)
4. Otros: _____

E) SALUD

E.1 Existe algún tipo de discapacidad:

1. Sin discapacidad
2. Discapacidad física
3. Discapacidad intelectual
4. Discapacidad sensorial

E.2 ¿Tiene minusvalía reconocida? 1. Sí 2. No **E.3** En caso positivo, especifique porcentaje de minusvalía:

1. Leve (por debajo del 33%)
2. Moderada (entre 33 y 64%)
3. Grave (entre 65 y 74%)
4. Muy grave (por encima del 75%)

E.4 ¿Tiene algún tipo de enfermedad importante o especialmente reseñable? Especificar

F) SALUD MENTAL

Tratamientos

A continuación vamos a consultarle acerca de la existencia de diferentes tratamientos separados en secciones, en caso de que el niño/a no acuda a alguno de ellos, marque la opción NO en la primera respuesta y pase a la siguiente sección.

PSICOMOTRICIDAD

F.1 ¿Está acudiendo el niño/a a sesiones de Psicomotricidad? 1. Sí 2. No

F.2 Motivo por el que acude:

LOGOPEDIA

F.3 ¿Está acudiendo el niño/a a sesiones de Logopedia? 1. Sí 2. No

F.4 Motivo por el que acude:

PSIQUIÁTRICO

Este apartado se refiere únicamente a tratamiento con un **profesional de psiquiatría**, más adelante se preguntará por el tratamiento psicológico.

F.5 ¿Está acudiendo el niño/a a tratamiento psiquiátrico? 1. Sí 2. No

F.6 Motivo por el que acude:

F.7 Detallar diagnóstico o señalar cualquier tipo de indicaciones o impresiones diagnósticas proporcionadas por el profesional:

F.8 Tipo de recurso (si acude a más de un psiquiatra responda a las preguntas considerando el que pauta el tratamiento principal):

1. Público
2. Privado
3. Profesional del propio centro

F.9 Frecuencia de las visitas al profesional:

1. Semanal
2. Quincenal
3. Mensual
4. Cada 2 meses
5. Cada 3 meses
6. Intervalo mayor a 3 meses

F.10 Duración de las sesiones:

1. Menos de 15 minutos
2. Entre 15 y 30 minutos
3. Entre 30 minutos y una hora
4. Más de una hora

F.11 Tipo de tratamiento: 1. Individual 2. Grupal 3. Ambos

F.12 ¿Cuánto tiempo lleva acudiendo a tratamiento psiquiátrico?: _____ (meses)

F.13 ¿El profesional que le atiende ha sido el mismo desde el principio? 1. Sí 2. No

F.14 ¿Cómo valora la efectividad del tratamiento?

1. Ha empeorado mucho
2. Ha empeorado un poco
3. Sigue igual
4. Ha mejorado un poco
5. Ha mejorado mucho

F.15 ¿Estuvo en tratamiento psiquiátrico anteriormente? 1. Sí 2. No

F.16 ¿Cuánto tiempo estuvo recibiendo ese tratamiento? _____ (meses)

F.17 Motivo de la baja en el tratamiento:

1. Tratamiento exitoso
2. Abandono del tratamiento por el niño/a
3. Otros: _____

FARMACOLÓGICO

F.18 ¿Tiene el niño/a algún tratamiento farmacológico? 1. Sí 2. No

F.19 Tipo de medicación (especificar): _____

F.20 Profesional que lo estableció:

1. Psiquiatra
2. Pediatra
3. Neuropediatra
4. Otros: _____

F.21 Profesional que lo revisa:

1. Psiquiatra
2. Pediatra
3. Neuropediatra
4. Otros: _____

PSICOLÓGICO

F.22 ¿Está acudiendo el niño/a a tratamiento psicológico? 1. Sí 2. No

F.23 Motivo por el que acude:

F.24 Detallar diagnóstico o señalar cualquier tipo de indicaciones o impresiones diagnósticas proporcionadas por el profesional:

F.25 Tipo de recurso (*indique todas las opciones que sean necesarias*):

1. Centro público de salud mental
2. Profesional particular (recurso privado)
3. Programa o servicio específico para menores del sistema de protección
4. Profesional del propio centro
5. Otros (especificar): _____

Si acude a más de un tipo de recurso, ¿cuál es el recurso principal que marca las pautas de la intervención? _____

A partir de ahora responda a las preguntas basándose en el recurso principal.

F.26 Frecuencia de las visitas al profesional:

- | | |
|--------------|------------------------------|
| 1. Semanal | 4. Cada 2 meses |
| 2. Quincenal | 5. Cada 3 meses |
| 3. Mensual | 6. Intervalo mayor a 3 meses |

F.27 Duración de las sesiones:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Menos de 15 minutos | 3. Entre 30 minutos y una hora |
| 2. Entre 15 y 30 minutos | 4. Más de una hora |

- F.28 Tipo de tratamiento: 1. Individual 2. Grupal 3. Ambos
- F.29 ¿Cuánto tiempo lleva acudiendo a tratamiento psicológico: _____ (meses)
- F.30 ¿El profesional que le atiende ha sido el mismo desde el principio? 1. Sí 2. No
- F.31 ¿Cómo valora la efectividad del tratamiento?
1. Ha empeorado mucho
 2. Ha empeorado un poco
 3. Sigue igual
 4. Ha mejorado un poco
 5. Ha mejorado mucho
- F.32 ¿Estuvo anteriormente en tratamiento psicológico? 1. Sí 2. No
- F.33 ¿Cuánto tiempo estuvo recibiendo ese tratamiento? _____ (meses)
- F.34 Motivo de la baja en el tratamiento:
1. Tratamiento exitoso
 2. Abandono del tratamiento por el niño/a
 3. Otros: _____

Antecedentes familiares

- F.35 ¿Existen problemas de discapacidad intelectual en alguno de los padres?:
1. No
 2. Sí en el padre
 3. Sí en la madre
 4. Sí ambos
 5. Sin datos
- F.36 ¿Existen antecedentes de salud mental en la familia? 1. Sí 2. No 3. Sin datos
- F.37 Si existen antecedentes, ¿qué familiar/es lo presentan o presentaron? (especificar diagnóstico si se conoce):
1. Padre (Especificar): _____
 2. Madre (Especificar): _____
 3. Hermanos (Especificar): _____
 4. Otros: _____
- F.38 ¿Existen antecedentes de conducta suicida en la familia (intentos o consumados)?
1. Sí 2. No 3. Sin datos
- F.39 Si existen antecedentes ¿qué familiar lo presenta o presentó?:
1. Padre: 1. Sí 2. No. **En caso positivo especificar:** 1. Intento de suicidio 2. Consumado
 2. Madre: 1. Sí 2. No. **Especificar:** 1. Intento de suicidio 2. Consumado
 3. Hermanos: 1. Sí 2. No. **Especificar:** 1. Intento de suicidio 2. Consumado
 4. Otros: _____

F. 40 ¿Existen problemas de alcoholismo en alguno de los padres?

1. No
2. Sí en el padre
3. Sí en la madre
4. Sí ambos
5. Sin datos

F.41 ¿Existen problemas de drogodependencia en alguno de los padres?

1. Sí
2. No
3. Sin datos

F.42 Si existen, ¿qué tipo de adicción tienen o tuvieron?

1. Padre: 1. Sí 2. No. **Especificar:** 1. Cannabis 2. Heroína 3. Cocaína 4. Otros
2. Madre: 1. Sí 2. No. **Especificar:** 1. Cannabis 2. Heroína 3. Cocaína 4. Otros

Conducta suicida y drogodependencias (en el niño/a o joven)

F.43 ¿Presenta el niño/a o ha presentado alguna conducta de tipo suicida? 1. Sí 2. No

En caso de que la respuesta sea positiva: **F.44** Tipo de conducta que ha manifestado:

1. Amenazas de suicidio
2. Intentos de suicidio

F.45 ¿Presenta el niño/joven un consumo excesivo de alcohol? 1. Sí 2. No

F.46 ¿Presenta el niño/a algún tipo de consumo de las siguientes sustancias adictivas?

Cannabis (porros)

1. No
2. Esporádicamente
3. Regularmente/adictivo

Inhalantes

1. No
2. Esporádicamente
3. Regularmente/adictivo

Heroína

1. No
2. Esporádicamente
3. Regularmente/adictivo

Cocaína

1. No
2. Esporádicamente
3. Regularmente/adictivo

Otras sustancias (detallar): _____

1. No
2. Esporádicamente
3. Regularmente/adictivo

INVENTARIO DE COMPORTAMIENTO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS EN ADELANTE

Este cuestionario se ha diseñado para padres, respondiendo en función del conocimiento que tienen de sus hijos en su convivencia. En el caso de niños y niñas en **acogimiento residencial** lo debe completar **el educador/a que mejor conozca a cada niño o niña**, habitualmente el educador/a tutor/a.

En el cuestionario se encontrará una serie de frases que describen a los niños/as. Para cada frase **piense en el comportamiento del niño/a ahora o en los últimos seis meses** y haga un círculo en el número **2** si la frase describe al niño/a **muy a menudo o bastante a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo **algo o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la frase que describe al niño/a **no es cierta** (al menos, que usted sepa).

Por favor **conteste todas las frases** de la mejor manera posible incluso si algunas de ellas parecen no describir al niño/a. Es importante que no deje ítems sin cumplimentar.

MUCHAS GRACIAS

A continuación hay una lista de frases que describen a los/as niños/as. Para cada frase que describe a su hijo/a **ahora o durante los últimos seis meses** haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo/a **muy a menudo o bastante a menudo**. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo/a **algo o algunas veces**. Haga un círculo en el 0 si la descripción con respecto a su hijo/a **no es cierta**.

Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo/a.

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	1.	Se comporta como si fuera más pequeño	0	1	2	33.	Cree o se queja de que nadie le quiere
0	1	2	2.	Bebe alcohol sin permiso de los padres	0	1	2	34.	Cree que los demás le quieren perjudicar
0	1	2	3.	Discute mucho	0	1	2	35.	Se siente inferior o cree que no vale nada
0	1	2	4.	No termina las cosas que empieza	0	1	2	36.	Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso/a a tener accidentes
0	1	2	5.	Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar	0	1	2	37.	Se mete en muchas peleas
0	1	2	6.	Hace sus necesidades fuera del váter	0	1	2	38.	Los demás se burlan de él/ella a menudo
0	1	2	7.	Es presumido/a, engreído/a	0	1	2	39.	Va con niños/as o jóvenes que se meten en problemas
0	1	2	8.	No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo	0	1	2	40.	Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0	1	2	9.	No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado/a (describa): _____	0	1	2	41.	Impulsivo/a; actúa sin pensar
0	1	2	10.	No puede estar quieto/a sentado/a, es movido/a, o hiperactivo/a	0	1	2	42.	Prefiere estar solo/a
0	1	2	11.	Es demasiado dependiente o apegado/a a los adultos	0	1	2	43.	Mentiroso/a o tramposo/a
0	1	2	12.	Se queja de que se siente solo/a	0	1	2	44.	Se muerde las uñas
0	1	2	13.	Está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes	0	1	2	45.	Nervioso/a, ansioso/a o tenso/a
0	1	2	14.	Llora mucho	0	1	2	46.	Movimientos nerviosos o tics (describa): _____
0	1	2	15.	Es cruel con los animales	0	1	2	47.	Pesadillas
0	1	2	16.	Es agresivo/a, cruel o malo/a con los demás	0	1	2	48.	No cae bien a otros niños/as o jóvenes
0	1	2	17.	Sueña despierto/a; se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	49.	Padece de estreñimiento
0	1	2	18.	Se hace daño a sí mismo/a deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	50.	Demasiado ansioso/a o miedoso/a
0	1	2	19.	Exige mucha atención	0	1	2	51.	Se siente mareado/a
0	1	2	20.	Rompe sus propias cosas	0	1	2	52.	Se siente culpable por cualquier cosa
0	1	2	21.	Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas	0	1	2	53.	Come demasiado
0	1	2	22.	Desobedece en casa	0	1	2	54.	Se cansa demasiado
0	1	2	23.	Desobedece en la escuela	0	1	2	55.	Tiene sobrepeso
0	1	2	24.	No come bien	0	1	2	56.	Problemas físicos sin causa médica :
0	1	2	25.	No se lleva bien con otros niños/as o jóvenes	0	1	2	a.	Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o de cabeza)
0	1	2	26.	No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	b.	Dolores de cabeza
0	1	2	27.	Se pone celoso/a fácilmente	0	1	2	c.	Náuseas, se siente mal
0	1	2	28.	Se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0	1	2	d.	Problemas con los ojos (valórelo como 0 si usa gafas) (Describa): _____
0	1	2	29.	Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa): _____	0	1	2	e.	Erupciones u otros problemas en la piel
0	1	2	30.	Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	f.	Dolores de estómago o retortijones
0	1	2	31.	Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	g.	Vómitos
0	1	2	32.	Cree que tiene que ser perfecto/a	0	1	2	h.	Otros (describa): _____
					0	1	2	57.	Ataca a otras personas físicamente
					0	1	2	58.	Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
					0	1	2	59.	Juega con sus órganos sexuales en público
					0	1	2	60.	Juega demasiado con sus órganos sexuales

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	61.	Trabajo deficiente en la escuela	0	1	2	87.	Cambios repentinos de humor o sentimientos
0	1	2	62.	Mala coordinación o torpeza	0	1	2	88.	Malhumorado/a, pone mala cara
0	1	2	63.	Prefiere estar con niños/as o jóvenes mayores que él/ella	0	1	2	89.	Desconfiado/a, receloso/a
0	1	2	64.	Prefiere estar con niños/as o jóvenes menores que él/ella	0	1	2	90.	Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0	1	2	65.	Se niega a hablar	0	1	2	91.	Habla de querer matarse
0	1	2	66.	Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa): _____	0	1	2	92.	Habla o camina cuando está dormido/a (describa): _____
0	1	2	67.	Se fuga de casa	0	1	2	93.	Habla demasiado
0	1	2	68.	Grita mucho	0	1	2	94.	Se burla de los demás o molesta mucho
0	1	2	69.	Muy reservado/a; se calla todo	0	1	2	95.	Tiene rabietas o mal genio
0	1	2	70.	Ve cosas que no existen (describa): _____	0	1	2	96.	Piensa demasiado sobre temas sexuales
0	1	2	71.	Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo	0	1	2	97.	Amenaza a otros
0	1	2	72.	Prende fuegos	0	1	2	98.	Se chupa el dedo
0	1	2	73.	Problemas sexuales (describa): _____	0	1	2	99.	Fuma tabaco
0	1	2	74.	Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso/a	0	1	2	100.	No duerme bien (describa): _____
0	1	2	75.	Muy tímido/a	0	1	2	101.	Hace novillos, falta a la escuela sin motivo
0	1	2	76.	Duerme menos que la mayoría de los/las niños/as o jóvenes	0	1	2	102.	Poco activo/a, lento/a, o le falta energía
0	1	2	77.	Duerme más que la mayoría de los/las niños/as o jóvenes durante el día y/o la noche	0	1	2	103.	Infeliz, triste o deprimido/a
0	1	2	78.	Desatento/a, se distrae fácilmente	0	1	2	104.	Más ruidoso/a de lo común
0	1	2	79.	Problemas para hablar (describa): _____	0	1	2	105.	Toma alcohol o drogas (describa): _____
0	1	2	80.	Se queda mirando al vacío	0	1	2	106.	Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0	1	2	81.	Roba en casa	0	1	2	107.	Se orina en la ropa durante el día
0	1	2	82.	Roba fuera de casa	0	1	2	108.	Se orina en la cama
0	1	2	83.	Almacena cosas que no necesita (describa): _____	0	1	2	109.	Se queja mucho
0	1	2	84.	Comportamiento raro (describa): _____	0	1	2	110.	Desea ser del sexo opuesto
0	1	2	85.	Ideas raras (describa): _____	0	1	2	111.	Se aísla, no se relaciona con los demás
0	1	2	86.	Tozudo/a, malhumorado/a, irritable	0	1	2	112.	Se preocupa mucho
					0	1	2	113.	Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo/a y que no esté incluido en esta lista: _____
					0	1	2		_____
					0	1	2		_____

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ-Cas)

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Algo cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda que respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

	No es cierto	Algo cierto	Cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños más pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN