

**TESIS DOCTORAL**

Programa de Doctorado en Educación y Psicología



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

# **Evaluación del perfil y necesidades de adolescentes en acogimiento residencial terapéutico**

Assessment of profile and needs of adolescents in  
Therapeutic Residential Child Care

**ALBA ÁGUILA OTERO**

2020

# TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado en Educación y Psicología

2020



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

## **Evaluación del perfil y necesidades de adolescentes en acogimiento residencial terapéutico**

Assessment of profile and needs of adolescents in  
Therapeutic Residential Child Care

**ALBA ÁGUILA OTERO**

DIRECTORES:  
Jorge C. Fernández Del Valle  
Amaia Bravo Arteaga



## RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

### 1.- Título de la Tesis

Español/Otro Idioma: *Evaluación del perfil y necesidades de adolescentes atendidos en acogimiento residencial terapéutico*

Inglés: *Assessment of profile and needs of adolescents in therapeutic residential child care*

### 2.- Autor

Nombre:

ÁLBA ÁGUILA OTERO

Programa de Doctorado: EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

Órgano responsable: UNIVERSIDAD DE OVIEDO

### RESUMEN (en español)

El objetivo de esta tesis es analizar el perfil y las necesidades de la población adolescente atendida en los hogares de Acogimiento Residencial Terapéutico (ART), así como el funcionamiento de los recursos desde la perspectiva de los y las jóvenes.

La muestra total del estudio estaba compuesta por un total de 450 adolescentes (305 chicos y 145 chicas), con edades entre los 11 y 18 años ( $M=15,29$  años;  $DT=1,35$ ), residentes en 38 hogares de ART, bajo la tutela o guarda de las siguientes administraciones: Xunta de Galicia, Principado de Asturias, Gobierno de Cantabria, Diputaciones Forales de Vizcaya y Guipúzcoa, Generalitat de Cataluña, Junta de Castilla y León, Comunidad de Madrid y Cabildo de Tenerife. Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para recoger la información de los perfiles mediante la revisión de los expedientes de protección infantil. Para recoger la información sobre las necesidades del grupo adolescente se utilizaron diferentes cuestionarios estandarizados en formato autoinforme sobre: salud mental, experiencias de victimización, problemas de consumo de alcohol y problemas de consumo de cannabis. En relación con el funcionamiento del hogar, se llevaron a cabo evaluaciones de calidad en 9 de los hogares participantes, utilizando el instrumento ARQUA-E.

Este grupo de adolescentes se caracterizaba por la presencia de algún factor de riesgo en el núcleo familiar, predominando dificultades económicas, violencia de género y problemas de salud mental en alguno de los progenitores. Los motivos de protección más habituales fueron el maltrato y la incapacidad de control parental, destacando también los casos de violencia filio-parental. Además, el proceso de protección era inestable, con numerosos cambios de medida y de hogar en poco tiempo. Por otro lado, se observó un amplio rango de conductas de riesgo, entre las que resaltaban conductas violentas, consumo de drogas, fugas, conducta delictiva y conducta suicida. En relación con las necesidades, se encontró una elevada prevalencia de problemas de salud mental (casi el 70% de la muestra), experiencias de victimización y elevados problemas de consumo de drogas (más del 50% de los casos tenían problemas con el alcohol y/o con el cannabis). Además, se ha observado la mayor vulnerabilidad de las chicas, quienes mostraron un perfil concreto de conductas de riesgo y un mayor daño psicológico en las diferentes áreas evaluadas. En relación con el funcionamiento, el grupo de jóvenes en ART mostró un buen nivel de satisfacción con la ayuda recibida durante su estancia, destacando los puntos fuertes y débiles de los programas terapéuticos.

Este trabajo pone en valor la importancia de la prevención y detección precoz de los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil dentro del sistema de protección infantil, haciendo hincapié en el apoyo especializado de las medidas de protección familiares o menos restrictivas para evitar las rupturas y cambios de hogar reiterados. La adecuada evaluación y derivación de los casos a estos hogares tan especializados resulta imprescindible. En la misma línea, la puesta en marcha de Programas Basados en la Evidencia desarrollados para el ART es recomendable, así como las evaluaciones de calidad periódicas que permitan analizar el funcionamiento del hogar desde la perspectiva de profesionales y jóvenes residentes. Por último, dada la vulnerabilidad del grupo de chicas resulta esencial adoptar una perspectiva de género dentro del sistema de protección para atender de forma adecuada sus características y necesidades particulares.



## RESUMEN (en inglés)

The objective of this thesis is to analyze the profile and needs of the adolescent population served in Therapeutic Residential Care (TRC), as well as the functioning of resources from the perspective of young people.

The total sample of the study was made up of a total of 450 adolescents (305 boys and 145 girls), with ages between 11 and 18 years old ( $M = 15.29$  years;  $SD = 1.35$ ), placed in 38 TRC homes, under the guardianship or care of the following administrations: Xunta de Galicia, Principality of Asturias, Government of Cantabria, Foral Delegation of Bizkaia and Gipuzkoa, Government of Catalonia, Junta de Castilla y León, Community of Madrid and Island Council of Tenerife. An ad hoc questionnaire was made to collect the information from the profiles by reviewing the child protection files. Different standardized questionnaires were used to collect information on the needs of the adolescent group. These questionnaires were in a self-report format on mental health, experiences of victimization, problems with alcohol consumption and problems with cannabis use. Regarding program processes, quality evaluations were carried out in nine of the participating TRC homes, using the ARQUA-E instrument.

This group of adolescents was characterized by the presence of some family risk factors in the family environment with the predomination of economic difficulties, gender violence and mental health problems in one or both parents. Most frequent reasons for admission were abuse and neglect, and out-of-parental control, highlighting child-to-parent violence cases. Furthermore, the child care process was unstable, with numerous placement changes in a short time. On the other hand, a considerable range of risk behaviors was observed, standing out violent behavior, drug abuse, runaway, criminal behavior, and suicidal behavior. Concerning their needs, a high prevalence of mental health problems (almost 70% of the sample) was found, namely the experiences of victimization and the serious problems of substance abuse (more than 50% of the cases had problems with alcohol and/or cannabis). Also, the higher vulnerability levels of the girls were detected, once these groups showed a specific profile of risk behaviors and more significant psychological damage in the different areas assessed. In relation to functioning, the group of young people in TRC showed a good level of satisfaction with the help received during their stay, highlighting the strengths and weaknesses of the therapeutic programs.

This work highlights the importance of the prevention and early detection of mental health problems in the child and youth population within the child protection system, emphasizing the specialized support of family or less restrictive protection measures to avoid repeated breakdowns and changes of placement. Adequate evaluation and referral of cases to these highly specialized homes are essential. Furthermore, the implementation of Evidence-Based Programs developed for TRC is recommended, as well as periodic quality evaluations that allow analyzing the functioning of the home from the perspective of professionals and young residents. Lastly, given the vulnerability of the female group, it is essential to adopt a gender perspective within the child care system to address their particular characteristics and needs adequately.

Esta tesis se ha llevado a cabo con la ayuda de un contrato financiado por el Principado de Asturias, a través del Programa “Severo Ochoa” de ayudas Predoctorales para la Investigación y Docencia en el Principado de Asturias (BP16061).

Los estudios realizados como parte de esta tesis doctoral han sido financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España, a través de la concesión de un proyecto de Investigación I+D+i en el Plan de Proyectos Excelencia y Proyectos Retos en la Convocatoria de 2015. El estudio, titulado “*Evaluación de centros de acogimiento residencial especializado para adolescentes con graves problemas emocionales y conductuales: población atendida, diseño y resultados.*” (PSI2015-65229-R) se ha desarrollado entre los años 2016-2019.



La mayoría de las referencias bibliográficas de esta tesis están en formato APA 7<sup>th</sup>, dado que es el formato vigente actualmente desde su publicación en octubre de 2019. Tan solo los artículos ya publicados cuentan con referencias en formato APA 6<sup>th</sup>, por ser el formato requerido por las revistas cuando se enviaron para su publicación.

*A todas las chicas que han participado en el estudio,  
aunque no lo sepáis, vosotras movéis el mundo.*

*A Toni, por ser resiliencia y bondad a partes iguales.*

*A Ermelina y Dolores, ojalá fuerais eternas.*

*A L.*

## AGRADECIMIENTOS

---

Antes de nada, quiero dar las gracias a los y las 450 adolescentes que han participado en el estudio, y a todos los demás niños, niñas y adolescentes que están dentro del sistema de protección infantil en España. Sin duda, sois el motor de esta tesis y mi mayor motivación para trabajar día a día. También quiero agradecer su tiempo, dedicación y esfuerzo a todos los equipos educativos y técnicos que se han implicado en este proyecto tan ambicioso, sin vosotros y vosotras no hubiera sido posible. De la estrecha colaboración durante estos años me llevo muchos aprendizajes, reflexiones y ganas de seguir creciendo como profesional en el campo. Del mismo modo, quiero dar las gracias a los equipos directivos, que nos han abierto las puertas de sus hogares, literalmente, y nos han hecho sentir como en casa. Así mismo, también dar las gracias a todas las administraciones autonómicas y provinciales que han hecho posible esta investigación, y que nos han acogido en sus oficinas para revisar durante horas y horas los expedientes, estando siempre pendientes del equipo. Cada profesional en el ámbito de protección forma parte de un complicado engranaje al servicio de la infancia y la adolescencia, con una tarea tan importante como complicada. Por eso espero que este estudio sea un ejemplo de colaboración eficiente entre el ámbito práctico e investigador, y una ayuda para los y las profesionales que cuidan de todos los niños, niñas y adolescentes.

Agradecer a mis directores, Jorge y Amaia, la oportunidad de hacer el doctorado en su grupo de investigación, de participar en proyecto de investigación nacional y de aprender trabajando codo con codo a vuestro lado durante estos años. Gracias por la confianza, depositando en mis inexpertas manos un estudio de semejante envergadura. Espero haber cumplido con éxito las expectativas, aunque este logro no habría sido posible sin vosotros siendo faro en los momentos más oscuros, aclarando todas las dudas y los miedos cada vez que surgían.

Las estancias de investigación en el extranjero han supuesto una gran oportunidad tanto profesional como personal, por ello, me gustaría dar mi más sincero agradecimiento tanto a Jan Storø como a Marie Sallnäs por recibirme en sus universidades y presentarme a sus equipos, por la hospitalidad y cariño recibidos. También agradecer Tore Andreassen y Claes Høyland, por abrirme las puertas del programa *MultifunC* en Oslo. Gracias a Ingis y Karatina, por hacerme sentir en casa estando tan lejos.

Gracias a Sergio, por formar parte de esta tesis con un trabajo ejemplar. Gracias por todas tus revisiones y sugerencias que, sin duda, han ayudado a incrementar la calidad de la tesis. Gracias también por hacer tan fácil el trabajo en equipo, espero, el primero de muchos.

No puedo olvidarme de dar las gracias a todos los y las estudiantes a las que he dado clase, por ser parte esencial en este proceso de formación y aprendizaje.



Ahora me gustaría dedicar unas palabras a mis amigos, amigas y familiares, las personas que, más allá del ámbito académico, me han dado fuerza cada día para seguir adelante.

A mis padres y mi hermano, gracias por ser mi raíz y mi hogar. Por arrojarme con vuestras alas sin importar la circunstancia y por sostenerme en los momentos más difíciles. Todo lo que pueda decir se queda corto, gracias ahora y siempre. A las que ya no están, pero siempre prevalecen: mi abuela y mi tía. Me habéis enseñado el valor del trabajo duro, la constancia y el amor incondicional, habéis sido mi mayor ejemplo. Esta tesis se ha terminado en tiempos de pandemia y confinamiento, momentos duros en el que la familia ha tenido que despedirse de un miembro muy importante, el tío Luis. De ti he aprendido la importancia del trabajo bien hecho, y el poder de la perseverancia sin importar la adversidad. Gracias por todos estos años. Al resto de mi familia, gracias por el ser el ancla que me hace volver siempre a casa a pesar de mis ansias de volar.

A Silvia, compañera en el camino desde el inicio. El mayor regalo de este proceso ha sido, sin duda, compartirlo contigo. Además de ser mi mentora en las evaluaciones de calidad, contigo he aprendido a no olvidar la razón y la meta de esta locura llamada doctorado, a resistir a pesar de las dificultades, a convertir los golpes en fortalezas y a disfrutar de los pequeños momentos, como un sorbete de limón bien hecho. Este proyecto ha supuesto un gran reto para ambas, pero ha estado lleno de aventuras, dándonos la oportunidad de crecer juntas. Este éxito es ambas y, por fin, podemos celebrarlo. Gracias por venir para quedarte, por no soltarme nunca.

A Carlos, porque éramos unos críos cuando la idea del doctorado se estaba fraguando y, sin embargo, siempre me animaste a seguir luchando, dando por un hecho un éxito que para mí aún era inimaginable. Gracias por ser guía y maestro, por recordarme siempre que la humildad y el amor son la base de todo.

A Paula, porque después de tantos años es difícil concebir la vida sin ti, sin tu risa. Gracias por compartir siempre conmigo tu objetivo, esa forma despreocupada de ver la vida que esconde un corazón enorme y un refugio donde sentirse arropada. Ojalá sigamos capturando momentos juntas, llorando de la risa y riendo de tanto llorar. Solo puedo decir: ama, ama, ama y ensancha el alma.

A Clara, Ana y Berta, las mujeres con las que he crecido. Cada una de vosotras sois una fuente interminable de aprendizaje y la mejor de las medicinas. Si echo la vista atrás no podría estar más orgullosa de las mujeres en las que os habéis convertido hoy día, de la fuerza que tenéis para afrontar cualquier obstáculo en la vida, y la preciosa red que hemos tejido de amor, cuidado y sororidad. Que la vida nos pille bailando despeinadas, con la cabeza, la voz y el puño muy altos.

A Jorge, por mantenerme los pies en la tierra y la mente soñando, por creer en mí incondicionalmente. Te has sumado sin pensarlo a todas las aventuras que han surgido, y aquí seguimos, celebrando las victorias como piratas y riéndonos de las derrotas mientras cogemos carrerilla para la siguiente batalla. Hoy brindamos por las aventuras que vendrán.

Diego, nunca pensé que alguien tan impulsivo podría tener tanta paciencia con otra persona, pero has superado el reto con creces. Gracias por respetar los tiempos y los espacios cuando fueron necesarios, por permanecer y tenderme la mano. Pero, sobre todo, gracias por tu paciencia y amor infinitos. Que los abrazos y las risas no falten nunca.

A mi familia nómada, por todos los kilómetros recorridos y por los que vendrán. Gracias por llenar mi vida de aventuras y recargarme las pilas cuando estaban totalmente agotadas. Cada uno y cada una habéis sido inspiración y ejemplo de algún modo. Por vosotros y vosotras volvería a subir a caballo a Chatyr-Kul o comería un plato entero de Hákarl. Gracias por cruzaros en el camino y llenarlo de locura.

Por último, no puedo olvidarme de Luci, por ser más que una profesora y convertirme en una buena amiga. No me cansaré de decirte que no habría llegado hasta aquí si no fuera por ti. Gracias por tu dedicación y apoyo durante el camino.

Por estas, y muchas otras razones, la tesis es también un logro de estas personas. Si algo he aprendido durante el doctorado es que lo mejor de la vida, es la compañía.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

<b>PRESENTACIÓN DE LA TESIS .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>19</b>
1.1. Acogimiento residencial en España .....	19
1.2. Vulnerabilidad de la población en protección infantil .....	20
1.2.1. Problemas de salud mental .....	20
1.2.2. Conductas de riesgo .....	23
1.3. Acogimiento Residencial Terapéutico (ART) como respuesta .....	26
1.3.1. Características de la población atendida en ART .....	29
1.3.2. Acogimiento Residencial Terapéutico (ART) en España .....	31
<b>CAPÍTULO 2: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA .....</b>	<b>35</b>
2.1. Objetivos .....	35
2.2. Metodología .....	36
2.2.1. Participantes .....	36
2.2.2. Instrumentos .....	37
2.2.2.1. Perfil y características de la población atendida .....	37
2.2.2.2. Experiencias de victimización .....	38
2.2.2.3. Problemas de consumo de drogas .....	38
2.2.2.4. Problemas de salud mental .....	39
2.2.2.5. Funcionamiento de los hogares ART .....	39
2.2.3. Procedimiento .....	40
<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
3.1. Resumen estudios .....	43
3.2. Informe de factor de impacto .....	45
Estudio 1 .....	47
Estudio 2 .....	57
Estudio 3 .....	69
<b>CAPÍTULO 4: TRABAJO COMPLEMENTARIO .....</b>	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN .....</b>	<b>93</b>
5.1. Perfil de adolescentes en ART .....	93
5.2. Necesidades de la población en ART .....	97
5.3. Funcionamiento de los hogares terapéuticos .....	99
<b>CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES .....</b>	<b>103</b>
<b>CAPÍTULO 7: IMPLICACIONES PRÁCTICAS .....</b>	<b>107</b>
<b>CAPÍTULO 8: CONTINUIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>109</b>
8.1. Líneas de investigación en desarrollo .....	109
8.2. Líneas de investigación futuras .....	112
<b>CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>115</b>

## PRESENTACIÓN

---

Esta tesis se enmarca en un proyecto I+D+i financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, titulado “*Evaluación de centros de acogimiento residencial especializado para adolescentes con graves problemas emocionales y conductuales: población atendida, diseño y resultados*” (PSI2015-65229-R), conocido como “*Proyecto THEACORES*”. El estudio ha sido coordinado por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) desde la Universidad de Oviedo, contando con la colaboración de un gran equipo investigador procedente de la Universidad de Girona, Cantabria, La Laguna y Loyola.

Tomando como premisa la elevada prevalencia de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes dentro del sistema de protección infantil (Bronsard et al., 2016; Pecora et al., 2009), el GIFI desarrolló un estudio a nivel nacional entre los años 2013 – 2015, para analizar la problemática de salud mental en la población infantil y adolescente que residía en hogares de protección infantil en España, así como la cobertura terapéutica recibida. Los resultados mostraron una elevada prevalencia de problemas psicológicos y tratamientos de salud mental en la muestra (González-García et al., 2017), concordando con los estudios internacionales.

Partiendo de estos antecedentes se plantea el proyecto THEACORES, el primer estudio a nivel nacional centrado en el análisis de los hogares de Acogimiento Residencial Terapéuticos (ART). El ART abarca diferentes tipos de programas (socialización, alta intensidad educativa, centros para problemas de conducta, etc.), siendo los recursos más especializados dentro del sistema de protección infantil, encargados de atender a la población más vulnerable: adolescentes con problemas emocionales y/o conductuales. Los objetivos del estudio eran analizar de forma exhaustiva tanto la población atendida en estos hogares, como las características y funcionamiento de los propios programas. Para alcanzar estos objetivos se contó con la participación de 450 adolescentes, residentes en 38 hogares terapéuticos ubicados en diferentes regiones del país.

El diseño del proyecto era complejo, recogiendo información de diversas fuentes e informantes clave, a través de cuestionarios estandarizados y cuestionarios diseñados *ad hoc* para este estudio. Por otro lado, el estudio se ha desarrollado en dos fases, la primera para conocer el perfil y las necesidades de los y las adolescentes en ART, la segunda para conocer el funcionamiento de los programas terapéuticos. Dada la complejidad del diseño, el proyecto se ha llevado a cabo a lo largo de 4 años, y ha requerido el trabajo coordinado de diferentes equipos en el ámbito práctico y académico, dando lugar a dos tesis doctorales. A lo largo de estos años he participado activamente a tiempo completo en el proyecto, desde la fase de diseño y preparación del estudio, la recogida y volcado de datos, y la devolución de resultados, coordinando el proyecto y haciendo el seguimiento de la muestra desde el inicio hasta el final del estudio.

Esta tesis se compone de tres estudios, publicados en revistas indexadas en JCR. El *Estudio 1* describe el perfil de los y las adolescentes residentes en ART, así como las necesidades de salud mental que presentan. El *Estudio 2* analiza el impacto que tienen las experiencias de victimización sufridas a lo largo de la vida en la salud de este grupo de adolescentes, al estudiar la relación entre la victimización y los problemas de consumo de alcohol y cannabis. El *Estudio 3* presenta el nivel de satisfacción de los y las adolescentes con el funcionamiento de los hogares terapéuticos, mediante la comparación de la satisfacción percibida en programas de acogimiento residencial general, preparación para la vida independiente y terapéuticos. Este estudio proviene de las evaluaciones de calidad llevadas a cabo en una submuestra de 9 hogares de ART dentro del proyecto, formando parte de la tesis de mi compañera Silvia, quién ha elaborado una revisión exhaustiva de las evaluaciones de calidad en acogimiento residencial, adaptando un instrumento de evaluación para los programas de acogimiento residencial en España (Pérez-García, 2019).

Un proyecto tan ambicioso como este ha generado una gran cantidad de datos para analizar que permitirán conocer de forma detallada la población atendida en ART, las características de los hogares terapéuticos y el funcionamiento general de este tipo de programas. Dado que el programa de doctorado llega a su fin, alcanzando los cinco años máximos marcados por la Ley 14/2011 (Ley de la Ciencia) esta tesis debe cerrarse con tres artículos, pero actualmente se están desarrollando de forma paralela más trabajos que serán enviados para su publicación tras cerrar esta etapa, continuando con la línea de investigación iniciada. Por ello, al final de la tesis se ha incluido un capítulo adicional donde se detallan las líneas de investigación en desarrollo y futuras, que completan los resultados obtenidos en los principales estudios que conforman esta tesis, arrojando datos sobre: (a) los tratamientos de salud mental que tienen lugar dentro y fuera del hogar terapéutico para responder a las características y necesidades de la población atendida y; (b) las características de los programas y hogares terapéuticos, contextualizando las valoraciones que dan los y las adolescentes a los servicios y funcionamiento de estos hogares.

# CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

---

## 1.1. Acogimiento residencial en España

El Acogimiento Residencial (AR) en España ha sido, y sigue siendo, una medida de protección esencial con un largo recorrido histórico. La institucionalización de población infantil huérfana, abandonada o con dificultades sociales, se remonta a la Edad Media (López Alonso, 1988), aunque alcanzó su máxima expresión con el funcionamiento de los hospicios a partir del siglo XVII (Del Valle y Fuertes, 2000). Los hospicios eran grandes instituciones donde se daba alojamiento a niños, niñas, adolescentes, mujeres y ancianos que, de una u otra forma, sufrían algún tipo de exclusión social o dificultad. La evolución de las instituciones para la atención a la infancia en situación de desamparo es inherente a la evolución de los conceptos de infancia, necesidades y derechos de este colectivo a lo largo del siglo XX (Ocón Domingo, 2004), predominando hasta entonces el modelo de beneficencia en este tipo de recursos (Del Valle, 2009).

La red de protección infantil española se ha transformado de acuerdo con la situación política, siendo el AR la medida protectora predominante hasta mediados de los años 80. En esta década se instauran en el país un sistema de autonomías, quienes asumen la responsabilidad de los servicios sociales, incluyendo la protección infantil. Desde ese momento, el AR ha sufrido varias transiciones tal y como señalan Bravo y Del Valle (2009) en su revisión sobre el AR en España. La primera transformación se produce gracias a la extensión del modelo comunitario, los hogares de protección infantil pasaron de un modelo institucional a un modelo familiar, tratando de crear un entorno alternativo de crianza durante el tiempo necesario, mediante hogares más pequeños, con dinámicas similares a las de una familia. Con la reforma legislativa a mediados de los 80 (Ley 21/1987), el AR se convirtió en una medida temporal para los niños, niñas y adolescentes, previa a la integración en un núcleo familiar.

En segundo lugar, en los años noventa la red de protección infantil sufre una diversificación, caracterizada por la especialización de los diferentes servicios prestados. Esta diversificación se debe a la aparición de nuevas necesidades en los niños, niñas y adolescentes en protección, como la aparición de Menores Extranjeros No Acompañados, casos de violencia filio-parental y graves problemas de salud mental, que requieren una atención especializada y, en muchos casos, un enfoque terapéutico. Por otro lado, la propia evolución del sistema de protección ha promovido la adopción de medidas familiares de forma prioritaria, pero dada la aparición de estas problemáticas la convivencia en entornos familiares se ha visto dificultada, siendo necesaria la especialización de los recursos residenciales. En ese momento se ponen en marcha los hogares de acogimiento residencial terapéuticos, que se detallarán más adelante, como respuesta a las nuevas necesidades y problemáticas de los niños, niñas y adolescentes atendidos en protección infantil.

Como se ha mencionado, el AR ha sido la medida de protección predominante (y prácticamente la única) hasta la nueva legislación de los años 80 en la que se introduce el acogimiento familiar y se facilita la adopción de los niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección. Las estadísticas nacionales muestran que, a mediados de los años noventa, todavía había más población infanto-juvenil en hogares de protección que en núcleos familiares alternativos, aunque la tendencia fue cambiando al inicio de los años 2000 (Observatorio de la Infancia, 2007). Desde hace unos años la medida de acogimiento familiar había predominado frente al AR, pero en el año 2018 estos datos se han invertido, superando ligeramente los acogimientos residenciales (52%) frente a los familiares (48%) (Observatorio de la Infancia, 2019). Esta medida de protección sigue siendo una pieza fundamental dentro del sistema de protección, no solo por el número de casos que atiende cada año, sino por el nivel de especialización alcanzado durante las últimas décadas.

A lo largo de este apartado introductorio se presentarán las problemáticas detectadas en la población infantil y adolescente atendida en protección infantil, así como la respuesta que han puesto en marcha los diferentes sistemas de protección tanto a nivel internacional como nacional.

## **1.2. Vulnerabilidad de la población en protección infantil**

### **1.2.1. Problemas de salud mental**

La literatura científica ha señalado en numerosas ocasiones la alta frecuencia de problemas de salud mental en los niños, niñas y adolescentes dentro del sistema de protección infantil (Bronsard et al., 2016; Keil y Price, 2006; Pecora et al., 2009). En esta línea, Hurley et al. (2009) señalaron en su revisión sobre necesidades de salud mental en niños, niñas y adolescentes en AR que entre 1995 y 2004 dichas necesidades habían aumentado con los años. Del mismo modo, se conocen bien las consecuencias negativas del maltrato y negligencia en población infantil y adolescente, aumentando el riesgo de desarrollar problemas emocionales y/o conductuales (Cicchetti y Valentino, 2006; Lee, Lewis y Zolotor, 2011).

La mayoría de los niños, niñas y adolescentes en protección ha estado expuesta a situaciones de maltrato y desprotección que merman su desarrollo y salud, tanto física como mental (Allroggen et al., 2017; Indias, Arruabarrena y De Paúl, 2019; Euser et al., 2013; Segura et al., 2015). Por ello, se han llevado a cabo estudios que analizan de forma más exhaustiva la relación existente entre el maltrato y el desarrollo de trastornos psicológicos. Greger et al. (2015) estudiaron la relación entre maltrato y psicopatología en 335 jóvenes noruegos en AR. El 71% de la muestra había sufrido algún tipo de maltrato, grupo en el que se encontró mayor prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, trastorno de conducta, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad e intentos de suicidio. En dicha investigación también se encontró que el maltrato estaba asociado con una mayor comorbilidad. Posteriormente, Greger et al. (2017) analizaron el papel de la

autoestima como mediador entre el maltrato, la psicopatología y el bienestar en una muestra de 400 jóvenes en AR. Los resultados mostraron que, quienes habían sufrido maltrato, manifestaban menor nivel de autoestima global y que este menor nivel se asociaba con una mayor psicopatología y más bajo bienestar. Tal y como señalan Muela, Torres y Balluerka (2012) sufrir maltrato antes de los trece años aumenta el riesgo de desarrollar un estilo de apego inseguro, así como trastornos psicológicos en la adolescencia. En la misma línea, Segura et al. (2017) examinaron la relación entre la polivictimización y la psicopatología en una muestra de 129 jóvenes españoles en AR, encontrando que la polivictimización era un predictor significativo de problemas internalizantes y externalizantes. De forma concreta, se ha observado que sufrir varios tipos de victimización es un buen predictor de problemas de pensamiento, síntomas de ansiedad y depresión y conducta disruptiva (Segura et al., 2016).

Numerosos estudios nacionales e internacionales en protección infantil han utilizado el *Child Behavior Checklist* (CBCL) y/o *Youth Self-Report* (YSR) para la evaluación de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes en diferentes medidas de protección infantil. Las prevalencias de problemas psicológicos encontradas con estos instrumentos varían según los estudios entre un 18 y 76%, con un predominio de la problemática externalizante frente a la internalizante (Burns et al., 2004; Gearing et al., 2013; González-García et al., 2017; Heflinger, Simpkins y Combs-Orme, 2000; James, Roesch y Zhang, 2012; Janssens y Deboutte, 2009; Jozefiak et al., 2015; Rubin et al., 2007; Sainero, Bravo y Del Valle, 2014; Sawyer et al., 2007; Schmid et al., 2008; Tarren-Sweeney y Hazell, 2006; Vanschoonlandt et al., 2013).

Keil y Price (2006) llevaron a cabo una revisión sobre los problemas de conducta en niños, niñas y adolescentes en protección, observando que la prevalencia oscilaba entre el 20 y 78%. Los autores destacan que los niños, niñas y jóvenes en protección forma un grupo heterogéneo que presenta diferentes subtipos de problemas externalizantes. De este modo, observaron que era habitual la comorbilidad entre trastorno de conducta y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), lo que producía una conducta más agresiva de lo normal en población infanto-juvenil con esta patología. En este contexto, Willis, Dakhras y Cortese (2017) revisaron la prevalencia de TDAH en este grupo con medidas de protección, encontrando un margen muy amplio, desde el 3,8% al 68% dependiendo de las características del estudio. A pesar de las enormes variaciones, estos autores resaltaron la importancia de centrarse en conocer si se está diagnosticando e interviniendo adecuadamente el TDAH en protección infantil, más que centrarse en si se trata de un problema con mayor o menor porcentaje de diagnósticos. Previamente, en Inglaterra, Ford et al. (2007) habían estudiado los trastornos psiquiátricos en población de protección infantil, observando una alta prevalencia de trastornos conductuales que alcanzaba el 61,3% para AR y un 32,3% en Acogimiento Familiar (AF). De forma más específica, Aarons et al. (2010) analizaron la relación entre los problemas de conducta y los cambios de medida de protección, mediante un estudio longitudinal con una muestra de 500 jóvenes, hallando que la prevalencia de problemas externalizantes variaba en el



tiempo en un rango de 34-27%. Estas problemáticas predecían de forma significativa el número de cambios de medida en los seguimientos del estudio (a los 18 y 36 meses), pero, a su vez, el número de cambios de medida predecía los problemas externalizantes en la última medida del estudio.

Pese al predominio de la problemática externalizante, también son frecuentes otro tipo de trastornos en estos niños, niñas y adolescentes. En cuanto a problemas internalizantes, las ratios son algo más bajas que en los problemas conductuales, por ejemplo, mostrando prevalencias del 18,6% al 24% para trastornos del estado del ánimo (Ford et al., 2007; Lehmann et al., 2013). En Estados Unidos, Heneghan et al. (2013) estudiaron la prevalencia de problemas de salud mental en una muestra de 815 jóvenes en protección infantil, encontrando que el 9% de ellos y ellas cumplía criterios diagnósticos de depresión y el 13,5% para trastorno de ansiedad. En el mismo país, Keller, Salazar y Courtney (2010) hallaron prevalencias del 15,1% para Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y 10,5% para depresión mayor, en una muestra de 732 jóvenes en protección. Cabe destacar que ambas problemáticas resultaron más prevalentes en chicas que en chicos. Por otro lado, Norris et al. (2018) estudiaron los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra australiana de AR y AF, hallando que el 37,7% se encontraba en el rango clínico en este tipo de patología.

Es importante señalar que los problemas de salud mental no suelen darse de forma aislada en esta población, siendo muy frecuente la comorbilidad. Heneghan et al. (2013) encontraron que el 28,3% de la muestra con psicopatología sufría dos trastornos de manera simultánea y el 19,6% tres o más problemas psicológicos. Lehmann et al. (2013) encontraron que el 63,4% de quienes presentaban problemas de salud mental tenía algún trastorno comórbido, resultados similares a los encontrados por Desjardins, Lafortune y Cyr (2017).

Con relación a otros problemas de salud, destaca la sobrerrepresentación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad dentro del sistema de protección infantil, especialmente discapacidad intelectual (DI) que alcanza una prevalencia de entre el 10% y el 25% (Baker, 2007; Hill, 2012; Lightfoot, Hill y LaLiberte, 2011; Sainero et al., 2013). Este grupo es especialmente vulnerable dentro del sistema de protección infantil, ya que se ha observado que tienen más probabilidad de estar en AR (Chen et al., 2016; Friedman y Norwood, 2016) y tener un proceso de protección más inestable (Roserberg y Robinson, 2004; Slayter, 2016; Slayter y Springer, 2011; Welch et al., 2015). Además de tener un proceso de protección más complejo, varios estudios han mostrado que presentan mayor problemática de salud mental (Chmelka et al., 2011; Trout et al., 2009). En España, Sainero et al. (2013) estudiaron las diferencias entre grupos atendidos en AR con y sin discapacidad, con una muestra total de 264 niños, niñas y adolescentes y los resultados mostraron que el grupo con discapacidad tenía más necesidades educativas, más problemas de salud física y mental, mayor derivación a tratamientos de salud mental y más tratamientos farmacológicos. Todo ello pone de manifiesto las necesidades

particulares de ese grupo especialmente vulnerable, así como la importancia de una adecuada intervención, con profesionales específicamente entrenados para atenderles.

Debido a esta elevada frecuencia de problemas emocionales y conductuales no resulta extraño que muchos de los niños, niñas y adolescentes en protección infantil acudan con elevada frecuencia a algún tipo de tratamiento de salud mental (Burns et al., 2004; Farmer et al., 2001; Harman, Childs y Kelleher, 2000; Landsverk et al., 2006). Tarren-Sweeney (2010) analizó el uso de servicios de salud mental en una muestra australiana de 347 preadolescentes en acogimiento familiar. Los resultados mostraron que el 44% de los y las jóvenes había acudido a terapia individual en los dos años previos al estudio y el 45% de los padres acogedores habían obtenido asesoramiento clínico para gestionar la conducta y sentimientos de los y las adolescentes. A nivel nacional, Sainero et al. (2014) examinaron las derivaciones a salud mental en una muestra de 264 niños, niñas y adolescentes en AR, hallando que el 26% tenía algún tipo de tratamiento clínico. Posteriormente, González-García et al. (2017) replicaron dicho estudio con una muestra más amplia, 1216 casos, encontrando un mayor uso de servicios clínicos, ya que alcanzaba el 46% de la muestra. Recientemente, Larsen et al. (2018), analizaron el uso de los servicios de salud mental por parte de niños, niñas y adolescentes en acogimiento en Noruega, observando que los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental tenían el doble de probabilidad de acudir a un servicio de salud mental, aunque el 57% de la muestra con psicopatología no acudía a ningún servicio de esta índole. En esta línea, varios profesionales de la investigación han señalado que, pese a la alta frecuencia de derivación a tratamiento de salud mental, la cobertura terapéutica de las necesidades psicológicas sigue siendo insuficiente (Bellamy, Gopalan y Traube, 2010; Pecora et al., 2009), al detectarse casos con problemas de salud mental que no reciben ninguna intervención (Burns et al., 2004; González-García et al., 2017).

Un abordaje muy frecuente en esta población es el farmacológico, como han destacado numerosos autores (Moses, 2008; Raghavan et al., 2010; Raghavan et al., 2014). Tal y como señalaron Hurley et al. (2009), entre mediados de los 90 y principios de los 2000 se incrementó la prescripción de psicofármacos a la población infantil y juvenil dentro del sistema de protección norteamericano. La intervención psicofarmacológica en estos niños, niñas y adolescentes se caracteriza por la prescripción de varios psicofármacos de forma simultánea (Breland-Noble et al., 2004; Desjardins et al., 2017; DosReis et al., 2011; Griffith et al., 2012; Zito et al., 2008) y el uso extendido de antipsicóticos (Brenner et al., 2013; Desjardins et al., 2017; DosReis et al., 2011).

### **1.2.2. Conductas de riesgo**

Los niños, niñas y adolescentes en protección infantil presentan con frecuencia conductas que ponen en riesgo su salud y desarrollo, especialmente quienes han sufrido eventos vitales estresantes por exposición a diferentes factores de riesgo en el núcleo familiar (Roberts et al., 2018). En Estados Unidos, Leslie et al. (2010) analizaron las conductas de riesgo en una muestra de 993 jóvenes dentro del sistema de protección

infantil, encontrando que el 46,3% de la muestra tenía alguna conducta de riesgo. Posteriormente, Briggs et al. (2012) compararon las necesidades de 525 jóvenes en AR frente un grupo control de 9.942 adolescentes. Las conductas de riesgo resultaron significativamente más frecuentes en el grupo residencial, alcanzando las siguientes cifras: problemas de conducta (80,3%), consumo de drogas (41,5%), conducta delictiva (30,3%), fugas (29,9%) y conducta suicida (29,5%). Estas conductas mencionadas son algunas de las más estudiadas en los niños, niñas y adolescentes en protección infantil.

Respecto al consumo de drogas, se han encontrado ratios de consumo más elevadas en el sistema de protección que en la población general (Aarons et al., 2008; Braciszewski y Stout, 2012; Traube, Yarnell y Schrager, 2016). Traube et al., (2012) estudiaron el consumo de drogas en una muestra de 827 adolescentes en protección en Estados Unidos. Estos autores diferenciaron el consumo de drogas sociales (alcohol y cannabis), presente en el 47,7% de la muestra frente al consumo de drogas como heroína, cocaína y crack, presente en el 17,4%. También se ha estudiado la evolución del consumo de drogas en esta población, hallándose un incremento del consumo de alcohol y cannabis con el paso del tiempo (Traube et al., 2016; Yarnell, Traube y Schrager, 2016). El cannabis es una de las drogas más consumidas en esta población, variando su prevalencia entre el 11,1% y el 46% en función del estudio (Cheng y Lo, 2011; Traube et al., 2016; Vaughn et al., 2007). Se han encontrado algunos factores de riesgo que incrementan el consumo de drogas en esta población, como haber sufrido altos niveles de violencia en el domicilio familiar (Traube et al., 2012; Traube et al., 2016), y la edad de entrada en el sistema de protección infantil, incrementándose el riesgo cuanto más edad se tenga al entrar en protección (Aarons et al., 2008).

La frecuencia de la conducta delictiva en muestras en protección infantil varía enormemente entre un 8 y un 50% (Malvaso y Delfabbro, 2015; Malvaso, Delfabbro y Day, 2017; Ryan et al., 2008). Oriol-Granado, Sala-Roca y Guiu (2014) analizaron los expedientes de justicia de 255 jóvenes españoles, de los cuales el 34,5% provenía de AR. Estos autores encontraron que el grupo residencial cometía los delitos teniendo más edad que el grupo de comparación y que su número de delitos era más elevado. Respecto a los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de delincuencia, se han analizado numerosas variables. Por un lado, tenemos algunos factores individuales como el sexo, concretamente ser chico (Malvaso y Delfabbro, 2015; Grogan-Kaylor et al., 2008; Vidal et al., 2017), ser más mayor (Grogan-Kaylor et al., 2008; Vidal et al., 2017) o tener problemas de salud mental y académicos (Bender, 2010). Por otro lado, variables relacionadas con el proceso de protección también aumentan la probabilidad de delincuencia, como estar en acogimiento residencial (Malvaso y Delfabbro, 2015; Malvaso et al., 2017; Ryan et al., 2008) o haber sufrido maltrato (Grogan-Kaylor et al., 2008; Vidal et al., 2017). Bender (2010) observó que las conductas delictivas aumentaban también cuando se producían otras conductas problemáticas como las fugas del domicilio familiar, las relaciones con iguales conflictivos y el consumo de drogas.

Las fugas de los hogares de protección también resultan bastante frecuentes en esta población en AR. La frecuencia de esta conducta varía según los estudios, mientras que Cross, Zhang y Lei (2015) encontraron que el 27% de una muestra de protección se habían fugado en Illinois (Estados Unidos), Attar-Schwartz (2013) encontró una frecuencia del 44,2% en una muestra israelí. Varios estudios han señalado que la tendencia de fugas ha crecido con los años (Courtney et al., 2005; Courtney y Zinn, 2009), así como que esta conducta es más frecuente en chicas que en chicos (Courtney et al., 2005; Courtney y Zinn, 2009; Lin, 2012), y con el aumento de la edad (Courtney y Zinn, 2009; Lin, 2012). De forma más concreta se han estudiado las fugas en chicas víctimas de explotación sexual, encontrándose que el 87% había tenido al menos un episodio de fuga y que la media era de 8,6 fugas (Pullman et al., 2020).

Las conductas sexuales de riesgo, como relaciones sexuales sin protección, prostitución o relaciones sexuales con adultos o desconocidos también son relativamente frecuentes. Lambert et al. (2013) estudiaron este tipo de comportamientos en 578 adolescentes en AR en Canadá, hallando que el 66% de la muestra había iniciado su actividad sexual con menos de 14 años, la mitad de las relaciones sexuales se mantenían bajo los efectos del alcohol u otras drogas y tan solo una cuarta parte de la muestra mantenía relaciones sexuales con protección. En este estudio también se encontró que el 27% de las chicas y 8% de los chicos habían ejercido la prostitución y que el 28% de las chicas había tenido un embarazo no planificado. Debido a estas conductas sexuales de riesgo, en el mismo estudio se encontró mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual como clamidia y gonorrea. Otros estudios se han centrado en analizar la conducta sexualizada e inapropiada en muestras de protección infantil entre 6 y 12 años, encontrando que esta conducta es más frecuente en AR (21-34%) que AF (10-15%) (Baker et al., 2008; Friedrich et al., 2005). Algunos factores que se han relacionado con el incremento de conductas sexualizadas son un temperamento difícil en el niño o niña, así como padres y madres con mayor nivel de estrés psicológico y familias con mayor nivel de violencia (Lepage et al., 2010). Además, en el caso de los chicos el desarrollo de conductas sexualizadas en la infancia o problemas de conducta con carácter sexual conllevan un aumento del riesgo de delitos sexuales en el futuro (Grossi et al., 2017).

Un problema particularmente grave que introducimos en este apartado de conductas de riesgo es el de la conducta suicida. Tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio y el suicidio consumado son más frecuentes en población de protección infantil que en población general (Evans et al., 2017). La frecuencia de algún tipo de conducta suicida en muestras de protección infantil varía entre el 26,4% y 41,3% (Suárez-Coto, Guilera y Pereda, 2018; Taussig, Harping y Maguire, 2014). La ideación suicida es la conducta más habitual, variando entre el 21,2% y el 27% (Anderson, 2011; Evans et al., 2017; Fulginiti, He y Negriff, 2018; Suárez-Coto et al., 2018; Taussig et al., 2014), mientras que los intentos son menos frecuentes, rondando el 3-4% en los diferentes estudios (Ammerman et al., 2018; Evans et al., 2017; Taussig et al., 2014). De forma específica, se ha encontrado más probabilidad de algún tipo de conducta suicida en

jóvenes en acogimiento residencial frente a otras medidas de protección como acogimiento familiar (Anderson, 2011; Manninen et al., 2015; Taussig et al., 2014). Varios estudios han observado que la conducta suicida es más prevalente en chicas que chicos (Ammerman et al., 2018; Sellers, McRoy y O'Brien, 2019; Suárez-Coto et al., 2018). Otro factor de riesgo clave para la conducta suicida es el maltrato infantil, especialmente el abuso sexual y haber sufrido varios tipos de maltrato o victimización de forma simultánea (Taussig et al., 2014; Suárez-Coto et al., 2018). Scannapieco, Painter y Blau (2018) estudiaron de forma concreta la población LGBTQ en protección infantil, con una muestra de 557 adolescentes estadounidenses, de los cuáles el 15,4% pertenecía a ese colectivo, encontrando que tenía más riesgo de presentar conducta suicida.

Resulta fundamental señalar que estas conductas interaccionan unas con otras, por lo que no suelen darse de forma aislada. Numerosos estudios han señalado la relación entre el consumo de sustancias y la conducta delictiva, de modo que la presencia de una incrementa el riesgo de la otra (Bender, 2010; Brown y Shillington, 2017; Grogan-Kaylor et al., 2008; Lalayants y Prince, 2014; Traube et al., 2012). En línea con lo anterior, Sarri, Stoffregen y Ryan (2016) observaron que las fugas en protección infantil eran un factor de riesgo para entrar en el sistema de justicia juvenil. Por último, la ideación suicida también se ha relacionado con el consumo de drogas en protección infantil, encontrándose que quienes consumían alcohol o cannabis presentaban más ideación suicida (Sellers et al., 2019).

### **1.3. Acogimiento Residencial Terapéutico (ART) como respuesta**

Ante esta urgente problemática durante años se han estado desarrollado diferentes programas de acogimiento residencial altamente especializados, centrados en la atención de problemas emocionales y/o conductuales de adolescentes con medidas de protección. Estos programas se suelen denominar como Acogimiento Residencial Terapéutico (ART) y se han definido como una intervención que *“incluye el uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, específicamente construido, diseñado para proporcionar o reforzar tratamiento, educación, socialización, soporte y protección a niños, niñas y jóvenes con problemas conductuales o de salud mental, en colaboración tanto con sus familias como con un amplio espectro de recursos comunitarios de ayuda formales e informales”* (Whittaker, Del Valle, y Holmes, 2015, p. 24).

Debido a la heterogeneidad que caracteriza a los distintos programas terapéuticos, además de una definición consensuada, resultaba necesario el establecimiento de los principios básicos que rigen el ART. Dichos principios quedan recogidos en un consenso internacional de profesionales de la investigación en protección infantil (Whittaker et al., 2017), y son los siguientes: (1) la seguridad, ante todo, siendo lo primero no perjudicar a quien recibe el tratamiento; (2) esforzarse de forma constante por forjar y mantener vínculos familiares fuertes y vitales, a través de la colaboración con las familias; (3) inclusión del programa en la comunidad, cultura y redes de relaciones sociales que definen e influyen en el grupo de adolescentes y sus familias; (4) la cultura de estos

programas resalta el aprendizaje a través de la convivencia, siendo el motor de aprendizaje las relaciones personales establecidas en el recurso y; (5) identificación de modelos o estrategias para la práctica basados en la evidencia.

El ART es una medida de protección altamente costosa (Ainsworth y Hansen, 2015, Whittaker et al., 2015), debido a los recursos necesarios para crear un ambiente terapéutico y realizar una intervención tanto educativa como clínica apropiada e individualizada. Por ello, resulta fundamental asegurar que se financian y se ponen en marcha programas que tengan garantías de alcanzar los resultados terapéuticos deseados. El concepto de “Programa Basado en la Evidencia” (PBE) hace referencia a la demostración científica de efectividad, siendo importante destacar que existen dos tipos PBE utilizados en el contexto residencial, tal y como explican James, Thompson y Ringle (2017). Por un lado, existen los modelos centrados en el entorno o medio ambiente del recurso, basados en una filosofía terapéutica que abarca tanto elementos psicosociales y pedagógicos como de gestión y dirección del programa. Poner en marcha este tipo de programas requiere una reestructuración total de su funcionamiento, ya que afecta a todos los aspectos del acogimiento residencial. Por otro lado, están los modelos específicos para clientes, normalmente centrados en el trauma o problemas conductuales. Este tipo de modelos no se han desarrollado en, ni para el contexto residencial, y no requieren la reestructuración del hogar. Habitualmente implican la contratación de profesionales clínicos especializados en una terapia concreta, como por ejemplo la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) o Terapia Dialéctica-Conductual (TDL).

Se han elaborado dos revisiones fundamentales sobre los PBE que analizan los diferentes programas, modelos y prácticas utilizados en ART, y la eficacia mostrada hasta el momento. En la primera, James (2011) llevó a cabo una revisión de cinco modelos usados en ART, basándose en el cumplimiento de los criterios establecidos por la CEBC (*California Evidence-Based Clearinghouse*<sup>1</sup>) para protección infantil. Estos criterios se basan en la existencia de adecuados diseños de investigación y estudios revisados por otros profesionales. La autora concluyó que ningún modelo de ART cumplía el estándar más elevado de eficacia, es decir, disponer de estudios clínicos con muestras aleatorizadas. Sin embargo, cuatro de los cinco modelos resultaban apoyados empíricamente o prometedores en el ámbito residencial. Estos resultados fueron coincidentes con otro estudio de Pecora y English (2016) en una revisión más amplia que incluía dos modelos más. En la *Tabla 1* pueden observarse los modelos de prácticas basadas en la evidencia incluidos en ambas revisiones.

---

<sup>1</sup> La *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC)* es una herramienta para identificar, seleccionar e implementar prácticas basadas en la evidencia en el ámbito de protección infantil, para incrementar la seguridad, permanencia y bienestar de los niños, niñas, adolescentes y sus familias con alguna medida de protección. Esta herramienta ha sido desarrollada gracias a la colaboración del Departamento de Servicios Sociales de California, el Centro Chadwick para Niños y Familias y el Hospital Infantil Rady, en San Diego (James, 2011).

**Tabla 1. Características y eficacia de los PBE usados en contextos residenciales**

<b>Modelo</b>	<b>Autores</b>	<b>Características</b>	<b>Eficacia demostrada</b>
<i>Sanctuary model</i>	Bloom (1997); Esaki et al. (2014)	Modelo diseñado para el abordaje de problemática internalizante (ansiedad, depresión, TEPT) desde una perspectiva centrada en el trauma.	Prometedor
<i>Positive Peer Culture (PPC)</i>	Vorrath y Brendtro (1985)	Con el objetivo de transformar los contextos negativos en una cultura de iguales positiva, aleja el foco de las figuras de autoridad. Promueve actitudes prosociales y responsabilidad entre los y las jóvenes para alcanzar un adecuado desarrollo personal. De este modo aborda problemática emocional y conductual por igual.	Apoyado por cierta evidencia
<i>Re-ED</i>	Cantrell y Cantrell (2007); Hobbs (1966)	Centrado en la construcción de relaciones positivas y el aprendizaje de competencias, mediante un modelo centrado en las fortalezas. Trabaja la problemática conductual y emocional de los y las adolescentes.	Sin suficiente apoyo por el momento
<i>Stop-Gap</i>	McCurdy y McIntyre (2004)	Utiliza prácticas basadas en la evidencia para abordar problemática externalizante (diferentes trastornos de conducta y TDAH) mediante una intervención breve, intensiva y basada en el entorno.	Prometedor
<i>Boys Town Family Home Program o Teaching Family Model (TFM)</i>	Phillips et al. (1974); Thompson y Daly (2015)	Similar al AFT, proporciona un ambiente familiar terapéutico para trabajar problemática emocional y conductual (como depresión y conducta agresiva) con especialistas, llamados <i>Family Teachers</i> . Centrado en la construcción de vínculos y relaciones sociales sanas, así como entrenamiento de habilidades.	Prometedor
<i>Menninger Clinic Residential Program</i>	Leichtman et al. (2001)	Tratamiento especialmente intensivo y corto, centrado en prácticas basadas en la evidencia y la implicación de la familia de origen en la intervención. Busca el establecimiento de relaciones sanas con el personal trabajador a través de un enfoque del trauma, para abordar problemática emocional y conductual.	Prometedor
<i>Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings (MultifunC)</i>	Andreassen (2004; 2015)	Basado en el <i>Principio de Riesgo</i> , recoge diferentes prácticas basadas en la evidencia (como entrevista motivacional o control de contingencia, entre otros), para abordar problemáticas conductuales severas. Destaca el trabajo en red con los servicios comunitarios y la familia de origen, así como el seguimiento posttratamiento.	Sin suficiente apoyo por el momento

En su revisión, Pecora y English (2016) recogen también diferentes PBE diseñados para clientes específicos, con amplia evidencia científica y habitualmente utilizados en ART. El uso de PBE en Estados Unidos ha sido estudiado recientemente por James et al. (2017) analizando la implementación de prácticas basadas en la evidencia en 66 entidades diferentes. Los resultados mostraron que el 88% de las entidades utilizaban PBE, pero la mayoría eran modelos específicos para clientes, diseñados para problemáticas concretas en contextos comunitarios. En este sentido, Daly et al. (2018) destacan que estos modelos no han sido desarrollados para los contextos residenciales, de hecho, algunas veces se han diseñado como alternativa para el ART. De este modo, puede resultar difícil encajar dichos modelos y prácticas en la ecología de los programas residenciales. Aunque James et al. (2017) observaron que la mayoría de las entidades manifestaba obtener buenos resultados con la implementación de PBE, menos de la mitad de los casos tenían una evaluación adecuada de la implementación a través de protocolos de evaluación o seguimientos frecuentes.

### **1.3.1. Características de la población atendida en ART**

Como se ha mencionado, el ART es un tipo de programas de acogimiento residencial diseñado para el abordaje de las necesidades familiares, educativas, sociales, emocionales y conductuales más complejas. Del mismo modo, los casos que son derivados a este tipo de recursos se caracterizan por la presencia de conductas de alto riesgo como el consumo de drogas, conducta delictiva, conducta suicida, conducta sexual inadecuada, conductas violentas o historial de fugas; múltiples cambios y rupturas de medidas de protección; problemas de salud mental o discapacidad (Baker, Archer y Curtis, 2007; Davidson et al., 2011; McLean, Price-Robertson y Robinson, 2011).

Este amplio repertorio de conductas de riesgo dificulta la convivencia con estos adolescentes, tanto en el domicilio familiar como en otras medidas de protección, por lo que resulta frecuente que el ingreso en ART esté precedido por un proceso de protección inestable. Ainsworth y Hansen (2014; 2015) encontraron que la derivación a ART en Australia se relacionaba con rupturas en AF, medida prioritaria en dicho país. Específicamente, en la región de Victoria un tercio de los casos en ART había experimentado más de diez cambios de medida protectora antes de su ingreso en el hogar actual (VAG's Report, 2014), mientras que en Queensland la media de estos cambios era de cuatro (QCPCI, 2013). Por otro lado, Robst et al. (2013) compararon grupos de jóvenes en ART, en Acogimiento Familiar Terapéutico (AFT) y adolescentes con ingreso hospitalario en una unidad de psiquiatría, con un total de 2.800 jóvenes estadounidenses. Estos autores encontraron que el 36% de la muestra había tenido más de un ingreso previamente, en alguna de las tres medidas. Además, cerca del 30% del grupo en ART había tenido un ingreso hospitalario, un 20% había estado en AR y el 6,6% en AFT. En Estados Unidos, Boel-Studt (2017) observó que el 96% de una muestra en ART había tenido al menos un cambio de medida de protección. Finalmente, Lanier y Rose (2016) estudiaron las trayectorias de protección en una muestra de 182.676 jóvenes



estadounidenses, encontrando que cada experiencia previa en protección incrementaba la probabilidad de ser derivados a ART frente otro tipo de medidas.

La complejidad de estos perfiles no se manifiesta únicamente con las dificultades vividas antes de su ingreso en ART, sino que en muchas ocasiones las conductas de riesgo prevalecen durante su estancia en el recurso terapéutico. Attar-Schwartz (2013) estudió las fugas en adolescentes en ART en Israel, encontrando que el 44,2% de la muestra había intentado o logrado fugarse desde su ingreso. Específicamente, el 14,4% de la muestra había tenido una única fuga, pero el 8,4% se había fugado dos veces y el 21,5% tres o más veces. La autora encontró que las fugas se relacionaban con mayores dificultades de ajuste, haber sufrido victimización por parte de pares y haber sufrido maltrato por parte del equipo educativo. También se fugaban en mayor proporción aquellos que percibían menor apoyo emocional por parte del equipo educativo y lo consideraban más restrictivo. Robst et al. (2013) analizaron la conducta delictiva de jóvenes en ART, comparándolo con programas de AFT y hospitalización psiquiátrica. El 30% de la muestra en ART tenían expediente en el juzgado por conducta delictiva y el 12,7% había tenido condena judicial. Comparando los tres grupos, la muestra en ART presentaba más arrestos policiales durante y después de la intervención en ART.

Existen pocos estudios que analicen o describan las características de la población adolescente en ART, aunque se han visto algunas características básicas en la literatura internacional, como el hecho de que exista una mayor presencia de chicos (Baker, Archer y Curtis, 2005; Baker et al., 2007; Boelt-Studt, 2017; Lanier y Rose, 2016; Romani et al., 2018; Rose y Lanier, 2017). No existe un consenso acerca de la edad media de la población en ART, por su variación entre investigaciones, aunque Robst et al. (2013) encontraron una mayor probabilidad de derivación a ART para los adolescentes más mayores en comparación con otros recursos terapéuticos. Los mismos resultados fueron encontrados por Lanier y Rose (2016).

Como ya se ha mencionado, los hogares ART están pensados para atender las necesidades más complejas dentro del sistema de protección infantil, por lo que evidentemente es de esperar que presenten trastornos emocionales y conductuales de gravedad elevada. En este contexto, Baker et al. (2007) compararon grupos de adolescentes en ART y AFT, encontrando mayor problemática de salud mental en el grupo de ART, quienes tenían más probabilidad de resultar con rango clínico en el CBCL y presentaban más problemas conductuales. De forma concreta, se encontraron diferencias significativas en las escalas de conducta disruptiva, conducta agresiva, problemas internalizantes y problemas externalizantes, con mayor porcentaje de clínicos en el grupo de ART frente AFT. Siguiendo con esta línea, Robst et al. (2013) encontraron que el 31,8% de los y las jóvenes en ART tenían un trastorno del estado del ánimo, el 25,6% TDAH, el 19,4% trastorno de conducta y el 13,7% trastorno de ansiedad o relacionado con el estrés. Por último, Handwerk et al. (2006) analizaron las diferencias de género en una muestra de 2.067 jóvenes estadounidenses en ART, concluyendo que

las chicas tenían con mayor frecuencia un diagnóstico clínico al ingreso (72% frente al 61% de los chicos) y presentaban mayor comorbilidad. En cuanto a los tipos de trastornos, predominaban los trastornos conductuales o de consumo de drogas, alcanzando el 44% de toda la muestra, mientras que las chicas tenían mayor prevalencia de problemas de ansiedad y depresión que los chicos.

### **1.3.2. Acogimiento Residencial Terapéutico (ART) en España**

En el caso de España estos programas de ART comenzaron a desarrollarse en los años 90, como respuesta a la aparición de nuevos perfiles y necesidades en el sistema de protección infantil (Bravo y Del Valle, 2009). La falta de regulación legal, así como supervisión por parte de la administración, conllevaba el uso de prácticas inadecuadas dentro de este tipo de recursos, como denunció un informe del Defensor del Pueblo (2009). Estas prácticas se iniciaban con la derivación de casos muy diferentes a los hogares especializados, pero también destacaba la ausencia de protocolos y reglamentos internos dentro de los hogares, con una consiguiente aplicación arbitraria de las normas y castigos, y la ausencia en muchos recursos de personal con la formación adecuada. En la misma línea, Galán (2013) hizo una revisión sobre los recursos especializados, resaltando la importancia de una adecuada colaboración entre el sistema sanitario y el sistema de protección infantil, la relevancia de un adecuado modelo teórico que fundamente la intervención realizada con estos adolescentes y el carácter temporal que deben tener estos recursos.

Un primer intento de clarificar los procedimientos de estos recursos se produce en 2012 con la publicación los Estándares de Calidad en Acogimiento Residencial Especializado (EQUAR-E) por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Del Valle et al., 2012a). Este documento, además de definir el acogimiento residencial especializado, sus objetivos y la población atendida, establece las condiciones y pautas mínimas de funcionamiento en estos hogares. Finalmente, en el año 2015 se promulga la Ley Orgánica 8/2015 que modifica el sistema de protección a la infancia y adolescencia, regulando de forma específica los hogares de acogimiento residencial para problemas de conducta. En dicha legislación se regulan tanto los criterios de derivación a este tipo de recurso, como las medidas sancionadoras que están permitidas en ella. Recientemente, tras la aprobación del III Convenio colectivo estatal de reforma juvenil y protección de menores en 2018, se ha establecido la formación educativa mínima exigida a todo el personal que trabaja en acogimiento residencial en el país.

Resulta importante señalar que este trabajo engloba diferentes programas de acogimiento residencial bajo la denominación de ART, además de los conocidos hogares para problemas de conducta tipificados en la legislación española. Siguiendo la definición de ART (Whittaker et al., 2015), en esta tesis se incluyen como recursos terapéuticos aquellos programas que tengan como objetivo el abordaje educativo y clínico de problemática emocional y conductual en población adolescente. Estos hogares reciben diferentes denominaciones según la región y las características que presente el recurso o

la población atendida, como hogares de *socialización*, para el *tratamiento de trastornos por consumo de sustancias* y de *alta intensidad educativa*, pero también se pueden denominar de forma más general como *centros terapéuticos* o incluso *centros de atención especializada para menores o de régimen especial*. Del Valle, Sainero y Bravo (2015) cuantificaron este tipo de programas en todas las comunidades autónomas del país, encontrando 124 hogares de ART con un total de 1.424 plazas en el año 2012. Por aquel entonces, suponía un 10,8% de los recursos residenciales en el país y un 9,9% de las plazas totales. Según los últimos datos del Observatorio de la Infancia (2019), en España hubo un total de 49.985 niños, niñas y adolescentes en protección en el año 2018. De todos ellos, 21.283 casos estuvieron en acogimiento residencial, lo que supone un 52% de los niños, niñas y adolescentes en protección. En relación con el número y tipo de recursos residenciales, en 2018 había un total de 1.104 hogares de protección infantil con 16.512 plazas, de los cuales 86 eran recursos específicos para problemas de conducta, con un total de 937 plazas, alcanzando un 8% de los recursos y el 5% de las plazas totales.

Aunque en España no se haya alcanzado el nivel de desarrollar y poner en marcha programas basados en la evidencia, cabe señalar que la evaluación de los programas desde una perspectiva de calidad debería ser siempre una necesidad. Para ello se han desarrollado diferentes estándares de calidad en diversos países, pero como señala Huefner (2018) en su revisión, la investigación científica no ha avanzado en paralelo desarrollando estudios en esta línea. Pérez-García (2019) elaboró una revisión detallada de la participación de niños, niñas y adolescentes en investigación, señalando dos tendencias: (a) la participación en investigación, que puede darse de dos formas, en la fase de diseño del estudio e instrumentos de evaluación, o como sujetos activos que han podido dar su opinión y; (b) participación en evaluaciones de programas acerca del clima de grupo, características del programa residencial o calidad del funcionamiento de los hogares de protección. Diversos profesionales del ámbito han recalcado la importancia de la participación infantil y adolescente en protección infantil y en la investigación, ya que mejora los servicios y toma de decisiones (Sinclair y Franklin, 2000), así como mejora las habilidades sociales, autoestima y confianza en uno mismo o misma (Davies, Williams y Yamashita, 2006; Meintjes, 2014). De esta forma, conocer la valoración que dan los y las adolescentes residentes en ART es un elemento clave en el análisis del funcionamiento de estos programas.

Hoy día existen escasas investigaciones que hayan recogido las valoraciones de satisfacción con el funcionamiento de los hogares desde la perspectiva infanto-juvenil de manera específica (Ramis, 2018), y normalmente no se lleva a cabo desde una perspectiva integral (Ramis, 2016). De forma general se puede concluir que las valoraciones acerca de la calidad de los hogares en los que residen niños, niñas y adolescente, es positiva (Delfabbro, Barber y Bentham, 2002; Ramis, 2016; Rodrigues, Del Valle y Barbosa-Ducharme, 2014). Algunos aspectos valorados positivamente fueron los recursos físicos, la relación entre familias y equipos educativos, la normalización e integración en la comunidad, el área escolar y el respeto de sus derechos (Ramis, 2016; Rodrigues et al.,

2014). Sin embargo, la literatura ha mostrado valoraciones negativas acerca de comportamientos inadecuados por parte del equipo educativo (Southwell y Fraser, 2010); no tener en cuenta su opinión acerca de los criterios educativos (McCarthy, 2016); pasar poco tiempo con familiares y amigos (McCarthy, 2016; Southwell y Fraser, 2010) y; la relación con la persona responsable de caso (McCarthy, 2016).

En España las evaluaciones de calidad en AR comenzaron en los noventa por iniciativa del Grupo de Investigación en Familia e Infancia (Del Valle, 1992), hasta desarrollar un instrumento de evaluación integral denominado *Sistema ARQUA*, que incluye la valoración de la satisfacción de niños, niñas y adolescentes en hogares de protección (Del Valle y Bravo, 2007; Pérez-García, 2019). Gracias a este instrumento se han desarrollado algunos estudios comparativos en el país, que replican los resultados internacionales, hallándose niveles medio-altos de satisfacción (Del Valle, et al., 2012b; Martín y González, 2007).

En relación con las características de la población en hogares terapéuticos en el país, se han llevado a cabo algunas investigaciones preliminares que muestran ciertas particularidades de este grupo adolescente. Sabaté-Tomàs (2017) analizó las características de la población atendida en ART en Cataluña, y su evolución en estos recursos, con un total de 206 participantes. En su estudio la autora encontró mayor presencia de chicos, al igual que la literatura internacional, con tan solo un 11,6% de chicas en la muestra. La edad media era de 15,4 años, variando entre los 12 y 18 años. Más de la mitad de la muestra había estado previamente en AR, concretamente el 33,5% de los casos ingresaban desde otro recurso terapéutico y el 27,7% desde otro hogar de AR. En el estudio se observó una alta prevalencia de problemas de salud mental, ya que el 43% de la muestra tenía un trastorno diagnosticado, así como de conductas de riesgo: el 63,1% de la muestra se había fugado durante su estancia, el 73,3% consumía algún tipo de droga y el 54,9% había cometido algún acto delictivo. La estancia media en el recurso terapéutico era de 14,4 meses y, en la mayoría de los casos, se consideraba que la evolución había sido buena, reduciéndose la problemática emocional y conductual. En la misma línea, Martín et al. (2017) compararon el perfil de adolescentes en ART frente a adolescentes en recursos de autonomía o independencia, con una muestra total de 215 jóvenes. El grupo de adolescentes en ART se caracterizaba por una mayoría de chicos (64,5%) y una edad media de 15,5 años. Los resultados mostraron que el grupo en ART pasaba menos tiempo en acogimiento, pero tenían más cambios de lugar de acogida, frente al grupo de autonomía. En cuanto a las conductas de riesgo, los casos en ART presentaron mayor consumo de drogas (66,3%) frente al grupo de comparación (37,2%). Respecto a las problemáticas de salud mental, los resultados en el CBCL mostraron diferencias significativas entre grupos en las escalas de problemas de atención, conducta agresiva y problemas externalizantes, donde el grupo en ART puntuaba como clínico con más frecuencia. Del mismo modo, quienes estaban en ART acudían con más frecuencia a un tratamiento de salud mental, aunque no se encontraron diferencias significativas respecto al grupo en autonomía.



## CAPÍTULO 2: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

---

### 2.1. Objetivos

Teniendo en cuenta las necesidades de salud mental de la población infanto-juvenil en protección infantil, y el desarrollo de diferentes programas de acogimiento residencial de carácter terapéutico para dar respuesta a dichas necesidades, resulta fundamental conocer con más detalle las características del grupo de adolescentes derivados a estos hogares, así como el funcionamiento de los programas. En esta línea, los objetivos de esta tesis son los siguientes:

**1. Analizar las características, historial y antecedentes de la población adolescente residente en hogares de protección terapéuticos en relación con su contexto familiar, intervención protectora, salud y conductas de riesgo.**

- 1.1. Analizar las características sociofamiliares, incluyendo variables sociodemográficas, las características del núcleo familiar de origen y los factores de riesgo presentes en dicho núcleo.
- 1.2. Analizar el proceso de protección vivido, conociendo los motivos de protección y las características de las medidas de protección previas, así como los motivos que han provocado la derivación a un hogar terapéutico.
- 1.3. Analizar el historial de salud física y mental de los y las adolescentes para conocer los problemas de salud sufridos, la existencia o no de algún tipo de discapacidad y las intervenciones de salud mental que se han llevado a cabo.
- 1.4. Analizar el historial de conductas de riesgo de cada caso, para perfilar la problemática conductual presente en el grupo de jóvenes.

Estos objetivos se han alcanzado en el artículo “Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care”, publicado en la revista *Children and Youth Services Review*.

**2. Analizar las necesidades que presentan en términos de vulnerabilidad, tanto en experiencias de victimización, como consumos adictivos y los posibles trastornos emocionales y conductuales que presentan.**

- 2.1. Evaluar las necesidades de salud mental mediante un cuestionario estandarizado en formato de autoinforme (*Youth Self-Report* o YSR).
- 2.2. Evaluar las experiencias de victimización sufridas a lo largo de la vida mediante la aplicación de un cuestionario en formato autoinforme (*Juvenile Victimization Questionnaire* o JVQ).
- 2.3. Evaluar la problemática de consumo de alcohol y cannabis en este grupo de adolescentes, mediante la utilización de instrumentos de screening en formato autoinforme. Se utilizaron el *Rutgers Alcohol Problems Index* (RAPI) para evaluar el consumo de alcohol y; el *Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents – Short Form* (CPQ-A-S) para el consumo de cannabis.

El primer objetivo ha sido cubierto mediante el artículo ya mencionado publicado en la revista *Children and Youth Services Review*. Mientras que los dos últimos objetivos han sido alcanzados con la publicación titulada “Victimization and substance use among adolescents in residential child care”, de la revista *Child Abuse & Neglect*.

### **3. Analizar el funcionamiento de los hogares terapéuticos en el país.**

3.1. Evaluar el nivel de satisfacción percibido del grupo de jóvenes residentes en los hogares, en relación con los servicios prestados en el hogar, así como comparar dichos resultados con otros programas de acogimiento residencial.

Este objetivo ha sido alcanzado mediante el artículo titulado “No one ever asked us. Young people’s evaluation of their residential child care facilities in three different programs”, publicado en *Psicothema*.

## **2.2. Metodología**

En el año 2016 se inició un proyecto de investigación nacional financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2015-65229-R). El estudio estuvo coordinado por el *Grupo de Investigación en Familia e Infancia* (GIFI) de la Universidad de Oviedo, con la colaboración de otros investigadores e investigadoras en la Universidad de Cantabria, Universidad de Girona, Universidad de La Laguna y la Universidad Loyola Andalucía.

### **2.2.1. Participantes**

En la investigación participaron un total de 450 adolescentes (145 chicas y 305 chicos), con edades comprendidas entre los 11 y 18 años ( $M = 15,29$ ;  $DT = 1,35$ ). De esta muestra se han seleccionado diferentes submuestras para cada estudio, en función de la información disponible en cada caso.

Los criterios de inclusión para la muestra del estudio fueron: (a) residir en un hogar de acogimiento residencial especializado en la atención a problemas emocionales y/o conductuales, es decir, terapéutico y; (b) tener una medida de protección infantil, excluyendo aquellos casos que habían sido derivados a los recursos residenciales a través del sistema de justicia juvenil. En la muestra se incluyeron casos de Menores Extranjeros No Acompañados (MENA) y jóvenes con discapacidad, proporcionando en todo momento el apoyo necesario para la cumplimentación de los instrumentos.

Todos los casos participantes vivían en 38 hogares de acogimiento residencial terapéutico, bajo la tutela o guarda de las siguientes administraciones: Xunta de Galicia, Principado de Asturias, Gobierno de Cantabria, Diputación Foral de Vizcaya, Diputación Foral de Guipúzcoa, Generalitat de Cataluña, Junta de Castilla y León, Comunidad de Madrid y Cabildo de Tenerife.

## 2.2.2. Instrumentos

A lo largo de los estudios que componen esta tesis se utilizaron diferentes cuestionarios para la recogida de información, cada uno diseñado o seleccionado para recoger datos de diferentes áreas:

### 2.2.2.1. Perfil y características de la población atendida

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* basado en el Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial (SERAR) (Bravo, Del Valle y Santos, 2015; Del Valle y Bravo, 2007), para la recogida de información a través de la revisión de los expedientes de protección infantil. Estos expedientes fueron revisados por el equipo investigador, trasladándose a las administraciones públicas u hogares de protección correspondientes. En el cuestionario se incluyeron las siguientes áreas:

- a) Características sociofamiliares: información sociodemográfica como sexo, fecha de nacimiento y edad, si procede de una familia inmigrante, pertenece a etnia gitana o es un MENA. También se recogieron características familiares, como estado civil de los progenitores; número de hijos en el núcleo familiar; presencia de hermanos en protección infantil y; factores de riesgo familiares (incluyendo conducta delictiva, pobreza, violencia de género, discapacidad intelectual, problemas de consumo de drogas, problemas de salud mental y conducta suicida) en uno o ambos progenitores.
- b) Proceso de protección: situación legal; motivos de entrada en el sistema de protección infantil; tipologías de maltrato sufridas; número y tipo de rupturas de medidas de protección; acogimientos residenciales previos, incluyendo número de hogares de protección, tipo de recurso y tiempo en él; existencia de una finalidad de caso y el tipo de finalidad establecida; fecha de ingreso en ART; y motivos de derivación a ART.
- c) Problemas de salud física y mental: existencia de discapacidad, tipología y severidad de esta; problemas graves de salud física; historial de tratamientos de salud mental, abarcando los tratamientos psiquiátricos, psicofarmacológicos y psicológicos, recogiendo toda la información disponible sobre ellos.
- d) Historial de conductas de riesgo: información sobre las posibles conductas de riesgo que se habían manifestado antes del ingreso en ART, como conducta suicida; consumo excesivo de alcohol; consumo de otras drogas ilegales; antecedentes de conductas violentas, incluyendo los contextos donde se producían; fugas del domicilio familiar y hogares residenciales previos; antecedentes de conductas delictivas y existencia de expediente abierto en el juzgado de menores; así como conductas sexuales de riesgo, incluyendo embarazos no planificados.



#### 2.2.2.2. Experiencias de victimización

Las experiencias de victimización a lo largo de la vida se evaluaron mediante el *Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)* (Hamby et al., 2005), utilizando la versión adaptada al castellano por el *Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GReVIA)* de la Universitat de Barcelona, con permiso de los autores originales (Forns et al., 2013). El cuestionario consta de 36 ítems que abordan, mediante una respuesta dicotómica (sí/no), diferentes situaciones y experiencias de victimización que ha podido experimentar el niño, niña o adolescente a lo largo de su vida. Las experiencias se clasifican en diferentes áreas: crímenes convencionales, maltrato infantil, victimización por parte de iguales, victimización sexual, victimización indirecta y victimización a través de internet. El JVQ mostró buenas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,84).

#### 2.2.2.3. Problemas de consumo de drogas

Para la evaluación de consumo de drogas se utilizaron dos instrumentos. Por un lado, el consumo problemático de cannabis se evaluó a través de la versión abreviada del *Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents (CPQ-A-S)* (Proudfoot et al., 2010), adaptada al castellano por Fernández-Artamendi et al. (2012a). Este cuestionario ha sido diseñado para la detección de adolescentes que tienen un alto riesgo de presentar problemas de consumo de cannabis (Proudfoot et al., 2010). El instrumento consta de 12 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) que evalúan el consumo de cannabis en los últimos tres meses. Una puntuación igual a 5 puntos en el cuestionario es indicativa de abuso y 6 de dependencia. El CPQ-A-S ha mostrado buenas propiedades psicométricas (Fernández-Artamendi et al., 2012b) con una alta fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,70) y alta capacidad para detectar problemas relacionados con el cannabis, mediante una sensibilidad del 83% y especificidad del 77,5%.

Para evaluar el consumo de alcohol se utilizó el *Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI)* (White y Labouvie, 1989), adaptada al castellano por López-Núñez et al. (2012). El instrumento consta de 23 ítems que valoran el número de veces que se han producido diferentes eventos relacionados con el consumo de alcohol durante el último año en una escala Likert 0-3, siendo 0 que *nunca ha ocurrido*, 1 que *ha ocurrido una o dos veces*, 2 que *ha ocurrido entre 3 y 5 veces*, y 3 que *ha ocurrido más de cinco veces* a lo largo del año. Una puntuación igual o superior a 7 en el cuestionario son indicativas de abuso y dependencia del alcohol. El RAPI ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con una alta fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,87), así como una capacidad para detectar patrones de consumo de drogas y otros problemas psicopatológicos, con una sensibilidad del 81,9% y especificidad del 73.1% (López-Núñez, et al., 2012).

#### 2.2.2.4. Problemas de salud mental

Para la evaluación de problemas de salud mental se utilizó el *Youth Self-Report* (YSR) para 11-18 años, instrumento que forma parte del sistema de evaluación ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) de Achenbach y Rescorla (2001). Este cuestionario evalúa la posible psicopatología a través de 112 ítems que presentan diferentes situaciones cotidianas. Al ser un autoinforme el niño, niña o adolescente indica la frecuencia con la que dichas situaciones ocurren en su vida a través de una escala Likert donde 0 es *nunca*, 1 es *a veces* y 2 es *siempre o casi siempre*.

La corrección del instrumento permite analizar la problemática emocional y/o conductual a través de ocho escalas clínicas concretas (ansiedad-depresión, depresión-retraimiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de atención, problemas de pensamiento, conducta agresiva y conducta disruptiva), así como tres escalas de segundo orden (internalizante, externalizante y total). Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario se transforman en puntuaciones típicas, a partir de las cuales se establecen tres rangos: normal ( $\leq 64$ ), límite ( $65 \leq 69$ ) y clínico ( $\geq 70$ ) para las escalas clínicas; mientras que para las escalas globales de segundo orden los rangos son los siguientes: normal ( $\leq 59$ ), límite ( $60 \leq 63$ ) y clínico ( $\geq 64$ ).

El YSR ha mostrado buenas propiedades psicométricas (Achenbach et al., 2008) con un Alpha de Cronbach de 0,79 para las escalas síndrome, 0,90 para las escalas internalizante y externalizante y de 0,95 para la escala total. También ha mostrado una validez test-retest de 0,79 para las escalas síndrome, 0,85 para las escalas internalizante y externalizante y 0,87 para la escala total.

#### 2.2.2.5. Funcionamiento de los hogares ART

Para conocer el funcionamiento de los recursos terapéuticos se desarrollaron con mayor detalle evaluaciones de calidad en una submuestra de los hogares participantes. Estas evaluaciones se realizaron con el sistema de evaluación ARQUA (Bravo y Del Valle, 2007) actualizado y adaptado para este tipo específico de AR por Pérez-García (2019). Este sistema de evaluación está basado en los estándares de calidad para el acogimiento residencial (Del Valle et al., 2012b). Se trata de un sistema multi-método y multi-informante, compuesto por los siguientes instrumentos:

- a) Plantilla de información básica: recoge datos básicos sobre la organización del recurso de forma previa a la evaluación.
- b) Escala de observación ambiental: una plantilla para analizar la estructura física interior y exterior del recurso mediante una visita guiada por las instalaciones.
- c) Entrevista con la persona responsable de la dirección o coordinación del hogar: entrevista estructurada de respuesta abierta, con una duración aproximada de dos horas para describir los principales aspectos de funcionamiento y organización del hogar.

- d) Entrevista al personal de atención directa: entrevista estructurada, con preguntas de respuesta abierta al inicio para conocer las funciones realizadas en el recurso, y al final para valorar de forma global el recurso. El resto de la entrevista combina una escala Likert para valorar diferentes aspectos del funcionamiento y clima del recurso, entre 1 (*totalmente desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*), con una respuesta abierta para recoger información de tipo cualitativo.
- e) Entrevista a los jóvenes residentes: entrevista estructurada para adolescentes a partir de 11 años, con el mismo formato de pregunta y respuesta que el equipo educativo, incluyendo las preguntas abiertas finales. La entrevista se divide en áreas: recursos físicos; procesos básicos de derivación y recepción de los y las jóvenes, salida del hogar y transición a la vida adulta; necesidades de seguridad y protección, respeto de los derechos, estudios y formación, salud y estilos de vida, normalización e integración, desarrollo y autonomía, participación, uso de consecuencias educativas y; valoración global del recurso.

En el caso de esta tesis, solo se ha utilizado la información cuantitativa y cualitativa obtenida en las entrevistas al grupo de adolescentes, recogiendo el nivel de satisfacción con los servicios recibidos en el hogar.

### **2.2.3. Procedimiento**

Antes de iniciar el estudio, se solicitaron y recogieron las autorizaciones de las diferentes administraciones autonómicas participantes. Asimismo, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de la Laguna, cumpliendo con todos los criterios éticos requeridos por la Declaración de Helsinki de 1964 para la investigación con seres humanos.

Posteriormente, el estudio se presentó a todos los hogares terapéuticos de las regiones participantes, explicando los objetivos y metodología del proyecto. Aquellos hogares que quisieron formar parte del estudio recibieron la documentación correspondiente para que todo el personal trabajador conociera los objetivos, diseño y metodología del proyecto. Dado que todo el grupo de jóvenes en los hogares eran potenciales participantes, se solicitó la autorización para participar a las personas o entidades que ostentaran la tutela de todos los residentes en los hogares ART participantes. A continuación, todos los casos fueron codificados juntos a los hogares residenciales, para asegurar el anonimato durante el proceso de recogida de información.

Para la evaluación de jóvenes, los equipos investigadores se trasladaron a los recursos residenciales. Tras explicar los objetivos y metodología de la investigación, los chicos y chicas que aceptaban participar firmaban un consentimiento informado antes de cumplimentar los cuestionarios. Por otra parte, los cuestionarios sobre la intervención realizada en los recursos residenciales fueron cumplimentados por el personal clínico o educativo, en formato on-line o papel, según las necesidades y recursos de cada hogar. Para la revisión de expedientes, los equipos investigadores se desplazaron a las diferentes

administraciones y hogares para consultar toda la documentación disponible de cada caso. Para las evaluaciones de calidad se realizó un muestreo de hogares en las diferentes regiones, tratando de evaluar al menos un recurso en cada una. Tras seleccionar 9 de los 38 hogares se organizaron y pusieron en marcha las evaluaciones de calidad.

La *Tabla 2* presenta la distribución de las actividades del proyecto que dan forma a esta tesis, a través de un cronograma.

**Tabla 2. Cronograma**

Actividades	2016		2017				2018				2019			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO</b>														
Diseño del estudio e instrumentos	■													
Presentación del estudio a los hogares		■												
Organización de la muestra		■												
Autorización de tutores legales		■												
<b>RECOGIDA DE DATOS</b>														
Evaluación de jóvenes			■	■	■	■	■	■	■	■				
Revisión de expedientes			■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Información sobre intervención			■	■	■	■	■	■	■	■				
Características del hogar							■	■	■	■				
Evaluaciones de calidad							■	■	■	■				
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>														
Volcado de datos							■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis de resultados													■	■

1 = Primer trimestre del año; 2 = Segundo trimestre del año; 3 = Tercer trimestre del año;  
4 = Cuarto trimestre del año



### 3.1. Resumen estudios

La tesis está compuesta por tres estudios que se presentan a continuación:

#### **Estudio 1: Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care.**

El primer estudio describe el perfil de la población atendida en hogares de acogimiento residencial terapéutico (ART) en España, mediante el análisis de diferentes áreas (sociofamiliar, proceso de protección, historia de salud física y mental e historial de conductas de riesgo), así como la problemática de salud mental que presentan. La muestra estaba formada por 353 jóvenes entre 11 y 18 años, residentes en 38 hogares de ART ubicados en ocho regiones españolas. Los resultados de este estudio mostraron el predominio de chicos en este tipo de hogares, alcanzando el 66% de la muestra. En esta línea, se observó una grave problemática conductual, con una alta frecuencia de casos que ingresan en protección infantil por conductas violentas difíciles de controlar, además de un amplio abanico de conductas de riesgo. Todo ello se relaciona con un proceso de protección más inestable, con numerosas rupturas de medidas de protección y cambios de hogares, así como una larga trayectoria en el sistema de salud mental. Respecto a la problemática de salud mental, casi el 70% de la muestra puntuó como clínico en el *Youth Self-Report* (YSR), observándose el predominio de la problemática externalizante. Un hallazgo importante de este estudio es la vulnerabilidad del grupo de chicas en ART, aunque son derivadas con menos frecuencia a este tipo de programas, presentan un patrón de conductas de riesgo diferente y un mayor daño psicológico, con mayores puntuaciones en el YSR.

Este estudio responde de forma completa al primer objetivo de la tesis, al describir exhaustivamente el perfil de los casos en ART. También responde de forma parcial el segundo objetivo, analizando las necesidades de salud mental que presenta esta población. Este trabajo ha sido publicado en la revista *Children and Youth Services Review*.

#### **Estudio 2: Victimization and substance use among adolescents in Residential Child Care.**

Este trabajo describe las necesidades del grupo de adolescentes residente en ART, mediante el análisis del impacto de las experiencias de victimización en el desarrollo de problemas de consumos de drogas. La muestra estaba compuesta por 321 adolescentes, con edades entre los 11 y 18 años, residentes en 38 hogares ART ubicados en diferentes regiones de España. De nuevo, en este estudio, la presencia de chicos era mayoritaria, alcanzando el 65,1% de la muestra. Los resultados mostraron que las experiencias de victimización eran frecuentes en esta población, siendo las formas más habituales la victimización indirecta, los crímenes convencionales, y la victimización por parte de pares. En cuanto a la polivictimización, más de la mitad de la muestra correspondía al

grupo de polivictimización media, y un 10,8% a polivictimización alta. De igual modo, los problemas de consumo de drogas eran habituales, ya que el 62,7% de la muestra presentaba problemas por consumo de alcohol, y el 58,4% problemas por consumo de cannabis. Los análisis de regresión llevados a cabo en este estudio sugieren que algunas formas de victimización actúan como factores de riesgo para el desarrollo de problemas de alcohol y/o cannabis, especialmente la victimización indirecta, pero se ha observado una interacción diferente entre victimización y problemas por consumo de drogas según el sexo y el hecho de que la familia del o la joven sea inmigrante o no. Es importante señalar que este estudio muestra la vulnerabilidad de las chicas, teniendo más probabilidad de sufrir victimización, así como mayor número de experiencias de este tipo.

El segundo estudio completa el segundo objetivo, analizando las necesidades que presentan los y las jóvenes en ART de acuerdo con las experiencias de victimización sufridas a lo largo de su vida y los problemas de consumo de drogas que presentan. Este artículo ha sido publicado en la revista *Child Abuse & Neglect*.

### **Estudio 3: No one ever asked us. Young people's evaluation of their residential child care facilities in three different programs.**

El último estudio analiza el nivel de satisfacción de los y las adolescentes con el funcionamiento de los hogares de acogimiento residencial. Este trabajo, mediante evaluaciones de calidad, compara el nivel de satisfacción que muestran los y las adolescentes residentes en tres programas de acogimiento residencial diferentes. La muestra estaba formada por 209 adolescentes entre 11 y 20 años, residentes en 21 hogares de protección infantil: 40 jóvenes en programas de ARG, 127 en ART y 42 en preparación para la vida independiente. Este trabajo muestra un nivel de satisfacción general positivo. El grupo de adolescentes en hogares terapéuticos mostró, de forma generalizada, un menor nivel de satisfacción en casi todas las áreas evaluadas, mientras que el grupo de jóvenes en recursos de preparación para la vida independiente mostró los niveles de satisfacción más altos. Para el grupo en ART los aspectos mejor valorados fueron los recursos físicos disponibles; las actividades formativas, así como de ocio y tiempo libre y; la relación establecida con el equipo educativo el apoyo recibido por el mismo. Los aspectos peor valorados fueron los sentimientos de aislamiento y encierro que genera la estancia en un recurso tan restrictivo; echar de menos a la familia y las amistades; así como los castigos recibidos y la falta de consistencia en su aplicación. De esta forma, este artículo muestra los puntos fuertes y débiles de los hogares terapéuticos.

Este trabajo termina de dar respuesta al tercer objetivo, valorando el funcionamiento de los hogares desde la perspectiva de la población atendida, mostrando la comparación del nivel de satisfacción con otros programas residenciales. Este artículo, publicado en la revista *Psicothema*, forma parte de la tesis de mi compañera Silvia Pérez-García, siendo el resultado del trabajo en equipo desarrollado durante las evaluaciones de calidad en los diferentes hogares de protección infantil que conforman la muestra.

### 3.2. Informe de factor de impacto

Las publicaciones que forman parte de la tesis se encuentran indexadas en JCR (*Journal Citation Reports*) de *Social Science Edition*. Con el objetivo de extraer los índices de impacto de cada publicación, se consultaron los datos de la WOS (*Web of Science*) usando las referencias del año 2018. A continuación, se detalla el factor de impacto asociado a cada una de las publicaciones en las diferentes categorías donde se encuentran indexadas:

**REFERENCIA:**

Águila-Otero, A., Bravo, A., Santos, I., y Del Valle, J. F. (2020). Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Children and Youth Services Review*, 112, 104923. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104923>

Categoría	Factor de impacto	Cuartil
Estudios de familia	1,684	Q1
Trabajo social		Q2

**REFERENCIA:**

Fernández-Artamendi, S., Águila-Otero, A., Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2020). Victimization and substance use among adolescents in residential child care. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104484. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104484>

Categoría	Factor de impacto	Cuartil
Psicología social	2,845	Q1
Trabajo social		
Estudios de familia		

**REFERENCIA:**

Pérez-García, S., Águila-Otero, A., González-García, C., Santos, I., y Del Valle, J. F. (2019). No one ever asked us. Young people's evaluation of their residential child care facilities in three different programs. *Picothema*, 31(3), 319-326. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.129>

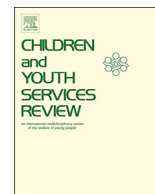
Categoría	Factor de impacto	Cuartil
Psicología multidisciplinar	1,551	Q2





# ESTUDIO 1





## Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care



A. Águila-Otero<sup>a</sup>, A. Bravo<sup>a,\*</sup>, I. Santos<sup>b</sup>, J.F. Del Valle<sup>a</sup>

<sup>a</sup> University of Oviedo, Spain

<sup>b</sup> University of Cantabria, Spain

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Therapeutic residential care  
Mental health problems  
Sex differences  
Adolescents  
Child welfare system

### ABSTRACT

In many countries, adolescents in the child protection system present with serious emotional and behavioral problems. In order to address their specific needs, therapeutic residential care (TRC) programs have been created. The goal of this study is to analyze the profile of 353 adolescents in TRC in Spain. Data on family history, high-risk behaviors and their process of intervention in the child welfare system were collected, as well as the clinical profile through the *Youth Self-Report* (YSR). Results showed a high frequency of high-risk behaviours, especially violent behaviours, substance abuse, running away and suicidal behaviors. About 90% of the sample had a history of continuous mental health treatments starting at an average of 10 years old. About 70% of the sample scored above the clinical threshold of the YSR. Girls exhibited a specific pattern of risk behaviors and mental health needs, showing greater psychological distress and a more complex profile.

### 1. Introduction

Adverse experiences during childhood, particularly abuse and neglect, lead to significant problems in child development. As a consequence, children and adolescents in child care present with high prevalence of high-risk behaviors (delinquent behaviour, substance abuse, autolytic behaviour, etc.) and mental health problems. The connection between experiences of abuse and neglect in childhood and later developmental problems has been demonstrated extensively by research (Cicchetti & Valentino, 2006). Consequently, researchers from different countries (Farmer et al., 2001; González-García et al., 2017; Hukkanen, Sourander, Bergroth, & Piha, 1999; Vostanis, 2010) have emphasized the need to provide therapeutic support to children and youth in residential care who have been exposed to adverse conditions in their own families.

With respect to high-risk behaviors, Ryan, Marshall, Hertz and Hernández (2008) found that young people in residential care were more likely to exhibit delinquent behavior, particularly if they were male, or had had placement changes because they had run away. Malvaso and Delfabbro (2015) also found that 50% of young people in out-of-home care showed delinquent behavior, which was more likely from adolescents in residential care than those in family foster care, and was related to behavioral problems, as well as alcohol and substance abuse. Problems of substance abuse are also often found in adolescents

in child care: Aarons et al. (2008) found substance abuse in 13.5% of these young people and dependency in 4.8%. The greater prevalence of consumption in children and adolescents in care was also found by Traube, Yarnell and Schragger (2016), who studied polyconsumption in a large sample of adolescents in care using a longitudinal design. They highlighted that the consumption of cannabis or other drugs such as cocaine or amphetamines were predictors of future polyconsumption. One particularly serious topic is the frequency with which children and young people in care show autolytic behaviors. Evans et al. (2017) performed a review of suicide in children and adolescents in child care and found that they were twice as likely than the general population to have suicidal ideation, and had almost four times as many suicide attempts. Tavares-Rodrigues, González-García, Bravo and Del Valle (2019) found that 13.3% of the adolescents in residential care in Portugal had attempted suicide. Along similar lines, Lüdtke et al. (2017) analysed non-suicidal self-injury (NSSI) in a sample of 397 adolescents in care and found that 21.9% had presented NSSI at some point in their lives, and 18.4% had done so on multiple occasions.

Regarding mental health, children and adolescents in residential care have shown rates of mental health problems between 46 and 76%, predominantly externalising disorders (González-García et al., 2017; James, Roesch, & Zhang, 2012; Jozefiak et al., 2015; Keil & Price, 2006; Lehmann, Havik, Havik, & Heiervang, 2013; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson, & Ortiz, 2009). In Spain, research into mental health problems

\* Corresponding author.

E-mail addresses: [aguilaalba@uniovi.es](mailto:aguilaalba@uniovi.es) (A. Águila-Otero), [amaibravo@uniovi.es](mailto:amaibravo@uniovi.es) (A. Bravo), [iriana.santos@unican.es](mailto:iriana.santos@unican.es) (I. Santos), [jvalle@uniovi.es](mailto:jvalle@uniovi.es) (J.F. Del Valle).

<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104923>

Received 16 December 2019; Received in revised form 3 March 2020; Accepted 3 March 2020

Available online 04 March 2020

0190-7409/ © 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

in children and young people in residential child care is still limited, but studies from González-García et al. (2017) and Sainero, Bravo, and Del Valle (2014) give figures of 44–60% with a clinical range in the CBCL, and referral rates to mental health services between 26% and 49% (“the differences are due to the different regions in the country”).

All of these problems lead to greater referral of these children and adolescents to mental health treatment (Burns et al., 2004; Farmer et al., 2001; González-García et al., 2017; Pecora et al., 2009). It is remarkable in this population the high frequency of pharmacological treatments (Breland-Noble, Wagner, Farmer & Burns, 2004; Brenner, Southerland, Burns, Wagner, & Farmer, 2013; Desjardins, Lafortune, & Cyr, 2017; Raghavan et al., 2005). In particular, the use of antipsychotics for the reduction of behavioral problems, and psychostimulants for attention problems (Zito et al., 2008), as well as the use of various types of medication at the same time (Brenner et al., 2013; Desjardins et al., 2017; Zito et al., 2008).

### 1.1. The need for therapeutic residential care

All of the aforementioned problems mean that residential child care resources have been often overwhelmed and unable to adequately respond, which has led to the development of highly specialised resources, usually referred to as therapeutic residential care (TRC). TRC has been defined as that which involves the planful use of a purposefully constructed, multi-dimensional living environment designed to enhance or provide treatment, education, socialization, support, and protection to children and youth with identified mental health or behavioural needs in partnership with their families and in collaboration with a full spectrum of community-based formal and informal helping resources (Whittaker & Del Valle, 2015, p. 24).

Some studies have reported on the profile of social, educational and behavioral problems of the young people treated in TRC. This includes high rates of high-risk behaviors such as drug use, criminal behavior, suicidal behavior, inappropriate sexual behavior, or a history of running away and prolonged absences; multiple residential/fostering placement; high levels of disruptive behavior, habitual physically and verbally violent behavior; mental health problems or developmental delays or disabilities (Davidson, Dumigan, Ferguson, & Nugent, 2011; McLean, Price-Robertson, & Robinson, 2011; Robst, Armstrong, Dollard, & Rohrer, 2013). These are serious emotional and behavioral problems that make living in residential care or family contexts significantly harder.

Such disruptive behaviors might contribute to these children and adolescents experiencing one or more placement changes before they are admitted to TRC. In Australia, young people have between four and ten placement changes on average, depending on the region examined, before admittance to a TRC centre (Ainsworth & Hansen, 2015). Robst et al. (2013) also saw a high incidence of breakdowns, and in their sample most of those young people had been in prior treatment, either in hospital (30%), another TRC centre (19.5%) or Treatment Foster Care (TFC) (6.6%). Attar-Schwartz (2013) analysed runaway behavior in adolescents in TRC and found that 44.2% of them had attempted or managed to run away after they were admitted.

In Spain, specific TRC programs appeared in the 1990s with the designation of socialisation centres. Various regional governments later created resources of this kind, turning to a diversity of labels (high intensity educational programs, special regime centres, etc.). In 2009, the report of the Spanish Ombudsman (Defensor del pueblo, 2009) warned that this type of residential care was being used in a very heterogeneous way by the different regional authorities, with some practices being clearly inadequate. The report considered a priority to thoroughly study the profiles of the young people referred to TRC in Spain, in order to better understand and address their needs.

In Spain, the need to standardize these services while guaranteeing their quality, triggered the publication of quality standards in specialised residential care by the Spanish government (Del Valle, Bravo,

Martínez, & Santos, 2012; Pérez-García, Águila-Otero, González-García, Santos, & Del Valle, 2019). Spanish national statistics indicate that 47,493 children and adolescents were in out-of-home care in 2017. Over a third (35.54%,  $n = 16,878$ ) were in residential child care. This same year, there were 1,104 residential care facilities in Spain, of which 81 were TRCs, with a total of 846 places for young people with serious behavioral problems (Observatorio de Infancia, 2018).

Despite the significant needs of these children and adolescents in TRC, there is scarce research carried out in Spain, and only two studies to date have presented data on the profile of young people in TRC (Martín, González-García, Del Valle, & Bravo, 2017; Sabaté Tomàs, 2017). This data allow us to conclude that the majority of this population are male, with a mean age of 15 years old, with more residential placements than the adolescents in other types of residential care and, as expected, a greater incidence of mental health problems, substance use, and running away from the therapeutic home.

The main objective of this study is to carry out an in-depth analysis of the profile of young people in TRC in a large sample with regard to various essential aspects: variables related to family background and the care process, health and medical history, high-risk behaviors, and emotional and behavioral problems, including the analysis of differences between boys and girls.

## 2. Method

### 2.1. Participants

A total of 353 young people (120 girls and 233 boys) aged between 11 and 18 years old ( $M = 15.61$ ;  $SD = 1.31$ ) in TRC participated in this study. The sample came from 36 TRC facilities in Galicia, Asturias, Cantabria, Basque Country, Catalonia, Castile & Leon, Madrid and Tenerife. All of the young people in this age range placed in TRC as a child protection measure were selected (cases placed due to a juvenile court order were excluded). Most of the young people were Spanish but 4.2% were unaccompanied migrant minors (UMM) and 22.7% came from families of immigrants. In terms of ethnicity, 11.9% were Roma.

### 2.2. Instruments

Information about the profiles of these young people in TRC was obtained using an *ad hoc* questionnaire, based on the *System of Evaluation and Registration in Residential Care* (SERAR) (Bravo, Del Valle, & Santos, 2015) which collects the following variables: (1) information related to the child care intervention (reasons for care, time in residential care, changes of children's home placement, history of breakdown in care or adoption, and reasons for admission to TRC), (2) family background and characteristics, analysing the significant family units for the adolescents, whether biological, foster or adoptive, (3) high-risk behaviors exhibited before admittance to the current centre, (4) general medical and mental health history.

The *Youth Self-Report* (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001) was used to analyse the young people's emotional and behavioral problems. The YSR is an instrument with proven guarantees with regard to indicators of reliability and validity, with a Cronbach Alpha coefficient of 0.90 and test-retest reliability of 0.85 for the broadband scales (Achenbach et al., 2008). It has been widely used internationally, frequently in the field of child protection (Campos et al., 2019; Heneghan et al., 2013; Kleinrahm, Keller, Lutz, Kölch, & Fegert, 2013; Nowacki & Schoelmerich, 2010). The YSR is composed of 112 items giving 8 specific clinical subscales (anxiety-depression, withdrawal-depression, somatic complaints, attention problems, thought problems, social problems, aggressive behavior and rule-breaking behavior) and three broadband scales (internalizing, externalizing and total).

2.3. Procedure

Information about the background and protection processes of the young people in TRC was gathered from a review of their files in child protection services by the research team. Before collecting data, express permission was sought from the legal guardians of the minors (in some cases the family of origin, in others the responsible authority). For the evaluation with the YSR, the test was applied in the residential facilities under the supervision of the research team, following an explanation of the research and obtaining informed consent to participate in the study.

Throughout the study, a protocol was followed to ensure data protection and confidentiality. The study complied with all of the ethical criteria required by the 1964 Declaration of Helsinki for research with human beings, and was authorised by the Ethics Committee of the University La Laguna (Tenerife).

2.4. Data analysis

The following bivariate analysis were used for comparative analysis between sex groups. For nominal variables, the *Chi-squared* was used and an analysis of corrected standardised residuals was performed; for quantitative variables, the *Student t* test was used.

The level of significance was set at  $p \leq 0.05$  in all analyses. For the analysis and interpretation of corrected standardised residuals, significance was set at less than  $-1.95$  or greater than  $1.95$ . All analyses were performed using the statistics program SPSS v24.0.

3. Results

3.1. Sociodemographic and family background

Most of the sample (80.7%) was over 15 years old, indicating that TRC programs are mostly aimed at this group of older adolescents and very few are under 13 (Table 1). In addition, there were almost twice as many boys as girls, just under a quarter (22.7%) were from immigrant families, but cases of young unaccompanied immigrants only represented 4.2% of the total sample.

**Table 1**  
Sociodemographic and family background.

Variable	N(n = 353)	% or M (SD)
Sexo		
Male	233	66
Female	120	34
Age		15.61 (1.30)
11–12 years old	7	2
13–14 years old	61	17.3
15–16 years old	184	52.1
17–18 years old	101	28.6
Roma children	42	11.9
Immigrant family	80	22.7
Unaccompanied migrant minor	15	4.2
Family risk factors (n = 349) <sup>a</sup>		
Poverty	158	45.3
Mental health disorder	151	43.3
Gender violence	137	39.3
Substance abuse	125	35.8
Criminal behavior	83	23.8
Intrafamilial violence	47	13.5
Intellectual disability	33	9.5
Suicidal behavior	18	5.2
Mean risk factors		2.15 (1.67)
Number of children in family (n = 350)		2.8 (1.59)
Siblings in protection	102	29.1
Number of siblings in protection		1.88 (1.17)
Family Preservation Program (FPP)	112	31.7
Duration FPP		17.58 (13.63)

All the percentages were calculated over the total sample (N = 353).

<sup>a</sup> More than one category per case is possible.

**Table 2**  
Risk behaviors previous to TRC placement.

	Total(n = 353)	Boys(n = 233)	Girls(n = 120)
Variable	n (%)	n (%)	n (%)
Suicide behavior <sup>a</sup>	105 (29.7)	48 (20.6)	57 (47.5)***
Threat	37 (10.5)	17 (7.3)	20 (16.7)**
Attempt	78 (22.1)	34 (14.6)	44 (36.7)***
Non-suicidal self-injury	25 (7.1)	14 (6)	11 (9.2)
Problematic alcohol consumption	93 (26.3)	54 (23.2)	39 (32.5)
Drug abuse <sup>a</sup>	215 (60.9)	138 (59.2)	77 (64.2)
Cannabis	204 (57.8)	131 (56.2)	73 (60.8)
Cocaine	31 (8.8)	14 (6)	17 (14.1)*
Other psychostimulants	20 (5.7)	11 (4.7)	9 (7.5)
Psychiatric drugs	6 (1.7)	5 (2.1)	1 (0.8)
Inhalants or solvents	10 (2.8)	7 (3)	3 (2.5)
Other drugs	15 (4.2)	10 (4.3)	5 (4.2)
Non-specified	9 (2.5)	5 (2.1)	4 (3.3)
Violent behavior <sup>a</sup>	294 (83.3)	206 (88.4)	88 (73.3)***
Previous residential care	204 (57.8)	146 (62.7)	58 (48.3)*
Family home	144 (40.8)	94 (40.3)	50 (41.7)
School	102 (28.9)	80 (34.3)	22 (18.3)**
Community	77 (21.8)	61 (26.2)	16 (13.3)**
Family home runaway	89 (25.2)	43 (18.5)	46 (38.3)***
Residential care runaway	187 (53)	115 (49.4)	72 (60)
Criminal behavior	118 (33.4)	94 (40.3)	24 (20)***
Against persons	62 (17.6)	47 (20.2)	15 (12.5)
Against property	24 (6.8)	20 (8.6)	4 (3.3)
Against persons and property	27 (7.6)	26 (11.2)	1 (0.8)
Juvenile justice unit	15 (4.2)	12 (5.2)	3 (2.5)
Sexual risk behavior	90 (25.5)	36 (15.4)	54 (45)***
Hypersexualized behavior	38 (10.8)	17 (7.3)	21 (17.5)**
Unprotected sex	27 (7.6)	3 (1.3)	24 (20)***
Sex with adults/strangers	15 (4.2)	2 (0.9)	13 (10.8)***
Prostitution	11 (3.1)	3 (1.3)	8 (6.7)**
Non specified	12 (3.4)	1 (0.4)	11 (9.2)***

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

<sup>a</sup> More than one category per case is possible.

In terms of family background, 80.5% of the young people had some high risk family background, with a mean of a little more than two factors per family. The most common were a precarious economic situation, mental health problems in some member of the family unit, gender violence, and substance abuse. About a third of the young people had a sibling in care, and a similar proportion of the families had participated in a family preservation program before the young person entered TRC.

3.2. Risk behaviors

Practically all of the young people (97.7%) presented one or more of the serious risk behaviors covered in the study (Table 2), with a mean of 3.32 ( $SD = 1.47$ ). Significant differences were found by sex, with girls reporting more risk behaviors [ $t(351) = 3.45, p = 0.001$ ], with a mean of 3.69 ( $SD = 1.47$ ) compared to the boys' mean of 3.13 ( $SD = 1.44$ ). The frequency of histories which included suicide attempts stood out, having been found in 22.1% of cases, with significant differences by sex [ $\chi^2(1, N = 353) = 22.42, p = \leq 0.001$ ]. Almost one in three girls presented with such history, doubling the frequency in boys. In 87.2% of these episodes, young people caused injury to themselves.

More than half of the sample consumed some kind of drug, particularly cannabis and cocaine, along with problematic alcohol drinking. Significant differences were found between sexes in cocaine consumption, which was present in 14.1% of the girls and 6% of the boys [ $\chi^2(1, N = 353) = 6.58, p = 0.010$ ].

Most of the young people had exhibited violent behaviors prior to entering TRC. This reached 88.4% in boys and 73.3% in girls [ $\chi^2(1, N = 353) = 12.94, p = \leq 0.001$ ]. More than half of the adolescents (64.3%) had exhibited physically and verbally violent behaviors,

followed by 19.4% had exhibited verbally violent behaviors, 11.2% had exhibited physically violent behavior and 5.1% without specifying the type. As Table 2 shows, these behaviors predominated in the residential and family contexts. Violent behavior was more prevalent in the boys in school [ $\chi^2(1, N = 294) = 5.21, p = 0.022$ ] and community contexts [ $\chi^2(1, N = 294) = 4.17, p = 0.041$ ], with significant differences between the groups.

Running away was also relatively common, and more so from prior residential placements than family homes. Running away from family homes was more common in the girls' group with a rate of 38.8%, compared to 18.5% for boys [ $\chi^2(1, N = 353) = 15.59, p = \leq 0.001$ ]. A third of the sample had a court record for some kind of delinquent behavior and the numbers increase if we consider delinquent behavior reported by educators or families without going to court, reaching 58.4% in the total sample. This behavior was present in 20% of girls and 40% of boys, with significant difference between the groups [ $\chi^2(1, N = 353) = 14.73, p = \leq 0.001$ ].

High-risk sexual behaviors (prostitution, unprotected sex, sexual relations with adults and/or strangers, unplanned pregnancy) were found in a quarter of the sample and were more prevalent in girls [ $\chi^2(1, N = 353) = 36.41, p = \leq 0.001$ ]. It is worth highlighting that 5.8% of the girls had had an unplanned pregnancy. All types of sexual risk behavior were more frequent in girls, including hypersexualized sexual behavior [ $\chi^2(1, N = 353) = 8.585, p = 0.003$ ], unprotected sex [ $\chi^2(1, N = 353) = 39.264, p = \leq 0.001$ ], sex with adults [ $\chi^2(1, N = 353) = 19.370, p = \leq 0.001$ ], prostitution [ $\chi^2(1, N = 353) = 7.591, p = 0.006$ ], as well as unspecified sexual risk behaviors [ $\chi^2(1, N = 353) = 18.414, p = \leq 0.001$ ].

### 3.3. The child care intervention

As Table 3 shows, the most common reasons for protection were child abuse and neglect, followed by incapability of parental control and child-to-parent violence. In particular, the most common types of maltreatment were neglect (emotional, physical and educational, via school absence), along with emotional maltreatment. There were significant differences between the group of boys and girls with respect to negligence of educational needs [ $\chi^2(1, N = 351) = 6.65, p = 0.010$ ] and sexual abuse [ $\chi^2(1, N = 351) = 7.5, p \leq 0.001$ ], with both being more common in the girls' group.

The vast majority (78.8%) of the young people had experienced some breakdown in their care placements before entering TRC, ranging from 0 to 9 breakdowns. Most of the young people had suffered a breakdown of residential care, and a smaller proportion in family foster care and adoption. These breakdowns of foster care and adoption were mostly caused (87.7%) by some kind of behavioral problem. In adoption breakdowns, 5.9% of them were definitive, with no more contact between the family and the adolescent. An appreciable number of failures of family reunification (17%) were found, meaning re-entering into residential care once more.

Most of the young people had been previously in residential care (87.5%), with a mean of almost two changes, and between 0 and 9 facilities, excluding stays in primary reception or emergency centres. It was relatively common for them to have been in another TRC centre previously. The mean cumulative time in residential care in these young people's lives varied between 0 and 209 months. There was varied data with respect to stays in the current centres, ranging between 0 and 48 months, with significant differences between groups, the longest stays being boys [ $t(351) = -3.25, p = 0.001$ ], who had spent a mean of 10.71 months ( $SD = 11.04$ ) in their current centre while girls had a mean stay of 7.5 months ( $SD = 7.34$ ).

The majority of the young people in TRC centres came from another residential care facility, followed by another TRC centre or a family home. Table 3 shows that the most common reasons for referral to TRC were behavioral problems, repeated running away, the presence of severe mental disorders and delinquent behavior. Significant differences

**Table 3**  
Characteristics of protection process.

Variable	N(n = 353)	% or M (SD)
Reason for admission (n = 351) <sup>a</sup>		
Child abuse or neglect	262	74.6
Out of parental control	221	63
Child-to-parent violence	83	28.4
Impossibility to meet parental obligations	40	11.4
Abandonment	39	11.1
Unaccompanied migrant minor	15	4.3
Child abuse or neglect (n = 351) <sup>a</sup>		
Physical abuse	99	28.2
Emotional abuse	151	43
Physical neglect	149	42.5
Emotional neglect	183	52.1
Security needs neglect	105	29.9
School attendance neglect	113	32.2
Sexual abuse	15	4.3
Break-down experiences <sup>a</sup>		
Residential child care breakdown	241	68.3
Foster care breakdown	72	20.4
Adoption breakdown	34	9.6
Family reunification breakdown	60	17
Number of breakdowns		1.65 (1.41)
Number of placement changes		1.78 (1.56)
Mean time spent at residential child care		33.17 (32.40)
Mean time spent at current TRC		9.62 (10.43)
Referred from		
Residential child care	218	61.8
Other TRC	66	18.7
Origin family	60	17
Family foster care	5	1.4
Other facilities/placements	4	1.1
Reason for TRC admission (n = 352) <sup>a</sup>		
Severe behavior problems	318	90.3
Severe mental health disorder	158	44.9
Runaway	199	56.5
Child-to-parent violence	100	28.4
Delinquency	115	32.7
Drug consumption	69	19.5
Suicide behavior	21	5.9
Sexual risk behavior	32	9.1

All the percentages were calculated over the total sample (N = 353).

<sup>a</sup> More than one category per case is possible.

were found between sexes, being more frequent among boys the admission to TRC due to severe behavioral problems [ $\chi^2(1, N = 352) = 4.24, p = 0.039$ ] and criminal behavior [ $\chi^2(1, N = 352) = 30.950, p \leq 0.001$ ]. Girls were more frequently referred due to behaviors related to runaway [ $\chi^2(1, N = 352) = 4.32, p = 0.038$ ], suicide [ $\chi^2(1, N = 352) = 13.95, p \leq 0.001$ ] and sexual risk [ $\chi^2(1, N = 352) = 15.69, p \leq 0.001$ ].

### 3.4. Mental health problems and interventions

Around a fifth (21%) of the young people presented some kind of disability (officially diagnosed by health services), predominantly mental disability due to mental health disorders and intellectual disability. In this latter subgroup, the majority (80%) presented a moderate level, followed by severe (12.7%) and mild (7.9%).

The majority of the young people (89%) had had or were having some kind of mental health treatment prior to entering TRC, whether psychological, psychiatric or psychopharmacological (Table 4). The mean age of first contact with mental health services was 10.14 years old ( $SD = 3.71$ ) and 96.2% of those who had had treatment had been receiving continuous intervention over time, compared to 3.8% with occasional consultations. More than half of those receiving treatment (61.5%) had experienced changes of professional within the same type of treatment (psychiatric or psychological).

In the psychotropic medication that two thirds of the young people were receiving, what stands out is the prescription of antipsychotics,

**Table 4**  
Mental health variables.

Variables	Total(n = 353) n (%)	Boys(n = 233) n (%)	Girls(n = 120) n (%)
Disability <sup>a</sup>	74 (21)	55 (23.6)	19 (15.8)
Mental disability	60 (17)	46 (19.7)	14 (11.7)
Intellectual disability	40 (11.3)	29 (12.4)	11 (9.2)
Physical disability	5 (1.4)	2 (0.9)	3 (2.5)
Sensorial disability	1 (0.3)	1 (0.4)	0
Mental health treatment <sup>a</sup>	314 (89)	208 (89.3)	106 (88.3)
Psychological treatment	257 (72.8)	175 (75.1)	82 (68.3)
Psychiatric treatment	235 (66.8)	153 (65.6)	82 (68.3)
Psychopharmacological treatment	232 (65.7)	157 (67.4)	75 (62.5)
Type of psychotropic drugs <sup>a</sup>			
Psychostimulant	93 (26.3)	70 (30)	23 (19.2)*
Antidepressant	64 (18.7)	30 (13.7)	34 (28.3)**
Anxiolytic	67 (19)	35 (15)	32 (26.7)**
Antipsychotic	171 (49)	117 (51.1)	54 (45)
Antiepileptic	61 (17.3)	36 (15.5)	25 (20.8)
Hypnotic	17 (5.1)	12 (5.6)	5 (4.2)
Other psychotropic drugs	5 (1.4)	3 (1.3)	2 (1.7)
Psychodiagnostic <sup>a</sup>	180 (51)	118 (56.7)	62 (58.5)
Attention deficit hyperactivity disorder	80 (22.7)	59 (25.3)	21 (17.5)
Other neurodevelopmental disorders	30 (8.5)	19 (8.2)	11 (9.2)
Depressive disorder	9 (2.5)	6 (2.6)	3 (2.5)
Stress disorder	32 (9.1)	19 (8.2)	13 (10.8)
Attachment disorder	30 (8.5)	19 (8.2)	11 (9.2)
Behavior disorder	80 (22.7)	55 (23.6)	25 (20.8)
Personality disorder	21 (5.9)	8 (3.4)	13 (10.8)**
Squizophrenia or psychotic disorder	5 (1.4)	3 (1.3)	2 (1.7)
Drug abuse disorder	13 (3.7)	6 (2.6)	7 (5.8)
Other psychodiagnostics	17 (4.8)	11 (4.7)	6 (5)
Comorbidity	86 (24.4)	57 (24.5)	29 (24.2)
Psychiatric hospitalization	109 (30.9)	57 (24.5)	52 (43.3)***

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

<sup>a</sup> More than one category per case is possible.

mostly atypical or second generation (for the control of aggressive behaviors) and psychostimulants (for attention problems). There was a high frequency (45% of those receiving medication) of simultaneous consumption of various types of psychopharmaceuticals, a mean of 2.21 medicines per person (SD = 1.04), ranging from 1 to 6 different types. Significant differences were found between boys and girls in the pattern of medication, with the girls having consuming more antidepressants [ $\chi^2(1, N = 219) = 14.05, p = \leq 0.001$ ] and anxiolytics [ $\chi^2(1, N = 219) = 9.04, N = 219, p = 0.003$ ], and fewer psychostimulants [ $\chi^2(1, N = 219) = 5.38, p = 0.020$ ]. About two-thirds (65.5%) of the young people on medication had experienced significant changes in medication and in the vast majority (80.3%), that meant increasing the number of medications or the change to a stronger drug.

In terms of diagnosis, only half of the young people had an explicit diagnosis, and the high frequency of comorbidity is notable, with a mean of 1.71 disorders (SD = 0.94), ranging from 0 to 5. The most common diagnoses were behavior disorder and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). ADHD was more prevalent in boys [ $\chi^2(1, N = 180) = 4.28, p = 0.039$ ], while personality disorders were more common in girls [ $\chi^2(1, N = 180) = 7.04, p = 0.005$ ].

A third of the sample had been admitted to a psychiatric unit, in almost all cases (97.2%), repeatedly. These psychiatric hospitalizations were significantly more common in girls [ $\chi^2(1, N = 180) = 13.21, p \leq 0.001$ ].

Finally, Table 5 shows the assessment of emotional and behavioral problems with the YSR questionnaire. More than half of the sample were in the clinical range in one or more broadband scales, with a notably greater frequency of cases in the externalizing clinical range

**Table 5**  
Percentage of cases in clinical range in YSR and sex differences.

Variable	Total (n = 325) n (%)	Boys (n = 216) n (%)	Girls (n = 109) n (%)
Anxiety-depression	42 (16)	23 (10.6)	29 (26.6)***
Withdrawal-depression	39 (12)	23 (10.6)	16 (14.7)
Somatic complaints	37 (11.4)	28 (13)	9 (8.3)
Social problems	58 (17.8)	28 (13)	30 (27.5)**
Thought problems	40 (12.3)	23 (10.6)	17 (15.6)
Attentional problems	72 (22.2)	42 (19.4)	30 (27.5)
Disruptive behavior	138 (42.5)	92 (42.6)	46 (42.2)
Aggressive behavior	86 (26.5)	53 (24.5)	33 (30.3)
Internalizing	104 (32)	56 (25.9)	48 (44)**
Externalizing	198 (60.9)	124 (57.4)	74 (67.9)
Total	155 (47.7)	95 (44)	60 (55)
Any scale	222 (67.7)	138 (63.9)	82 (75.2)*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ .

than internalizing. In almost all of the first order scales, more girls than boys scored in the clinical range, with significant differences in the scales of anxiety-depression [ $\chi^2(1, N = 325) = 13.72, p \leq 0.001$ ], social problems [ $\chi^2(1, N = 325) = 10.47, p = 0.001$ ], and internalizing problems [ $\chi^2(1, N = 325) = 10.92, p = 0.001$ ].

#### 4. Discussion

This is the first study in Spain which describes the adolescent population in TRC with a large and representative sample from various regions, looking at the socio-family profile, the type of care intervention and their mental health issues. Most of these young people were referred to TRC because of serious behavioral issues, and most likely because of the enormous difficulties adults had controlling and educating them, both in the family unit and in other residential placements. These difficulties are explained by the high incidence of backgrounds of risk behaviors that characterize this group: violent behaviors, substance abuse, running away from home or other residential placements, as well as criminal behavior. At the same time, the high frequency of severe family risk factors, such as gender violence or substance abuse by parents, points out the serious adverse family contexts of these young people.

Among the broad range of risk behaviors found in these young peoples' histories, suicide attempts stand out because of their seriousness and because they represent a different problem to the more common externalizing disorders. Almost a quarter of the young people had an episode of this type, and in girls it was twice as common as in boys. The importance of this problem means it needs further research, not only as something to address in TCR treatment, but also to address and prevent it in residential child care placements. As other authors have indicated (Sainero et al., 2014; Tavares-Rodrigues et al., 2019), there is little research on this topic in residential care despite the potentially serious consequences, and the particular incidence in girls (Heneghan et al., 2013).

The results of the YSR, together with these young people's risk behaviors, highlight the importance of carrying out interventions with a gender perspective, adapting both preventive and treatment interventions to the individual characteristics of each adolescent, bearing in mind the possible gender differences in the symptomatology and the therapeutic approach. A gender perspective is needed in the broader sense, for intervention in child protection, as already noted by Daniel, Featherstone, Hooper, and Scourfield (2005). The range of severe problems affecting our sample in TRC is very broad, and to everything noted above, it is worth emphasising the 11% incidence of intellectual disability. The overrepresentation of this problem in child care has been noted by other authors (Hill, 2012; Lightfoot, Hill, & LaLiberte, 2011). In Spain, our percentage in TRC is lower than in general residential child care (Águila-Otero, González-García, Bravo, Lázaro-Visa, & del



Valle, 2018; Sainero, del Valle, López, & Bravo, 2013) where the number is around 17%, but when mental health disorders are added to intellectual disability, the resulting profile may be particularly severe and make it extremely difficult to achieve effective treatment (Sainero et al., 2013). Almost 90% of our sample had already been receiving mental health treatment, starting in an early age and having a background of continuous treatment. Without doubt there has been a failure of previous treatment that should lead to a review of the interventions taken when children and young people need these treatments.

We have found very high rates of pharmacological treatment, affecting two thirds of the young people in our sample, a very similar figure to those found previously by Desjardins et al. (2017) and Brenner et al. (2013). Various studies have found greater prescribing of psychostimulants followed by antipsychotic medication (Desjardins et al., 2017; Zito et al., 2008), however in our study the most prescribed psychotropic drugs were antipsychotics. Atypical antipsychotics are used for behavioural symptoms in general population (Pappadopulos et al., 2003), because their short term efficacy (Loy, Merry, Hetrick, & Stasiak, 2017), which would indicate the need for the simultaneous, continued use of other types of intensive, prolonged psychosocial therapies. In addition, just under half of our sample were being prescribed more than one psychopharmaceutical, which agrees with results from Brenner et al. (2013) who found that 60.6% of adolescents in TFC had been prescribed more than one psychotropic drug at a time.

The question of gender is also worth highlighting from the results. There are twice as many boys as girls in TRC, but analysing the differences in background risks shows very different profiles. While the boys present more violent and criminal behavior, the girls present more suicide attempts, hospital admissions, cocaine use, high-risk sexual behavior, and running away from family homes. Pharmaceutical treatments in TRC show that girls are prescribed more anxiolytics and antidepressants and less psychostimulants (associated with ADHD treatments, more common in boys). Finally, the results of the YSR confirm a profile of more internalizing problems in girls, with particularly large differences in the anxiety-depression scale and more clinical scores in social problems. Although the boys had more clinical externalizing problems, the difference was not statistically significant. Epidemiological research in the general population has found sex-related differences in mental pathologies in adolescents. Boys commonly present more externalizing problems than girls (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Polanczyk & Jensen, 2008; Wagner et al., 2017), and girls commonly present more internalizing problems (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009; Wagner et al., 2017). Some longitudinal epidemiological studies have found that over time girls' mental health problems increase, but boys' problems diminish (Fink et al., 2015; Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018). However, in samples of adolescents in care these differences are less apparent and both sexes usually exhibit similar rates of externalizing problems (Sempik, Ward, & Darker, 2008), as in our study.

It seems that when these problems are very serious and the families or educators in children's homes cannot deal with them, these situations trigger a demand for referrals to TRC. This difficulty of control and failure to achieve an appropriate educational relationship is manifested in the large number of previous changes or breakdowns, something which is in line with previous research (Perry & Price, 2017; Rubin, O'Reilly, Luan, & Localio, 2015; Vanschoonlandt, Vanderfaellie, Van Holen, De Maeyer & Robberechts, 2013). It is important to note that placement breakdowns and placement changes not only affect residential care but also family foster care and, more worryingly, adoptions. The violent behavior of these adolescents is a precipitant factor in these adoption breakdowns, as research has shown (Paniagua, Palacios, & Jiménez-Morago, 2019).

This work does have some limitations. The data referring to the profiles of the adolescents (care history, family background, risk behaviors and mental health treatments) came from child protection services reports. In Spain we do not have a homogeneous system of

information collection in the different regional governments, so in some areas detailed information on some aspects, particularly family backgrounds, was not available or complete. Another potential limitation is that the information about mental health needs was obtained via the application of a self-report from the adolescents themselves, so these needs may be underestimated due to a lack of awareness of the problem or social desirability. The use of multi-informant assessment tools has been recommended for residential child care research and practice (Martín, González-García, Del Valle, & Bravo, 2019).

## 5. Conclusions

As expected with such a specialised program as TRC, our sample showed extremely severe profiles. The predominant problem in these types of resources is externalizing in nature, associated with risk behaviors such as physical and verbal aggression, drug use and criminal behavior. This behavioral symptomatology leads to a less stable care process, with out-of-home placement and adoption breakdowns, and changes of residential facilities. The girls in TRC show greater psychological upset or damage, manifesting in greater frequency suicidal behavior, risky sexual behaviors, running away from the family home, and consumption of certain drugs such as cocaine, in addition to greater mental health problems. For this reason, we believe that it is essential for interventions in these types of resources to be carried out from a gender perspective that would allow suitable work to be done beforehand in any prior residential or foster family care placement.

The particular severity of the profiles of this group of young people comes from a long history of serious risk-behaviors which combine substance abuse, criminal behavior, breakdowns in both co-living in residential care and family foster care, and even adoption, along with suicide attempts. These are cases with a long history of mental health treatment that have not managed to improve their emotional well-being despite having been treated over long periods in care, something which should lead to a rethinking of mental health treatments in child care. Over many years, the most effective programs have been those based on evidence which work with the adolescent, the family, the educational context and community to significantly, transversally reduce the behavioral symptomatology, achieving significant, long-term changes. It is essential to achieve a therapeutic environment in the residential care facility itself, so that the links between the adolescents and the educational and clinical teams promote learning and reduce the problem, just as Whittaker et al. (2016) indicated. This must be the aim of TRC programs, but residential child care resources in general must also adopt this perspective, albeit not with the same therapeutic intensity.

## Funding

This research was supported by the Ministry of Economy and Competitiveness (MINECO) of Spain through the National Plan of I + D + i (PSI2015-65229-R). The author Alba Águila-Otero holds a pre-doctoral scholarship from the Severo Ochoa Program for Training in Research and Teaching in Principality of Asturias (BP16061).

## CRedit authorship contribution statement

**A. Águila-Otero:** Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Writing - original draft, Writing - review & editing, Visualization. **A. Bravo:** Conceptualization, Methodology, Writing - review & editing, Supervision, Project administration, Funding acquisition. **I. Santos:** Investigation, Resources. **J.F. Del Valle:** Conceptualization, Methodology, Writing - review & editing, Visualization, Supervision, Project administration, Funding acquisition.

## Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

## Appendix A. Supplementary material

Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104923>.

## References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), 251–275. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>.
- Águila-Otero, A., González-García, C., Bravo, A., Lázaro-Visa, S., & del Valle, J. F. (2018). Children and young people with intellectual disability in residential childcare: Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 337–347. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12351>.
- Ainsworth, F., & Hansen, P. (2015). Therapeutic residential care: Different population, different purpose, different costs. *Children Australia*, 40(4), 342–347. <https://doi.org/10.1017/cha.2015.47>.
- Aarons, G. A., Monn, A. R., Hazen, A. L., Connelly, C. D., Leslie, L. K., Landsverk, J. A., ... Brown, S. A. (2008). Substance involvement among youths in child welfare: The role of common and unique risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 340–349. <https://doi.org/10.1037/a0014215>.
- Attar-Schwartz, S. (2013). Runaway behavior among adolescents in residential care. The role of personal characteristics, victimization experiences while in care, social climate and institutional factors. *Child and Youth Services Review*, 35(2), 258–267. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.11.005>.
- Bravo, A., Del Valle, J. F., & Santos, I. (2015). Helping staff to connect quality, practice and evaluation in therapeutic residential care: The SERAR Model in Spain. In J. Whittaker, J. F. Del Valle, & L. Holmes (Eds.). *Therapeutic residential care for children and youth. Exploring evidence-informed international practice* (pp. 275–287). London: Jessica Kingsley.
- Breland-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M. Z., Dubs, M. S., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2004). Use of psychotropic medications by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services*, 55(6), 706–708. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.6.706>.
- Brenner, S. L., Southerland, D. G., Burns, B. J., Wagner, H. R., & Farmer, E. M. Z. (2013). Use of psychotropic medications among youth in treatment foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 23(4), 666–674. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9882-3>.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960–970.
- Campos, J., Barbosa-Ducharme, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., & Leal, M. (2019). Emotional and behavioral problems and psychosocial skills in adolescents in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(2), 113–124. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0594-9>.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology: Theory and method* (pp. 129–201). New Jersey: Wiley.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837–844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>.
- Daniel, B., Featherstone, B., Hooper, C. A., & Scourfield, J. (2005). Why gender matters for evert child matters. *British Journal of Social Work*, 35(8), 1343–1355. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch225>.
- Davidson, C., Dumigan, L., Ferguson, C., & Nugent, P. (2011). Effective therapeutic approaches withing specialist residential childcare settings. *Child Care in Practice*, 17(1), 17–35. <https://doi.org/10.1080/13575279.2011.528968>.
- Defensor del pueblo (2009). *Informes, estudios y documentos. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social. [Residential child care for children with behavioural diseases and social difficulties]*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
- Del Valle, Bravo, A., Martínez, M., & Santos, I. (2012). Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. EQUAR-E. [Quality standards in specialized residential child care. EQUAR-E.] Ministerio de Sanidad. *Servicios Sociales e Igualdad*.
- Desjardins, J., Lafortune, D., & Cyr, F. (2017). Psychopharmacotherapy in children placed in group homes and residential centres in Canada: Psychopathological portrait of children receiving psychotropic medications and educators' perception of treatment. *Children and Youth Services Review*, 81, 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.08.001>.
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.020>.
- Farmer, E., Burns, B., Chapman, M., Phillips, S., Angold, A., & Costello, E. J. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Service Review*, 75(4), 605–624. <https://doi.org/10.1086/323165>.
- Fink, E., Patalay, P., Sharpe, H., Holley, S., Deighton, J., & Wolpert, M. (2015). Mental health difficulties in early adolescence: A comparison of two cross-sectional studies in England from 2009 to 2014. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 502–507. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.01.023>.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.12.011>.
- Heneghan, A., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Zhang, J., ... Horwitz, S. M. (2013). Mental health problems in teens investigated by U.S. child welfare agencies. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 634–640. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.269>.
- Hill, K. M. (2012). Permanency and placement planning for older youth with disabilities in out-of-home placement. *Children and Youth Services*, 34(8), 1418–1424. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.03.012>.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergröth, L., & Piha, J. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(4), 268–275.
- James, S., Roesch, S., & Zhang, J. J. (2012). Characteristics and behavioral outcomes for youth in group care and family-based care: A propensity score matching approach using national data. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(3), 144–156. <https://doi.org/10.1177/1063426611409041>.
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2015). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>.
- Keil, V., & Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761–779. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2005.08.006>.
- Kleinrahn, R., Keller, F., Lutz, K., Kölich, M., & Fegert, J. M. (2013). Assessing change in the behavior of children and adolescents in youth welfare institutions using goal attainment scaling. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-33>.
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>.
- Lightfoot, E., Hill, K., & LaLiberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2069–2075. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.02.019>.
- Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E., & Stasiak, K. (2017). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008559.pub3>.
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Schmeck, K., Plener, P. L., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). Nonsuicidal self-injury in adolescents placed in youth welfare and juvenile justice group homes: Associations with mental disorders and suicidality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(2), 343–354. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0291-8>.
- Malvaso, C. G., & Delfabbro, P. (2015). Offending behaviour among young people with complex needs in the Australian out-of-home care system. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3561–3569. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0157-z>.
- Martín, E., González-García, C., Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2017). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child & Family Social Work*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/cfs.12374>.
- Martín, E., González-García, C., Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2019). Detection of behavioral and emotional disorders in residential child care: Using a multi-informant approach. *Children and Youth Services Review*, 108, 104588. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104588>.
- McLean, S., Price-Robertson, R., & Robinson, E. (2011). Therapeutic residential care in Australia: Taking stock and looking forward. (National Child Protection Clearinghouse Issues Paper No. 35). Melbourne: Australian Institute of Family Studies, Government of Australia.
- Merikangas, K., Nakamura, E. F., & Kessler, R. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20.
- Nowacki, K., & Schoelmerich, A. (2010). Growing up in foster families or institutions: Attachment representation and psychological adjustment of young adults. *Attachment & Human Development*, 12(6), 551–566. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.504547>.
- Observatorio de la Infancia (2018). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia [Basic statistics of child welfare]*, Vol. 20. Madrid: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.
- Paniagua, C., Palacios, J., & Jiménez-Morago, J. M. (2019). Adoption breakdown and adolescence. *Child & Family Social Work*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/cfs.12631>.
- Pappadopoulos, E., Macintyre, J. C., Crismon, M. L., Findling, R. L., Malone, R. P., Derivan, A., ... Jensen, P. S. (2003). Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(2), 145–161. <https://doi.org/10.1097/00004583-200302000-00004>.

- 200302000-00008.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), 5–26.
- Pérez-García, S., Águila-Otero, A., González-García, C., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2019). No one ever asked us. Young people's evaluation of their residential child care facilities in three different programs. *Psicothema*, 31(3), 319–326. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.129>
- Perry, K. J., & Price, J. M. (2017). Concurrent child history and contextual predictors of children's internalizing and externalizing behavior problems in foster care. *Children and Youth Services Review*, 84, 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.11.016>
- Polanczyk, G., & Jensen, P. (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: A review and update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 245–260. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.006>
- Raghavan, R., Zima, B. T., Andersen, R. M., Leibowitz, A. A., Schuster, M. A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 97–106. <https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.97>
- Robst, J., Armstrong, M., Dollard, N., & Rohrer, L. (2013). Arrests among youth after out-of-home mental health treatment: Comparisons across community and residential treatment settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(3), 162–176 <http://doi.org/10.1002/cbm.1871>
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X., & Localio, A. R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics*, 119(2), 336–344. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1995>
- Ryan, J. P., Marshall, J. M., Herz, D., & Hernandez, P. M. (2008). Juvenile delinquency in child welfare: Investigating group home effects. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 1088–1099. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2008.02.004>
- Sabaté Tomàs, M. (2017). *Els CREI en Catalunya. Intercènci, perfil y evolució dels joves ates atesos. [CREI en Catalonia. Intervention, profile and evolution of youth looked after]. Doctorado*. Universidad Aurtónoma de Barcelona.
- Sainero, A., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2014). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: An empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16–26. <https://doi.org/10.1177/1063426612470517>
- Sainero, A., del Valle, López, M., & Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: Children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1393–1399. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2013.04.026>
- Sempik, J., Ward, H., & Darker, I. T. (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and psychiatry*, 13(2), 221–233. <https://doi.org/10.1177/1359104507088344>
- Tavares-Rodrigues, A., González-García, C., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2019). Needs assessment of youths in residential child care in Portugal / Evaluación de necesidades de jóvenes en acogimiento residencial en Portugal / Evaluación de necesidades de jóvenes en acogimiento residencial en Portugal. *Revista de Psicología Social*, 34(2), 354–382. <https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1576325>
- Traube, D. E., Yarnell, L. M., & Schrage, S. M. (2016). Differences in polysubstance use among youth in the child welfare system: Toward a better understanding of the highest-risk teens. *Child Abuse & Neglect*, 52, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.020>
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18(1), <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Robberechts, M. (2013). Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use. *European Psychiatry*, 35(4), 716–724. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77107-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77107-4)
- Vostanis, P. (2010). Mental health services for children in public care and other vulnerable groups: Implications for international collaboration. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 555–571. <https://doi.org/10.1177/1359104510377715>
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., ... Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: A nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6>
- Whittaker, J. K., Holmes, L., Del Valle, Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., ... Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the international work group on therapeutic residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33, 89–106. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1215755>
- Whittaker, J. W., & Del Valle (2015). In L. Holmes (Ed.). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Zito, J. M., Safer, D. J., Sai, D., Gardner, J. F., Thomas, D., Coombes, P., ... Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121(1), e157–e163. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0212>

# ESTUDIO 2





Contents lists available at ScienceDirect

## Child Abuse &amp; Neglect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/chiabuneg](http://www.elsevier.com/locate/chiabuneg)

## Victimization and substance use among adolescents in residential child care

Sergio Fernández-Artamendi (PhD)<sup>a,\*</sup>, Alba Águila-Otero<sup>b</sup>, Jorge F. Del Valle (PhD)<sup>b</sup>, Amaia Bravo (PhD)<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidad Loyola Andalucía. Department of Psychology, Av. de las Universidades s/n, Dos Hermanas, Sevilla, 41704, Spain

<sup>b</sup> Family and Childhood Research Group (GIFI). Department of Psychology. University of Oviedo. Pza Feijoo s/n, Oviedo, Asturias, 33001, Spain

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Victimization  
Polyvictimization  
Adolescents  
Residential child care  
Alcohol  
Cannabis  
Substance use disorder

### ABSTRACT

**Background:** Adolescents in Residential Child Care (RCC) report high levels of victimization. This has been linked to mental health problems and a higher risk of substance use and substance use problems. The present study aimed to evaluate the specific impact of different forms of victimization on alcohol and cannabis use problems among adolescents in RCC, attending to sex differences.

**Methods:** 321 adolescents from 38 residential therapeutic care facilities in Spain participated in the study. Thirty-six different forms of victimization were evaluated, as well as alcohol and cannabis use problems. Impact of polyvictimization and specific forms of victimization on alcohol and cannabis use problems and disorders were calculated using Analysis of Variance (ANOVA) and logistic regression models.

**Results:** Girls in RCC reported significantly more experiences of victimization. Polyvictimization was associated with alcohol use problems but not cannabis use problems. Property, domestic and community victimization showed the highest predictive role regarding alcohol and cannabis use disorders, with significant interactions with sex and migrant family background.

**Conclusions:** Adolescents in RCC reported considerably high levels of victimization and alcohol and cannabis use problems. In this population, property victimization, as well as indirect domestic and community victimization were predictors of further substance use problems, with girls being particularly sensitive to victimization. Migrant family backgrounds can also have an influence on the impact of some victimization forms on substance use. Victimization associated to high-risk environments and families could contribute to explain the high levels of substance use problems in this population.

### 1. Introduction

Victimization is defined as any harm caused by human agents acting in violation of social norms (Finkelhor, 2008). Among adolescents in Residential Child Care (RCC), over 75 % report victimization by peers and siblings, over 65 % child maltreatment, over 50 % have witnessed family violence, and over 40 % have experienced sexual victimization (Indias, Arruabarrena, & De Paúl, 2019). These figures are of great concern given that a significant dose-response association has been reported between victimization and

\* Corresponding author at: Universidad Loyola Andalucía. Department of Psychology, Av. de las Universidades s/n, Dos Hermanas, Sevilla, 41704, Spain.

E-mail address: [sfernandez@uloyola.es](mailto:sfernandez@uloyola.es) (S. Fernández-Artamendi).

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104484>

Received 30 October 2019; Received in revised form 4 March 2020; Accepted 27 March 2020  
0145-2134/© 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

poorer self-rated health (Boynton-Jarret, Ryan, Berkman, & Wright, 2008). According to Norman et al. (2012), the impact of emotional and physical abuse produces a two-fold increase in the likelihood of adverse mental health outcomes.

Adolescents in RCC present not only high rates of victimization, but also higher rates of mental health problems compared to those from the general population (Campos et al., 2019; González-García et al., 2017), and compared to those under other care measures, such as family foster care (James, Roesch, & Zhang, 2011). For instance, among adolescents in RCC, epidemiological studies confirm that 76 % of Norwegian adolescents (Jozefiak et al., 2015) had a DSM-IV-TR diagnosis; 47.2 % of Americans reported at least one mental health disorder (Heneghan et al., 2013); and 61.1 % of Spaniards presented with clinical levels of mental health problems (González-García et al., 2017). Of particular concern is the solid evidence of the high rates of externalizing problems in adolescents in RCC (Keil & Price, 2006). Between 20 % and 78 % of adolescents in child welfare settings present with externalizing problems (Keil & Price, 2006), and between 15 %–39 % of them with externalizing disorders (Bronard et al., 2016). Particularly in Spain, 51.1 % of adolescents in RCC reported externalizing problems (González-García et al., 2017).

Among the externalizing problems presented by adolescents, substance use is particularly prevalent. Approximately 37.2 % of adolescents in RCC are frequent users of drugs (Martín, González-García, del Valle, & Bravo, 2017), and drug use has shown to be one of the factors predicting referral to Therapeutic Residential Care (TRC; Martín et al., 2017). In TRC, 73.3 % of adolescents are substance users (Sabate-Tomás, Sala-Roca, & Arnau, 2017) and up to 66.3 % are frequent substance users (Martín et al., 2017). Twenty-three percent of American adolescents in RCC (Heneghan et al., 2013) and 14.6 % of Norwegians in RCC (Jozefiak et al., 2015) have a substance use disorder (SUD). More specifically, Aarons et al. (2008) found rates of 12.5 % of substance abusers and 4.8 % of substance dependents in this population.

Previous studies indicate that poorer psychological adjustment and worse mental health problems are linked precisely to victimization experiences and polyvictimization (Adams et al., 2016; Cyr et al., 2017; Davis et al., 2018, 2019; Segura, Pereda, Guilera, & Abad, 2016). Polyvictimization is defined as experiencing multiple forms of victimization and in multiple contexts (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007a). Evidence on the association between victimization and substance use in adolescents and young adults is also well established (Davis et al., 2019; Norman et al., 2012). According to previous research, the more domains in which youth are exposed to violence, the fewer safe havens they have available (Wright, Fagan, & Pinchevsky, 2013), and the more likely it is that strong negative emotions impact self-regulation (Adrian, Jenness, Kuehn, Smith, & McLaughlin, 2019) and cognitive impulsivity (Walter & Espelage, 2018). As a consequence, individuals might rely on specific substances and their effects as maladaptive coping strategies (Agnew, 2006), increasing the risk of further problems (Casajuana Kogel et al., 2019). In this context, unique associations might exist between subtypes of victimization and substances of abuse (Moran, Vuchinich, & Hall, 2004), and better understanding of such links is crucial to our efforts to improve prevention and treatment of substance abuse in this population (Cyr et al., 2017; Gilreath, Astor, Estrada, Benbenishty, & Unger, 2014).

Of all types of victimization, sexual abuse has shown to be the most strongly associated with substance use (Moran et al., 2004). Sexual harassment has been linked to the use of alcohol and drugs (Rinehart, Espelage, & Bub, 2017), and sexual victimization with marijuana use (Tyler, Gervais, & Davidson, 2012). Among girls, more frequently exposed to sexual harassment and victimization (Rinehart et al., 2017), re-victimization after sexual assaults has been associated with consuming more alcohol, more frequent drinking, binge drinking, problem drinking and use of illicit substances (Angelone, Marcantonio, & Melillo, 2018). Other studies have not detected significant differences in the effect of sexual abuse versus physical abuse regarding substance use disorders (Shin, Edwards, & Heeren, 2009). Moreover, research has also suggested that the co-occurring sexual abuse and physical abuse has the highest risk profile for further substance use (Moran et al., 2004). Physical abuse has also been linked to the use of tobacco, alcohol and illegal drugs in different populations (Tyler et al., 2012; Tyler, Kort-Butler, & Swendener, 2014), with a stronger link in the case of illegal drugs among girls (Moran et al., 2004). Other forms of direct victimization such as peer victimization and bullying have been linked to high-risk drinking and marijuana use among adolescents (Díaz-Geada et al., 2019; Kelly et al., 2015; Maniglio, 2015, 2016; Priesman, Newman, & Ford, 2017). Not only direct forms of victimization have an impact on adolescent's substance use. Violence in the community has been associated with the use of tobacco (Poquiz & Fite, 2016), substance use disorders (Hautala & Sittner, 2018), alcohol use (Pinchevsky, Fagan, & Wright, 2014; Taylor & Kliewer, 2006) and marijuana use (Pinchevsky et al., 2014; Wright et al., 2013). In fact, in the study by Pinchevsky et al. (2014) adolescents experiencing both direct and indirect community violence presented the highest risk of later substance use. The effect of indirect victimization on substance use can vary based on ethnicity, peer substance use and other characteristics of the neighborhood (Kulis, Marsiglia, Sicotte, & Nieri, 2007; Poquiz & Fite, 2016).

In recent years, and besides addressing specific subtypes of victimization, some authors have proposed focusing on polyvictimization (Davis et al., 2018, 2019), given its particular link with mental health problems (Finkelhor et al., 2007b), substance use and substance use disorders (Adams et al., 2016; Cyr et al., 2017; Segura et al., 2016). Accordingly, exposure to multiple forms of violence and victimization has shown the strongest longitudinal association with substance use (Davis et al., 2018, 2019; Pinchevsky et al., 2014; Wright et al., 2013). High levels of victimization, presented conjointly with high levels of substance use, are in turn linked with more severe profiles of psychological distress and SUD (Pahl, Brook, & Lee, 2012).

However, despite the high rates of victimization, substance use and SUD in adolescents in RCC, little is known about the relationship between these constructs in this population. This is not surprising given that these resources and their users are often understudied (Pérez-García, Águila-Otero, González-García, Santos, & Fernández del Valle, 2019). Research has shown that parental support might act as a buffer for mental health problems derived from early victimization (Rasalingam, Clench-Aas, & Raanaas, 2017). Adolescents in residential care would lack in some of these buffers that protect them against the negative consequences of victimization, including substance use and SUD. Such interrelation between victimization and substance use may have profound implications for service workers in the field of adolescent mental health and substance use (Tyler & Melander, 2015), and RCC

settings are no exception.

### 1.1. Current study

The present study has several goals. Firstly, to evaluate the overall prevalence and the sex differences with regards to different forms of victimization, as well as severity of alcohol and cannabis-related problems in a sample of adolescents in Residential Child Care. Based on previous studies we expect that girls will have more victimization and substance use problems than boys (Heneghan et al., 2013; Jozefiak et al., 2015). Secondly, previous research has suggested that polyvictimization has a significant impact on substance use and substance use problems. In our study, we aimed at evaluating whether polyvictimization is significantly and independently associated with alcohol and cannabis use problems, accounting for possible sex differences. We hypothesize that a significant relationship might exist between polyvictimization and alcohol and cannabis use problems, but it is unclear if specific associations will appear based on sex or the different substances. Finally, in order to evaluate the possible predictive role of the different forms of victimization on the presence of specific substance use disorders, logistic regression models are built. As indicated above, previous studies have suggested a particularly significant impact of sexual and physical abuse on further substance use problems in different samples of adolescents (e.g. Moran et al., 2004; Tyler et al., 2014).

## 2. Methods

### 2.1. Procedure

Firstly, and before data collection, informed consent for participation in the study was obtained from legal tutors and representatives of the adolescents. Secondly, informed consent was also obtained from the adolescents. Thirdly, the team explained the research study to participants and clarified all possible questions. Finally, the evaluators conducted the assessment in person, at the residential care setting, collecting the information for all instruments in one session.

The study meets all ethical requirements established by the 1964 Declaration of Helsinki for research studies with human beings. It has been approved by the Secretariat of Welfare and Social Affairs of the Ministry of Economy and Competitiveness of the Kingdom of Spain, as well as from the respective Child Welfare authorities from each of the participating Autonomous Communities. The Ethics Committee of the University of La Laguna (Tenerife) has approved this study.

### 2.2. Participants

The sample comprised 321 adolescents, (65.1 % boys, 34.9 % girls) between 11 and 18 years of age ( $M = 15.25$ ,  $SD = 1.34$ ) who had been living in 38 residential care facilities, particularly therapeutic residential care (TRC) services, across eight different autonomous regions of Spain. TRC refers to a constructed, multi-dimensional living environment designed to enhance or provide treatment, education, socialization, support, and protection to children and youth with identified mental health or behavioral needs in partnership with their families and in collaboration with a full spectrum of community-based formal and informal helping resources (Whittaker, Del Valle, & Holmes, 2015, p.24). Adolescents with families from foreign origin made up 23.7 % of the sample. More descriptive data can be found in Table 1. The only exclusion criteria for the present study was being an unaccompanied migrant minor, given their unique characteristics as well as an insufficient proficiency with Spanish speaking.

**Table 1**  
Descriptive results and sex differences in victimization.

	Full sample N = 321	Boys n = 209	Girls n = 112	Statistic	p	$\eta^2$ / Cramer's V
No. Victimization Experiences (M, sd)	12.34 (16.46)	11.08 (6.07)	14.66 (6.55)	23.671	< .001	.047
No. Victimization Areas (M, sd)	4.24 (1.46)	3.88 (1.45)	4.89 (1.24)	38.402	< .001	.074
Conventional Crime (Property)	75.4 %	70.2 %	85.7 %	9.515	.002	.172
Conventional Crime (Person)	84.4 %	81.3 %	91.1 %	5.415	.020	.230
Child Maltreatment	76.9 %	71.2 %	88.4 %	12.287	< .001	.196
Peer and Sibling Victimization	81.3 %	79.9 %	83.9 %	0.777	.378	.049
Sexual Victimization – Contact	25.5 %	12.4 %	50.5 %	54.958	< .001	.414
Sexual Victimization – No contact	26.5 %	17.7 %	43.2 %	24.242	< .001	.275
Indirect Victimization – Domestic	51.7 %	47.1 %	60.7 %	5.393	.020	.130
Indirect Victimization – Community	91.0 %	90.4 %	92.9 %	0.557	.455	.042
Internet Victimization	45.5 %	35.3 %	65.2 %	26.200	< .001	.287
Polyvictimization						
- Low	24.1 %	28.8 %	18.2 %	14.502	.001	.217
- Mid	63.5 %	64.6 %	61.8 %			
- High	10.8 %	6.6 %	20.0 %			

\*Significance levels highlighted in bold indicate  $p < .05$ .



### 2.3. Instruments

Information was collected through interviews on sociodemographic variables (sex, age) and migrant family background (immigrant origin: yes/no).

The Spanish translation conducted by GREVIA (Research Group on Child and Adolescent Victimization at the University of Barcelona; Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2018) of the Juvenile Victimization Questionnaire (Hamby, Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2005) was utilized to gather information on a broad range of lifetime victimization experiences. The JVQ collects information on 36 different forms of victimization along the adolescents' lifetime in six general areas: Conventional Crime (CC), Child Maltreatment (CM), Peer and Sibling Victimization (PSV), Sexual Victimization (SV), Witnessing and Indirect Victimization (IV), and Internet Victimization (IntV). In turn, Conventional Crime can be divided in person victimization and property victimization; and SV can be divided into sexual victimization with and without contact. IV comprises indirect domestic victimization and indirect community victimization. Detailed definitions of every form of victimization can be found in the JVQ manual (Hamby et al., 2005). Internal consistency of the JVQ is very good, with an internal reliability of  $\alpha = .80$  (Finkelhor, Hamby, Ormrod, & Turner, 2005). Following the authors recommendation (Hamby et al., 2005), scores from the JVQ have been aggregated into the aforementioned modules, in a dichotomous manner (absence/presence of any victimization in every module).

Following previous studies (Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2018; Segura et al., 2016), victimization scores were also recoded to evaluate the presence of levels of lifetime polyvictimization. Firstly, and following suggestions from the developers of the JVC (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2009), the polyvictimization threshold for our sample was established as that of the top 10 % with the highest victimization exposure. The authors also indicate that classification of lifetime victimization experiences should take into account differences associated to the age of the adolescents (Finkelhor et al., 2009). Therefore, we followed the categorization used by Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2018 with a community sample of Spanish adolescents to create two age groups (children under 14 years of age, and adolescents aged 14 years or older), in order to establish different polyvictimization thresholds for each one. The 10 % threshold was then calculated for each age group. In both groups, polyvictimization was defined as presenting more than 20 victimization experiences ("high polyvictimization" group).

Secondly, and given that adolescents in RC often present with considerably higher rates of victimization (Indias et al., 2019) than community samples, we also introduced a "mid polyvictimization" threshold with the cut-offs established by Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2018 with the community sample of adolescents in Spain, adjusted also for age; namely: 7 or more victimization experiences for children under 14, and 9 or more victimization experiences for adolescents aged 14 or older. As a result, three polyvictimization categories were created, in line with previous studies (Segura et al., 2016), but adjusting also for age: "low polyvictimization" (suffering between 1–6 forms of victimization for adolescents under 14 years of age; and 1–8 forms of victimization for adolescents older than 14), "mid polyvictimization" (7–20 forms for under 14, and 9–20 forms for 14 years or older), and "high polyvictimization" ( $\geq 21$  forms of victimization). The no-victimization group was excluded from the analysis given its low prevalence (2 girls and 11 boys).

Alcohol use problems (AUP) were evaluated using the Spanish version (López-Núñez, Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Campillo-Álvarez, & Secades-Villa, 2012) of the Rutgers Alcohol Problems Index (RAPI; White & Labouvie, 1989). This self-reported questionnaire includes 23 questions with Likert-type responses (where 0 = never; 1 = 1–2 times; 2 = 3–5 times; 3 = more than 5 times) on the frequency of alcohol-related events that occurred in the last 12 months. This version has shown excellent reliability (Cronbach's  $\alpha = 0.91$ ) with adolescents, and a cut-off level of 7 points showed a sensitivity and specificity of 81.9 % and 73.1 % respectively for the presence of Alcohol Use Disorders (AUD; López-Núñez et al., 2012).

Cannabis use problems (CUP) were evaluated using the Spanish version (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Muñiz-Fernández, Secades-Villa, & García-Fernández, 2012) of the Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents – Short Form (CPQ-A-S; Proudfoot, Vogl, Swift, Martin, & Copeland, 2010). This questionnaire includes 12 dichotomous items screening for the presence of different problems commonly associated with cannabis use. A score of 3 points presents a sensitivity and specificity of 83 % and 77.5 % respectively for Cannabis Use Disorders (CUD; Fernández-Artamendi et al., 2012).

### 2.4. Data analysis

Firstly, descriptive analyses were carried out on the sociodemographic characteristics (sex, age, immigrant family) of the sample, including prevalence of victimization in each of the submodules of the JVC; and mean scores and standard deviations of the RAPI and CPQ-A-S. Secondly, bivariate analyses were carried out to evaluate the sex differences in the aforementioned variables. Chi-square statistics and Analysis of Variance (ANOVA) with Bonferroni correction to control for Type I error were utilized for categorical and continuous variables, respectively. Size effects were calculated using Cramer's V for categorical variables and Eta-squared ( $\eta^2$ ) for ANOVA. Thirdly, bivariate analyses were carried out, segregated by sex, to evaluate the relationship between lifetime polyvictimization and scores on the RAPI and CPQ-A-S, by means of ANOVA with Bonferroni correction.

Lastly, two independent logistic regression models were developed to evaluate the predictive value of subtypes of victimization regarding the presence of AUD and CUD, according to RAPI and CPQ-A-S cut-off scores, respectively. Each model was developed following several steps: Firstly, preliminary bivariate analyses were carried out between subtypes of victimization, possible confounding variables (sex, immigrant family) and presence of an AUD/CUD, using chi square estimated risk odd ratios. Those variables with significant odd ratios ( $p < .05$ ) were considered for inclusion in each respective model. Secondly, possible interactions between predictor (presence of subtypes of victimization) and confounding variables (sex, immigrant family) were evaluated using the Breslow-Day test. In the case of sex, "male" was the reference group, and in the case of "migrant family background", the non-

immigrant family was considered the reference. Those interactions that resulted significant ( $p < .05$ ) were considered for inclusion in the final models. With the selected variables, two separate logistic regression models were created for AUD and CUD.

### 3. Results

#### 3.1. Descriptive results for the whole sample

The average RAPI score in the whole sample was 15.93 ( $sd = 15.35$ ), and the mean score in the CPQ-A-S was 3.28 ( $sd = 2.66$ ), in both cases above the clinical thresholds established for the respective instruments (Fernández-Artamendi et al., 2012; López-Núñez et al., 2012). More specifically, 62.7 % of participants presented scores over the clinical threshold according to the RAPI, and 58.4 % according to the CPQ-A-S. The average number of victimization experiences was 12.34 ( $sd = 16.46$ ), in an average of 4.24 areas ( $sd = 1.46$ ). The highest prevalence was for indirect community victimization (91.0 %) and the lowest was sexual victimization with contact (25.5 %). As of lifetime polyvictimization, 24.1 % were categorized in the “low polyvictimization” group, 63.5 % in the mid polyvictimization group and 10.8 % in the high polyvictimization group.

#### 3.2. Sex differences

Results from ANOVA indicate that no significant differences ( $F = 2.578, df = 320, p = .109, \eta^2 = .005$ ) exist regarding age between boys ( $M = 15.34, sd = 1.35$ ) and girls ( $M = 15.09, sd = 1.29$ ). No significant differences were found either in AUP ( $F = 0.005, df = 313, p = .943, \eta^2 = .004$ ; boys:  $M = 15.89, sd = 15.15$ ; girls:  $M = 16.02, sd = 15.80$ ) or CUP ( $F = 0.040, df = 316, p = .841, \eta^2 = .001$ ; boys:  $M = 3.30, sd = 2.62$ ; girls:  $M = 3.24, sd = 2.76$ ).

Results indicate that girls reported a significantly higher number of victimization experiences, areas of victimization, prevalence of property victimization and person victimization, child maltreatment, sexual victimization (including with and without contact), indirect domestic victimization and internet victimization; compared to boys ( $p < .05$ ). Significant sex differences were also found in levels of polyvictimization ( $p = .001$ ), with standardized residuals indicating that a significantly higher number of girls were highly polyvictimized, whereas a significantly higher number of boys were in the “low polyvictimization” group. Despite the statistical significance of these sex differences, it has to be noted that effect sizes were small in all cases. Sex differences in victimization are shown in Table 1.

#### 3.3. Polyvictimization

Regarding the relationship between polyvictimization and AUP and CUP, results from the bivariate analyses indicate that significant differences existed among boys and girls in alcohol use problems (Table 2). Post-hoc analyses revealed that highly polyvictimized girls reported significantly more alcohol use problems than those in the low ( $p < .001$ ) and mid-polyvictimization ( $p = .001$ ) groups. Highly polyvictimized boys reported significantly more alcohol use problems than those in the low polyvictimization group ( $p = .027$ ).

#### 3.4. Logistic regression analyses

AUD Model. According to preliminary bivariate analyses, none of the subtypes of victimization or the confounding variables resulted a significant predictor ( $p > .05$ ) of AUD. As indicated by the Breslow-Day test, significant interactions were detected between CC Property \* Sex ( $\chi^2 = 4.828, p = .028$ ), IV Domestic \* Sex ( $\chi^2 = 6.279, p = .012$ ) and IV Domestic \* Immigrant family ( $\chi^2 = 5.090, p = .024$ ). A backwards logistic regression model was created including these interactions, the variables involved and the confounding variables. Resulting model is presented in Table 4 ( $R^2$  Nagelkerke = .087). Predictive model of AUD indicated that being a girl is a significant protective factor for AUD (o.r. = .117), whereas an immigrant family background was a risk factor (o.r. = 2.867). Also, the interaction between CC Property and sex (o.r. = 4.380), and IV Domestic and sex (o.r. = 1.545) were risk factors for AUD; and the interaction between indirect domestic victimization and immigrant family was a protective factor (o.r. = .321) (Table 3).

CUD Model. According to the results from preliminary bivariate analyses, IV Community ( $\chi^2 = 6.402, p = .011, o.r. = 2.747$ ), and belonging to an Immigrant Family ( $\chi^2 = 6.468, p = .011, o.r. = 0.484$ ) resulted significant predictors of CUD. Breslow-Day tests

**Table 2**  
Polyvictimization and sex differences in substance use problems.

	Low polyvictim	Mid polyvictim	High polyvictim	Statistic value	df	p	$\eta^2$
Boys							
AUP	14.53 (13.67)	16.12 (14.91)	27.08 (21.38)	3.500	194	.032	0.04
CUP	3.09 (2.62)	3.51 (2.67)	3.23 (2.31)	.510	196	.601	0.01
Girls							
AUP	8.84 (11.87)	14.42 (14.37)	28.36 (17.10)	10.588	107	< .001	0.17
CUP	2.80 (2.57)	3.09 (2.60)	4.32 (3.21)	2.061	107	.132	0.04

**Table 3**  
Logistic regression model for AUD.

	B	Sig.	Exp (B)	CI 95	
				Lower	Upper
Sex (girl)	-2.146	<b>.001</b>	0.117	0.032	0.427
Imm fam (yes)	-1.053	<b>.020</b>	2.867	1.183	6.949
CC Property X sex	1.477	<b>.015</b>	4.380	1.327	14.454
IV Domestic X sex	1.294	<b>.003</b>	3.647	1.545	8.613
IV Domestic X Imm Fam	-1.138	<b>.041</b>	0.321	0.108	0.953

\*Significance levels highlighted in bold indicate  $p < .05$ .

**Table 4**  
Logistic regression model for CUD.

	B	Sig.	Exp (B)	CI 95 %	
				Lower	Upper
Sex (girl)	-.759	<b>.030</b>	0.468	0.235	0.931
CC Property	1.062	<b>.010</b>	2.894	1.291	6.488
IV Community	0.838	<b>.048</b>	2.313	1.008	5.305
CC Property X Imm Fam	-1.056	<b>.004</b>	0.348	0.170	0.712
IV Domestic X Sex	1.045	<b>.011</b>	2.842	1.266	6.379

\*Significance levels in bold indicate  $p < .05$ .

indicated that significant interactions existed between CC Property \* Imm Family ( $\chi^2 = 3.975$ ;  $p = .046$ ) and IV Domestic \* Sex ( $\chi^2 = 5.352$ ,  $p = .021$ ). A backwards logistic regression model was created with these interactions and their variables. The full model is included in Table 5 ( $R^2$  Nagelkerke = .095). Results indicated that female sex is a protective factor for CUD (o.r. = .468), as well as the interaction between CC Property and Immigrant Family (o.r. = .348). On the contrary, CC Property (o.r. = 2.894), IV Community (o.r. = 2.313) and the interaction between IV Domestic and sex (o.r. = 2.842) resulted risk factors.

#### 4. Discussion

Adolescents in RCC present high rates of externalizing disorders and externalizing mental health symptoms (Keil & Price, 2006), among which substance use disorders are highly prevalent (Heneghan et al., 2013; Jozefiak et al., 2015; Martín et al., 2017). Also, this population reports high rates of victimization (Indias et al., 2019). However, little is known about the association between such experiences of victimization and the development of specific substance use problems in this population. Evidence is also scarce regarding the possible sex differences in this relationship.

Our study replicates the high rates of victimization found in previous research with adolescents in RCC (Indias et al., 2019; Segura, Pereda, Abad, & Guilera, 2015). In our study, adolescents in RCC reported an average of 12 victimization experiences, in an average of 4 areas. Moreover, 36.1 % of the sample reported high levels of polyvictimization (meaning more than 20 forms of victimization), including 6.6 % of boys and 20.0 % of girls. In line with the observed trends in the general population (Bohle & de Vogel, 2017) we have detected significantly higher rates of victimization among girls, including a higher number of victimization experiences, more victimization areas and more polyvictimization. Our results extend data from previous studies with general population to adolescents in RCC, indicating that girls are in a particularly vulnerable situation regarding victimization.

On the other hand, our results indicate that no significant sex differences exist in the severity of AUP and CUP among adolescents in RCC. It is of great concern though that the average scores of the CPQ-A-S and the RAPI are over the clinical thresholds established with general populations (Fernández-Artamendi et al., 2012; López-Núñez et al., 2012). Also, the absence of sex differences in this population is surprising given that the prevalence of substance use (EMCDDA, 2005, 2006) and substance use disorders (Merikangas et al., 2019) are usually higher among males in the general population. In previous studies, girls in RCC have shown higher rates of externalizing problems (Connor, Doerfler, Toscano, Volungis, & Steingard, 2004) and a higher representation among those with severe rehabilitation needs (Lanctôt, 2017) compared to boys. In our study, girls also exhibited a particularly severe profile of substance use problems, but with no significant differences with respect to boys.

Previous results on the links between victimization and substance use and abuse have been replicated with specific populations, including homeless and run-away adolescents (Tyler et al., 2012), imprisoned women (Tripodi & Pettus-Davis, 2013), juvenile offenders (Davis et al., 2017, 2018), ethnic minorities (Pahl et al., 2012), sexual minorities (Swann, Forscher, Bettin, Newcomb, & Mustanski, 2018) and indigenous groups in North America (Hautala & Sittner, 2018), among others. Our results extend this association to adolescents in RCC. Moreover, they indicate that substance-specific differences exist in this regard, since polyvictimization was not associated with CUP neither in boys nor in girls, whereas AUP was linked to polyvictimization in boys and girls. According to our results, we hypothesize that polyvictimization could contribute to explain the high levels of alcohol use problems among adolescents in RCC. However, it has to be noted that several forms of victimization were included in our study under the label

“polyvictimization”, including, among others, sexual victimization. Previous research indicates that sexual victimization might be a risk factor for alcohol use (Sartor et al., 2007), while at the same time alcohol use has been found to be a risk factor for sexual victimization (Mouilso & Fischer, 2012). Given our cross-sectional design, hypothesized directionality must be interpreted with caution.

Regression models indicate that girls are at a lower risk of developing AUD and CUD, in line with previous studies (Moran et al., 2004) and research showing lower rates of SUD among girls (Goldstein, Dawson, Chou, & Grant, 2012) across different developmental stages (Duncan et al., 2015). However, interactions in regression models suggest that victimization is a stronger risk factor among girls. The poorer psychological adjustment of girls in RCC has already been specifically associated with child maltreatment and other traumas (van Vugt, Lanctôt, Paquette, Collin-Vézina, & Lemieux, 2014) and the necessity of addressing the specific needs of girls' mental health and other consequences of victimization has been already pointed out (Lanctôt, 2017). Additionally, significant differences in victimization have been reported between adolescents from immigrant and local families (Indias et al., 2019). In our study, belonging to an immigrant family was a risk factor for developing AUD, with a three-fold increase compared to adolescents with a local family. Spain is a “wet drinking culture” with normalized alcohol drinking (Gual, 2006; Room & Mäkelä, 2000) and frequent underage binge drinking (Cortés-Tomás, Espejo Tort, & Jiménez Costa, 2007). Thus, socialization of adolescents from immigrant families in our culture could be facilitating high-risk drinking patterns, increasing the risk of AUD. Nevertheless, and as indicated above, given our cross-sectional design, further research should clarify the hypothesized directionally.

Several forms of violence seemed to be significant predictors of AUD and CUD. Particularly, property victimization, and indirect domestic and community victimization were the only predictors of AUD or CUD. Contrary to Agnew (2006), indirect victimization was a more significant predictor than direct forms of victimization among adolescents in RCC, at least with regards to SUD. Surprisingly, other forms of victimization consistently and strongly linked to substance use problems in other populations, such as sexual and physical victimization (Moran et al., 2004; Rinehart et al., 2017; Tyler et al., 2012), were not significant predictors of AUD and CUD in our sample. Finally, the role of sex and belonging to an immigrant family seemed determinant in these associations. Results indicate that property victimization is associated with a higher risk of CUD among all adolescents, regardless of sex. However, it is only among girls that property victimization is a significant risk factor for AUD, pointing to sex-specific effects of this form. This result would suggest a higher sensitivity of girls to present SUD associated to different forms of victimization. Property victimization refers to experiences such as robberies and assaults (Hamby et al., 2005), which could be linked to specific high-risk environments. It has been widely reported that disordered neighborhoods are associated with higher substance use among adolescents (Latkin, Curry, Hua, & Davey, 2007; Mannis & Mason, 2011), and increase the likelihood of trying and using illegal drugs (Storr, Chen, & Anthony, 2004). Accordingly, our results indicate that indirect community victimization is associated with a higher risk of cannabis use disorders (an illegal substance in Spain) in both sexes. Taken together, our results suggest that indirect victimization and high-risk neighborhoods and environments would have the most significant impact on alcohol and cannabis use disorders among adolescents in RCC.

Finally, indirect domestic victimization increases the risk of AUD and CUD only among girls. Experiences of domestic violence can be a significant source of emotional stress, and in line with previous studies (Romito & Grassi, 2007) we have also found that girls are more likely to report such experiences. Our results suggest again that girls would turn significantly more to alcohol and cannabis as a consequence of victimization; but given our cross-sectional design this hypothesis has yet to be confirmed. On the other hand, interactions from the regression model indicate that belonging to an immigrant family might act as a buffer against the impact of indirect domestic victimization on AUD and CUD. Prevalence of domestic violence in countries of origin of immigrant families (mostly South America and Northern Africa) is higher than in Spain (World Health Organization, 2013), where it is considered a key social problem that attracts public interest and that has triggered the deployment of numerous public prevention and educational measures in previous years (Ministry of Equality of Spain, n.d.). This could increase the emotional impact of domestic violence in the offspring of local families, in contrast with adolescents from foreign origin. This hypothesis however would still require more research.

#### 4.1. Limitations

This study is not without limitations. Firstly, victimization has been evaluated by means of self-reports, and therefore, we cannot account for possible biases in the reporting of such experiences. Nevertheless, the JVC is a robust, reliable and valid instrument to assess victimization and our results are consequently comparable to most studies in the field. Secondly, questionnaires utilized to evaluate alcohol and cannabis use problems have clinical thresholds that have been established with general population samples of adolescents, and their interpretation must be done with caution, more so when it comes to the diagnoses of AUD and CUD. Thirdly, only sex and immigrant family background could be included as control variables in the regression analyses, and other potential confounding variables might have an impact on the relationship between victimization and substance use. Moreover, recent studies indicate that additional characteristics associated with victimization experiences such as perceived risk, perpetrator trust and social reactions to disclosure could also mediate such relationship (Davis et al., 2019). In our study, such variables were not included due to the extent of the evaluation battery and the possible fatigue of participants. Therefore, further studies should be carried out with additional mediating variables including also mental health symptoms and disorders. Lastly, given the cross-sectional design of our study, we cannot make strict inferences about causality or about the directionality of the associations found in this study.

## 5. Conclusions

According to our results, girls reported significantly more experiences of victimization and in more areas than boys. Regarding alcohol and cannabis use problems, average scores of the evaluated sample were over the clinical thresholds established by the corresponding assessment instruments, indicating a high level of substance use problems in this population. However, no significant sex differences were found in this regard; which contradicts figures among the general population of adolescents, where boys often present with higher rates of alcohol and cannabis use, as well as of related problems. Also, polyvictimization was significantly associated with alcohol use problems, but not with cannabis use problems, with no significant differences between sexes. According to our regression models, the risk of presenting AUD associated to victimization is stronger among adolescent girls in RCC. Finally, different forms of victimization showed a different relation to the presence of clinical levels of alcohol and cannabis-related problems. Particularly, property victimization, and indirect victimization (domestic and communitarian) were the greatest risk factors, moderated by sex and the immigrant background of the family. Our study stresses the importance of implementing early screening of victimization experiences and their consequences among adolescents in RCC, as well as appropriate interventions to address them.

## Declaration of Competing Interest

The authors have no conflict of interest to declare

## Acknowledgements

This research study was supported by the Ministry of Economy and Competitiveness (MINECO) of Spain through the National Plan of I + D + i (PSI2015-65229-R). The author Alba Águila-Otero holds a pre-doctoral scholarship from the Severo Ochoa Program for Training in Research and Teaching in Principality of Asturias (BP16061).

## References

- Aarons, G. A., Monn, A. R., Hazen, A. L., Connelly, C. D., Leslie, L. K., Landsverk, J. A., ... Brown, S. A. (2008). Substance involvement among youths in child welfare: The role of common and unique risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 340–349. <https://doi.org/10.1037/a0014215>.
- Adams, Z. W., Moreland, A., Cohen, J. R., Lee, R. C., Hanson, R. F., Kmett Danielson, K., ... Briggs, E. C. (2016). *Psychological Violence*, 6(1), <https://doi.org/10.1037/a0039713>.
- Adrian, M., Jenness, J. L., Kuehn, K. S., Smith, M. R., & McLaughlin, K. (2019). Emotion regulation processes linking peer victimization to anxiety and depression symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*, 31, 999–1009. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000543>.
- Agnew, R. (2006). *Pressured into crime: An overview of general strain theory*. Cary, NC: Roxbury Publishing Company.
- Angelone, D. J., Marcantonio, T., & Melillo, J. (2018). An evaluation of adolescent and young adult (Re) victimization experiences: Problematic substance use and negative consequences. *Violence Against Women*, 24(5), 586–602. <https://doi.org/10.1177/1077801217710001>.
- Bohle, A., & de Vogel, V. (2017). Gender differences in victimization and the relation to personality disorders in forensic psychiatry. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 26(4), 411–429. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1284170>.
- Boynton-Jarret, R., Ryan, L. M., Berkman, L. F., & Wright, R. J. (2008). Cumulative Violence Exposure and Self-Rated Health: Longitudinal Study of Adolescents in the United States. *Pediatrics*, 122(5), <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3063>.
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system. *Medicine*, 95(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>.
- Campos, J., Barbosa-Ducharme, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., & Leal, M. (2019). Emotional and behavioral problems and psychosocial skills in adolescents in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 237–246. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0594-9>.
- Casajuana Kogel, C., López-Pelayo, H., Oliveras, C., Colom, J., Gual, A., & Olivero-Balcells, M. M. (2019). The relationship between motivations for cannabis consumption and problematic use. *Adicciones*. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1221>.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., & Steingard, R. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497–510. <https://doi.org/10.1023/B:JCF5.0000044730.66750.57>.
- Cortés-Tomás, M. T., Espejo Tort, B., & Jiménez Costa, J. A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19(4), <https://doi.org/10.20882/adicciones.295>.
- Cyr, K., Chamberland, C., Clement, M. E., Wemmers, J. A., Collin-Vezina, D., Lessard, G., ... Damant, D. (2017). The impact of lifetime victimization and polyvictimization on adolescents in Quebec: Mental health symptoms and gender differences. *Violence & Victims*, 32(1), 3–21. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00020>.
- Davis, J. P., Dumas, T. M., Bery, B. L., Merrin, G. J., Cimpian, J. R., & Roberts, B. W. (2017). Effect of victimization on impulse control and binge drinking among serious juvenile offenders from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(7), 1515–1532. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0676-6>.
- Davis, J. P., Dumas, T. M., Bery, B., Merrin, G. J., Tan, K., & Madden, D. R. (2018). Poly-victimization and trajectories of binge drinking from adolescence to young adulthood among serious juvenile offenders. *Drug and Alcohol Dependence*, 186, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.006>.
- Davis, J. P., Dworkin, E. R., Helton, J., Prindle, J., Patel, S., Dumas, T. M., & Miller, S. (2019). Extended poly-victimization theory: Differential effects of adolescents' experiences of victimization on substance use disorder diagnoses upon treatment entry. *Child Abuse & Neglect*, 89, 165–177. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.009>.
- Díaz-Geada, A., Espelt, A., Bosque-Prous, M., Obradors-Rial, N., Teixidó-Compañó, E., & Caamaño-Isorna, F. (2019). Association between negative mood states, psychoactive substances consumption and bullying in school-aged adolescents. *Adicciones*. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1265>.
- Duncan, S. C., Grau, J. F., Farmer, R. F., Seeley, J. R., Kosty, D. B., & Lewinsohn, P. M. (2015). Comorbidity and temporal relations of alcohol and cannabis use disorders from youth through adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.025>.
- European Monitoring Centre on Drugs and Drug Abuse (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre on Drugs and Drug Abuse (2006). *Annual Report 2006, selected Issue 2: A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Lisbon: EMCDDA.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Muñiz-Fernández, J., Secades-Villa, R., & García-Fernández, G. (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: The CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(13), <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-13>.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. New York, NY: Oxford University Press.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The juvenile victimization questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*,

- 29, 383–412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 403–433. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7–26. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(01), 149–166. <https://doi.org/10.1017/S09545794070070083>.
- Gilreath, T. D., Astor, R. A., Estrada, J. N., Jr, Benbenishty, R., & Unger, J. B. (2014). School victimization and substance use among adolescents in California. *Prevention Science*, 16(6), 897–906. <https://doi.org/10.1007/s1121-013-0449-8>.
- Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2012). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(6), 938–950. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.938>.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011>.
- Gual, A. (2006). Alcohol in Spain. Is it different? *Addiction*, 101(8), 1073–1077. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01518.x>.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). *The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Hautala, D., & Sittner, K. (2018). Moderators of the association between exposure to violence in community, family, and dating contexts and substance use disorder risk among North American Indigenous adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260518792255>.
- Heneghan, A., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Zhang, J., ... Horwitz, S. M. (2013). Mental health problems in teens investigated by U.S. child welfare agencies. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 634–640. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.269>.
- Indias, S., Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (2019). Child maltreatment, sexual victimization and peer victimization experiences among adolescents in residential care. *Child and Youth Services Review*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.014>.
- James, S., Roesch, S., & Zhang, J. J. (2011). Characteristics and behavioral outcomes for youth in group care and family-based care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(3), 144–156. <https://doi.org/10.1177/1063426611409041>.
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2015). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>.
- Keil, V., & Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761–779. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.08.006>.
- Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Barrett, E. L., Conrod, P. J., ... Teeson, M. (2015). Concurrent and prospective associations between bullying victimization and substance use among Australian adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.012>.
- Kulis, S., Marsiglia, F. F., Sicotte, D., & Nieri, T. (2007). Neighborhood effects on youth substance use in a Southwestern city. *Sociological Perspectives*, 50(2), <https://doi.org/10.1525/sop.2007.50.2.273>.
- Lanctôt, N. (2017). Gender-responsive programs and services for girls in residential centers. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 101–120. <https://doi.org/10.1177/0093854817733495>.
- Latkin, C. A., Curry, A. D., Hua, W., & Davey, M. A. (2007). Direct and indirect associations of neighborhood disorder with drug use and high-risk sexual partners. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6S), <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.023>.
- López-Núñez, C., Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Campillo-Álvarez, A., & Secades-Villa, R. (2012). Spanish adaptation and validation of the Rutgers Alcohol Problems Index (RAPI). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2).
- Maniglio, R. (2015). Association between peer victimization in adolescence and cannabis use: A systematic review. *Aggression & Violent Behavior*, 25(B), 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.002>.
- Maniglio, R. (2016). Bullying and other forms of peer victimization in adolescence and alcohol use. *Trauma, Violence & Abuse*, 18(4), 457–473. <https://doi.org/10.1177/1524838016631127>.
- Mannis, J., & Mason, M. J. (2011). People, places, and adolescent substance use: Integrating activity space and social network for analyzing health behavior. *Annals of the Association of American Geographers*, 101(2), <https://doi.org/10.1080/00045608.2010.534712>.
- Martín, E., González-García, C., del Valle, J. F., & Bravo, A. (2017). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child & Family Social Work*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/cfs.12374>.
- Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2019). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>.
- Ministry of Equality of Spain (n.d.). Planes de Actuación [Action Plans]. Retrieved from: <http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/en/planActuacion/home.htm>.
- Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 565–576. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.002>.
- Mouilso, E. R., & Fischer, S. (2012). A prospective study of sexual assault and alcohol use among first-year college women. *Violence and Victims*, 27(1), 78–94. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.1.78>.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>.
- Pahl, K., Brook, J. S., & Lee, J. Y. (2012). Joint trajectories of victimization and marijuana use and their health consequences among urban African American and Puerto Rican young men. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(3), 305–314. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9425-1>.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Guilera, G. (2018). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychology of Violence*, 8(1), 76–86. <https://doi.org/10.1037/vio0000075>.
- Pérez-García, S., Águila-Otero, A., González-García, C., Santos, I., & Fernández del Valle, J. (2019). No one ever asked us. Young people's evaluation of their residential child care facilities in three different programs. *Psicothema*, 31(3), 319–326. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.129>.
- Pinchevsky, G. M., Fagan, A. A., & Wright, E. M. (2014). Victimization experiences and adolescent substance use: Does the type and degree of victimization matter? *Journal of Interpersonal Violence*, 29(2), <https://doi.org/10.1177/0886260513505150>.
- Poquiz, J. L., & Fite, P. J. (2016). The role of perceived peer substance use in the associations between community violence and lifetime substance use among Latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 44(7), 945–952. <https://doi.org/10.1002/jcop.21819>.
- Priesman, E., Newman, R., & Ford, J. A. (2017). Bullying victimization, binge drinking, and Marijuana use among adolescents: Results from the 2013 National Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(2), <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1371362>.
- Proudfoot, H., Vogl, L., Swift, W., Martin, G., & Copeland, J. (2010). Development of a short cannabis problems questionnaire for adolescents in the community. *Addictive Behaviors*, 35(7), 734–737. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.012>.
- Rasalingam, A., Clench-Aas, J., & Raanaas, R. K. (2017). Peer victimization and related mental health problems in early Adolescence: The mediating role of parental and peer support. *Journal of Early Adolescence*, 37(8), 1142–1162. <https://doi.org/10.1177/0272431616653474>.
- Rinehart, S. J., Espelage, D. L., & Bub, K. L. (2017). Longitudinal effects of gendered harassment perpetration and victimization on mental health outcomes in adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260517723746>.
- Romito, P., & Grassi, M. (2007). Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Social Science & Medicine*, 65(6), <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.017>.
- Room, R., & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.475>.
- Sabate-Tomás, M., Sala-Roca, J., & Arnaú, L. (2017). *Els CREI de Catalunya. Intervenció, perfil i evolució dels joves atesos. [CREI en Catalunya. Intervenció, perfil and evolution of youth looked after]*. Catalunya: Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V. V., Nelson, E. C., Waldron, M., ... Heath, A. C. (2007). Childhood sexual abuse and the course of alcohol

- dependence development: Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.022>.
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization among Spanish youth protected by the child welfare system. *Child and Youth Services Review*, 59, 105–112.
- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2016). Poly-victimization and psychopathology among Spanish adolescents in residential care. *Child Abuse & Neglect*, 55, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.009>.
- Shin, S. H., Edwards, E. M., & Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health Study. *Addictive Behaviors*, 34(3), 277–280. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.023>.
- Storr, C. L., Chen, C.-Y., & Anthony, J. C. (2004). “Unequal opportunity”: Neighborhood disadvantage and the chance to buy illegal drugs. *Journal of Epidemiological Community Health*, 58, 231–237. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.007575>.
- Swann, G., Forscher, E., Bettin, E., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2018). Effects of victimization on mental health and substance use trajectories in young sexual minority men. *Development and Psychopathology*, 31(4), <https://doi.org/10.1017/S0954579418001013>.
- Taylor, K. W., & Kliewer, W. (2006). Violence exposure and early adolescent alcohol use: An explanatory study of family risk and protective factors. *Journal of Child and Family Studies*, 15(2), 207–221. <https://doi.org/10.1007/s10826-005-9017-6>.
- Tripodi, S. J., & Pettus-Davis, C. (2013). Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(1), 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.11.005>.
- Tyler, K. A., & Melander, L. A. (2015). Child abuse, street victimization, and substance use among homeless young adults. *Youth & Society*, 47(4), 502–519. <https://doi.org/10.1177/0044118X12471354>.
- Tyler, K. A., Gervais, S. J., & Davidson, M. M. (2012). The relationship between victimization and substance use among homeless and runaway female adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(3), 474–493. <https://doi.org/10.1177/0886260512455517>.
- Tyler, K. A., Kort-Butler, L. A., & Swendener, A. (2014). *Violence & Victims*, 29(2), <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00091R1>.
- van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D., & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.015>.
- Walter, G. D., & Espelage, D. L. (2018). Exploring the victimization-early substance misuse relationship: In search of moderating and mediating effects. *Child Abuse & Neglect*, 81, 354–365. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.006>.
- White, H. R., & Labouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(1), 30–37. <https://doi.org/10.15288/jsa.1989.50.30>.
- Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L. (2015). *Therapeutic Residential Care for Children And Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. London: Child Welfare Outcomes.
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from: Geneva: World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.
- Wright, E. M., Fagan, A. A., & Pinchevsky, G. M. (2013). The effects of exposure to violence and victimization across life domains on adolescent substance use. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 899–909. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.010>.

# ESTUDIO 3





## No one ever asked us. Young people's evaluation of their residential child care facilities in three different programs

Silvia Pérez-García<sup>1</sup>, Alba Águila-Otero<sup>1</sup>, Carla González-García<sup>1</sup>, Iriana Santos<sup>2</sup>, and Jorge F. del Valle<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Oviedo and <sup>2</sup> Universidad de Cantabria

### Abstract

**Background:** Residential child care is a very complex measure and has been the subject of heated debate in many countries. However, there is a paucity of studies that examine quality assessments of these services, much less that have asked the children and young people receiving those services about their own evaluations. **Method:** This study interviewed 209 young people between 11 and 20 years of age, in 21 residential facilities, about their degree of satisfaction with the care they receive. These residential facilities are differentiated into three types of programs that will be compared: preparation for adult life (PAL), therapeutic care for behavioral problems (TRC) and general programs for children and young people without any specific profile (GRC). The instrument used is an interview that includes both quantitative and qualitative assessments. **Results:** The results show a trend toward positive average scores on practically all aspects, highlighting the support from as well as the connection they feel with the educators who care for them. On the other hand, young people in TRC displayed lower scores on almost all aspects evaluated while those in PAL were the most positive. **Conclusions:** The main implications for the practice will be discussed from these youths' perspective.

**Keywords:** Residential child care, therapeutic residential care, child protection, program evaluation, transition to adulthood.

### Resumen

*Nadie nos ha preguntado nunca. La evaluación de los jóvenes sobre sus hogares de acogimiento residencial en tres programas diferentes. Antecedentes:* el acogimiento residencial es una medida compleja y que ha sido objeto de intensos debates en muchos países. Sin embargo, no existen muchos estudios sobre la evaluación de la calidad de estos servicios y mucho menos que hayan tenido en cuenta la opinión de los niños y jóvenes que los reciben. **Método:** en este estudio se entrevista a 209 jóvenes entre 11 y 20 años, que se encuentran en 21 hogares de acogimiento residencial, acerca de su satisfacción con la atención que reciben. Estos hogares de acogida se diferencian en tres tipos de programas que se compararán: preparación para la vida adulta (PAL), acogimiento terapéutico para problemas de conducta (TRC) y programas generalistas sin perfil específico (GRC). El instrumento empleado es una entrevista que recoge valoraciones cuantitativas y cualitativas. **Resultados:** los resultados muestran una tendencia a valoraciones con promedios positivos en prácticamente todos los aspectos, destacando el apoyo y la vinculación con los educadores que los atienden. Por otra parte, los jóvenes en TRC muestran puntuaciones más bajas en casi todos los aspectos, mientras que los jóvenes en PAL presentan las más altas. **Conclusiones:** se discutirán las principales implicaciones para la práctica desde esta perspectiva de los jóvenes.

**Palabras clave:** acogimiento residencial, acogimiento residencial terapéutico, protección a la infancia, evaluación de programas, transición a la vida adulta.

No one ever asked us. This is the title of one of the first studies (Festinger, 1983) that asserted the need to count with the opinion of children and young people with protective measures about their experience in residential care. In the same decade, the Convention on the Rights of the Child of 1989 established the right of children and young people to have their opinion taken

into consideration in any administrative or judicial process. This proposition was adopted in the legislations of all advanced countries, including Spain, where children over the age of 12 years must always be listened to before making decisions about child protection (even those under that age if they are mature enough).

While it is true that this participation is included in the legislative framework and several studies exist that emphasize the need to count with children in decision-making with respect to their measures of protection (Cossar, Brandon, & Jordan, 2013; Dillon, Greenop, & Hills, 2016; Kedell, 2016; Križ & Roundtree-Swain, 2017; López, Fluke, Benbenishty, & Knorth, 2015; O'Reilly & Dolan, 2015), the same cannot be said about the role of children in residential care as service consumers who are capable

of expressing their needs and their assessments about the care they receive.

Quality assessment of the residential child care services in terms of client satisfaction is a field with very scant research. Remarkable progress has been made in the development of quality standards, starting with pioneering work (Child Welfare League of America, 1991; Skinner, 1992), several countries have developed it further, as evidenced by some recent reviews (Huefner, 2018), including Spain (Del Valle, Bravo, Martínez, & Santos, 2012a). However, this development has not run parallel to the development of studies addressing client's (children) satisfaction assessment of residential care.

Only a few studies have collected these client satisfaction assessments, such as the one conducted by Delfabbro, Barber, and Bentham (2002) who found a good degree of satisfaction in general, albeit less in the case of residential care in comparison with family care, probably because the cases in the former group exhibit greater behavioral problems. Similar results were found by Southwell and Fraser (2010) regarding the self-reported satisfaction of children between 6 and 18 years of age with their residential care facilities. Dimensions such as perceived safety and protection stand out positively, as well as the support of the residential workers; however, the report less satisfaction with their case workers and with the contacts they report were allowed to have with their families.

In Spain, the need for quality assessments in residential care was posed almost thirty years ago based on an evaluation model of environmental contexts (Del Valle, 1992), giving rise to the development of comprehensive evaluation instruments (entitled the ARQUA system) that include the satisfaction of children and young people in residential care (Del Valle & Bravo, 2007). In a comparative study of the quality perceived by the children (Del Valle, Bravo, Martínez, & Santos, 2012b), a high degree of overall satisfaction with the safety and care provided by educators is likewise detected, even more so in the case of residential care programs for adolescents who are transitioning to adulthood. The work by Martín and González (2007) also found this high estimation with respect to the educators and a decrease in satisfaction the longer the stay.

The ARQUA system has been used in other research works in Spain (Ramis, 2018) and has been adapted and translated into Portuguese, with satisfaction studies having been carried out (Rodrigues, Del Valle, & Barbosa-Ducharne, 2014) that include the comparison of children's perspectives with those of adults regarding the quality of facilities.

This article will explore the assessments with respect to the satisfaction of children and young people in residential care, using evaluations carried out with the ARQUA system, comparing three different types of programs: the general type (GRC), children's homes with a variety of ages and without any specialty in particular; residential programs specifically designed for preparation for adult life (PAL) for those who are close to majority age; and therapeutic residential care (TRC), specific services for adolescents with serious behavior issues. These problems are mostly related to aggressive behaviors that have very serious consequences on personal and school adjustment (Estévez & Moreno, 2018). The evaluation of these TRC programs is one of the major contributions this study makes, given that they are particularly complex programs and pose a challenge in all countries (Whittaker et al., 2017).

## Method

### Participants

The sample of this study originates from the evaluation of 21 residential care facilities in eight Spanish Autonomous Communities (with all three of the previously mentioned typologies), taking only the satisfaction assessment interview conducted with the adolescents. The participants comprised 209 children and young people with ages of between 11 and 20 years ( $M=15.73$ ;  $SD=1.71$ ), of whom 61.2% were male (table 1). By program typology, 40 were GRC, 42 were PAL, and 127 were TRC. All of the children and young people placed in each of the facilities participated.

As can be seen in table 1, both the distribution of age, as well as the gender distribution are different depending on the type of program. The variance analysis for the difference in the mean ages across the three groups turned out to be statistically significant [ $F(208,2)=41.99$ ,  $p=.000$ ], with the oldest being the PAL group ( $M=17.45$ ;  $SD=1.15$ ), as fitting for the need to prepare for the coming of age and even receiving support when reaching majority age; the youngest participants were those in GRC ( $M=14.73$ ;  $SD=1.81$ ), and TRC ( $M=15.46$ ;  $SD=1.40$ ) being positioned in the middle. Likewise, the difference in the distribution of sex across the three types of programs was also significant [ $\chi^2(2, N=209)=7.01$ ,  $p=0.030$ ], highlighting the great difference in the TRC group where there were more than twice as many males. This predominance is logical given that it is specialized residential care for serious externalizing behavior issues.

### Instruments

The quality assessment within which this study is framed is performed using the ARQUA instrument (Del Valle & Bravo, 2007). This method consists of a battery of instruments encompassing interviews for the different profiles: administration, residential workers, and professional support team (psychologists, social workers, etc.), children aged 6 to 11 years and adolescents aged 12 years or more, an observational scale to carry out the environmental evaluation, and a document that records documentation and basic information about the organization and management of the residential care facility. These instruments have recently been adapted to suit the contents of the national standards of quality for residential care (Del Valle et al., 2012a) and this is the version used to carry out this study.

Table 1  
Sample characteristics

	GRC	PAL	TRC
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Age</b>			
11-12	7 (17.5)	–	4 (3.2)
13-14	11 (27.5)	–	25 (19.7)
15-16	12 (30)	8 (19.1)	64 (50.4)
17-18	10 (25)	26 (61.9)	34 (26.8)
19-20	–	8 (19.1)	–
<b>Sex</b>			
Female	17 (42.5)	23 (54.8)	41 (32.3)
Male	23 (57.5)	19 (45.2)	86 (67.7)

The interview for adolescents contains a series of items (85) that are answered using a 5-point Likert scale based on the degree to which the participant agrees or disagrees with the statement (from completely disagree to completely agree) regarding the functioning of the facility and, on the other hand, it includes a final assessment with open-ended questions. This article will present the quantitative data from the Likert scales and the qualitative responses to the final open-ended questions about the best part and the worst part about living in that residential care facility. The interviews lasted for approximately one hour. Table 2 details the sections that comprise the interview, following the Spanish quality standards.

*Procedure*

Despite the fact that the Likert scale and the open-ended questions could be administered as a self-report measure, the quality assessments were always conducted as face-to-face interviews, to ensure that the young people comprehend the questions, and within the space of their own residential care facilities individually, and confidentially. The interview begins by explaining to each interviewee the object of the evaluation and by asking them for their explicit informed consent to participate. The project meets all the ethic criteria required by the 1964 Helsinki Declaration involving human subjects and was authorized by the Public Body in charge of the protection of minors in each Autonomous Community.

*Data analysis*

Data analyses were carried out using the SPSS statistical software program, version 20. In addition to the descriptive analyses of the characteristics of the sample, an ANOVA was performed to ascertain whether or not there were any differences between the three

types of residential programs with post-hoc analysis, by means of a Bonferroni test, due to the high number of contrasts used. Finally, the frequencies of qualitative responses regarding the best and the worst parts of living in the facilities will be presented. To do so, thematic categories were created and two separate evaluators classified the answers, achieving a Kappa index of .62 for the question about the best and .86 for the question about the worst. The discrepancies were decided by consensus between the two researchers.

**Results**

Table 3 displays the results of the means and standard deviations for each item on the evaluation tools, as well as the scale that pools them. The scales (in boldface print) are obtained by the mean scores of the items that comprise it (some only have a single item and is presented as the scale score). We remind the reader that these scales belong to the sections of the quality standards and that the number of responses can vary depending on the situation of each young person and on the program in which they are placed.

To facilitate their analysis, the scales are presented in the order of highest to lowest mean score, although within them, the item scores can vary remarkably. One datum worth highlighting is that none of them achieve an average score of less than 3, which corresponds to the midpoint on the Likert chosen and, in fact, only one of them reaches this score (the rest exceeded the mean of 3.4). It is the single-item scale that quantifies whether the young people know their case worker and whether it is easy for them to contact that person when necessary. Many of them do not know that person or face impediments to contacting them and it is important to point out that this aspect does not depend on the residential care facility, but on the organization of protection services of the Autonomous Community.

*Table 2*  
Contents assessed in the interviews with young people following the Spanish national standards document (Del Valle, Bravo, Martínez, & Santos, 2012a)

Core topic	Standard	Aspects assessed
Facilities	Site, physical structure, and equipment	Location, furniture, room (decoration, their own space)
Basic processes	Referral and reception-admission	Good reception, knowing reasons for protection, expected duration of stay
	Leaving and transition to adult life	Subsequent support, training in autonomy skills (only for ages ≥16 years)
	Support for families	Relationship and contact with families (call time, visits)
Needs and well-being	Safety and protection	Safety in the face of abuse
	Bond and affective relationship	Bond and relationship with the educational team (trust, fun, feeling loved...)
	Respect for rights	Rules about telephone use, procedures for complaints and suggestions, respect for customs and religious beliefs
	Basic material needs	Meals, clothes shopping, weekly allowance, saving
	Studies and training	Suitable place of study, evaluation of training center
	Health	Advice about healthy living, sexuality
	Normalization and integration	External support networks, invitations to the facility, access to Internet, daily schedules, outside leisure
	Development and autonomy	Subsequent support, available aids, personal time dedication, equal sharing of chores
	Participation	Opinion about the home's organizational aspects, holding assemblies, participation in educational objectives, social climate in the center, room mates
Management and organization	Use of educational consequences	Positive reinforcements, punishments
	Management leadership	Relationship with the management of the home, closeness, contact
	Support from the technical team	Relationship and support from the home's technical team (if it exists)
	Case worker	Relationship and ease of contact with the referring case worker from the public administration
	Coordination with the educational system	Following up on school by educators

Table 3

Mean scores given to the different satisfaction scales and items by the adolescents

Scales and items	N	M	SD
<b>Health</b>	209	<b>4.23</b>	0.95
Advice about healthy living	208	4.28	1.04
Affective-sexual education	203	4.19	1.10
<b>Studies and training</b>	207	<b>4.17</b>	0.89
Place of study	198	3.73	1.38
School support	194	4.43	0.89
School material	198	3.94	1.27
School center	176	3.91	1.42
Teaching staff	183	3.92	1.26
Peers	175	4.27	0.99
<b>Coordination with the educational system</b>	194	<b>4.06</b>	1.23
<b>Affective coverage</b>	209	<b>4.01</b>	0.89
Educator with special connection	207	4.42	1.11
Relationship with their educator / tutor	193	4.37	1.10
Respectful treatment	209	4.16	1.08
Feeling loved	206	3.8	1.28
Good mood	209	3.95	1.03
Shared leisure	208	3.76	1.17
Trust	208	3.76	1.31
Support	208	3.96	1.22
Useful lessons	207	4.18	1.12
Help with problems	208	4.13	1.07
Expectations and help	207	4.16	1.11
Shows of affection	208	3.8	1.24
They worry about you	207	3.86	1.27
<b>Leaving and transition to adult life</b>	189	<b>4</b>	1.15
Possibility for subsequent contact	188	3.72	1.51
Information about after care support	64	3.54	1.59
Teaching to cook	70	4.04	1.29
Managing doctor appointments	68	3.60	1.67
Use of public transport	72	4.58	1.00
Administrative paperwork (ID document, bank, registration, etc.)	69	3.45	1.67
Personal shopping	71	3.90	1.35
<b>Safety and protection</b>	209	<b>3.95</b>	0.95
Climate of respect and safety in the center	209	4.18	1.30
Educational team's conflict management skills	209	3.72	1.24
<b>Development and Autonomy</b>	207	<b>3.88</b>	1.08
Individualized care	207	3.81	1.22
Chores in the facility	126	3.86	1.23
<b>Participation</b>	208	<b>3.82</b>	0.78
Decision-making (rules, activities, etc.)	204	3.35	1.42
Holding assemblies	206	4.30	1.08
Individualized educational project	179	3.76	1.37
Good social climate in the home	208	3.72	1.17
Good relationship with roommate	136	3.99	1.37
Pleasant atmosphere	206	3.62	1.31
<b>Respect for rights</b>	209	<b>3.79</b>	0.87
Room as personal space	209	3.42	1.44
Free use of room	209	3.72	1.56
Keeping personal objects	208	3.94	1.26
Safe place for personal objects	206	4.01	1.30
Peers' respect for belongings	209	3.42	1.50
Rules for use of home's telephone	195	3.84	1.31
Private use of home's telephone	197	3.30	1.65
Cell phone use	177	3.11	1.67
Knowledge of protocol for making complaints and suggestions	204	3.91	1.33
Respect for religious beliefs and practices	144	4.24	1.13
Respect for customs of country of origin	95	3.96	1.26
<b>Support from the professional team</b>	153	<b>3.69</b>	1.36
<b>Support for families</b>	198	<b>3.61</b>	1.48

Scales and items	N	M	SD
<b>Use of educational consequences</b>	208	<b>3.59</b>	0.87
Fair punishments	206	3.26	1.37
Reasonable consequences	206	3.15	1.40
Use of positive reinforcements	208	3.99	1.16
<b>Basic material needs</b>	209	<b>3.56</b>	0.97
Varied diet	209	3.39	1.54
Tasty meals	209	3.38	1.50
Clothes shopping	202	3.68	1.33
Choice of clothing	193	3.68	1.44
Agreement with allowance	209	3.55	1.43
Savings	205	3.84	1.53
<b>Normalization and integration</b>	209	<b>3.54</b>	0.82
Friendships outside of the home	209	4.69	0.75
Invite friends to the home	192	2.19	1.54
Internet access at home	207	3.61	1.52
Conformity with daily schedules	206	3.44	1.49
Conformity with rules regarding going out at the weekend	188	3.44	1.46
Leisure activities with the educational team	198	3.94	1.26
Extracurricular activities	196	3.27	1.74
<b>Site, physical structure and equipment</b>	209	<b>3.48</b>	0.93
Area	209	3.26	1.43
Facility in general (decoration, structure, etc)	209	3.47	1.26
Adequate climate control	209	3.49	1.31
Room	209	3.69	1.34
Choice of room decoration	206	3.56	1.42
<b>Referral and reception</b>	209	<b>3.45</b>	1.00
Welcome and initial information	205	4.25	1.05
Knowledge about reason for residential care	203	3.66	1.47
Knowledge about time of stay	208	2.99	1.68
Prior knowledge of new admission	201	3.09	1.65
<b>Relationship with the administration</b>	201	<b>3.43</b>	1.56
<b>Case worker</b>	197	<b>3.00</b>	1.67

The assessments that stand out positively are those that have to do with satisfaction with the education they receive about a healthy lifestyle and sexuality, school (the support they receive with their schoolwork and their experience at school), and how the facility educators coordinate with their teachers. Next is the scale regarding bonding and their affective relationship with the educators, emphasizing that all the young people have an outstanding bond with at least one educator and all the aspects measured were very positively scored. An average of four points was given to the preparation they receive to be able to function as independent adults once they reach legal age (in this case the *n* is lower, since these issues were only asked to the PAL group).

The lowest average scores, in addition to the one already mentioned with respect to their case worker, were the assessments of the relationship with the facility's director and the referral and reception processes. These latter assessments make reference to how they were received upon their arrival (and how they are prepared to receive others), and if they were informed of the reasons for their admission and estimated time of stay. This last aspect is one of the worst rated ones, despite its importance. Next, in ascending order, are the scales that examine the physical elements of the facility (such as the location of the resource, the rooms, decoration, etc.), the aspects of normalizing daily life (with the most negative value of the entire test having to do with not being able to invite friends to the facility), basic needs being met (food, clothing, money, etc.), and the use of consequences of behavior (reinforcements and punishments). Coming close to four, we have

scales such as satisfaction with the support their families receive, support from the facility's technical team (psychologists, social workers, etc.), regarding their rights, participation, developing autonomy, and feeling of safety and protection.

*Differences of assessment based on the type of facility in which they are placed*

The study sample were from three, very different kinds of facilities: non-specialized residential care (GRC), residential care specialized in preparation for adult life (PAL) independent, and therapeutic residential care (TRC) for young people with serious behavior issues.

Table 4 displays the results of the analysis of variance for these three types of residential care, with significant differences in the young people's perceptions and assessments of quality across all dimensions, with the exception of the safety-protection and health scales. Consequently, satisfaction depends in large part on the type of facility in which the young people are placed.

When the differences are analyzed post hoc, the scores in the TRC are seen to be almost consistently lower (the exceptions are those that have to do with the case worker that is lowest in GRC and support from the professional team that receives the lowest score in PAL). Given that the young people in TRC are in residential care facilities with strong control measures due to the seriousness of their disruptive behaviors and oftentimes against their will, this appraisal is not surprising. Insofar as the other two types are concerned, significant differences are only observed between them on the referral-reception scales, respect for their rights, and support from the professional team. The trend is toward higher satisfaction scores are found in the PAL group, except with respect to coordination with the case worker (in all likelihood due to the fact that in these programs, they live autonomously in flats and

they have less contact with this professional).

*Qualitative assessments*

Reference is made here to the results obtained in the two qualitative questions put forth in the interview about what they consider to be the most positive and the most negative aspects of the facilities they live in. To facilitate their analysis, the subjects have been grouped by categories as seen in tables 5 and 6. In both tables, N denotes the number of times said subjects have been mentioned; the same respondent could refer to more than one category.

Various answers were offered about what the best part of the facilities is, especially on the basis of the type of facility. As regards GRC, what stands out the most is the relationship with the educational team, mentioning things such as "They always support you and they're there when you're going through a rough patch; they also advise you". The next best ranked aspect is living together with peers: "It's like a family you don't have".

For their part, the young people in PAL emphasize the resources that are available to them, both physical (room, decoration, etc.) and material (weekly allowance, meals, school material, leisure, possibility of financing studies, etc.). They also positively score the autonomy they gradually acquire as well as the feeling of freedom: "I can evolve here; I can do more serious things than I thought, and I feel good about myself;" "They really teach you about becoming independent, when it comes to being autonomous... you can tell the difference between before and now" or "You're freer and you feel a little more grown up".

In the case of the adolescents in TRC, the most positive part has to do with the resources available to them (meals, bedroom, computers, etc.) and activities (referring to workshops in which they learn different skills, such as carpentry, mechanics, etc., and also leisure activities). They also underscore personal relationship

Table 4  
Differences in satisfaction scales by type of residential program by means of one-way ANOVA

Scales	Type of center			F	p
	GRC	PAL	TRC		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Site and physical structure	4.09 <sup>a</sup> (0.64)	4.04 <sup>b</sup> (0.69)	3.11 <sup>ab</sup> (0.89)	34.88	.000
Referral and reception	3.68 <sup>ab</sup> (1.03)	4.23 <sup>bc</sup> (0.67)	3.15 <sup>bc</sup> (0.93)	23.53	.000
Support for families	4.06 <sup>a</sup> (1.31)	4.23 <sup>b</sup> (1.25)	3.28 <sup>ab</sup> (1.15)	8.72	.000
Safety and protection	3.99 (0.86)	4.14 (0.98)	3.87 (0.85)	1.35	.261
Affective bond	4.31 <sup>a</sup> (0.72)	4.27 <sup>b</sup> (0.81)	3.83 <sup>ab</sup> (0.91)	7.33	.001
Respect for rights	3.98 <sup>ab</sup> (0.83)	4.46 <sup>bc</sup> (0.58)	3.39 <sup>bc</sup> (.077)	34.88	.000
Basic needs	3.94 <sup>a</sup> (0.78)	4.17 <sup>b</sup> (0.76)	3.26 <sup>ab</sup> (0.95)	21.14	.000
Studies and training	4.36 <sup>a</sup> (0.63)	4.51 <sup>b</sup> (0.57)	3.75 <sup>ab</sup> (0.92)	17.85	.000
Health	4.33 (1.01)	4.26 (1.03)	4.21 (0.84)	0.26	.772
Normalization & integration	4.04 <sup>a</sup> (0.73)	3.98 <sup>b</sup> (0.82)	3.16 <sup>ab</sup> (0.69)	33.71	.000
Participation	4.11 <sup>a</sup> (0.81)	4.08 <sup>b</sup> (0.79)	3.60 <sup>ab</sup> (0.76)	9.97	.000
Educational consequences	3.73 (1.05)	3.90 <sup>a</sup> (0.92)	3.46 <sup>a</sup> (0.78)	4.58	.011
Relationship with management	3.95 <sup>a</sup> (1.45)	4.25 <sup>b</sup> (1.21)	3.01 <sup>ab</sup> (1.56)	13.56	.000
Support from the professional team	4.14 (1.19)	2.80 (1.79)	3.59 (1.37)	3.38	.036
Relationship with case worker	2.26 <sup>a</sup> (1.52)	3.84 <sup>ab</sup> (1.59)	2.95 <sup>b</sup> (1.63)	9.01	.000
Coordination with educational system	4.58 <sup>a</sup> (.87)	4.53 <sup>b</sup> (0.80)	3.73 <sup>ab</sup> (1.35)	11.41	.000

Note: <sup>abc</sup> The pair of means with the same letter in superscript present significant differences in Bonferroni post hoc analysis

*Table 5*  
The best part of residential care facility according to the adolescents

Categories	GRC		PAL		TRC	
	N	%	N	%	N	%
<b>Educational team</b>	16	40	5	11.9	31	24.4
– Personal relationship	11	27.5	1	2.4	9	7.1
– Support	2	5	1	2.4	19	15
– Fair treatment	3	7.5	3	7.1	3	2.3
<b>Resources</b>	3	7.5	12	28.6	37	29.1
– Material	2	5	12	28.6	25	19.7
– Activities	1	2.5	–	–	12	9.4
<b>Feelings</b>	3	7.5	8	19	12	9.4
– Protection	1	2.5	–	–	5	3.9
– Peace of mind	1	2.5	1	2.4	5	3.9
– Freedom	1	2.5	7	16.7	2	1.6
<b>Residential mates</b>	10	25	3	7.1	22	17.3
– Mates	4	15	1	2.4	17	13.4
– Group living	6	5	2	4.7	5	3.9
<b>Personal evolution</b>	2	5	11	26.2	30	23.6
– Development-change	2	5	3	7.1	25	19.7
– Autonomy	–	–	8	19	5	3.9
<b>Everything</b>	2	5	2	4.7	1	0.8
<b>Nothing</b>	4	10	3	7.1	17	13.4
<b>Do not know/ refuse to answer</b>	2	5	1	2.4	3	2.3
TOTAL	42		45		153	

*Note:* Percentages of answers were calculated on the number of participants. More than one answer could be recorded

with the educational team and the support they receive from them “When we’re outside, you [sic] can see their good side; they’re better people”, “They help you with whatever they can” “At any time, I can count on people helping me, whether it’s an educator or one of my peers. The high frequency of references to personal development and change are also remarkable: “You grow up; you learn values; you have other points of view..you get advice that in other circumstances you wouldn’t receive; you learn to value what you have”. It is worth mentioning, on the other hand, that in fifteen cases, the answer was that there is nothing good.

For the adolescents in GRC, the only thing that was negative with any frequency was the existence of conflicts and co-existing in the facility: “Sometimes the little kids start a scuffle” or “conflicts come up over silly things”. In the case of PAL, issues surrounding living together clearly stand out (housekeeping, sharing spaces, bad atmosphere, lack of understanding, shared time) “We’re not like family, everyone goes their own way”, “having to depend on your peers, because if someone doesn’t do their chore properly, you might have to do yours and theirs, too” and, the next most common category is “nothing.”

Finally, in TRC, they comment that the worst part has to do with negative feelings such as being closed in: “Being locked up in a place, having to put up with people who are in no way related to you, people passing by, they’re phases, and that’s that”; or missing family contact. The answer “everything” was the second most frequent and they also underscore rules and punishments and, on occasion, inconsistency when applying them, “The rules and the consequences of your actions don’t make sense. I’ve seen people lay down the same punishment for playing a prank on a mate as

*Table 6*  
The worst part of residential care facility according to the adolescents

Categories	GRC		PAL		TRC	
	N	%	N	%	N	%
<b>Educational team</b>	5	12.5	2	4.8	5	3.9
– Personal relationship	2	5	–	4.8	2	1.6
– Unfair treatment	3	7.5	2	4.8	3	2.4
<b>Resources</b>	2	5	3	7.1	10	7.9
– Material resources	2	5	3	7.1	7	5.5
– Activities	–	–	–	–	3	2.4
<b>Feelings</b>	4	10	16	38.1	66	52
– Being locked up	–	–	–	–	37	29.1
– Missing family	1	2.5	3	7.1	10	7.9
– Lack of privacy	–	–	2	4.8	4	3.1
– Lack of freedom	1	2.5	5	11.9	7	5.5
– Living in residential facility	–	–	2	4.8	6	4.7
– Other negative feelings	2	5	4	9.5	2	1.6
<b>Residential mates</b>	15	37.5	12	28.6	14	11
– Mates	2	5	1	2.4	–	–
– Living together	6	15	11	26.2	8	6.3
– Conflicts	7	17.5	–	–	6	4.7
<b>Rules and control</b>	6	15	6	14.3	36	28.3
– General rules	4	10	6	14.3	12	9.5
– Punishments	2	5	–	–	16	12.6
– Contentions	–	–	–	–	8	6.3
<b>Everything</b>	2	5	1	2.4	12	9.4
<b>Nothing</b>	4	10	8	19	6	4.7
<b>Do not know/ refuse to answer</b>	5	12.5	–	–	–	–
TOTAL	43		48		149	

*Note:* Percentages of answers were calculated on the number of participants. More than one answer could be recorded

for attacking someone”. In some cases, they also frequently refer to group living and conflicts with mates.

## Discussion

First of all, it must be emphasized that residential care is not a homogeneous type of measure as the profiles are very different and services have had to be specialized in order to cover more specific needs; therefore, if we are to talk about satisfaction of the adolescents in residential care, we must begin by explaining what kind of program we are referring to. We have seen that there are differences in terms of age and gender because some programs are oriented toward those who are close to or have already come of legal age and, in the case of TRC due to the serious externalizing problems that led to their admission, there is generally a greater prevalence of males (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales, & Sancerni, 2012).

In general, the appraisal the adolescents make of their degree of satisfaction with the care they receive is positive, since the averages are almost never below the midpoint score. Even in the case of the TRC program, where the young people’s outings are limited, they face strict behavioral control measures, and, in many cases, against their will (a court order is needed for them to be admitted) the averages of the scales are always above the midpoint score (except on one variable that scored 2.95). This trend toward a positive evaluation by the young people themselves has been found

in several studies conducted in different countries (Delfabbro et al., 2002; Rodrigues et al., 2014; Southwell & Fraser, 2010) and poses the need to revisit the negative view that has been offered of residential care as a measure of protection (Del Valle, 2003).

It is extremely noteworthy that the highest satisfaction scores are those that refer to the education the young people receive about a healthy lifestyle, as well as support in their studies and the training centers they attend and the affective relationship and support they receive from their educators. This last aspect is a tremendous challenge when attempting to live with adolescents (which, given their stage of development can pose serious difficulties in relating with adults) who are highly vulnerable with a history of very adverse experiences in their families (González-García et al., 2017). Even in the TRC group, far more critical on almost all the satisfaction scales, this bond and support are found among the aspects with which they are most satisfied, as other authors had previously found (Martín & González, 2007).

It is interesting to observe that the young people in PAL who find themselves facing the enormous challenge of becoming independent without the possibility of returning to their families (López, Santos, Bravo, & Del Valle, 2013) find that the special support program for that difficult transition is turning out to be extremely useful. This is the group that almost always displays the highest average scored for satisfaction and particularly so, when they assess the facilities for continuing their studies, the support given them by the educators, and the freedom they enjoy (they tend to be small flats where they can manage their own shopping, food, etc.). It is precisely the dosing of this autonomy and freedom that some young people criticize in this program. Even so, the greatest cause of dissatisfaction has to do with the difficulties of group living with closely shared responsibilities.

The qualitative analysis on the perception of the best and the worst part of living in residential care enabled the huge differences between the three programs to be observed. It is important to highlight how in each of them the most positive aspects have to do

with the objectives of the program: the relationship with educators and living together with peers in GRC; the autonomy that young people in PAL are developing; and the relationship with educators and the perception of improving and changing positively in TRC. As for the worst, the feeling of being locked up and the lack of freedom stand out in TRC and problems with group living and conflicts among peers in the other two programs.

The most important conclusions when it comes to improving these services based on the young people's most salient criticisms, we must mention that special care must be exercised when conducting the reception process in the facilities, the information that is provided about the expected duration of their stay, and the reasons for the measure, as well as facilitating contact with the professional who is in charge of their case in the child protection services. Likewise, emphasis must be placed on group living and on educator's appropriate management of conflictive situations, as well as maintaining as much contact as possible with the families whenever it is viable. As regards the TRC programs, work must be done to mitigate the perceptions of being closed up and lacking freedom that tends to occur when certain residential facilities emphasize control over the therapeutic intervention. However, feelings of development, learning and positive changes, as well as good relationship and support from educational team were frequently reported in this group.

As is logical, this study is not without its limitations. Mention must be made of the different sample sizes of the three types of programs evaluated, given that the data have been extracted from studies addressing the quality assessment of 21 residential child care facilities that our research group had performed. On the other hand, the evaluation instruments used and, in particular, the interview from which these data are derived are still undergoing validation for the numerical scales, although we believe that the clear trend indicated by the data and accompanying it with a qualitative section can strengthen the value of the results.

## References

- Children Welfare League of America (CWLA) (1991). *Standards of excellence in residential group care settings*. Washington, DC: CWLA Press.
- Cossar, J., Brandon, M., & Jordan, P. (2013). 'You've got to trust her and she's got to trust you': Children's views on participation in the child protection system. *Child & Family Social Work, 21*(1), 103-112. doi: 10.1111/cfs.12115
- Delfabbro, P., Barber, J.G., & Bentham, Y. (2002). Children's satisfaction with out-of-home care in South Australia. *Journal of Adolescence, 25*(5), 523-533. doi: 10.1006/jado.2002.0497
- Del Valle, J. F. (1992). Evaluation of residential child care programs. Current situation and contributions of the eco-psychological trends. *Psicothema, 4*(2) 531-542.
- Del Valle, J. F. (2003). Child residential care: Innovation or resignation? *Infancia y Aprendizaje, 26*(3), 365-379.
- Del Valle, J.F., & Bravo, A. (2007). La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil [Program evaluation of residential care in child protection]. In A. Blanco & J. Rodríguez Marín (Eds.), *Manual de Intervención Psicosocial* (pp. 457-479). Madrid: Prentice Hall.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Martínez, M., & Santos, I. (2012a). *Estándares de calidad en acogimiento residencial (EQUAR) y acogimiento residencial especializado (EQUAR-E)* [Quality standards in residential child care (EQUAR) and specialized residential child care (EQUAR-E)]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Martínez, M., & Santos, I. (2012b). *La perspectiva de los niños y adolescentes sobre la calidad del acogimiento residencial* [Children and young people's views on residential child care quality]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Dillon, J., Greenop, D., & Hills, M. (2016). Participation in child protection: A small-scale qualitative study. *Qualitative Social Work, 15*(1), 70-85. doi: 10.1177/1473325015578946
- Estévez, E., & Jiménez, T.I. (2018). Aggressive behavior in adolescence as a predictor of personal, family, and school adjustment problems. *Psicothema, 30*(1), 66-73. doi: 10.7334/psicothema2016.294
- Festinger, T. (1983). *No one ever asked us. A proscript to Foster Care*. New York: Columbia University Press.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, M. I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review, 73*, 100-106. doi: 10.1016/j.chilyouth.2016.12.011
- Huefner, J. C. (2018). Crosswalk of published quality standards for residential care for children and adolescents. *Children and Youth Services Review, 88*, 267-273. doi: 10.1016/j.chilyouth.2018.03.022



- Keddell, E. (2016). Interpreting children's best interests: Needs, attachment and decision-making. *Journal of Social Work, 17*(3), 324-342. doi: 10.1177/1468017316644694
- Križ, K., & Roundtree-Swain, D. (2017). "We are merchandise on a converter belt": How Young adults in the public child protection system perceive their participation in decisions about their care. *Children and Youth Services Review, 78*, 32-40. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.05.001
- López, M., Fluke, J., Benbenishty, R., & Knorth, E. (2015). Commentary on decision-making and judgments in child maltreatment prevention and response: An overview. *Child Abuse & Neglect, 49*, 1-11. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.08.013
- López, M., Santos, I., Bravo, A., & Del Valle, J. (2013). The process of transition to adulthood for youth in the child care system. *Anales de Psicología, 29*(1), 187-196. doi: 10.6018/analesps.29.1.130542
- Martín, E., & González, M. S. (2007). The quality of residential care from the minors' point of view. *Infancia y Aprendizaje, 30*(1), 25-38. doi:10.1174/021037007779849727
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A., & Sancerni, M.D. (2012). Child and adolescent development: Common mental disorders according to age and gender. *Psicothema, 24*(3), 377-383
- O'Reilly, L., & Dolan, P. (2015). The voice of the Child in Social Work Assessments: Age-Appropriate Communication with Children. *British Journal of Social Work, 46*(5), 1191- 1207. doi: 10.1093/bjsw/bcv040
- Ramis, A. (2018). *Evaluación de la calidad de la atención residencial en el sistema de protección a la infancia* [Quality evaluation of residential care in the child protection system]. Palma de Mallorca: Dissert.
- Rodrigues, S., Del Valle, J. F., & Barbosa-Ducharne, M. (2014). Differences and similarities in children's and caregivers' perspectives on the quality of residential care in Portugal: A first glance. *International Journal of Child and Family Welfare, 15*(1/2), 24-37.
- Skinner, A. (1992). *Another kind of home: A review of residential child care*. Glasgow: The Scottish Office.
- Southwell, J., & Fraser, E. (2010). Young people's satisfaction with residential care: Identifying strengths and weaknesses in service delivery. *Child Welfare, 89*(2), 209-228.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., Del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., ...Zeira, A. (2017). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. *Psicothema, 29*(3), 289-298. doi: 10.7334/psicothema2016.172

## CAPÍTULO 4: TRABAJO COMPLEMENTARIO

Este capítulo presenta el trabajo de investigación con el que inicié la carrera investigadora, focalizado en el análisis de las características, necesidades y cobertura terapéutica de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual en acogimiento residencial en España. Este artículo no ha sido incluido en el cuerpo principal de resultados debido a que la muestra no proviene del proyecto de investigación nacional que enmarca el resto de los trabajos de la tesis, pero se ha considerado importante añadirlo como trabajo complementario debido a que sigue una línea similar, al analizar un grupo especialmente vulnerable dentro del sistema de protección infantil.

**TÍTULO:**

Children and young people with intellectual disability in residential childcare: Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions.

**AUTORES:**

Águila-Otero, A., González-García, C., Bravo, A., Lázaro-Visa, S., y Del Valle, J. F.

**REVISTA:**

*International Journal of Social Welfare*

Children with intellectual disability are more likely to suffer abuse and neglect. Therefore, they are over-represented among children in childcare interventions, particularly in residential childcare. The main goal of this article was to explore the correlates of mental health diseases in a sample of 169 children (6–18 years old) in residential care with intellectual disability compared with a group of 625 children, also in residential care but without disability. Results show that the prevalence of intellectual disability in residential childcare in Spain is about 19%, which is significant due to their special needs. In addition to this disability, they have a higher frequency of clinical problems in the scales of withdrawal- depression, thought problems, attention problems and, above all, social problems than do their peers in residential care. They are also referred more frequently to therapeutic services, in particular to psychiatric intervention and they receive more pharmacological treatments.

**REFERENCIA:**

Águila-Otero, A., González-García, C., Bravo, A., Lázaro-Visa, S., y Del Valle, J. F. (2018). Children and young people with intellectual disability in residential childcare: Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 337-347. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12351>



# Children and young people with intellectual disability in residential childcare: Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions

Águila-Otero A., González-García C., Bravo A., Lázaro-Visa S., del Valle J. Children and young people with intellectual disability in residential childcare: Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions

Children with intellectual disability are more likely to suffer abuse and neglect. Therefore, they are over-represented among children in childcare interventions, particularly in residential childcare. The main goal of this article was to explore the correlates of mental health diseases in a sample of 169 children (6–18 years old) in residential care with intellectual disability compared with a group of 625 children, also in residential care but without disability. Results show that the prevalence of intellectual disability in residential childcare in Spain is about 19%, which is significant due to their special needs. In addition to this disability, they have a higher frequency of clinical problems in the scales of withdrawal-depression, thought problems, attention problems and, above all, social problems than do their peers in residential care. They are also referred more frequently to therapeutic services, in particular to psychiatric intervention and they receive more pharmacological treatments.

**Alba Águila-Otero<sup>1</sup>, Carla González-García<sup>1</sup>, Amaia Bravo<sup>1</sup>, Susana Lázaro-Visa<sup>2</sup>, Jorge F. del Valle<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> University of Oviedo, Spain

<sup>2</sup> University of Cantabria, Spain

Key words: adolescent health and illness, child protection, residential childcare, intellectual disability, mental health treatment and services, quantitative research, Spain

Jorge F. del Valle, Facultad de Psicología, Plaza Feijoo s/n, Oviedo 33003, Spain  
E-mail: jvalle@uniovi.es

Accepted for publication 25 June 2018

## Introduction

A large body of research shows that the prevalence of abuse of children with intellectual disability (ID) is higher than that of their peers without disability (Lightfoot, Hill, & LaLiberte, 2011; Verdugo, Bermejo, & Fuertes, 1995). They are two times (Sullivan & Knutson, 1998), three times (Euser, Alink, Tharner, van Ickendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2016; Sullivan & Knutson, 2000) and even four times more likely to suffer some form of abuse (Barber & Delfabbro, 2009). It is therefore not surprising that among children in out-of-home care, there is a significant representation of children with ID, which some authors have estimated to be at about 10% (Hill, 2012; Lightfoot et al., 2011). In this Introduction, we review the characteristics and specific needs of these children, paying special attention to their mental health problems.

### Mental health problems in children and young people with ID

The vulnerability of children and young people with ID is often aggravated by the high comorbidity with other

emotional and behavioural problems (Munir, 2016; Oeseburg, Jansen, Dijkstra, Groothoff, & Reijneveld, 2010). It was observed that they are between two and three times more likely to have mental health problems (Brondsar et al., 2011), and that around 40% meet diagnostic criteria for a mental health disorder (Dekker & Koot, 2003; Emerson, 2003; Heneghan et al., 2013; Horwitz et al., 2013; Soltau, Biedermann, Henniske, & Fydrich, 2015).

Several authors have found a significant relationship between ID and an increased incidence of behavioural problems (Ahuja, Martin, Langley, & Thapar, 2013; Embregts, du Bois, & Graef, 2010; Myrbakk & von Tetzchner, 2008; Weiss, Ting, & Perry, 2016) and anxiety (Reardon, Gray, & Melvin, 2014). On the other hand, children with ID were found to use illegal drugs at a lower rate than those without disability, but were more vulnerable to problems arising from substance use (Carroll Chapman, & Wu, 2012). Specifically with regard to alcohol consumption, consequences such as the need for hospitalisation or problems with the police have been found to be more frequent among children with ID (Reis, Wetzel, & Häbler, 2017).

As a result of these psychological and behavioural problems, people with ID are frequently prescribed psychotropic medication. Of the children and young people with ID admitted to mental health centres, 29% are estimated to take at least one psychotropic drug (Scheifes et al., 2013), antipsychotics being taken most frequently, followed by psychostimulants and anxiolytics. Another study in a population with ID living in the community found that the most commonly prescribed drugs were psychostimulants, antidepressants and antipsychotics (Doan et al., 2014). Despite the frequency with which psychotropic medication is prescribed to people with ID, empirical evidence supporting its efficacy is limited (Ji & Findling, 2016).

The special vulnerability of these children has also been associated with the highest prevalence of abuse experiences in this population. This fact explains their over-representation in childcare resources.

#### Children and young people with ID in care

A number of studies have shown that measures involving family separation are more frequent in cases in which the children have ID problems (e.g., Chen et al., 2016; Chmelka, Trout, Mason, & Wright, 2011; Hill, 2012; Lightfoot et al., 2011; Rosenberg & Robinson, 2004).

After entering the care system, children with ID remain longer than their peers without disability do and are subject to more changes of placement and programmes (Chmelka et al., 2011; Hill, 2012; Sainero, del Valle, López & Bravo, 2013; Slayter & Springer, 2011; Welch, Jones, Stalker, & Stewart, 2015). They have a 38–39% lower probability of returning to the family (Rosenberg & Robinson, 2004; Slayter, 2016) or of adoption (Baker, 2007), and when adopted, a higher probability of adoption breakdown (Slayter, 2016; Slayter & Springer, 2011).

The socio-demographic profile of children with ID in care is well defined, characterised by a larger presence of boys (Algood, Hong, Gourdine, & Williams, 2011; Chmelka et al., 2011; Lightfoot et al., 2011; Oliván, 2002; Sainero et al., 2013; Slayter & Springer, 2011, Sullivan & Knutson, 2000; Trout et al., 2009) and a high frequency of backgrounds of mental health problems and ID in the parents (Sainero et al., 2013).

#### Mental health problems in children and young people with ID in care

Mental health disorders in children and young people in care (with or without ID) are two to three times more prevalent than in the general population (Bronsard et al., 2011; Hurley et al., 2009). It was estimated that 40–80% of this group have some kind of emotional or behavioural problem (Burns et al., 2004; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson, & Ortiz, 2009). In Spain, the profile of the children and young people in residential

placements has changed since the 1990s, with a remarkable increase of emotional and behavioural problems (Bravo & del Valle, 2009). National studies show that between 44–61% of the children and young people in residential placement had clinical scores on the Child Behavioral Checklist (CBCL), and 49% were receiving mental health treatment (González-García et al., 2017; Sainero, Bravo, & del Valle, 2015).

Although there are numerous studies on the emotional and behavioural problems of children in care, there are few studies on children with ID specifically. Trout et al. (2009) compared two groups of children in residential care, with and without ID, finding a higher score in the group with ID on almost all the CBCL scales and significant differences in the scales of Social problems and Externalising problems. Soyulu, Alpaslan, Ayaz, Esenyel, and Oruç (2013) analysed a group of children and young people with and without ID who had been victims of sexual abuse. The authors found a high presence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in both groups, although slightly higher in the group with ID (74.5 vs. 64.9%), as well as a higher incidence of behavioural disorders in the group with ID (10.8 vs. 3.9%). Berg, Shiu, Msall, and Acharya (2015) found that the children in their study with ID in care were twice as likely to suffer clinical depression than their peers without ID (13.8 vs. 5.5%), observing that child depression was predicted by a history of depression in the parents, as well as distant relationships with them. In Spain, Sainero et al. (2013) also studied a sample of 264 children in residential care, finding that 18.2% had ID, almost half of whom were receiving mental health treatment – twice as many as their peers without disability – as well as regular consumption of psychotropic medication (in 86.4% of the children with ID receiving treatment).

Besides the scarcity of specific research on the mental health of children with ID in care, there are some delimitation and methodological problems. To begin with, in the research on the mental health of children in care, the term *disability* is used generically, covering disabilities of a diverse nature (physical, sensory and intellectual), as well as learning difficulties and behavioural and communication problems. Along the same lines, the concept of ID differs in some studies according to the criteria and the instruments used for its detection and diagnosis. Similarly, the study of the prevalence of ID in children in care is analysed more as a problem of mental health suffered by this population, and not as a group with special needs that may require specialised resources and interventions.

Based on some of these difficulties, our study had a dual goal. One goal was to analyse the mental health problems in the group of children with ID in residential childcare and the possibly associated vulnerability factors. The second goal was to analyse the therapeutic

coverage they are receiving to treat these disorders. This study examined the relationship between ID and mental health problems and treatment by comparing groups of children with and without ID

## Method

### Participants

This sample consisted of 794 children (496 boys and 298 girls) aged between 6 and 18 ( $M = 13.53$ ,  $SD = 2.72$ ) in residential childcare. The sample came from the regions of Asturias, Cantabria, Extremadura, Murcia, the Diputation of Guipúzcoa, the Cabildo of Tenerife and seven Children's SOS Villages in various regions in Spain. The sample was part of a larger research ( $N = 1226$ ), the main objective of which was to analyse the prevalence of mental health problems of children in residential care in Spain and the therapeutic coverage they were receiving. The inclusion criteria to participate in this study were that the child had been living for at least 3 months in a residential care facility and had an ID diagnosis. We selected the cases that had an official diagnosis of ID ( $n = 169$ ), given that this group was the object of analysis in this study. The rest of the group ( $n = 625$ ) made up the sample that was selected as a comparison group. To select this matched sample, we used three criteria: the mean age and the proportion of both sexes in the two groups should be equivalent, and there should be a similar percentage of individuals with and without disabilities within each autonomous community. Furthermore, unaccompanied migrant children were excluded from these analyses, given their specific characteristics.

### Instruments

The socio-familial information and case data were obtained through a questionnaire developed *ad hoc* for this research, based on the System of Evaluation and Registration in Residential Placement (Bravo, del Valle, & Santos, 2014). The following variables were included in the instrument: (i) information related to childcare intervention (time in residential placement, changes of children's home, history of foster care or adoption breakdown, and reasons for admission); (ii) family background variables; and (iii) the child's mental health problems and needs already detected (therapeutic care and type of treatment received).

To assess the existence of emotional and behavioural problems, we used the CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001). The CBCL is an instrument that shows evidence of reliability and validity, with a Cronbach alpha coefficient of .92 and test-retest reliability of .92 for the second-order scales (Achenbach et al., 2008). This instrument has been widely used in previous studies with samples of children in care (Burns et al., 2004;

Greger, Myhre, Lydersen, & Jozefiak, 2015; Jozefiak et al., 2016). The CBCL is made up of 113 items divided into eight syndrome scales (Anxiety-depression, Withdrawal-depression, Somatic complaints, Attention problems, Thought problems, Social problems, Aggressive behaviour, Disruptive behaviour) and three broadband scales (Internalising, Externalising, Total). In this study, the scores were transformed into T-scores, according to the three ranges established in the test: non-clinical ( $\leq 59$ ), borderline ( $60 \leq 63$ ) or clinical ( $\geq 64$ ) for the broadband Internalisation, Externalisation and Total scales. In the case of the syndrome scales, the cut-off points of each range were established as non-clinical ( $\leq 64$ ), borderline ( $65 \leq 69$ ) and clinical ( $\geq 70$ ). The number of cases with CBCL assessment was reduced to 771 because 23 questionnaires were discarded for not meeting the validity criteria.

### Procedure

The information was gathered through each child's key residential worker (social educator). Prior to data collection, we contacted the residential children's homes to inform them about the goals of the study. The researchers and participants followed a protocol to ensure data protection and privacy. The research team, comprised of psychologists, also maintained regular contact with the educational teams in the residential facilities to ensure appropriate completion of the assessment instruments. This study received all necessary permissions from the public administrations responsible for the children's guardianship, and its design and procedure were approved by the Ethics Committee of the Faculty of Psychology of the University of Oviedo.

### Data analysis

Various statistical tests were used depending on the nature of the analysed variable. For the comparative analysis between the disabled and non-disabled groups, we used the following bivariate analyses: for nominal variables, we used the chi-square statistical technique and we analysed the standardised adjusted residuals, whereas for the quantitative variables, we used Student's *t*-test.

We established  $p \leq .05$  as the degree of significance for all analyses. For the analysis and interpretation of the standardised adjusted residuals, we established the values lower than  $-1.95$  or higher than  $1.95$ . All analyses were conducted using the statistical programme SPSS v24.0.

## Results

### Characteristics and risk factors in children and families

Table 1 presents the results of the bivariate analyses for the two groups: children with ID and without ID. After

adjusting these variables in the comparison group, it can be seen that there were no significant group differences in mean age or distribution by sex.

Differences were found in ethnic group membership, with a higher percentage of ID in the group of Roma children  $\chi^2 (1, N = 789) = 4.72, p=.030$  and a lower percentage in children from immigrant families  $\chi^2 (1, N = 790) = 4.05, p=.044$ .

Regarding the reasons for admission, significant differences were only observed in terms of an increased frequency of physical neglect  $\chi^2 (1, N = 744) = 9.44, p=.002$  and sexual abuse  $\chi^2 (1, N = 743) = 5.27, p=.022$  in the group with ID. A higher comorbidity of the typologies of abuse suffered was also significant in

this group ( $M = 1.67, SD = 1.41$  vs.  $M = 1.33, SD = 1.30$  for the group with ID and without ID, respectively).

Significant differences in the average stay in residential placement were also observed, with the group with ID staying almost 2 years longer than the group without ID ( $t = -4.78, p \leq .001$ ). Both groups had similar percentages regarding the experiences of adoption or foster care breakdown. The group with ID presented a slightly higher mean number of changes of residential placements ( $M = .96, SD = .94$ ) but this was not statistically significant.

With regard to family background, there was a high presence of risk factors in both groups, but a significantly higher presence of antecedents of ID (42%;  $\chi^2$

Table 1. Differences in individual, family and care process factors.

Variable	Total (N = 794)	ID (n = 169)	Non-disability (n = 625)
	% or M (SD)	% or M (SD)	% or M (SD)
TOTAL	100	21.3	78.7
Sex			
Male	62.5	62.7	62.4
Female	37.5	37.3	37.6
Age	13.53 (2.71)	13.88 (2.66)	13.44 (2.72)
Ethnic group			
Roma ethnic group	13.1	18.3***	11.6
Immigrant family	12.5	7.7	13.8***
Mean stay (months)	47.55 (40.45)	63.88 (46.99)*	43.37 (37.52)
Breakdown	14.0	12.5	14.5
Foster care breakdown	12.7	12.5	12.7
Adoption breakdown	1.4	–	1.7
Number of changes of residential facility	0.84 (0.95)	0.96 (0.93)	0.80 (0.95)
Reason for admission			
Physical neglect	46.8	58**	43.8
Emotional neglect	37.8	43.3	36.3
Physical abuse	22.3	25.5	21.5
Emotional abuse	27.4	29.9	26.7
Sexual abuse	5.5	9.6***	4.4
Abandonment	12.3	7.6	13.6
Out of parental control	37.2	38.6	36.8
Mean reasons for admission	1.44 (1.33)	1.66 (1.41)**	1.33 (1.30)
Family background			
Substance abuse	42.8	37.3	44.3
Mental health disorders	31.6	48.5*	27.0
Criminal acts	21.1	17.8	22.0
Intellectual disability	18.8	42.0*	12.5
Suicide	7.1	10.7	6.1
Gender violence	27.1	24.3	27.8
Poverty	43.2	44.1	40.2
Mean factors	1.91 (1.40)	2.20 (1.49)	1.83 (1.37)

\*\*\*p<.05; \*\*p<.01; \*p<.001.

(1,  $N = 793$ ) = 73.98,  $p \leq .001$ ) and mental health problems was found in the parents of the group with ID (48.5%;  $\chi^2$  (1,  $N = 794$ ) = 27.04,  $p \leq .001$ ). In addition, the group with ID presented a higher mean number of risk factors in the family context than the group without ID ( $M = 2.20$ ,  $SD = 1.49$  vs.  $M = 1.84$ ,  $SD = 1.30$ ,  $t = -3.07$ ,  $p = .002$ ).

**Physical and mental health problems and therapeutic coverage**

In the group with ID, 44.2% had an associated physical disease compared with 14.6% in the group without ID ( $\chi^2$  (1,  $N = 759$ ) = 66.22,  $p \leq .001$ ). In addition, we observed that a greater proportion of children with ID were receiving speech therapy ( $\chi^2$  (1,  $N = 787$ ) = 101.92,  $p \leq .001$ ) and psychomotor skills treatment ( $\chi^2$  (1,  $N = 789$ ) = 67.95,  $p \leq .001$ ).

In terms of mental health treatment, almost half of the comparison sample (46.52%) were receiving mental health treatment (psychiatric, psychological or pharmacological), but this percentage was 72.5% in the group with ID ( $\chi^2$  (1,  $N = 784$ ) = 34.40,  $p \leq .001$ ). Regarding type of treatment, children with ID were receiving both psychiatric treatment ( $\chi^2$  (1,  $N = 784$ ) = 69.82,  $p \leq .001$ ) and psychopharmacological treatment ( $\chi^2$  (1,  $N = 786$ ) = 97.16,  $p \leq .001$ ) more frequently. In fact, half of the sample with ID were receiving both these types of interventions. There were no significant group differences in terms of psychological treatment (see Table 2).

In terms of treatment characteristics (frequency, duration, etc.), no significant differences were found in the type of psychiatric treatment, but it was observed that children and young people with ID had, on average, received treatment for a longer time than the

group without ID ( $M = 39.60$ ,  $SD = 39.47$  vs.  $M = 23$ ,  $SD = 23.06$ ,  $t = -3.23$ ,  $p = .002$ ).

The most common types of psychoactive drugs received by the group with ID were antipsychotics (42.2%), psychostimulants (15.97%) and anti-epileptics (14.20%). In addition, 52.2% of the sample with ID had more than one type of psychoactive drug prescribed, with antipsychotics plus psychostimulants (25.25%) and antipsychotics plus anti-epileptics (34%) being the most frequent combinations.

In terms of psychological treatment, a smaller proportion of children and young people with ID were attending therapeutic programmes designed or managed from within the childcare system ( $\chi^2$  (1,  $N = 335$ ) = 6.29,  $p = .012$ ) and the proportion receiving group treatment was higher than the group without ID ( $\chi^2$  (1,  $N = 335$ ) = 10.78,  $p = .005$ ). Similarly, the group with ID had also been receiving psychological treatment for longer than the group without ID ( $M = 27$ ,  $SD = 29.67$  vs.  $M = 14.76$ ,  $SD = 16$ ,  $t = -3.40$ ,  $p = .001$ ). No statistically significant differences were found in the rest of the treatment variables recorded (Table 3).

Finally, no significant group differences were found with respect to suicidal behaviour; it was present at similar levels in both the group with ID (1.8%) and the group without ID (3%). No group differences were found in abusive consumption of alcohol, which was reported at 1.2% in young people with ID and 2% in young people without ID. However, there were group differences in the use of other substances (cannabis, heroin, inhalants and cocaine) where this problem scored 8.9% in the group with ID and 17.9% in the group without ID ( $\chi^2$  (1,  $N = 777$ ) = 7.24,  $p = .007$ ).

Table 2. Physical and mental health characteristics.

Variable	Total	ID	Non-disability
	$N = 794$	( $n = 169$ )	( $n = 625$ )
	% or $M$ (SD)	% or $M$ (SD)	% or $M$ (SD)
Physical problems	21.1	44.2*	14.6
Psychomotor therapy	3.5	14.3*	0.6
Speech therapy	9.4	29.9*	3.9
Mental health treatment	52.0	72.5*	46.5
Psychotropic medication	25.2	54.8*	17.2
Psychiatric treatment	26.9	52.7*	20.0
Psychological treatment	43.1	47.6	41.9
Suicidal behaviour	2.7	1.8	3.0
Alcohol consumption	1.8	1.2	2.0
Drug consumption	16.0	8.9	17.9*

\* $p \leq .001$ .



Table 3. Analysis of psychological and psychiatric treatment in both samples.

	Psychological treatment (N = 340)		Psychiatric treatment (N = 211)	
	ID (N = 80)	Non-disability (N = 260)	ID (N = 88)	Non- disability (N = 123)
	% or M(SD)	% or M(SD)	% or M(SD)	% or M(SD)
<i>Type of resource providing treatment</i>				
Public mental health service therapist	27.5	24.3	83.3	89.9
Private therapist	15.0	9.0	2.4	0.8
Therapist from specific child welfare service programme	22.5	38.8***	0	0
Staff therapist from the centre	30.2	33.8	14.3	9.2
Therapist from some other resource	6.7	10	0	0
<i>Type of therapy</i>				
Individual	71.8	88.2	94.2	93.3
Group	2.6	1.2	0	0.8
Both	11.1	34.9*	5.8	0.8
<i>Frequency of sessions</i>				
Weekly	55.1	49.8	10.3	10.0
Bi-weekly	16.7	23.7	4.6	4.2
Monthly	7.7	12.9	18.4	29.2
Every 2 months	14.1	6.8	29.9	33.3
Every 3 months	3.8	4.4	19.5	13.3
Every 3 months	2.6	2.4	17.2	10.0
<i>Mean treatment</i>	29.67(3.42)*	16.35 (1.08)	39.47(4.46)**	23.06(2.24)

\*\*\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*p≤.001.

**CBCL results**

Table 4 depicts each group’s mean scores in each of the CBCL scales, along with the Student’s *t*-statistic and associated significance. The group with ID scored significantly higher on the scales of Withdrawal depression, Social problems, Thought problems and Attention problems, as well as on the broadband Internalising and Total scales. In contrast, the group without ID had higher scores on the Disruptive behaviour scale.

Analysis of the data from the CBCL in relation to cases receiving mental health treatment allowed us to assess the degree of correspondence between scores in the clinical range on this test and the therapeutic care received. As shown in Table 5, a higher percentage of the group with ID were receiving treatment in almost all the clinical scales. We highlight the differences between the group with ID and the group without ID in the scales of Disruptive behaviour (84.2 vs. 66.7%), Aggressive behaviour (83.3 vs. 65.6%), the broadband Externalising scales (81.7 vs. 58.5%) and the Total scale (84.1 vs. 66%). A lower percentage of clinical cases in the group with ID were receiving treatment

for Thought problems (83.3 vs. 91.1%) and Social problems (80.3 vs. 86%).

**Discussion and conclusions**

We note that the high prevalence of ID observed in this sample (21.3%) was twice that which was found previously in the international literature (Hill, 2012; Lightfoot et al., 2011). This places us squarely in the debate around the over-representation of children with disability in the child protection system and the need for research to help us understand the mechanisms driving us towards that situation (Lightfoot et al., 2011). This debate highlights such factors as the decision-making process when choosing where to place a child, and how that may be influenced by disability, raising the chances of being referred to a fostering programme when situations of mistreatment are detected compared with minors without disability (Lightfoot et al., 2011). Many authors have indicated the urgent need to address the training of social workers in the care system to improve their skills and education about disability (Manders & Stoneman, 2009), as well as that of educators in residential centres (Sainero et al., 2013).

Table 4. Differences in CBCL scales.

Variables	Disability (N = 161)		Non-disability (N = 610)		Difference in means	
	M	DT	M	DT	t	p
Anxiety-depression	58.87	8.84	57.63	8.33	-1.66	0.097
Withdrawal-depression	62.72	9.58	60.26	9.38	-2.94	0.003
Somatic complaints	56.80	7.58	56.22	7.19	-0.90	0.369
Social problems	67.36	8.81	60.26	8.72	-9.16	0.000
Thought problems	60.24	8.71	56.15	7.61	-5.44	0.000
Attentional problems	65.28	10.07	61.02	9.62	-4.94	0.000
Disruptive behaviour	60.65	8.27	63.24	9.89	3.05	0.002
Aggressive behaviour	64.27	10.81	64.08	11.60	-0.18	0.855
Internalising	59.63	9.48	57.07	10.26	-2.85	0.004
Externalising	62.49	9.54	63.09	11.53	0.60	0.501
Total	64.14	7.80	60.96	10.22	-4.29	0.000

Table 5. Cases with clinical scores who are receiving treatment.

CBCL Scale	ID (N = 161)		Non-disability (N = 610)	
	Clinical range n (%)	Clinical cases with treatment n (%)	Clinical range n (%)	Clinical cases with treatment n (%)
Anxiety-depression	24 (15.1)	21 (87.5)	62 (10.3)	52 (83.9)
Withdrawal-depression	36 (22.6)	28 (77.8)	87 (14.4)	56 (64.4)
Somatic complaints	13 (8.2)	9 (69.2)	55 (9.10)	37 (67.3)
Social problems	61 (38.4)	49 (80.3)	86 (14.3)	74 (86.0)
Thought problems	31 (19.5)	26 (83.9)	45 (7.50)	41 (91.1)
Attentional problems	42 (26.4)	34 (81.0)	86 (14.3)	62 (72.1)
Disruptive behaviour	19 (11.9)	16 (84.2)	162 (26.9)	108 (66.7)
Aggressive behaviour	42 (26.4)	35 (83.3)	160 (26.7)	105 (65.6)
Internalising	54 (34.0)	44 (81.5)	172 (28.5)	121 (70.3)
Externalising	82 (51.6)	67 (81.7)	306 (50.7)	179 (58.5)
Total	88 (55.3)	74 (84.1)	253 (42.0)	167 (66.0)

ID has been shown to be associated with a higher presence of mental health antecedents or ID in either of the parents, replicating findings by Sainero et al. (2013). In general, a greater number of family risk factors was found in the group with ID (use of intoxicating substances by parents, poverty, gender violence, etc.), which reveals the vulnerability of these families.

Similar to other international studies, we found a higher incidence of abuse in the group with ID (Lightfoot et al., 2011), as well as more types of abuse suffered simultaneously (Lightfoot et al., 2011; Sullivan & Knutson, 1998, 2000). Analysing the most frequent types of abuse in detail, higher frequencies of physical neglect (Barber & Delfabbro, 2009) and sexual abuse (Euser et al., 2016) were found in the group of children and young people with ID. Several authors have suggested that the risk factors associated with disability itself, such as family stress, lack of social support and low socio-economic levels could explain the

higher incidence of abuse in this population (Algood et al., 2011; Berástegui & Gómez-Bengochea, 2006). Specifically, the high frequency of physical neglect in this group could be associated with the need for specific care due to the presence of a disability and a lack of resources to address it. On the other hand, these data, together with the increased frequency of risk factors in these children’s families, suggest the need for social services to provide better care and support in terms of the family situation in the early part of the child’s development, one of the most significant challenges to the child protection system (Flynn & McGregor, 2017).

As for the childcare intervention process, in contrast with previous studies (Hill, 2012; Slayter & Springer, 2011; Welch et al., 2015), no significant differences in the number of changes of residential placements were found, although the results show a slightly higher mean number of changes in the group with ID. No differences in terms of the probability of having

suffered family foster care or adoption breakdown were observed, as some authors have found (Baker, 2007; Slayter, 2016). On the other hand, we are in line with other studies (Chmelka et al., 2011; Rosenberg & Robinson, 2004) in observing that children with ID spend nearly 2 years more in residential placement than do their peers without ID.

In terms of the children and young people's physical and mental health, a greater presence of physical ailments in the group with disability was observed, as well as a higher frequency of interventions in support of speech and motor skills, which is similar to findings in previous studies (Sainero et al., 2013). All of this clearly involves the use of more, and more specialised, resources for children with ID.

In our sample, we observed that children with ID present a clinical range in the CBCL more frequently than do their peers without ID, which is similar to previous findings in Spain by Sainero et al. (2013).

Taken together, these three findings – long stays in centres, more illnesses and increased incidence of mental health problems in minors with ID – would seem to be sufficient argument for better specialisation in residential care for this group, with professionals who are specially trained in disability and mental health (Sainero et al., 2013). The care system must respond both to their specific needs at the time and their often difficult transition to adult life (Harwick, Lindstrom, & Unruh, 2017), something which is complicated enough in minors in care without mental health issues or disability. The system must provide high-quality services and programmes. The findings also highlight the need for better coordination between professionals in other sectors and better communication between systems, as indicated by Harwick et al. (2017).

We found significant differences in almost all the clinical scales, with higher incidence of Withdrawal-depression, Thought problems, Attention problems and, above all, Social problems. These results are consistent with those found previously by Trout et al. (2009) in a sample of children with and without ID in residential placement, where higher scores were observed in the group with ID on the scales of Anxiety-depression, Withdrawal-depression, Social problems and Thought problems. A higher incidence of social problems for the group of children with ID was also observed by Chmelka et al. (2011) and Sainero et al. (2013), which may indicate rejection by peers. This situation can make these children vulnerable to becoming victims of bullying, and they should be considered a risk group in this regard.

Regarding the broadband scales, a higher score was found for the group with ID in the scale of Internalising problems, with no significant differences in Externalising problems. Many authors have noted a higher presence of externalising problems in young

people in child protection (Keil & Price, 2006; Schmid, Goldbeck, Nautzel, & Fegert, 2008; Vanschoonlandt, Vanderfaillie, Van Holen, De Maeyer, & Robberechts, 2013), and it seems that, in this sense, children with and those without ID do not differ. However, although both groups have similar incidences of aggressive behaviour, we found a higher frequency of disruptive behaviour in the group of children without ID.

One of the goals of this research was to analyse the therapeutic coverage provided to these children and young people for mental health issues. Regardless of whether or not they have a disability, children in care are seen by mental health services more frequently than the general population, as many authors have noted (DosReis, Zito, Safer, & Soeken, 2001; Halfon, Mendonça, & Berkowitz, 1995; Harman, Childs, & Kelleher, 2000). Especially noteworthy is the frequency with which psychotropic medication is prescribed. Our results are consistent with those of Hyucksun Shin (2005) insofar as about 20% of this population were receiving some sort of psychotropic medication, a similar percentage to that obtained in our sample.

After comparing the two groups, we found referral to mental health treatment to be much more frequent in the group with ID (72.5 vs. 46.5%), underlining the higher number of referrals of these children and young people to psychiatric treatment and the high frequency of psychotropic medication for this population, as other authors have pointed out previously (Chmelka et al., 2011; Sainero et al., 2013).

Children with ID represent nearly one-fourth of those who are in residential care in Spain, and this figure is also high in studies in other countries. However, there is little research about their specific needs. Despite being a key issue, it has received little attention in the care system, as noted by Flynn and McGregor (2017). Our data indicate that this is a particularly vulnerable group, with specialised needs. They come from vulnerable family environments (increased incidence of mental health problems and ID) and remain in residential care for longer periods. Faced with these facts, some authors have underlined the need to ask ourselves whether this population is being well cared for by child protection services (Simmel, Merritt, Kim, & Mi-Sung Kim, 2016).

We also found this group to have a higher incidence of emotional and behavioural problems than their peers in residential care who are without ID, and that they are referred more often for psychiatric and drug treatment, as well as to speech therapy and rehabilitation. In this sense, specific assessments of these children should be required, and carried out with appropriate instruments in order to achieve early detection and referrals to the best resources. In addition, some of this group's problems may have to do with isolation and rejection by their peers in residential care, which requires specific

interventions. In all probability, as Sainero et al. (2013) concluded, children with ID would benefit more from family foster care placement, and residential care placement should be avoided, as living in groups with other children is often very stressful.

Finally, we should point out that this study has some limitations. As this work is part of a larger project, the aim of which is not solely to analyse children and young people with ID, we did not use instruments adapted to the population of people with ID. Mental health pathologies do not always present the same symptoms in persons with ID as in the general population. However, the CBCL is a widely validated instrument that has previously been used in other studies with children and young people with ID. In the same vein, given that the project aimed at studying the characteristics of children and young people in residential care, neither IQ nor adaptive behaviour was taken into account. To avoid problems of definition, only cases that had a legally recognised ID were included in this study. Finally, as in other studies, family histories were obtained through the information of the key residential workers, which can be somewhat unreliable or incomplete.

## Funding

The author Carla González García holds a pre-doctoral scholarship from the National Program of Training for Improving Talent and Employability in the framework of the National Plan of Scientific and Technical Research and Innovation 2013-2016 and co-financed by the European Social Fund (BES-2016-078139).

The author Alba Águila holds a pre-doctoral scholarship from the Severo Ochoa Program for training in research and teaching in Principality of Asturias (BP16061).

This research has been supported by the Ministry of Economy and Competitiveness (MINECO) of Spain through the National Plan of I+D+i (PSI2012-33185).

## References

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, & Families.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), 251–275. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x
- Ahuja, A., Martin, J., Langley, K., & Thapar, A. (2013). Intellectual disability in children with attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Pediatrics*, 163(3), 890–895. doi:10.1016/j.jpeds.2013.02.043
- Algood, C. L., Hong, J. S., Gourdine, R. M., & Williams, A. B. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological systems analysis. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1142–1148. doi:10.1016/j.chldyouth.2011.02.003
- Baker, C. (2007). Disabled children's experience of permanency in the looked after system. *The British Journal of Social Work*, 37(7), 1173–1188. doi:10.1093/bjsw/bcl082
- Barber, J. G. & Delfabbro, P. H. (2009). The profile and progress of neglected and abused children in long-term foster care. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 421–428. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.013
- Berástegui, A. & Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión [Children with disabilities as child abuse victims: A review]. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 293–306.
- Berg, K. L., Shiu, C. S., Msall, M. E., & Acharya, K. (2015). Victimization and depression among youth with disabilities in the US child welfare system. *Child: Care, health and developmental*, 41(6), 989–999. doi:10.1111/cch.12233
- Bravo, A. & del Valle, J. F. (2009). Crisis and review of residential care. Its role in childhood protection. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42–52.
- Bravo, A., del Valle, J. F., & Santos, I. (2014). Helping staff to connect quality, practice and evaluation in therapeutic residential care: The SERAR model in Spain. In: J. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth. Exploring evidence-informed international practice* (pp. 275–287). London: Jessica Kingsley.
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. C. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1886–1890. doi:10.1016/j.chldyouth.2011.05.014
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960–970.
- Carroll Chapman, S. L. & Wu, L. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1147–1156. doi:10.1016/j.ridd.2012.02.009
- Chen, C. C., Culhane, D. P., Metraux, S., Park, J. M., Venable, J. C., & Burnett, T. C. (2016). They're not all at home: Residential placements of early adolescents in special education. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 24(4), 247–256. doi:10.1177/1063426615625603
- Chmelka, M. B., Trout, A. L., Mason, W. A., & Wright, T. (2011). Children with and without disabilities in residential care: Risk at program entry, departure and six-month follow-up. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 16(4), 383–399. doi:10.1080/13632752.2011.616346
- Dekker, M. C. & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915–922. doi:10.1097/01.CHI.0000046892.27264.1A
- Doan, T., Ware, R., McPherson, L., van Dooren, K., Bain, C., Carrington, S., ... Lennox, N. (2014). Psychotropic medication use in adolescents with intellectual disability living in the Community. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 23(1), 69–76. doi:10.1002/pds.3484
- DosReis, S., Zito, J. M., Safer, D. J., & Soeken, K. L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094–1099. doi:10.2105/AJPH.91.7.1094
- Embregts, P. J., du Bois, M. G., & Graef, N. (2010). Behavior problems in children with mild intellectual disabilities: An initial step towards prevention. *Research in*

- Developmental Disabilities*, 31(6), 1398–1403. doi:10.1016/j.ridd.2010.06.020
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51–58.
- Euser, S., Alink, L. R., Tharner, A., van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2016). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: Increased risk for children with a mild intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(1), 83–92. doi:10.1111/jar.12160
- Flynn, S. & McGregor, C. (2017). Disabled children and child protection: Learning from literature through a non-tragedy lens. *Child Care in Practice*, 23(3), 258–274. doi:10.1080/13575279.2016.1259157
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100–106. doi:10.1016/j.childyouth.2016.12.011
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, 45, 122–134. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.003
- Halfon, N., Mendonça, A., & Berkowitz, G. S. (1995). Health status of children in foster care: The experience of the Center for the Vulnerable Child. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149(4), 386–392.
- Harman, J. S., Childs, G. E., & Kelleher, K. J. (2000). Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(11), 1114–1117.
- Harwick, R. M., Lindstrom, L., & Unruh, D. (2017). In their own words: Overcoming barriers during the transition to adulthood for youth with disabilities who experienced foster care. *Children and Youth Services Review*, 73, 338–346. doi:10.1016/j.childyouth.2017.01.011
- Heneghan, A., Stein, R. E., Hulburt, M. S., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Fisher, E., ... Horwitz, S. M. (2013). Mental health problems in teens investigated by U.S. child welfare agencies. *Journal of Adolescent Health*, 52, 634–640. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.10.269
- Hill, K. M. (2012). Permanency and placement planning for older youth with disabilities in out-of-home placement. *Children and Youth Services*, 34(8), 1418–1424. doi:10.1016/j.childyouth.2012.03.012
- Horwitz, S. M., Hulburt, M. S., Heneghan, A., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Landsverk, J., & Stein, R. E. (2013). Persistence of mental health problems in very young children investigated by US child welfare agencies. *Academic Paediatrics*, 13(6), 524–530. doi:10.1016/j.acap.2013.06.001
- Hurley, K. D., Trout, A., Chmelka, M. B., Burns, B. J., Epstein, M. H., Thompson, R. W., & Daly, D. L. (2009). The changing mental health needs of youth admitted to residential group home care: Comparing mental health status at admission in 1995 and 2004. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17(3), 164–176. doi:10.1177/1063426608330791
- Huysun Shin, S. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 27(10), 1071–1083. doi:10.1016/j.childyouth.2004.12.027
- Ji, N. Y. & Findling, R. L. (2016). Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Current Opinion Psychiatry*, 29(2), 103–125. doi:10.1097/YCO.0000000000000233
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrom, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. doi:10.1007/s00787-015-0700-x
- Keil, V. & Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761–779. doi:10.1016/j.childyouth.2005.08.006
- Lightfoot, E., Hill, K., & LaLiberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2069–2075. doi:10.1016/j.childyouth.2011.02.019
- Manders, J. E. & Stoneman, Z. (2009). Children with disabilities in the child protective services system: An analog study of investigation and case management. *Child Abuse & Neglect*, 33, 229–237. doi:10.1016/j.chiabu.2008.10.001
- Munir, K. M. (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion Psychiatry*, 29(2), 95–102. doi:10.1097/YCO.0000000000000236
- Myrbakk, E. & von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29(4), 316–332. doi:10.1016/j.ridd.2007.06.002
- Oeseburg, B., Jansen, D. E., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., & Reijneveld, S. A. (2010). Prevalence of chronic diseases in adolescents with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 698–704. doi:10.1016/j.ridd.2010.01.011
- Oliván, G. G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo [Maltreatment of children with disabilities: Characteristics and risk factors]. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(3), 219–223.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), 5–26.
- Reardon, T. C., Gray, K. M., & Melvin, G. A. (2014). Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: Prevalence and assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 36C, 175–190. doi:10.1016/j.ridd.2014.10.007
- Reis, O., Wetzel, B., & Häbler, F. (2017). Mild or borderline intellectual disability as a risk for alcohol consumption in adolescents – A matched-pair study. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 132–141. doi:10.1016/j.ridd.2015.11.007
- Rosenberg, S. A. & Robinson, C. C. (2004). Out-of-home placement for young children with developmental and medical conditions. *Children and Youth Services Review*, 26(8), 711–723. doi:10.1016/j.childyouth.2004.02.016
- Sainero, A., del Valle, J. F., & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial [Detection of mental health problems in an especially vulnerable group: Children and young people in residential child care]. *Anales de Psicología*, 31(2), 472–480. doi:10.6018/analesps.31.2.182051
- Sainero, A., del Valle, J. F., López, M., & Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: Children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1393–1399. doi:10.1016/j.childyouth.2013.04.026
- Scheifes, A., de Jong, D., Stolker, J. J., Nijman, H. L., Egberts, T. C., & Heerdink, E. R. (2013). Prevalence and characteristics of psychotropic drug use in institutionalized children and adolescents with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3159–3167. doi:10.1016/j.ridd.2013.06.009

- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*(2), 1–8. doi:10.1186/1753-2000-2-2
- Simmel, C., Merritt, D., Kim, S., & Mi-Sung Kim, H. (2016). Developmental disabilities in children involved with Child Welfare: Correlates of referrals for service provision. *Journal of Public Child Welfare, 10*, 197–214. doi:10.1080/1548732.2016.1139521
- Slyter, E. (2016). Youth with disabilities in the United States Child Welfare System. *Children and Youth Services Review, 64*, 155–165. doi:10.1016/j.childyouth.2016.03.012
- Slyter, E. & Springer, C. (2011). Child welfare-involved youth with intellectual disabilities: Pathways into and placements in foster care. *Intellectual and Developmental Disabilities, 49*(1), 1–13. doi:10.1352/1934-9556-49.1.1
- Soltau, B., Biedermann, J., Henniske, K., & Fydrich, T. (2015). Mental health needs and availability of mental health care for children and adolescents with intellectual disability in Berlin. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(11), 983–994. doi:10.1111/jir.12185
- Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S., & Oruç, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 34*(12), 4334–4342. doi:10.1016/j.ridd.2013.09.010
- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (1998). The association between child maltreatment and disabilities in a hospital-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect, 22*(4), 271–288.
- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect, 24*(10), 1257–1273.
- Trout, A. L., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., & Epstein, M. H. (2009). Overlooked: Children with disabilities in residential care. *Child Welfare, 88*(2), 111–136.
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Robberechts, M. (2013). Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use. *European Psychiatry, 35*(4), 716–724. doi:10.1016/S0924-9338(13)77107-4
- Verdugo, M. A., Bermejo, B. G., & Fuentès, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse & Neglect, 19*(2), 205–215.
- Weiss, J. A., Ting, V., & Perry, A. (2016). Psychosocial correlates of psychiatric diagnoses and maladaptive behaviour in youth with severe developmental disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*(6), 583–593. doi:10.1111/jir.12278
- Welch, V., Jones, C., Stalker, K., & Stewart, A. (2015). Permanence for disabled children and young people through foster care and adoption: A selective review of international literature. *Children and Youth Services Review, 53*, 137–146. doi:10.1016/j.childyouth.2015.03.017



## CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

---

Esta tesis supone el primer acercamiento a los programas de ART en España, contando con una muestra representativa tanto de hogares como de adolescentes residentes en ellos. A lo largo de esta tesis se ha descrito de forma detallada la población adolescente derivada a hogares de ART, sus necesidades y perfiles, e incluyendo su nivel de satisfacción con la atención y servicios recibidos durante su estancia en el hogar. A continuación, se presenta la discusión de los resultados obtenidos en relación con los objetivos de este trabajo, planteados en el *Capítulo 2*.

### 5.1. Perfil de adolescentes en ART

El primer objetivo de este trabajo era describir de forma exhaustiva el perfil de la población atendida en hogares de acogimiento residencial terapéutico en España. En líneas generales se ha encontrado un grupo adolescente, ya que el 80,7% de los casos superaban los 15 años, concordando con la tendencia general del acogimiento residencial en España (Observatorio de Infancia, 2019). Del mismo modo, también se ha observado la presencia mayoritaria de chicos, que alcanzaban 66% de la muestra, aunque estos datos contrastan con las estadísticas nacionales (Observatorio de Infancia, 2019). A pesar de ello, los resultados sugieren un incremento de las derivaciones de chicas a este tipo de programas, ya que el porcentaje de chicas se ha incrementado en un 10% desde el informe del Defensor del Pueblo (2009). Respecto a las características sociofamiliares, la mayoría de los casos tenía algún factor de riesgo en uno o ambos progenitores, prevaleciendo las dificultades económicas, problemas de salud mental, violencia de género en el núcleo familiar y problemas de drogodependencias. Algunas familias tenían un largo historial con los servicios sociales y, concretamente con el sistema de protección infantil, ya que casi el 30% de adolescentes tenía algún hermano o hermana en protección y el 31,7% había participado en un Programa de Intervención Familiar (PIF) antes de la salida del núcleo familiar.

Un hallazgo importante fue la alta incidencia de problemas conductuales en este grupo de adolescentes tal y como habían señalado estudios previos (Burns et al., 2004; González-García et al., 2017; Keil y Price, 2006; Bronsard et al., 2016). Esta problemática se caracteriza por conductas violentas, consumos de drogas, conductas delictivas, conductas sexuales de riesgo y fugas; comportamientos difíciles de controlar que dificultan la convivencia tanto en el domicilio familiar como en otros hogares de protección, deteriorando las relaciones interpersonales de manera significativa. Briggs et al. (2012), habían concluido en su estudio que este tipo de problemáticas eran mucho más frecuentes en el grupo residencial que en la población general. La problemática conductual se relaciona directamente con la entrada del sistema de protección, ya que algunos de los motivos más habituales fueron incapacidad de control parental y violencia filio-parental. También se ha observado una elevada frecuencia de maltrato y negligencia de índole emocional en el grupo ART, lo que puede deberse a un profundo deterioro de las relaciones paternofiliales que promueve patrones conductuales agresivos e inadecuados tanto en padres como en sus hijos e hijas.



En segundo lugar, destaca la inestabilidad en los procesos de protección, con múltiples cambios de hogar y ruptura de otras medidas de protección, incluyendo AF y adopción, tal y como han mostrado la literatura nacional (Martín et al., 2017; Sabatè-Tomás, 2017) e internacional (Ainsworth y Hansen, 2014, 2015; Boel-Studt, 2017; Lanier y Rose, 2016). Casi el 80% de la población residente en hogares terapéuticos ha experimentado algún tipo de ruptura durante su proceso de protección, destacando las rupturas en acogimiento residencial, acogimiento familiar y adopción. La grave problemática conductual favorece la inestabilidad y los cambios de medida de protección, hasta alcanzar la derivación a un recurso más restrictivo e intensivo como es el ART. Los motivos de derivación a estos programas manifiestan que la problemática conductual y las conductas de riesgo son el motivo fundamental de entrada en ART. Perry y Price (2017) analizaron los predictores de problemas internalizantes y externalizantes en 310 jóvenes en AF. Encontraron que el estrés de los padres acogedores, así como haber tenido más cambios de medida de protección incrementaban la problemática externalizante de forma significativa. De esta manera, resulta fundamental una adecuada detección precoz de los problemas emocionales y conductuales de la población infantil y adolescente, mediante el uso de instrumentos de screening, así como el entrenamiento de los profesionales en acogimiento residencial tal y como han recomendado numerosos autores (Bronsard et al., 2016; González-García et al., 2017; Sainero et al., 2014; 2015; Sempik, Ward y Darker, 2008). Sunseri (2005) señaló que la estabilidad en las medidas protectoras requería una correcta evaluación y derivación a los recursos más apropiados para cada caso, de modo que se mejorasen los resultados de la intervención en los programas residenciales.

En la misma línea, cabe señalar que casi el 20% de la muestra había estado previamente en un recurso de ART, por lo que la problemática emocional y conductual había persistido en el tiempo requiriendo el reingreso en un hogar terapéutico. Teniendo en cuenta el contexto restrictivo que supone la estancia en estos hogares, alejados de los núcleos urbanos y limitando el contacto con familia y amistades (Defensor del Pueblo, 2009), así como la necesidad de que las intervenciones sean cortas en el tiempo (Whittaker et al., 2017), un elemento clave es asegurar la eficacia de las intervenciones puestas en marcha en este tipo de programas tan especializados. De esta forma, se logra la generalización de los resultados positivos y la mejoría, facilitando la adecuada integración en recursos menos restrictivos o medidas de protección familiares.

Por otra parte, destaca el largo historial de intervenciones de salud mental de esta población. Casi el 90% del grupo adolescente en ART había tenido algún tipo de tratamiento de salud mental. La edad media para el primer contacto con el sistema de salud mental era de 10 años, por lo que nos encontramos ante intervenciones psicológicas y psiquiátricas de larga trayectoria que no logran evitar el agravamiento de los problemas de salud mental a lo largo del tiempo. Galán (2013) señalaba la precariedad de algunos sistemas sanitarios a la hora de responder a la gravedad de los problemas psicológicos que padece la población infantil y adolescente en protección infantil, especialmente al alcanzar la pubertad, donde aparece un amplio rango de conductas de riesgo. El autor resalta otra dificultad añadida para el sistema de salud mental, como la negativa del grupo

adolescente a participar activamente en intervenciones ambulatorias. Estas limitaciones y obstáculos conllevan que, con alta frecuencia se produzcan ingresos hospitalarios en momentos de crisis donde los y las jóvenes ponen en riesgo su integridad física o la de otras personas. En este trabajo el 30% de los casos había tenido un ingreso hospitalario en una unidad de psiquiatría, y casi la totalidad de estos casos había ingresado en más de una ocasión, concordando con los resultados encontrados por Robst et al. (2013). En relación con los ingresos hospitalarios, estos resultaron especialmente frecuentes en el grupo de chicas.

A lo largo de este historial de tratamientos de salud mental, la mitad de la muestra había recibido algún tipo de diagnóstico clínico, donde también se refleja la problemática conductual de esta población. La problemática predominante en toda la muestra fue la conductual, tal y como ha señalado la literatura científica (Aarons et al., 2010; Keil y Price, 2006; Willis et al., 2017), pero se encontraron patrones diferentes entre sexos. En el grupo de chicos predominaban los trastornos de conducta y TDAH, habitualmente trastornos comórbidos, tanto en muestras en protección (Keil y Price, 2006) como población general (Biederman, 2005; Graziano, et al., 2011; Spencer, 2006). Por otro lado, el grupo de chicas presentaba más problemática internalizante, tal y como habían mostrado estudios previos (Pecora et al., 2009), así como trastornos de personalidad, que Scheffers et al. (2019) han relacionado con el maltrato y la negligencia.

Siguiendo con las intervenciones de salud mental, destaca la alta frecuencia de abordajes psicofarmacológicos en este grupo de adolescentes. El *Estudio 1* muestra que el 65,7% de los casos en ART habían tenido pautado algún tipo de psicofármaco antes de su ingreso en el hogar terapéutico, de acuerdo con los resultados de investigaciones previas (Brenner et al., 2013; Desjardins et al., 2017; Leslie et al., 2011). Dentro de este abordaje, destaca el uso mayoritario de antipsicóticos. En población general la problemática externalizante se afronta en la mayoría de las ocasiones con antipsicóticos atípicos (también conocidos como de segunda generación) (Pappadopulos et al., 2003), ya que se han mostrado eficaces en el tratamiento de la sintomatología conductual produciendo menos efectos extrapiramidales que los antipsicóticos típicos (Pringsheim y Gorman, 2012). Pese a ello, este tipo de antipsicóticos se han mostrado eficaces a corto plazo (Loy et al., 2017), lo que resalta la necesidad de utilizar de forma simultánea y continuada otro tipo de terapias de corte psicológico o psicosocial. Los siguientes psicofármacos más pautados fueron los psicoestimulantes para abordar la problemática de TDAH, tal y como se hace en población general (Bolea-Alamañac et al., 2014). También resalta la alta frecuencia con que se prescribe más de un psicofármaco de forma simultánea a los niños, niñas y adolescentes en protección (Brenner et al., 2013; Desjardins et al., 2017; Zito et al., 2008), en el caso de esta muestra había ocurrido en casi la mitad del grupo adolescente con medicación pautada.

Estos resultados manifiestan que, antes del ingreso en ART, predominan las intervenciones farmacológicas y psiquiátricas, así como intervenciones en momentos de crisis mediante ingresos hospitalarios. Este tipo de intervenciones no son suficientes para abordar la grave problemática que presenta este grupo adolescente que afectan, no

solamente al propio joven, sino también a las relaciones personales y la convivencia en el núcleo familiar y en otros hogares de protección infantil. Por ello, resulta fundamental la puesta en marcha de recursos de apoyo estables y adecuados para las medidas de protección, especialmente las familiares como el AF y la adopción. La detección precoz y el abordaje temprano de los problemas emocionales y conductuales evitaría el agravamiento de dichas problemáticas y, con ello, tanto las reiteradas rupturas de medidas de protección como el ingreso en un hogar terapéutico.

Respecto a las conductas de riesgo, el *Estudio 1* ha mostrado que son muy frecuentes en este grupo de adolescentes ya que prácticamente toda la muestra había presentado algún tipo de conducta de riesgo. Con relación a las conductas violentas, se ha encontrado una frecuencia muy similar a la hallada por Briggs et al. (2012), alcanzando el 80% de los casos participantes en el estudio y siendo la conducta de riesgo más habitual en la muestra. La siguiente conducta más habitual fue el consumo de drogas cuyas prevalencias fueron algo mayores que en investigaciones internacionales (Cheng y Lo, 2011; Traube et al., 2016; Vaughn et al., 2007) y similares a los estudios nacionales (Martín et al., 2017; Sabaté-Tomàs, 2017), sugiriendo que en España el consumo de drogas en adolescentes en protección infantil puede ser más frecuente que en otros países. La tercera conducta de riesgo más frecuente en la muestra fueron las fugas de otros hogares de protección infantil, presentes en la mitad de la muestra. Esta conducta es muy relevante, ya que las ausencias prolongadas en los hogares de protección conllevan que los y las adolescentes pierdan la plaza en los mismos y con ello se produzca una ruptura de acogimiento residencial. Aunque la conducta delictiva estaba presente en el 58% de la muestra, tan solo un tercio de los casos en ART había tenido una denuncia relacionada con los delitos cometidos, datos similares a los hallados en estudios internacionales (Malvaso y Delfabbro, 2015; Vidal et al., 2017). Tal y como muestran las investigaciones previas, esta conducta resultó ser más frecuente en chicos (Malvaso y Delfabbro, 2015; Grogan-Kaylor et al., 2008; Vidal et al., 2017). En cuarto lugar, destaca la conducta suicida, presente en casi un tercio de la muestra total. Por último, la conducta sexual de riesgo resultó poco frecuente en este grupo de adolescentes, en comparación con la investigación de Lambert et al. (2013), pero estaba presente en una cuarta parte de la muestra total.

Tomando todas estas conductas en conjunto, se entienden la complejidad de los perfiles que son derivados a los programas terapéuticos dentro de la red de acogimiento residencial. La repetición de estas conductas de forma reiterada, como las fugas, los consumos de drogas, las conductas sexuales de riesgo o la conducta suicida, ponen en riesgo la salud de los chicos y las chicas, mientras que otras conductas como la violencia en diferentes contextos, también puede poner en riesgo la integridad física de las personas que conviven con este grupo de jóvenes. La alta frecuencia de estas conductas conlleva la ruptura de las medidas de protección de carácter familiar e incluso medidas residenciales en contextos menos restrictivos donde no se puede responder de forma adecuada a las necesidades que presentan estos casos. A su vez, las rupturas y cambios de medidas de protección infantil pueden generar o agravar las dificultades de vinculación y problemas conductuales en estos niños, niñas y adolescentes (Lehmann et al., 2013; Rubin et al., 2007).

Uno de los hallazgos más relevantes en este trabajo han sido las diferencias entre sexos. No se encontraron diferencias significativas respecto a las características sociofamiliares ni en el proceso de protección, pero las chicas presentaron un patrón diferente de conductas de riesgo e historial de salud mental, mostrando un perfil más complejo en relación con estas variables. Las chicas tenían más ingresos psiquiátricos, así como más conducta suicida, conductas sexuales de riesgo, fugas del domicilio y consumo de cocaína que los chicos. Diferentes estudios han señalado que las chicas presentan con mayor frecuencia problemas de salud mental (Bronsard et al., 2011; Keller et al., 2010; Sempik et al., 2008), conducta suicida (Ammerman et al., 2018; Bronsard et al., 2011; Heneghan et al., 2013; Suárez-Coto et al., 2018) y fugas (Lin, 2012), especialmente aquellas que han tenido experiencias de abuso o explotación sexual (Hershberger et al., 2018; Pullmann et al., 2020). Este trabajo ha señalado que las chicas, además, presentan otro tipo de conductas de riesgo adicionales, como mayor consumo de cocaína y más conductas sexuales de riesgo entre las que destacan las relaciones sexuales sin protección, con adultos, prostitución y embarazos no planificados, poniendo en riesgo tanto su salud como incrementando el riesgo de exclusión social. Este perfil característico en chicas puede indicar que sus problemas emocionales y conductuales están intentando abordarse desde otros recursos, como el sistema sanitario de modo que, cuando finalmente son derivadas a recursos terapéuticos dentro del sistema de protección, su problemática es más aguda y compleja.

## **5.2. Necesidades de la población en ART**

El segundo objetivo de esta tesis planteaba conocer las necesidades que presentan los chicos y las chicas en ART. Para ello se evaluaron diferentes constructos, como salud mental, experiencias de victimización y problemas de consumo de alcohol y cannabis.

Uno de los resultados más destacables fue la alta frecuencia de problemas de salud mental reportados por el propio grupo de adolescentes a través de los autoinformes. El 67,7% de la muestra puntuó como clínico en el screening. Concordando con la literatura científica, la problemática más predominante tanto en chicos como en chicas fue la externalizante (60,9% de la muestra) (González-García et al., 2017; Martín et al., 2017; Pecora et al., 2009; Sempik et al., 2008; Schmid et al., 2009), pero la problemática internalizante afectaba de forma clínica a casi un tercio de la muestra. Si se observan detenidamente las escalas síndrome del YSR, los problemas más frecuentes resultaron la conducta disruptiva, conducta agresiva y problemas atencionales. Estos resultados concuerdan con el historial de conductas de riesgo y con los diagnósticos clínicos recibidos antes del ingreso (prevaleciendo los trastornos de conducta y TDAH).

En línea con la salud mental, es importante destacar que el porcentaje de casos con discapacidad intelectual alcanza el 11,3% de la muestra, porcentaje menor que los estudios previos con muestras en protección (Águila-Otero et al., 2018; Baker, 2007; Sainero et al., 2013). La prevalencia de DI en el grupo de ART puede ser menor debido a que en España hay programas residenciales específicos para niños, niñas y adolescentes con discapacidad que quizás estén cubriendo la atención requerida en aquellos casos

donde se presentan trastornos comórbidos a la discapacidad. En cualquier caso, tal y como se señala en el *Trabajo complementario*, se trata de un grupo especialmente vulnerable que debe estudiarse con más detalle, para analizar cómo se interviene con estos casos y cuáles son las razones concretas por lo que son derivados a un recurso tan restrictivo como el ART, así como las características que le diferencian del grupo de jóvenes sin discapacidad dentro de los programas terapéuticos.

Otro resultado importante fue la alta frecuencia de experiencias de victimización reportadas por este grupo de adolescentes, coincidiendo con estudios previos en protección infantil (Indias et al., 2019; Segura et al., 2015). Las experiencias de victimización más frecuentes, superando el 80% de la muestra, resultaron ser la victimización indirecta comunitaria, como presenciar agresiones físicas con o sin armas; crimen convencional contra la persona, como ser agredido o agredida físicamente y; victimización por parte de pares como, por ejemplo, sufrir bullying. Mientras que las experiencias menos prevalentes fueron la victimización sexual con o sin contacto, presentes en una cuarta parte de la muestra total. En términos de polivictimización (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2009; Pereda, Gallardo-Pujol y Guilera, 2018), se ha observado que más de la mitad los casos en ART tienen un nivel medio de polivictimización (63,5%) habiendo sufrido entre 14 y 20 experiencias de victimización, mientras que el 10,8% alcanza el grupo de polivictimización alto (más de 21 experiencias de este tipo). En estas agrupaciones se encontraron diferencias significativas entre chicos y chicas, ya que las chicas predominaban en el grupo de alta victimización, frente a los chicos y, a su vez, había más chicos en el grupo de baja polivictimización. Al igual que en población general (Bohle y Vogel, 2017) el *Estudio 2* concluye que las chicas son un grupo especialmente vulnerable para la victimización por la mayor frecuencia de victimización y polivictimización.

Este trabajo también ha estudiado el impacto de las experiencias de victimización en la salud, a través del riesgo de desarrollar problemas por consumo de drogas. Los resultados no mostraron relación entre la polivictimización y los trastornos por consumo de cannabis, ni en chicos ni en chicas. Sin embargo, la victimización resultó ser un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno por consumo de alcohol en ambos sexos, siendo especialmente significativo en chicas. De forma específica, sufrir victimización contra la propiedad o victimización indirecta (doméstica o comunitaria) aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de cannabis y de alcohol. Estos resultados difieren de estudios previos donde se había observado que la victimización directa provocaba más problemas de consumo que la indirecta (Agnew, 2006): y que victimización física y sexual producían más problemas de consumo (Rinehart, Espelage, y Rub, 2017; Tyler, Gervais y Davidson 2012). Todo ello pone de manifiesto las características y necesidades particulares de este grupo adolescente en protección infantil.

En general, se ha encontrado una alta prevalencia de problemas relacionados con el consumo de drogas. El 62,7% resultó clínico en el RAPI y 58,4% en el CPQ-A-S, prevalencias mayores que en la población general (Fernández-Artamendi et al., 2012; López-Núñez et al., 2012) y protección infantil (Aarons et al., 2008). El *Estudio 2* ha

mostrado que las chicas presentaban menor riesgo de desarrollar problemas relacionados con el cannabis y el alcohol, en concordancia con estudios previos (Moran, Vuchinich y Hall, 2004). No obstante, un hallazgo curioso es la ausencia de diferencias entre sexos para los trastornos por consumo de alcohol y cannabis, ya que la literatura científica ha mostrado una menor prevalencia de trastornos relacionados con el consumo de drogas en las chicas (Goldstein et al., 2012). Otro factor importante a tener en cuenta es el origen de las familias de estos chicos y chicas, ya que se ha observado que pertenecer a una familia inmigrante aumentaba el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol. En España beber alcohol tiene un componente cultural y, por tanto, es una conducta normalizada (Gual, 2006), incluso entre menores de edad (Cortés-Tomás, Espejo Tort y Jiménez Costa, 2007). Por este motivo, la socialización de jóvenes procedentes de familias inmigrantes puede facilitar el consumo de alcohol en estos chicos y chicas, aumentando el riesgo de desarrollar problemas de consumo de alcohol.

Es importante resaltar que las chicas no solo presentan un perfil característico en cuanto a conductas de riesgo, sino que sus necesidades también difieren de las presentadas por el grupo de chicos. En esta línea, las chicas presentan mayor problemática de salud mental, con puntuaciones más elevadas en el screening utilizado, y mayor probabilidad de resultar clínicas en el mismo. No es raro, por tanto, encontrar mayor número de experiencias de victimización en este grupo, especialmente victimización sexual la cual es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología (Segura et al., 2016). Por último, destaca que las chicas presentan la misma prevalencia de problemas de consumo de alcohol y cannabis que los chicos, pese a que esta tendencia no se produce en la población general. De esta forma, es esencial enfatizar la mayor vulnerabilidad de las chicas que son derivadas a estos recursos, siendo una pieza clave la perspectiva de género a lo largo de la intervención. Tabone, Thompson y Jordan (2016) manifestaron que, para el éxito de una intervención en jóvenes con graves problemas de salud mental, debía tenerse en cuenta tanto las fortalezas de la población atendida como el género, para asegurar la eficacia de la intervención y la mejora de la problemática psicológica.

### **5.3. Funcionamiento de los hogares terapéuticos**

El tercer objetivo de esta tesis era analizar el funcionamiento de los hogares terapéuticos en España, a través de la valoración de la satisfacción con la atención recibida por parte de los y las adolescentes. En esta línea, el *Estudio 3* presenta el nivel de satisfacción percibido por el grupo de adolescentes acogido en AR en España, comparando tres programas: acogimiento general, terapéutico y preparación para la vida independiente. Los resultados mostraron un nivel general de satisfacción bueno, concordando con la investigación previa a nivel internacional (Delfabbro et al., 2002; Southwell y Fraser, 2010) y nacional (Martín y González, 2007). Sin embargo, el nivel de satisfacción resultó más bajo, de forma genérica, en el grupo de jóvenes en ART. Un aspecto valorado de forma más negativa por los grupos de jóvenes de los tres programas ha sido la relación con la figura del responsable de caso, es decir, la persona de referencia en el proceso de protección y toma de decisiones de cada joven. La mejoría de esta relación podría ayudar a que los niños, niñas y adolescentes se sientan más implicados en

su propio proceso de protección, percibiendo que se tiene en cuenta su opinión en la toma de decisiones y promoviendo su participación, elemento clave para la mejora de los servicios y toma de decisiones (Sinclair y Franklin, 2000).

Para el grupo en ART las valoraciones más positivas se relacionaron con los recursos disponibles, como comida, habitaciones, ordenadores; las actividades formativas y de ocio y tiempo libre que llevan a cabo en el hogar y; las relaciones establecidas con el equipo educativo, así como el apoyo recibido por ellos. Los recursos disponibles para el grupo adolescente es un punto fuerte en estos programas, ya que Tabone et al. (2016) señalaron que las actividades de ocio ayudaban de forma positiva en la transición a otras medidas y programas menos restrictivos. Por otro lado, el establecimiento de relaciones positivas y significativas con el equipo educativo resulta otro elemento clave, ya que facilita la creación de un ambiente terapéutico las 24 horas del día, un aspecto fundamental del AR tal y como señalan Trieschman, Whittaker y Brendtro (1969). En el mismo contexto, la literatura ha destacado en varias ocasiones la importancia de establecer una relación adecuada entre jóvenes y equipos educativos en los hogares de protección (Andreassen, 2003; De León, 2000; Larsen, 2004), para incrementar los resultados positivos de la intervención y mejorar las dificultades que presenta la población atendida en estos hogares. Henriksen, Degner y Oscarsson (2008) analizaron la relación entre adolescentes y trabajadores de hogares terapéuticos en Suecia, concluyendo que es un elemento clave para que el grupo de adolescentes pueda beneficiarse de las experiencias y habilidades adquiridas durante su estancia en el hogar.

En contra, los aspectos peor valorados en el grupo de ART fueron los sentimientos negativos de encierro, los castigos utilizados o la falta de contacto con la familia. Aunque los contactos con familiares y amigos se han valorado como un punto de mejora en programas residenciales generales (Martín y González, 2007), tal y como señala el Defensor del Pueblo (2009) la mayoría de los recursos están alejados de los núcleos urbanos y con mala comunicación, por lo que se dificultan las visitas de los familiares, especialmente en los casos de adolescentes procedentes de otras regiones. Por otro lado, el aspecto físico de estos hogares, con altos muros, vallas o incluso rejas en las ventanas, además del ambiente restrictivo en el que no se permite disponer de los teléfonos móviles ni de otras pertenencias personales, incrementan este sentimiento de aislamiento y encierro. Partiendo de esta premisa, no resulta extraño que este sea uno de los aspectos con puntuaciones más bajas, diferenciándose respecto otros programas de AR, especialmente con los programas de preparación para la vida independiente donde el grupo de jóvenes disfruta de un nivel de autonomía y capacidad de decisión elevado. Algunos aspectos característicos de los programas de ART suponen un obstáculo en la adaptación de los y las adolescentes al hogar, debido a que generan de forma casi inevitable los sentimientos negativos mencionados, pero Henriksen et al. (2008) enfatizaron que el establecimiento de una buena relación con el equipo educativo ayuda a que cada adolescente entienda las razones de su ingreso en ART, y puedan generar estos sentimientos de forma más adecuada. La conclusión de estos autores sugiere que la adecuada potenciación y utilización de las relaciones con el personal educativo puede

ayudar a superar los aspectos negativos de restricción y control ambiental y conductual intrínsecos a los programas terapéuticos.

A lo largo de esta tesis se han puesto de manifiesto las características particulares que presenta la población adolescente atendida en los hogares terapéuticos en España, en relación con su perfil y necesidades. Por otro lado, se ha analizado el nivel de satisfacción que presentan los y las adolescentes respecto a los recursos y servicios prestados durante su estancia, poniendo en valor los puntos fuertes de estos programas, imprescindibles para asegurar la efectividad de las intervenciones educativas y clínicas. Además, como se ha mencionado, la tesis se enmarca en un proyecto nacional que ha proporcionado mucha información sobre el funcionamiento y características de los hogares terapéuticos en el país, resaltando el gran abanico de recursos y programas dentro del ART.





## CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

---

1. Los hogares de Acogimiento Residencial Terapéutico (ART) en España se caracterizan por la presencia mayoritaria de chicos, quienes alcanzan el 66% de la población atendida, y adolescentes con más de 15 años, superando el 80% de la muestra.
2. La problemática de la población adolescente derivada a ART es fundamentalmente conductual, como muestran algunos de los motivos de protección más frecuentes (incapacidad de control parental y violencia filio-parental) y las conductas de riesgo, que abarcan un amplio rango: conductas violentas, consumos de drogas, fugas, delincuencia y conductas sexuales de riesgo.
3. La mayoría de jóvenes provenía de entornos familiares con algún factor de riesgo, predominando las situaciones de pobreza, problemas de salud mental en uno o ambos progenitores, violencia de género en el núcleo familiar y problemas de drogodependencias en uno o ambos progenitores.
4. Casi el 80% de estos jóvenes había sufrido algún tipo de ruptura, sugiriendo un proceso de protección inestable, caracterizado por numerosos cambios de hogares residenciales y ruptura de medidas familiares como el acogimiento familiar o adopción en un periodo corto de tiempo.
5. Se observa la misma tendencia de intervenciones fallidas en la respuesta proporcionada por el sistema de salud mental. La mayoría de jóvenes ha tenido una larga trayectoria de tratamientos de salud mental sin lograr una mejoría de la problemática.
6. Se ha detectado una alta prevalencia de problemas de salud mental en estos chicos y chicas. Cerca del 70% de la muestra puntuó como clínico en alguna escala de segundo orden del autoinforme, destacando la prevalencia de problemas externalizantes tanto en chicos como en chicas.
7. La población adolescente informó de una alta frecuencia de experiencias de victimización sufridas a lo largo de su vida, destacando los delitos convencionales, victimización por parte de iguales, maltrato infantil y victimización indirecta.
8. Los problemas de consumo de drogas también resultaron muy frecuentes en esta población. El 62,7% de la muestra presentó problemas de consumo de alcohol y el 58,4% de cannabis, puntuando como clínico en los instrumentos de screening. Estos resultados concuerdan con el consumo de drogas detectado en los historiales de protección.
9. Las experiencias de victimización tienen un gran impacto en la salud de los y las adolescentes, de forma que algunos tipos de victimización resultaron ser factores de riesgo para el desarrollo de problemas de consumo de cannabis y alcohol.

10. Los resultados enfatizan la vulnerabilidad de las chicas, quienes presentan un patrón específico de conductas de riesgo, con especial frecuencia de conductas suicidas y conductas sexuales de riesgo. Así mismo, muestran mayor número de experiencias de victimización a lo largo de su vida, teniendo más probabilidad de haber sufrido polivictimización media y elevada en comparación con los chicos. De esta forma, presentan un mayor daño psicológico, reflejado en la mayor probabilidad de resultar clínica en el screening de salud mental y puntuaciones más elevadas en el mismo.
11. En las evaluaciones de calidad se ha observado que el grupo de adolescentes manifiesta un nivel de satisfacción bastante positivo durante su estancia en el recurso, aunque los programas terapéuticos tienen, de forma generalizada, puntuaciones más bajas que los grupos de adolescentes en acogimiento residencial general y preparación para la vida independiente.
12. Los responsables de caso han recibido valoraciones más bajas en los tres programas. Teniendo en cuenta que es una figura clave en el proceso de protección, es fundamental la estrecha colaboración con los propios chicos y chicas para hacerles partícipes en la toma de decisiones y proceso protector, facilitando la comprensión de las medidas adoptadas en cada momento.
13. Los aspectos peor valorados por los y las adolescentes son los sentimientos de encierro y aislamiento, los castigos utilizados y la falta de contacto con sus familiares y amigos. Algunas características propias de estos programas, como ingresos no voluntarios, el aspecto físico de los hogares con vallas y muros alrededor, ubicación alejada de los núcleos urbanos y mala comunicación por transporte público, la normativa tan estricta o no disponer de las pertenencias personales dentro del hogar, agudizan estos sentimientos tras el ingreso, diferenciándose significativamente de otros programas residenciales menos restrictivos.
14. Las valoraciones más positivas son para los recursos disponibles y educación recibida, así como el apoyo y las relaciones establecidas con el personal educativo. Un punto fuerte de estos programas son las actividades educativas que tienen lugar, centradas en educación sexual, prevención de consumo de drogas y entrenamiento de habilidades sociales, entre otras. Por otro lado, las relaciones entre el personal trabajador y la población atendida es un elemento clave, ya que la relación positiva y significativa con cualquier educador o educadora, puede funcionar como una alianza terapéutica, clave en el proceso vivido durante el ingreso en ART.

## CONCLUSIONS (English version)

---

1. Therapeutic Residential Care (TRC) facilities in Spain are characterized by the major presence of boys, who reached 66% of the attended population, and adolescents over 15 years old, exceeding 80% of the sample.
2. The main problems of adolescents referred to TRC are essentially behavioral, as some of the most frequent reasons for admission show (out-of-parental control and child-to-parent violence) and a wide range of risk behaviors, that cover a vast range: violent behavior, drug use, runaway, delinquency and sexual risk behavior.
3. Most of the youth came from family environments with some risk factor, with the predominance of poverty, mental health problems in one or both parents, gender violence in the family and drug abuse problems in one or both parents.
4. Almost 80% of youths have suffered any kind of breakdown placements, suggesting an unstable child care process, characterized by numerous placement changes and breakdowns of family measures such as family foster care and adoption in a short period of time.
5. The same trend of failed interventions is observed in the response provided by the mental health system. Most of the youths have experienced a long trajectory of mental health treatments without an improvement of their problems.
6. A high prevalence of mental health problems has been detected in these boys and girls. Almost 70% of the sample scored as clinical in some broad-band scale from the YSR self-report, and the externalizing problems in both sex groups were the most significant.
7. The youth population reported a high frequency of lifetime victimization experiences suffered, emphasizing conventional crimes, peer victimization, child abuse and neglect and indirect victimization.
8. Drug use problems were also very frequent in this population, 62,7% of the sample showed alcohol use problems and 58,4% cannabis use problems, scoring in clinical range in screening instruments. These results are related with drug consumption previously detected in the child care reports.
9. Victimization experiences have a great impact on the health of adolescents, so that some types of victimization turned out to be risk factors for the development of cannabis and alcohol use problems.
10. These results emphasize the vulnerability of the girls, who present a specific pattern of risk behavior, with special frequency of suicide behaviors and sexual risk behaviors. Moreover, they show a higher number of lifetime victimization experiences, being more likely to have a medium and high polyvictimization compared to boys. In this way, they present greater psychological damage, reflected in the greater probability of being clinical or having higher scores in mental health screening.

11. In the quality assessments, it has been observed that the group of adolescents shows a quite positive level of satisfaction during their stay in the facility. Nevertheless, therapeutic programs have, in general, lower scores compared to the groups of both general residential care and leaving care programs.
12. Case managers have received lower scores in the three programs. Considering that they are key figures in the protection process, a close collaboration with youths is essential to involve them in the decision-making and protective process, facilitating the understanding of the measures adopted in all the moments.
13. The aspects least valued by adolescents are the feelings of confinement and isolation, the punishment used and the lack of contact with family and friends. Some characteristics of these programs: namely non-voluntary referrals, physical appearance of facilities, with tall fences, walls around, far away location from city center and bad communication by public transport, strict regulations or not disposing of personal belongings within the home, sharpen these refusal feelings after admission. Thus, this program becomes clearly different from other less restrictive residential programs.
14. The available resources and the education received have the most positive scores, such as the support and the relationship with the educational staff. A strong point of these programs are educational activities performed in the facilities, focused on sexual education, drug use prevention and social skills training. On the other hand, the relationship between the staff and young people are a key element, since the positive and significant relationship with educators can work as a therapeutic alliance, an essential point in the process lived in the admission to TRC process.

## CAPÍTULO 7: IMPLICACIONES PRÁCTICAS

---

El perfil y las necesidades de este grupo de adolescentes pone de manifiesto la importancia de la prevención y detección precoz de los problemas de salud mental en protección infantil, evitando así tanto el agravamiento de la problemática como la ruptura de medidas de protección infantil de carácter familiar o menos restrictivas. Por otro lado, teniendo en cuenta la alta frecuencia de consumo de drogas y la problemática relacionada con ello, otro punto clave en la intervención con la población en protección infantil es la prevención de consumo de drogas desde edades tempranas para evitar el desarrollo de problemas de consumo de cannabis y alcohol, así como otras drogas. Para ello, es necesario la elaboración de protocolos sistematizados de prevención y detección precoz de problemas emocionales y/o conductuales.

En esta línea, resulta esencial la formación de los equipos educativos en materia de salud mental infanto-juvenil, para facilitar la detección y manejo de estas problemáticas, así como el uso de instrumentos screening dentro de los programas de acogimiento residencial y familiar. Del mismo modo, se requiere la coordinación entre el sistema de protección infantil y salud mental, ya que en algunos casos se encuentra obstáculos que dificultan la evolución positiva de los casos atendidos en salud mental. Otro aspecto esencial es la puesta en marcha de servicios de apoyo a las diferentes medidas de protección infantil como acogimiento familiar, adopción o acogimiento residencial general, asegurando que se pueden abordar las problemáticas de forma temprana y adecuada, evitando la inestabilidad en el proceso de protección. En la misma línea, es recomendable poner en marcha programas de acogimiento familiar terapéutico en España, proporcionando un ambiente familiar para abordar la problemática emocional y conductual de este grupo de adolescentes, enfatizando el establecimiento de relaciones positivas y vínculos estables.

En casos extremos, cuando el abordaje temprano no ha sido suficiente y las medidas de protección familiares o menos restrictivas no pueden abordar de forma adecuada la problemática emocional y/o conductual de los niños, niñas y adolescentes, cobra importancia la adecuada evaluación y diagnóstico para derivar el caso al recurso más apropiado según las necesidades presentadas. En relación con la intervención llevada a cabo en los hogares un elemento clave es el establecimiento de un plan de tratamiento adaptado a las necesidades de cada caso tras el ingreso, determinando los objetivos terapéuticos, así como el tipo de intervención se llevará a cabo para alcanzarlos. En caso de no disponer de recursos clínicos dentro del hogar, debería asegurarse la atención y tratamiento de salud mental a todos los chicos y chicas que residan en el hogar, estableciendo ese plan de tratamiento en coordinación con los recursos de salud mental pertinentes. En cualquier caso, la duración de la intervención educativa y clínica en un recurso tan restrictivo como el ART debe tener marcada una fecha de finalización, normalmente entre 6 meses o un año, ya que las estancias muy prolongadas en este tipo de hogares son contraproducentes. El seguimiento tras la salida del programa terapéutico es otro punto fundamental en la intervención.

Partiendo de las particularidades de la población atendida en estos hogares, se hace necesaria la financiación para promocionar la implementación de Programas Basados en la Evidencia diseñados por y para programas de ART. La evidencia científica en este campo ha mostrado resultados muy positivos en estos programas, señalando la utilidad de estos modelos para la atención a la población más vulnerable y dañada dentro del sistema de protección infantil. Teniendo en cuenta la existencia de PBE especializados en la atención de diferentes necesidades y problemáticas, la promoción de este tipo de modelos y programas se traduciría en la mejora de los recursos de acogimiento residencial terapéutico en España, proporcionando una cartera diversa de servicios con eficacia demostrada.

Dada la elevada vulnerabilidad de las chicas derivadas a recursos terapéuticos, es fundamental tener en cuenta el sexo y género a lo largo de todo el proceso de protección, teniendo en cuenta conductas de riesgo concretas y problemas de salud mental específicos que las caracteriza, así como el mayor riesgo que presentan para sufrir experiencias de victimización a lo largo de su vida. La perspectiva de género es esencial en los programas de acogimiento residencial, no solo para incrementar la protección de estas chicas, sino para educar a todo el grupo de adolescentes en igualdad y respeto, con independencia de su género.

Las valoraciones de satisfacción proporcionadas por los adolescentes han enfatizado la importancia de las relaciones positivas con el equipo educativo y clínico, siendo un punto fundamental que potenciar en todos los recursos terapéuticos, más allá de la alianza terapéutica con el personal clínico del programa. El personal educativo ejerce como modelo, figura de autoridad y referencia, siendo clave para cada adolescente establecer una vinculación adecuada con al menos una persona del equipo educativo. Las características restrictivas y limitantes que tienen todos los programas terapéuticos pueden superarse si se potencian los aspectos positivos del centro, como los recursos humanos y materiales que se ponen a disposición de los casos derivados.

## CAPÍTULO 8: CONTINUIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

---

### 8.1. Líneas de investigación en desarrollo

El proyecto de investigación que enmarca este trabajo ha proporcionado una gran cantidad de información acerca de la población en ART, la intervención llevada a cabo en los hogares y el funcionamiento de estos, más allá de las publicaciones en esta tesis. Sin embargo, debido a los plazos que impone la legislación sobre tesis doctorales hemos tenido que tomar la decisión de cerrar nuestra tesis con tres publicaciones, pero actualmente hay varios artículos en marcha que completarán la fotografía de los recursos terapéuticos en España. En este capítulo se presentan varios trabajos en marcha para su pronta publicación, sobre los que se puede avanzar algunos resultados provisionales y que permiten valorar mejor el impacto final de todo este trabajo de investigación.

- **Comparación del perfil y necesidades entre programas residenciales**

El primero de estos trabajos tiene el objetivo de comparar el perfil y las necesidades de salud mental de adolescentes residentes en hogares de acogimiento residencial general (ARG), es decir, no especializado en problemas de conducta, y ART, localizando las variables clave en la derivación a los programas terapéuticos. Partiendo de la muestra de 353 adolescentes en ART, se ha sumado un grupo de comparación con 905 adolescentes en ARG, alcanzando una muestra total de 1.258 jóvenes.

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en casi todas las áreas analizadas. Las familias mostraron características diferentes, siendo más probable tener algún factor de riesgo familiar para el grupo en ART (83,2% frente a 76,4% en ARG), y con un mayor número medio de este tipo de factores. Los procesos de protección también se diferenciaron de forma significativa, en el grupo de ART se duplicaban los motivos de protección relacionados con la conducta problemática, como incapacidad de control parental y violencia filio-parental. Además, el grupo comparación tenía un proceso de protección más estable, caracterizado por menos rupturas de acogimiento familiar o adopción (14,3% de los casos frente a 29,7% en ART), menos cambios de hogares y una estancia más larga en acogimiento residencial. Las conductas de riesgo resultaron más frecuentes en el grupo de terapéuticos, quienes presentaban algún tipo de conducta suicida en el 38,6% de los casos, porcentaje mucho menor en el grupo comparación (7,3%). El consumo de drogas también difería, mientras el 17,4% del grupo adolescente en ARG consumía algún tipo de drogas, este porcentaje alcanzaba el 49,3% en el grupo en ART.

El YSR mostró algunas diferencias respecto a las necesidades de salud mental. El grupo de adolescentes en ART mostró puntuaciones más elevadas en todas las escalas del instrumento, encontrándose diferencias significativas en las escalas síndrome de ansiedad depresión, problemas de pensamiento, problemas de atención y problemas sociales, que eran más graves en el grupo de ART. En las escalas de segundo orden también se hallaron diferencias, con puntuaciones más elevadas para el grupo de ART en la escala de problemas externalizantes y total.



El uso de la regresión logística permitió localizar las variables más relevantes en la derivación de casos a programas terapéuticos, siendo estas: pertenecer a familia inmigrante, haber estado expuesto a violencia de género en el núcleo familiar, consumo de drogas, haber sufrido algún tipo de negligencia, presentar conducta suicida, e ingresar en protección por violencia filio-parental.

Los resultados muestran un perfil más complejo en los casos derivados a programas terapéuticos. Los y las adolescentes en ART se caracterizan por un proceso de protección más inestable, con múltiples rupturas y acogimientos en un tiempo más corto, así como una problemática emocional y conductual más grave, tal y como muestran los resultados del screening y el historial de conductas de riesgo. Este trabajo enfatiza la necesidad de la prevención de los problemas conductuales en ARG, así como la puesta en marcha de protocolos para la detección precoz de los problemas de salud mental en acogimiento residencial y familiar. El uso generalizado de instrumentos de screening para detectar problemas de salud mental favorecería la derivación a los recursos más apropiados para cada caso.

Siguiendo la línea de comparación de programas y grupos adolescentes, se está terminando otro artículo que analiza el nivel de bienestar percibido en población adolescente residente en diferentes programas de acogimiento residencial: programas generales (ARG), de preparación para la vida independiente (PVI) y terapéuticos (ART), enfatizando las diferencias entre chicos y chicas en los tres grupos. Con una muestra total de 583 adolescentes, se evaluó el nivel de bienestar percibido a través del *Personal Wellbeing Index* (PWI) (Cummins y Lau, 2005).

Los resultados muestran el impacto del programa residencial y el sexo sobre el nivel de bienestar percibido de esta población adolescente. De forma genérica, en el grupo de hogares terapéuticos se observó mayor nivel de satisfacción con la familia y menor con el hogar en el que residían. En relación con las diferencias entre sexos, las chicas en el grupo de ART obtuvieron puntuaciones de bienestar significativamente más bajas en casi todas las áreas evaluadas, que los chicos en el mismo tipo de programa, mientras que los grupos en ARG y PVI no muestran apenas diferencias entre sexos dentro de los grupos.

Este trabajo refuerza los hallazgos encontrados a lo largo de la tesis, mostrando la vulnerabilidad de las chicas derivadas a recursos terapéuticos. El daño psicológico de las chicas, también se refleja en un menor nivel de bienestar percibido tal y como muestra este trabajo, enfatizando la necesidad de adoptar una perspectiva de género en AR, especialmente en los terapéuticos.

- **Análisis de la cobertura terapéutica en ART**

Uno de los aspectos fundamentales del proyecto es el análisis detallado de los hogares terapéuticos en España. A través de un cuestionario elaborado *ad hoc*, y cumplimentado por el equipo clínico o educativo, se recogió información referente a los tratamientos de salud mental dentro y fuera del hogar. El objetivo de este trabajo es describir la cobertura terapéutica que reciben los y las adolescentes en acogimiento residencial terapéutico en España durante su estancia en este tipo de programas.

La mayoría de la muestra recibía algún tipo de tratamiento de salud mental (86,3%) dentro y/o fuera del hogar. Respecto a los contextos, se encontró que dentro de los hogares predominaban las intervenciones de corte psicológico, mientras que fuera del recurso los tratamientos más habituales eran los psiquiátricos. También se observaron diferencias significativas en las características de las intervenciones entre chicos y chicas. Dentro de los recursos las chicas recibían tratamientos más intensos, teniendo sesiones semanales con más frecuencia, pero las intervenciones con los chicos resultaron ser más flexibles, siendo bajo demanda o necesidad de forma más habitual. El 77% de los y las jóvenes en tratamiento de salud mental tenía algún tipo de diagnóstico clínico, siendo más frecuentes los diagnósticos de trastorno de conducta y TDAH tanto en la muestra general como en el grupo de chicos. Los objetivos terapéuticos planteados dentro del recurso variaron entre sexos, ya que las chicas trabajaban con más frecuencia aspectos de gestión emocional, trauma o historia de vida, autoestima y autoconcepto, y los chicos de forma más habitual el consumo de drogas.

Los resultados preliminares muestran la combinación de recursos internos y externos que se ponen en marcha para dar respuesta a la problemática emocional y/o conductual de esta población, así como la variedad de enfoques utilizados. Pese a ello, es importante destacar que un 13,7% de la muestra no recibía ningún tipo de tratamiento de salud mental ni dentro ni fuera del hogar, siendo necesario ahondar en las causas.

Siguiendo esta línea de cobertura terapéutica, se ha planteado otro trabajo para analizar el abordaje farmacológico que se realiza en los hogares de acogimiento residencial terapéutico en España, partiendo de la misma muestra y cuestionario de recogida de información.

Los resultados han mostrado que más de la mitad de los casos en ART (58,5%) tenían pautada algún tipo de medicación psicotrópica, encontrándose patrones de medicación diferentes según el sexo. En la muestra el tipo de psicofármaco más recetado es el antipsicótico (75,7% de los casos con medicación), seguido de psicoestimulantes (32,6%) y antidepresivos (31,7%). En el grupo de chicos se recetaba con más frecuencia antipsicóticos, mientras que las chicas tenían pautados de forma más habitual antidepresivos y ansiolíticos. Destaca que casi el 70% de los casos con medicación tenía pautado más de un medicamento. Aunque la mayoría de jóvenes tomaba la medicación según la prescripción médica o con algunas reticencias, casi un 4% de los chicos y las chicas se negaba a tomarla. Además, un 13% de los casos tenía medicación de rescate para intervenir en los episodios de crisis emocional y/o conductual.

Este trabajo muestra que el abordaje psicofarmacológico sigue siendo clave durante el ingreso en programas de ART, aunque la tendencia general en este tipo de recursos es la reducción de la medicación en favor de la intervención educativa y psicológica. Las características restrictivas de este tipo de programas permiten reducir la medicación prescrita, pero se observa un uso extendido de antipsicóticos y psicoestimulantes, así como la prescripción de varios psicofármacos de forma simultánea.

- **Características de los hogares ART**

Mediante la revisión de los Proyectos Educativos de Centro (PEC) de los recursos participantes, se obtuvo información de los programas a nivel conceptual, estructural y organizativo, con el objetivo de describir las características que presentan los programas ART que formaron parte de la muestra de nuestro proyecto nacional en España.

La mayoría de los hogares era de gestión privada (92,1%), y más de la mitad se concebían como “centros especializados en problemas de conducta”, adaptándose a la regulación específica recogida en la Ley 8/2015. En relación con el tamaño, los hogares variaron enormemente, entre programas pequeños con 8 plazas y dinámicas más familiares a grandes recursos son 50 plazas. El tamaño medio era de 16,23 plazas (DT = 10,13), aunque la mitad de los recursos tenía 10 o menos plazas. El número personas en plantilla varió de acuerdo con el tamaño del hogar.

En relación con los recursos disponibles en el programa, el 78,9% de los recursos tenía especialistas clínicos trabajando en plantilla, la mayoría profesionales de la psicología, aunque una cuarta parte de los hogares tenía psiquiatras. La disponibilidad de estos profesionales permitía la combinación de intervenciones dentro y fuera del hogar, mientras que un 23,7% de los centros realizaba la intervención únicamente dentro del recurso y un 28,9% únicamente fuera. Cabe destacar que el 23,7% de los programas dispone de personal de seguridad para abordar las conductas de riesgo, como fugas o peleas, y las crisis conductuales que puedan tener lugar dentro del recurso. Casi tres cuartas partes de los programas (73,7%) señalaron trabajar con un modelo de intervención específico, destacando el predominio del enfoque sistémico, el uso de la teoría del apego y el modelo cognitivo-conductual.

De forma inicial este trabajo muestra la gran diversidad que caracteriza la red de programas de acogimiento residencial terapéutico en España, variando enormemente en su concepción, tamaño y disponibilidad de recursos. Una característica común es que casi todos los recursos son privados, con muy poca presencia de hogares gestionados públicamente. Aunque la mayoría dispone de recursos clínicos y utiliza algún tipo de modelo definido en su intervención clínica y educativa, no se ponen en práctica modelos y programas basados en la evidencia que hayan sido desarrollados de forma específica para este tipo de contexto residencial, siendo una línea que se debe trabajar en el futuro.

## **8.2. Líneas de investigación futuras**

Por otro lado, se han planteado investigaciones futuras para complementar los resultados de esta tesis y desarrollar con más profundidad algunas áreas evaluadas en el proyecto.

Partiendo del estudio complementario de esta tesis, al finalizar el doctorado se pondrá en marcha un artículo centrado en la descripción de las características que presenta el grupo de jóvenes con discapacidad intelectual en hogares de ART, con el objetivo de poder ayudar a mejorar la atención que recibe este grupo minoritario dentro de los programas terapéuticos, pero con mayor vulnerabilidad que sus pares sin discapacidad.

En relación con la victimización de estos chicos y chicas se han planteado dos estudios que se iniciarán al acabar la fase de la tesis. Por un lado, la comparación de las experiencias de victimización con adolescentes en acogimiento residencial general y población general; por otro, el análisis de la relación entre las experiencias de victimización y la psicopatología sufrida. Estos estudios permitirán conocer en mayor profundidad el papel que juegan las experiencias adversas vividas con la problemática mostrada en el grupo de adolescentes en ART, de modo que se tenga en cuenta en programas de prevención y otras medidas de protección que preceden a la derivación a un hogar terapéutico.

Como ya se ha mencionado, el proyecto de investigación tenía un diseño complejo y ha permitido recoger numerosos datos relacionados con el ART en España. De esta forma, también se dispone de información proporcionada por el equipo educativo y el profesorado que atiende a este grupo de jóvenes, abarcando variables relacionadas con la integración en el hogar, las conductas de riesgo presentadas durante el ingreso y el rendimiento académico de estos chicos y chicas. Esta información podrá trabajarse en futuros artículos.

Finalmente, los informes de devolución de resultados que se están elaborando dentro del proyecto, mostrarán todos los datos obtenidos a lo largo del estudio a todas las entidades gestoras de los hogares participantes, así como a las administraciones que los supervisan. Esperamos que dichos informes, junto a esta tesis, ayuden a todos los y las profesionales que trabajan en los hogares terapéuticos a conocer las particularidades que presenta la población adolescente derivada a estos programas a nivel nacional, las intervenciones realizadas en otras regiones, así como las características y funcionamiento de otros hogares, facilitando el aprendizaje conjunto y el trabajo en red. También esperamos que las administraciones puedan obtener una fotografía general de este tipo de recursos a nivel nacional, para favorecer la colaboración entre la administración, el ámbito práctico y el académico, en la mejora de los programas de acogimiento residencial terapéuticos, la atención recibida por este grupo de adolescentes y su nivel de bienestar general.



## CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S., y Leslie, L. K. (2010). Behavior Problems and Placement Change in a National Child Welfare Sample: A Prospective Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.09.005>
- Aarons, G. A., Monn, A. R., Hazen, A. L., Connelly, C. D., Leslie, L. K., Landsverk, J. A., Hough, R. L., y Brown, S. A. (2008). Substance involvement among youths in child welfare: The role of common and unique risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 340–349. <https://doi.org/10.1037/a0014215>
- Achenbach, T. M., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., y Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), 251–275. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont, Research Center for Children Youths, & Families.
- Agnew, R. (2006). *Pressured into crime: An overview of general strain theory*. Roxbury Publishing Company.
- Águila-Otero, A., González-García, C., Bravo, A., Lázaro-Visa, S., y Del Valle, J. F. (2018). Children and young people with intellectual disability in residential childcare: Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 337–347. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12351>
- Ainsworth, F., y Hansen, P. (2014). Family foster care: Can it survive the evidence? *Children Australia*, 39(2), 87–92. <https://doi.org/10.1017/cha.2014.5>
- Ainsworth, F., y Hansen, P. (2015). Therapeutic Residential Care: Different Population, Different Purpose, Different Costs. *Children Australia*, 40(4), 342–347. <https://doi.org/10.1017/cha.2015.47>
- Allroggen, M., Rau, T., Ohlert, J., y Fegert, J. M. (2017). Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care. *Child Abuse & Neglect*, 66, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.015>
- Ammerman, B. A., Serang, S., Jacobuci, R., Burke, T. A., Alloy, L. B., y McCloskey, M. S. (2018). Exploratory analysis of mediators of the relationship between childhood maltreatment and suicidal behavior. *Journal of Adolescence*, 69, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.09.004>
- Anderson, H. D. (2011). Suicide ideation, depressive symptoms, and Out-of-home placement among youth in the U.S. Child Welfare System. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(6), 791–796. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.614588>

- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* [Tratamiento residencial para jóvenes. ¿Qué nos dice la investigación?]. Förlagshuset Gothia.
- Andreassen, T. (2004). *Manuals for MultifunC – Multifunctional treatment in residential and community settings*. Kommuneforlaget.
- Andreassen, T. (2015). MultifunC: Multifunctional treatment in residential and community settings. En J. K. Whittaker, J. F. Del Valle, y L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 100–110). Jessica Kingsley.
- Attar-Schwartz, S. (2013). Runaway behavior among adolescents in residential care. The role of personal characteristics, victimization experiences while in care, social climate, and institutional factors. *Children and Youth Services Review*, 35(2), 258–267. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.11.005>
- Baker, C. (2007). Disabled Children's Experience of Permanency in the Looked After System. *British Journal of Social Work*, 37(7), 1173–1188. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl082>
- Baker, A. J., Archer, M., y Curtis, P. A. (2005). Age and gender differences in emotional and behavioural problems during the transition to residential treatment: The Odyssey Project. *International Journal of Social Welfare*, 14(3), 184–194. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00358.x>
- Baker, A. J., Archer, M., y Curtis, P. A. (2007). Youth characteristics associated with behavioral and mental health problems during the transition to residential treatment centers: The Odyssey Project Population. *Child Welfare*, 86(6), 5–29.
- Baker, A. J., Gries, L., Schneiderman, M., Parker, R., Archer, M., y Friedrich, B. (2008). Children with problematic sexualized behaviors in the child welfare system. *Child Welfare*, 87(1), 5–27.
- Bellamy, J. L., Gopalan, G., y Traube, D. E. (2010). A national study of the impact of outpatient mental health services for children in long term foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 467–479. <https://doi.org/10.1177/1359104510377720>
- Bender, K. (2010). Why do some maltreated youth become juvenile offenders? *Children and Youth Services Review*, 32(3), 466–473. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.10.022>
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215–1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>.
- Bloom, S. L. (1997). Creating sanctuary for kinds: helping children to heal from violence. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations* 26(1): 57–63.
- Boel-Studt, S. M. (2017). Latent subtypes of youth psychiatric residential care. *Children and Youth Services Review*, 77, 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.04.005>

- Bohle, A., y de Vogel, V. (2017). Gender differences in victimization and the relation to personality disorders in forensic psychiatry. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma*, 26(4), 411–429. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1284170>
- Bolea-Alamañac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., Heal, D., Müller, U., Nash, J., Santosh, P., Sayal, K., Sonuga-Barke, E., y Young, S. J. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28(3), 179–203. <https://doi.org/10.1177/0269881113519509>
- Braciszewski, J. M., y Stout, R. L. (2012). Substance use among current and former foster youth: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2337–2344. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.08.011>
- Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 42–52.
- Bravo, A., Del Valle, J. F., y Santos, I. (2015). Helping Staff to Connect Quality, Practice and Evaluation in Therapeutic Residential Care: The SERAR Model in Spain. En J. Whittaker, J. F. Del Valle, y L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth. Exploring evidence-informed international practice*, (pp. 275–287). Jessica Kingsley.
- Breland-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M. Z., Dubs, M. S., Wagner, H. R., y Burns, B. J. (2004). Use of psychotropic medications by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services*, 55(6), 706–708. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.6.706>
- Brenner, S. L., Southerland, D. G., Burns, B. J., Wagner, H. R., y Farmer, E. M. Z. (2013). Use of Psychotropic Medications Among Youth in Treatment Foster Care. *Journal of Child and Family Studies*, 23(4), 666–674. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9882-3>
- Briggs, E. C., Greeson, J. K. P., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., y Pynoos, R. S. (2012). Trauma Exposure, Psychosocial Functioning, and Treatment Needs of Youth in Residential Care: Preliminary Findings from the NCTSN Core Data Set. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/19361521.2012.646413>
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., y Boyer, L. (2016). The prevalence of mental health disorders among children and adolescents in the Child Welfare System: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Brown, S. M., y Shillington, A. M. (2017). Childhood adversity and the risk of substance use and delinquency: The role of protective adult relationships. *Child Abuse & Neglect*, 63, 211–221. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.006>



- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960–970.
- Cantrell, R., y Cantrell, M. (Eds.). (2007). *Helping troubled children and youth: Continuing evidence for the Re-ED approach*. American Re-Education Association.
- Chen, C. C., Culhane, D. P., Metraux, S., Park, J. M., Venable, J. C., y Burnett, T. C. (2016). They're Not All at Home. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 24(4), 247–256. <https://doi.org/10.1177/1063426615625603>
- Cheng, T. C., y Lo, C. C. (2011). A longitudinal analysis of some risk and protective factors in marijuana use by adolescents receiving child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1667–1672. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.030>
- Chmelka, M. B., Trout, A. L., Mason, W. A., y Wright, T. (2011). Children with and without disabilities in residential care: risk at program entry, departure and six-month follow-up. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 16(4), 383–399. <https://doi.org/10.1080/13632752.2011.616346>
- Cicchetti, D., y Valentino K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence on child development. En D., Cicchetti y Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and Method (Vol. 1)*. (pp. 129–201). Wiley.
- Cortés-Tomás, M. T., Espejo Tort, B., y Jiménez Costa, J. A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19(4), <https://doi.org/10.20882/adicciones.295>.
- Courtney, M. E., Skyles, A., Miranda, G., Zinn, A., Howard, E., y Goerge, R. M. (2005). *Youth who run away from Out-of-home care*. Chapin Hall. Center for children at the University of Chicago.
- Courtney, M. E., y Zinn, A. (2009). Predictors of running away from out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1298–1306. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.06.003>
- Cross, T. P., Zhang, S., y Lei, X. (2015). *Youth who run away from substitute care in Illinois: Frequency, case characteristics, and post-run placements*. Children and Family Research Center, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Cummins, R. A., y Lau, A. L. (2005). *Personal wellbeing index – School children. Manual* (3ª ed., pp. 74-93). School of Psychology, Deakin University.

- Daly, D. L., Huefner, J. C., Bender, K. R., Davis, J. L., Whittaker, J. K., y Thompson, R. W. (2018). Quality care in therapeutic residential programs: definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Residential Treatment for Children & Youth*, 35(3), 242–262. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1478240>
- Davidson, C., Dumigan, L., Ferguson, C., y Nugent, P. (2011). Effective therapeutic approaches withing specialist residential childcare settings. *Child Care in Practice*, 17(1), 17–35. <https://doi.org/10.1080/13575279.2011.528968>
- Davies, L., Williams, C., y Yamashita, H. (2006). *Inspiring Schools Impact and Outcomes: Taking Up the Challenge of Pupil Participation* (pp. 1–41). Carnegie Foundation.
- De León, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Springer.
- Defensor del pueblo (2009). *Informes, estudios y documentos. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*. Oficina del Defensor del Pueblo.
- Delfabbro, P., Barber, J.G., y Bentham, Y. (2002). Children's satisfaction with out-of home care in South Australia. *Journal of Adolescence*, 25(5), 523–533. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0497>
- Del Valle, J. F. (1992). Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicothema*, 4(2), 531–542.
- Del Valle, J. F. (2009). Evolución histórica, modelos y funciones del acogimiento residencial. En Del Valle, J. F., y Bravo, A. (Eds.), *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Consejería de Empleo y Bienestar Social, Gobierno de Cantabria.
- Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2007). *SERAR. Sistema de evaluación y registro en acogimiento residencial*. Nieru.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Martínez, M., y Santos, I. (2012a). *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado*. EQUAR-E. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Martínez, M., y Santos, I. (2012b). *La perspectiva de los niños y adolescentes sobre la calidad del acogimiento residencial*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Del Valle, J. F., y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Pirámide.
- Del Valle, J. F., Sainero, A., y Bravo, A. (2015). Needs and Characteristics of High-Resource Using Children and Youth. En J. K. Whittaker, J. F. Del Valle, y L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth. Exploring evidence-informed international practice*, (pp. 49–61). Jessica Kingsley.

- Desjardins, J., Lafortune, D., y Cyr, F. (2017). Psychopharmacotherapy in children placed in group homes and residential centres in Canada: Psychopathological portrait of children receiving psychotropic medications and educators' perception of treatment. *Children and Youth Services Review*, *81*, 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.08.001>
- DosReis, S., Yoon, Y., Rubin, D. M., Riddle, M. A., Noll, E., y Rothbard, A. (2011). Antipsychotic treatment among youth in Foster care. *Pediatrics*, *128*(6), e1459–e1466. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2970>
- Esaki, N., Benamati, J., Yanosy, S., Middleton, J., Hopson, L. M., Hummer, V., y Bloom, S. L. (2014). The Sanctuary Model: Theoretical framework. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Work*, *94*(2), 87–95. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4287>
- Euser, S., Alink, L. R., Tharner, A., van Ijendoorn, M. H., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). The prevalence of child sexual abuse in Out-of-home care: A comparison between abuse in residential and in foster care. *Child maltreatment*, *18*(4), 221–231. <https://doi.org/10.1177/1077559513489848>
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., y Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, *82*, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.020>
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S. D., Angold, A., y Costello, E. J. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Services Review*, *74*(4), 605–624. <https://doi.org/10.1086/323165>
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., García-Cueto, E., Secades-Villa, R., García-Fernández, G., y Barrial-Barbén, S. (2012a). Adaptación y validación española del Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A). *Adicciones*, *24*(1), 41–50.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Muñiz-Fernández, J., Secades-Villa, R., y García-Fernández, G. (2012b). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-AS and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *7*(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-13>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, *33*, 403–433. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., y Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 319–325. <https://doi.org/10.1192/bip.bp.106.025023>

- Forns, M., Kirchner, T., Soler, L., y Paretilla, C. (2013). Spanish/Catalan version of the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Psychometric properties. *Anuario de Psicología*, 43(2), 171–187.
- Friedman, S. L., y Norwood, K. W. (2016). Out-of-Home Placement for Children and Adolescents With Disabilities--Addendum: Care Options for Children and Adolescents With Disabilities and Medical Complexity. *Pediatrics*, 138(6), e20163216. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3216>
- Friedrich, W. N., Baker, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L., y Archer, M. (2005). Youth with Problematic Sexualized Behaviors in the Child Welfare System: A One-Year Longitudinal Study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(4), 391–406. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-8051-7>
- Fulginiti, A., He, A. S., y Negriff, S. (2018). Suicidal because I don't feel connected or vice versa? A longitudinal study of suicidal ideation and connectedness among child welfare youth. *Child Abuse & Neglect*, 86, 278–289. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.010>
- Galán, A. (2013). Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: aportaciones técnicas a un debate social e institucional. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 22–31.
- Gearing, R. E., Mackenzie, M. J., Schwalbe, C.S., Brewer, K. B., y Ibrahim, R. W. (2013). Prevalence of Mental Health and Behavioral Problems among Adolescents in Institutional Care in Jordan. *Psychiatric Services*, 64(2), 196–200. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200093>
- Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Chou, S. P., y Grant, B. F. (2012). Sex Differences in Prevalence and Comorbidity of Alcohol and Drug Use Disorders: Results From Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(6), 938–950. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.938>
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., y Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.chiayouth.2016.12.011>
- Graziano P. A., McNamara J. P., Geffken G. R., y Reid A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: a multiple mediation model of self-regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 1073–1083. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9528-0>
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Klöckner, A., y Jozefiak, T. (2017). Childhood maltreatment, psychopathology and well-being: The mediator role of global self-esteem, attachment difficulties and substance use. *Child Abuse & Neglect*, 70, 122–133. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.012>

- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., y Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, *45*, 122–134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.003>
- Griffith, A. K., Smith, G., Huefner, J. C., Epsteins, M. H., Thompson, R., Singh, N. N., y Leslie, L. K. (2012). Youth at entry to residential treatment: understanding psychotropic medication use. *Children and Youth Services Review*, *34*(10), 2028–2035. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.05.002>
- Grogan-Kaylor, A., Ruffolo, M. C., Ortega, R. M., y Clarke, J. (2008). Behaviors of youth involved in the child welfare system. *Child Abuse & Neglect*, *32*(1), 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.004>
- Grossi, L. M., Brereton, A., Lee, A. F., Schuler, A., y Prentky, R. A. (2017). Sexual reoffense trajectories with youths in the child welfare system. *Child Abuse & Neglect*, *68*, 81–95. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.024>
- Gual, A. (2006). Alcohol in Spain. Is it different? *Addiction*, *101*(8), 1073–1077. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01518.x>
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R., y Turner, H. (2005). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and Scoring Manual*. Crimes Against Children Research Center.
- Handwerk, M. L., Clopton, K., Huefner, J. C., Smith, G. L., Hoff, K. E., y Lucas, C. P. (2006). Gender differences in adolescents in residential treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(3), 312–324. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.312>
- Harman, J. S., Childs, G. E., y Kelleher, K. J. (2000). Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *154*(11), 1114–1117. <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.11.1114>
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0190-7409\(99\)00073-0](https://doi.org/10.1016/s0190-7409(99)00073-0)
- Heneghan, A., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Fisher, E., Landsverk, J, y Horwitz, S. M. (2013). Mental Health Problems in Teens Investigated by U.S. Child Welfare Agencies. *Journal of Adolescent Health*, *52*(5), 634–640. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.269>
- Henriksen, A., Degner, J., y Oscarsson, L. (2008). Youths in coercive residential care: attitudes towards key staff members' personal involvement, from a therapeutic alliance perspectiva. *European Journal of Social Work*, *11*(2), 145–159. <https://doi.org/10.1080/13691450701531976>
- Hershberger, A. R., Sanders, J., Chick, C., Jessup, M., Hanlin, H., Cyders, M. A. (2018). Predicting running away in girls who are victims of commercial sexual exploitation. *Child Abuse & Neglect*, *79*, 269–278. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.023>

- Hill, K. M. (2012). Permanency and placement planning for older youth with disabilities in out-of-home placement. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1418–1424. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.03.012>
- Hobbs, N. (1966). Helping disturbed children: Psychological and ecological strategies. *American Psychologist*, 21(12), 1105–1115.
- Huefner, J. C. (2018). Crosswalk of published quality standards for residential care for children and adolescents. *Children and Youth Services Review*, 88, 267–273. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.03.022>
- Hurley, K. D., Trout, A., Chmelka, M. B., Burns, J. B., Epsteins, M. H., Thompson, R. W., y Daly, D. L. (2009). The changing mental health needs of youth admitted to residential group home care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17(3), 164–176. <https://doi.org/10.1177/1063426608330791>
- Indias, S., Arruabarrena, I., y De Paúl, J. (2019). Child maltreatment, sexual and peer victimization experiences among adolescents in residential care. *Children and Youth Services Review*, 100, 267–273. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.03.014>
- James, S. (2011). What works in group care? – A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Children and Youth Services Review*, 33(2), 308–321. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.09.014>
- James, S., Roesch, S., y Zhang, J. J. (2012). Characteristics and Behavioral Outcomes for Youth in Group Care and Family-Based Care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(3), 144–156. <https://doi.org/10.1177/1063426611409041>
- James, S., Thompson, R. W., y Ringle, J. L. (2017). The implementation of Evidence-Based practices in residential care: outcomes, processes, and barriers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25(1), 4–18. <https://doi.org/10.1177/1063426616687083>
- Janssens, A., y Deboutte, D. (2009). Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4), 353–359. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.086371>
- Jefatura del Estado (1987). *Ley 21/1987 de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil en materia de adopción, acogimiento familiar y otras formas de protección*. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº275.
- Jefatura del Estado (2011). *Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación*. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº131.
- Jefatura del Estado (2015). *Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº175.

- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., y Wichstrøm, L. (2015). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
- Keil, V., y Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761–779. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.08.006>
- Keller, T. E., Salazar, A. M., y Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 626–634. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.12.010>
- Lalayants, M., y Prince, J. D. (2014). Delinquency, depression, and substance use disorder among child welfare-involved adolescent females. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 797–807. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.008>
- Lambert, G., Haley, N., Jean, S., Tremblay, C., Frappier, J.-Y., Otis, J., y Roy, É. (2013). Sexual Health of Adolescents in Quebec Residential Youth Protection Centres. *Canadian Journal of Public Health*, 104(3), e216–e221. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3577>
- Landsverk, J. A., Burns, B. J., Stambaugh, L. F., y Reutz, J. A. R. (2006). *Mental health care for children and adolescents in foster care: Review of research literature*. Casey Family Programs.
- Lanier, P., y Rose, R. A. (2016). Admission to psychiatric residential treatment facilities among youth from families investigated for maltreatment. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 306–316. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0541-3>
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut* [Terapia ambiental con niños y jóvenes. La organización como terapeuta]. Universitetsforlaget, Oslo.
- Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T., y Lehmann, S. (2018). Services according to mental health needs for youth in foster care? – A multi-informant study. *BMC Health Services Review*, 18(1), 634. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3365-6>
- Lee, R. T., Lewis, T., y Zolotor, A. J. (2011). A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454–468. <https://doi.org/10.1177/1559827611410266>
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., y Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- Leichtman, M., Leichtman, M. L., Barber, C., y Neese, D. T. (2001). Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 227–235. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.2.227>

- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P., y Cyr, M. (2010). Sexual behavior problems in children in Quebec youth protection services: Associated factors. *Sexologies, 19*(2), 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.05.002>
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J., y Aarons, G. (2010). Health-Risk Behaviors in Young Adolescents in the Child Welfare System. *Journal of Adolescent Health, 47*(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.032>
- Leslie, L. K., Raghavan, R., Hurley, M., Zhang, J., Landsverk, J., y Aarons, G. (2011). Investigating geographic variation in use of psychotropic medications among youth in child welfare. *Child Abuse & Neglect, 35*, 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.012>
- Lightfoot, E., Hill, K., y LaLiberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2069–2075. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.02.019>
- Lin, C. H. (2012). Children who run away from foster care: Who are the children and what are the risk factors? *Children and Youth Services Review, 34*(4), 807–813. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.01.009>
- López Alonso, C. (1988). La acción social medieval como precedente. En VV. AA. (Eds.), *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Siglo XXI.
- López-Núñez, C., Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Campillo, A., y Secades-Villa, R. (2012). Spanish adaptation and validation of the Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 251–264.
- Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E., y Stasiak, K. (2017). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008559.pub3>
- Malvaso, C. G., y Delfabbro, P. H. (2015). Offending Behaviour Among Young People with Complex Needs in the Australian Out-of-Home Care System. *Journal of Child and Family Studies, 24*(12), 3561–3569. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0157-z>
- Malvaso, C. G., Delfabbro, P. H., y Day, A. (2017). Child maltreatment and criminal convictions in youth: The role of gender, ethnicity and placement experiences in an Australian population. *Children and Youth Services Review, 73*, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.12.001>
- Manninen, M., Pankakoski, M., Grissler, M., y Suvisaari, J. (2015). Adolescents in a residential school for behavior disorders have an elevated mortality risk in young adulthood. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 9*(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0078-z>
- Martín, E., y González, M. S. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje, 30*(1), 25–38.



- Martín, E., González-García, C., Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2017). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child & Family Social Work*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/cfs.12374>
- McCarthy, E. (2016). Young People in Residential Care, their Participation and the Influencing Factors. *Child Care in Practice*, 25(1), 37–50. <https://doi.org/10.1080/13575279.2016.1188763>
- McCurdy, B. L., y McIntyre, E. K. (2004). And what about residential...? Re-conceptualizing residential treatment as a stop-gap service for youth with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Interventions*, 19(3), 137–158. <https://doi.org/10.1002/bin.151>
- McLean, S., Price-Robertson, R., y Robinson, E. (2011). *Therapeutic Residential Care in Australia: Taking Stock and Looking Forward. (National Child Protection Clearinghouse Issues Paper No. 35)*. Australian Institute of Family Studies, Government of Australia.
- Meintjes, H. (2014). ‘Growing Up in a Time of AIDS: The Shining Recorders of Zisize’. En E. Kay, M. Tisdall, M. Gadda, y M. Butler (ed.): *Children and Young People’s Participation and Its Transformative Potential* (pp. 150–167). Palgrave.
- Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. *Resolución de 31 de octubre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el III Convenio colectivo estatal de reforma juvenil y protección de menores*. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº283.
- Moran, P. B., Vuchinich, S., y Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 565–576. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.002>
- Moses, T. (2008). Psychotropic medication practices for youth in systems of care. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 567–581. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9175-9>
- Muela, A., Torres, B., y Balluerka, N. (2012). Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 35(4), 451–469. <https://doi.org/10.1174/021037012803495294>
- Norris, A., Cox, R., Simpson, A., Bergmeier, H., Bruce, L., Savaglio, M., Pizzirani, B., O’Donnell, R., Smales, M., y Skouteris, H. (2018). Understanding problematic eating in out-of-home care: The role of attachment and emotion regulation. *Appetite*, 135, 33–42. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.027>
- Observatorio de la Infancia (2007). *Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia. Boletín Estadístico 09*. Dirección General de las Familias y la Infancia.
- Observatorio de la Infancia (2019). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Vol. 21*. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.
- Ocón Domingo, J. (2004). Un análisis comparativo de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63-81.

- Oriol-Granado, X., Sala-Roca, J., y Guiu, G. F. (2014). Juvenile delinquency in youths from residential care. *European Journal of Social Work*, 18(2), 211–227. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.892475>
- Pappadopulos, E., Macintyre, J. C., Crismon, M. L., Findling, R. L., Malone, R. P., Derivan, A., Schooler, N., Sikich, L., Greenhill, L., Schur, S. B., Felton, C. J., Kranzler, H., Rube, D. M., Sverd, J., Finnerty, M., Ketner, S., Siennick, S. E., y Jensen, P. S. (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(2), 145–161. <https://doi.org/10.1097/00004583-200302000-00008>
- Pecora, P. J., y English, P. J. (2016). *Elements of effective practice for children and youth served by therapeutic residential care. Research brief*. Casey Family Programs.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J., y Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), 5–26.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., y Guilera, G. (2018). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychology of Violence*, 8(1), 76–86. <https://doi.org/10.1037/vio0000075>
- Pérez-García, S. (2019). *Desarrollo y aplicación de un instrumento para la evaluación de la calidad de programas de acogimiento residencial* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo]. Repositorio de la Universidad de Oviedo, <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/54024>
- Perry, K. J., y Price, J. M. (2018). Concurrent child history and contextual predictors of children's internalizing and externalizing behavior problems in foster care. *Children and Youth Services Review*, 84, 125–136. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.016>
- Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixsen, D. L., y Wolf, M. M. (1974). *The Teaching-Family handbook*. (2ª ed.). University Press of Kansas.
- Pringsheim, T., y Gorman, D. (2012). Second-Generation Antipsychotics for the Treatment of Disruptive Behaviour Disorders in Children: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(12), 722–727. <https://doi.org/10.1177/070674371205701203>
- Proudfoot, H., Vogl, L., Swift, W., Martin, G., y Copeland, J. (2010). Development of a short cannabis problems questionnaire for adolescents in the community. *Addictive Behaviour*, 35(7), 734–737. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.012>
- Pullmann, M. D., Roberts, N., Parker, E. M., Mangiaracina, K. J., Briner, L., Silverman, M., y Becker, J. R. (2020). Residential instability, running away, and juvenile detention characterizes commercially sexually exploited youth involved in Washington State's child welfare system. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104423. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104423>
- QCPCI (2013). *A roadmap for Queensland's child protection*. Queensland Child Protection Commission of Inquiry.

- Raghavan, R., Brown, D. S., Allaire, B. T., Garfield, L. D., Ross, R. E. (2014). Medicaid Expenditures on Psychotropic Medications for Maltreated Children: A Study of 36 States. *Psychiatric Services*, 65(12), 1445–1451. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400028>
- Raghavan, R., Lama, G., Kohl, P., y Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment*, 15(2), 121–131. <https://doi.org/10.1177/1077559509360916>
- Ramis, Á. (2016). *Evaluación de la calidad de la atención residencial en Mallorca. Acogimiento residencial del sistema de protección a la infancia* [Tesis doctoral, Universitat de les Illes Balears], Repositorio de la Universidad de las Islas Baleares, <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/2813>
- Ramis, Á. (2018). *Evaluación de la calidad de la atención residencial en el sistema de protección a la infancia*. Disset. ISBN: 978-84-96199-01-9.
- Rinehart, S. J., Espelage, D. L., y Bub, K. L. (2017). Longitudinal effects of gendered harassment perpetration and victimization on mental health outcomes in adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260517723746>
- Roberts, Y. H., English, D., Thompson, R., y White, C. R. (2018). The impact of childhood stressful life events on health and behavior in at-risk youth. *Children and Youth Services Review*, 85, 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.11.029>
- Robst, J., Armstrong, M., Dollard, N., y Rohrer, L. (2013). Arrests among youth after out-of-home mental health treatment: Comparisons across community and residential treatment settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(3), 162–176. <https://doi.org/10.1002/cbm.1871>
- Rodrigues, S., Del Valle, J. F., y Barbosa-Ducharne, M. (2014). Differences and similarities in children's and caregivers' perspectives on the quality of residential care in Portugal. *International Journal of Childs and Family Welfare*, 15(1/2), 24–37.
- Romani, E., Pecora, P. J., Harris, B., Jewell, C., y Stanley A. (2018). A system analysis of youth in acute and subacute therapeutic residential care. *Journal of Public Child Welfare*, 196–213 <https://doi.org/10.1080/15548732.2018.1498429>
- Rose, R. A., y Lanier, P. (2017). A Longitudinal Study of Child Maltreatment and Mental Health Predictors of Admission to Psychiatric Residential Treatment Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1141. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101141>
- Rosenberg, S. A., y Robinson, C. C. (2004). Out-of-home placement for young children with developmental and medical conditions. *Children and Youth Services Review*, 26(8), 711–723. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2004.02.016>
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X., y Localio, A. R. (2007). The Impact of Placement Stability on Behavioral Well-being for Children in Foster Care. *Pediatrics*, 119(2), 336–344. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1995>

- Ryan, J. P., Marshall, J. M., Herz, D., y Hernández, P. M. (2008). Juvenile delinquency in child welfare: Investigating group home effects. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 1088–1099. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2008.02.004>
- Sabaté–Tomàs, M. (2017). *Els CREI en Catalunya. Intercenció, perfil y evolució dels joves ates atesos* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona], Tesis Doctorals en Xarxa, <https://www.tdx.cat/handle/10803/663942#page=1>
- Sainero, A., Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16–26. <https://doi.org/10.1177/1063426612470517>
- Sainero, A., Del Valle, J. F., López, M., y Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: Children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1393–1399. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2013.04.026>
- Sarri, R. C., Stoffregen, E., y Ryan, J. P. (2016). Running away from child welfare placements: Justice system entry risk. *Children and Youth Services Review*, 67, 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.06.012>
- Sawyer, M. G., Carbone, J. A., Searle, A. K., y Robinson, P. (2007). The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *The Medical Journal of Australia*, 186(4), 181–184. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00857.x>
- Scannapieco, M., Painter, K. R., y Blau, G. (2018). A comparison of LGBTQ youth and heterosexual youth in the child welfare system: Mental health and substance abuse occurrence and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 91, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.05.016>
- Scheffers, F., van Vugt, E., Lanctôt, N., y Lemieux, A. (2019). Experiences of (young) women after out of home placement: An examination of personality disorder symptoms through the lens of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 92, 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.022>
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., y Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization among Spanish youth protected by the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 59, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.10.011>
- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., y Abad, J. (2016). Poly-victimization and psychopathology among Spanish adolescents in residential care. *Child Abuse & Neglect*, 55, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.009>

- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., y Álvarez-Lister, S. (2017). Poly-victimization and mental health problems among adolescents in residential facilities in Spain. En Rus, A. V., Parris, S. R., y Stativa, E. (Eds.), *Child Maltreatment in Residential Care*. (pp. 149–168). Springer.
- Sellers, C. M., McRoy, R. G., y O'Brien, K. H. M. (2019). Substance use and suicidal ideation among child welfare involved adolescents: A longitudinal examination. *Addictive Behaviors*, 93, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.021>
- Sempik, J., Ward, H., y Darker, I. T., (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and psychiatry*, 13(2), 221–233. <https://doi.org/10.1177/1359104507088344>
- Sinclair, R. y Franklin, A. (2000). *Young People's Participation: Quality Protects Research Briefing, N.3*. Department of Health.
- Slayter, E. M. (2016). Foster Care Outcomes for Children With Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(5), 299–315. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.5.299>
- Slayter, E., y Springer, C. (2011). Child Welfare-Involved Youth With Intellectual Disabilities: Pathways Into and Placements in Foster Care. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(1), 1–13. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.1.1>
- Southwell, J., y Fraser, E. (2010). Young People's Satisfaction with Residential Care: Identifying Strengths and Weaknesses in Service Delivery. *Child Welfare*, 89(2), 209–228.
- Spencer, T. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 27–31.
- Suárez-Coto, E., Guilera, G., y Pereda, N. (2018). Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain. *Children and Youth Services Review*, 91, 383–389. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.037>
- Sunseri, P. A. (2005). Children referred to residential care: Reducing multiple placements, managing cost and improving treatment outcomes. *Residential Treatment for Children & Youth*, 22(3), 55–66. [https://doi.org/10.1300/J007v22n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J007v22n03_04)
- Tabone, J., Thompson, R., y Jordan, N. (2016). Transitions of youth in mental residential care to less restrictive settings: the role of strengths and gender. *Journal of Social Service Research*, 42(3), 363–371. <https://doi.org/10.1080/01488376.2016.1147517>
- Tarren-Sweeney, M. (2010). Concordance of mental health impairment and service utilization among children in care. *Clinical Child Psychology*, 15(4), 481–495. <https://doi.org/10.1177/1359104510376130>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2006.00804.x>

- Taussig, H. N., Harpin, S. B., y Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in Foster Care. *Child Maltreatment*, 19(1), 17–26. <https://doi.org/10.1177/1077559514525503>
- Thompson, R. W., y Daly, D. L. (2015). The Family Home Program: An adaptation of the Teaching Family Model at Boys Town. En J. K. Whittaker, J. F. Del Valle, y L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 113–123). Jessica Kingsley.
- Traube, D. E., James, S., Zhang, J., y Landsverk, J. (2012). A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. *Addictive Behaviors*, 37(5), 641–650. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.015>
- Traube, D. E., Yarnell, L. M., y Schrage, S. M. (2016). Differences in polysubstance use among youth in the child welfare system: Toward a better understanding of the highest-risk teens. *Child Abuse & Neglect*, 52, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.020>
- Trieschman, A. E., Whittaker, J. K., y Brendtro, L. K. (1969). *The Other 23 Hours: child-care work with emotionally disturbed children in a therapeutic milieu*. Aldine.
- Trout, A. L., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., y Epsteins, M. H. (2009). Overlooked: Children with Disabilities in Residential Care. *Child Welfare*, 88(2), 111–136.
- Tyler, K. A., Gervais, S. J., y Davidson, M. M. (2012). The relationship between victimization and substance use among homeless and runaway female adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(3), 474–493. <https://doi.org/10.1177/0886260512455517>
- VAG's Report. (2014). *Residential care services for children*. Victorian Auditor-General.
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., y Robberechts, M. (2013). Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use. *European Psychiatry*, 35(4), 716–724. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77107-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77107-4)
- Vaughn, M. G., Ollie, M. T., McMillen, J. C., Scott, L., y Munson, M. (2007). Substance use and abuse among older youth in foster care. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1929–1935. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.12.012>
- Vidal, S., Prince, D., Connell, C. M., Caron, C. M., Kaufman, J. S., y Tebes, J. K. (2017). Maltreatment, family environment, and social risk factors: Determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 63, 7–18. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.013>
- Vorrath, H., y Brendtro, L. (1985). *Positive Peer Culture*. Aldine.

- Welch, V., Jones, C., Stalker, K., y Stewart, A. (2015). Permanence for disabled children and young people through foster care and adoption: A selective review of international literature. *Children and Youth Services Review*, 53, 137–146. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.03.017>
- White, H. R., y Labouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(1), 30–37.
- Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., y Holmes, L. (Eds.) (2015). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., Del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., Bellonci, C., Berridge, D., Bravo, A., Canali, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Gilligan, R., Grietens, H., Harder, A., Holden, M., James, S., Kendrick, A., ... Zeira, A. (2017). Acogimiento residencial terapéutico para niños y adolescentes: una declaración de consenso del Grupo de Trabajo Internacional sobre Acogimiento Residencial Terapéutico. *Psicothema*, 29(3), 289–298. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.172>
- Willis, R., Dakhras, S., y Cortese, S. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Looked-After Children: a Systematic Review of the Literature. *Current Developmental Disorders Reports*, 4(3), 78–84. <https://doi.org/10.1007/s40474-017-0116-z>
- Yarnell, L. M., Traube, D. E., y Schragar, S. M. (2016). Brief report: Growth in polysubstance use among youth in the child welfare system. *Journal of Adolescence*, 48, 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.02.001>
- Zito, J. M., Safer, D. J., Sai, D., Gardner, J. F., Thomas, D., Coombes, P., Dubowsky, M., y Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic Medication Patterns Among Youth in Foster Care. *Pediatrics*, 121(1), e157–e163. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0212>

**TESIS DOCTORAL**

Programa de Doctorado en Educación y Psicología  
Universidad de Oviedo