



EL DERECHO A LA
SALUD MENTAL
INFANTIL Y JUVENIL:
GARANTÍAS EN EL
ACCESO Y LA ATENCIÓN
EN LOS
CENTROS
RESIDENCIALES

RESUMEN EJECUTIVO

NOVIEMBRE 2019

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

EL DERECHO A LA
SALUD MENTAL
INFANTIL Y JUVENIL:
GARANTÍAS EN EL
ACCESO Y LA ATENCIÓN
EN LOS CENTROS
RESIDENCIALES
RESUMEN EJECUTIVO

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

DERECHO A LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL: GARANTÍAS EN EL ACCESO Y ATENCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES

I. OBJETO DEL INFORME

La atención a la salud mental infantojuvenil en Cataluña ha sido objeto de preocupación y de numerosas recomendaciones por parte del Síndic.

La salud mental y el bienestar emocional de los niños y adolescentes constituyen una esfera de una importancia relevante para garantizar el ejercicio del resto de derechos y el pleno desarrollo de la personalidad y la identidad del individuo, con una repercusión importante en su proceso de transición a la vida adulta.

En este sentido, la garantía de este derecho en condiciones de equidad debe ser incuestionable y debe poderse hacer efectiva en la diferencia y la especificidad que cada niño o adolescente pueda necesitar para poder construir una sociedad sana y equitativa.

Los últimos informes al Parlamento sobre los derechos del niño han incidido en la necesidad de dotar el sistema de salud mental infantojuvenil actualmente existente de mayores recursos y más adecuados a los problemas existentes el sistema.

Se ha resaltado la importancia de aumentar la provisión de programas de prevención, de apoyo a la crianza y de parentalidad positiva, y se ha pedido que la labor de los centros de atención a la salud mental infantojuvenil también se adecúe a la intensidad y cobertura que requiere la población que atiende, de forma que se garantice que se proporciona el servicio necesario a cada niño que lo necesita y se evite que se produzcan las desigualdades por razones económicas que actualmente se dan en la garantía de este derecho.

El Síndic parte del interés superior del niño y adolescente y la garantía de su bienestar emocional y salud en sentido amplio, no solo en el sentido de falta de patología o situación de crisis cuando se trata de salud mental infantojuvenil.

Así mismo, el Síndic se ha hecho partícipe de la expresión de necesidad de atención y de tratamiento que manifiestan algunos niños de forma intensa en forma de conducta disruptiva y de alto riesgo, hacia ellos mismos y hacia terceras personas, sobre todo en la etapa de la adolescencia.

Esta demanda de atención, más allá de elementos patológicos, puede derivarse de carencias previas en la atención de estos niños y adolescentes, no solo y específicamente por parte de los recursos de salud mental, sino también de atención primaria, de servicios sociales, de enseñanza, del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, así como de las carencias de recursos personales y sociales de las mismas familias y del acompañamiento social que recibe el niño o el adolescente en general en su proceso de desarrollo personal y emocional.

La expresión y la forma del sufrimiento y del desajuste emocional, psicológico o psiquiátrico en cada persona dependerá de muchos factores, cuyo análisis desborda el objeto de este informe. En todo caso, cuando este sufrimiento ya se manifiesta en un comportamiento disruptivo y agresivo de una gran magnitud, es necesaria una intervención más intensa que implica la separación del núcleo familiar o del espacio de convivencia habitual o la adopción de medidas que inciden en la libertad y la autonomía del niño o adolescente, como el internamiento en un centro terapéutico.

Este informe se ha querido centrar en el ingreso en centro terapéutico, puesto que si bien representa la punta del iceberg de una problemática de una mayor magnitud en que esta situación necesariamente debe contextualizarse, supone una intervención especialmente intensa en todos los aspectos de la vida del adolescente y, por ello, requiere las máximas garantías.

La necesidad de atender a los adolescentes con conductas disruptivas, por manifestarse su malestar de forma más visible y generar confrontación y conflicto, no puede condicionar ni segmentar la visión de la dimensión de la situación que, mediante este informe, pretende ponerse de manifiesto: el derecho al mayor nivel de atención a la salud mental infantojuvenil en condiciones de igualdad y de acuerdo con las necesidades individuales de cada niño y adolescente.

No obstante, el número creciente de familias que expresan la incapacidad de atender adecuadamente a sus hijos o hijas por alteraciones de conducta y problemas de salud mental, el aumento de recursos sociosanitarios privados que atienden estas situaciones, y la incapacidad expresada por el propio sistema de protección a la infancia y la adolescencia y también por el sistema público, tanto en el ámbito social como de salud, para dar cobertura a situaciones que a menudo ultrapasan su ámbito de atribuciones y los recursos existentes, exigen que el informe también estudie de forma detenida la problemática del ingreso de adolescentes en centros terapéuticos.

Son recursos que, además, a menudo implican restricciones importantes de libertades y derechos individuales, a pesar de que no sean recursos de justicia juvenil y no persigan finalidades sancionadoras, sino protectoras.

Cuando la expresión de malestar del niño o adolescente se confronta con el funcionamiento del sistema existente, la salida aparentemente más sencilla puede ser buscar forma eficaces para contener y controlar la expresión de este malestar partiendo de la óptica del conjunto de la sociedad, de la familia y del propio funcionamiento del sistema de salud y de bienestar, que no siempre son las respuestas más adecuadas si se toman como punto de partida y final el interés superior de cada niño o adolescente y el respeto a las necesidades específicas y concretas que presenta, así como la salvaguardia de sus derechos fundamentales.

En este informe, el Síndic parte de esta perspectiva de respeto y pretende estudiar los motivos y las dificultades para alcanzar la igualdad en la garantía del acceso al mayor nivel de salud posible, en términos de bienestar y pleno desarrollo del niño y adolescente, así como proponer mejoras para que pueda alcanzarse.

Partiendo de esta premisa, el Síndic centrará su atención en los recursos residenciales terapéuticos y educativos y su problemática específica: la existencia de la demanda de estos servicios, la adecuación de los recursos existentes, la proliferación e idoneidad de centros privados y el cumplimiento de requisitos y garantías de acuerdo con el interés superior de los niños y adolescentes y su derecho a disfrutar del mayor nivel de salud mental posible.

Para realizar este análisis, el Síndic se basa en las numerosas quejas y actuaciones llevadas a cabo en que se plantean este tipo de internamientos de niños y adolescentes, en los intercambios con profesionales, así como en las observaciones fruto de las visitas a centros llevadas a cabo por el equipo de infancia del Síndic y el Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT).

II. PRINCIPALES DIFICULTADES ESTRUCTURALES Y DE PLANTEAMIENTO PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL. ELEMENTOS DE REFLEXIÓN

■ La salud mental infantojuvenil es algo más que la falta de patología

Uno de los principales obstáculos para la garantía de un nivel máximo de salud mental infantojuvenil es que a menudo se parte del concepto de salud mental entendido como ausencia de patología y de la patología entendida como diagnóstico biomédico.

Disfrutar de una salud mental plena es algo más. Es un derecho que implica el disfrute de bienestar emocional y psicológico y la capacidad de resiliencia ante las dificultades y los problemas que se presentan en la vida, y que tiene una repercusión directa en el ejercicio de otros derechos fundamentales del individuo, en este caso del niño o adolescente.

Trabajar sobre la base de la patología deja fuera del ámbito de la salud mental al conjunto de niños y adolescentes que deben aprender a gestionar todos los sentimientos y acontecimientos de la vida que les afectan, también los que les causan malestar, así como trabajar con las fortalezas como vías de garantizar una salud mental plena. En definitiva, la educación en hábitos de higiene emocional y psicológica.

Además, hay que tener en cuenta que, de forma especial, en el caso de los niños y adolescentes el hecho de no disfrutar de un nivel de salud mental adecuado puede suponer dificultades en el ejercicio del derecho a la educación en igualdad de oportunidades, el derecho al juego y el ocio, así como el pleno desarrollo de la identidad y la personalidad, entre otros.

■ Existe discriminación por razones económicas en la garantía del derecho a la salud mental

La discriminación es doble. Por un lado, los niños y adolescentes provenientes de entornos socioeconómicos más desfavorables tienen mayores probabilidades de sufrir algún tipo de trastorno en salud mental.

Este hecho se explica, entre otros, por la mayor probabilidad de sufrir, tanto directamente como través de sus progenitores o cuidadores principales, estresores ambientales derivados de la falta de garantía estable en la cobertura de las necesidades básicas de la familia (vivienda, alimentación, entre otros), que pueden actuar como detonantes en el desarrollo de patologías o que simplemente generan malestar emocional. Así mismo, factores hereditarios pueden tener un papel a la hora de explicar este fenómeno, dado que el hecho de sufrir un problema relacionado con la salud mental a su vez puede resultar causa de pobreza o exclusión y de dificultades en el ejercicio de la parentalidad positiva.

Por otra parte, la discriminación es doble, porque el acceso de estas familias con dificultades sociales y económicas a recursos para detectar y atender la problemática de salud mental que puede estar sufriendo el niño o adolescente a su cargo es inferior al de las familias provenientes de un entorno socioeconómico y cultural más favorecido, puesto que se trata de recursos tanto de tipo personal a la hora de pedir ayuda como de tipo económico, por el hecho de que muchos recursos son de carácter privado y, por tanto, solo accesibles para las familias acomodadas.

■ Existen dificultades para dedicar recursos a la prevención y atención comunitaria

A pesar de que el Plan director de salud mental y adicciones de Cataluña se basa en un enfoque de prevención de la salud y de intervención precoz, suponiendo un influjo monetario importante para el sistema de salud mental infantojuvenil, a la práctica sigue siendo difícil destinar recursos suficientes a la prevención y promoción de la salud.

El trabajo comunitario, que permite una detección y una intervención precoz de problemas entre la población infantojuvenil, así como los programas de parentalidad positiva y de atención domiciliaria, que también pueden trabajarse desde el ámbito social, pueden generar reticencias en unos profesionales que, ya de entrada, cuesta de fidelizar en el ámbito de la atención primaria de salud mental. Este tipo de labor puede suponer un mayor esfuerzo de implementación, puesto que fuerza a los profesionales a desplazarse al entorno natural del niño o adolescente y les exige mayor tiempo y dedicación. Por otra parte, puede generar menos motivación a algunos profesionales, dado que los resultados quizás son menos evidenciables y visibles a corto plazo y el número de pacientes puede resultar superior, especialmente cuando existe una gran presión asistencial.

Este coste-beneficio a medio-largo plazo también es un obstáculo a la hora de priorizar este tipo de actuaciones cuando se determina la distribución de recursos de la política pública en este ámbito.

La falta de recursos suficientes en general para el tratamiento y la intervención de problemáticas de salud mental en fase más aguda, que aún existe a pesar de que se ha aumentado el gasto público en este ámbito, desplaza los recursos existentes para la prevención y las manifestaciones más leves de malestar a las situaciones más graves por razones de urgencia y de perentoriedad.

■ La falta de consenso entre profesionales en referencia a diagnósticos y tratamientos en salud mental

Las controversias entre los profesionales del ámbito de la salud mental en cuanto a la etiología de los problemas relacionados con la salud mental infantojuvenil, así como respecto del diagnóstico y el abordaje indicado en cada caso, pueden generar disfunciones en el sistema.

Algunos profesionales tienden a centrar las dificultades en el ámbito de salud mental que puede presentar un niño o adolescente en la reacción a factores ambientales y a atacar sus causas, principalmente a través de psicoterapia u otros métodos que trabajan con estos factores, mientras que otros profesionales tienden más a centrar las problemáticas en razones de tipo genético o biológico y a tratarlas más desde un enfoque estrictamente médico, principalmente a través de fármacos y atacando sus consecuencias o síntomas. Sin embargo, la mayor parte de los profesionales aplican metodologías y fundamentaciones teóricas que incorporan elementos de ambas grandes corrientes.

Se trata de una disciplina que trabaja con la parte más compleja del ser humano –la mente– y, en este sentido, es natural que las variaciones de concepción y de tratamiento sean diversas en función también del enfoque humanista y filosófico de que se parta en cada caso y de la manifestación en cada individuo, único en su historia y configuración.

No obstante, este hecho puede suponer dificultades a la hora de determinar si determinados “trastornos de conducta” que manifiestan algunos niños y adolescentes derivan de patologías de salud mental –y, por tanto, deben abordarse a través de tratamientos del ámbito de la salud– o si responden a problemas en la educación,

establecimiento de límites y contención, y deben tratarse principalmente desde el punto de visto social y educativo. También a la hora de debatir si los tratamientos deben ser de tipo farmacológico o no; si los problemas y los tratamientos son coyunturales, o si son estructurales y a largo plazo; si son individuales o sistémicos, o si implican a la familia o no, etc.

Más allá de esta incidencia en el tratamiento, también existe un elemento valorativo y ético que será necesario tomar en consideración a la hora de considerar cuándo un “trastorno de conducta” hay que integrarlo como expresión de un malestar o de una disidencia sobre una cierta forma de disciplina social, que hay que escuchar y atender, o si, por el contrario, es expresión de algo que hay que tratar desde un punto de vista educativo, terapéutico o sanitario para modificarlo o contenerlo.

En Cataluña y en el ámbito internacional hay protocolos y manuales que definen criterios para emitir diagnósticos y determinar tratamientos en base a la aplicación del método científico en este ámbito, pero también es cierto que se trata de una disciplina especialmente controvertida por estos factores de tipo ético, humanista y de derechos personales que entran en juego.

La divergencia en el diagnóstico y la concepción entre profesionales dentro del mismo sistema público genera un despliegue de unos recursos u otros y, por tanto, un abordaje u otro, de acuerdo con la estructura de nuestro sistema. Según este criterio diferente, una situación similar puede suponer el ingreso de un adolescente en un centro residencial de educación intensiva o en un centro terapéutico, por ejemplo, cuestión que se analizará más adelante y que tiene repercusiones directas en los derechos de estos niños y adolescentes.

■ La consideración del bienestar y de la comodidad o seguridad de la comunidad por encima del interés superior del niño

Algunas decisiones, tanto en trastornos o dificultades en salud mental más leves como otros más graves que afectan a niños y adolescentes, tienden a hacer prevalecer los intereses y las dificultades de los adultos y del statu quo social en general antes de que los del propio niño o adolescente afectado.

Este dilema puede trasladarse a los profesionales del sistema educativo o de los servicios sociales, que pueden decidir trabajar un problema educativo o social a través del sistema de salud mental, y patologizar una situación que no necesariamente tiene que serlo, por las dificultades del sistema de adaptarse a las necesidades que presenta aquel niño o adolescente.

De la misma forma, y respetando el criterio clínico, un profesional de salud mental puede decantarse por la prescripción farmacológica, a pesar de ser más invasiva, antes que por una mayor intensidad en un tratamiento de tipo más terapéutico, priorizando la rápida efectividad en la contención del comportamiento del niño o adolescente, que dificulta la convivencia, y a pesar de que la atención terapéutica le pueda ser más beneficiosa e integradora a largo plazo.

Igualmente, las familias, cuando aparecen dificultades para contener la conducta disruptiva de un niño o adolescente, pueden llegar a claudicar y a solicitar la separación del núcleo familiar y el ingreso en un centro de este niño o adolescente, cuando no siempre es lo más beneficioso para el niño o adolescente.

Los profesionales del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, también desbordados por las diferentes situaciones en que se encuentran en los centros del sistema de protección, pueden requerir una intervención más intensiva para los niños y

adolescentes que les generan más dificultades, sin valorar si es lo más adecuado para ellos.

En todos estos casos, hay que garantizar que el recurso o la ayuda que se proporcione al niño o adolescente sea lo más beneficioso para el conjunto de su situación y de acuerdo con su interés superior, primando este interés superior por encima de otros intereses o necesidades expresadas por familiares y profesionales del entorno del niño o adolescente y de las necesidades del sistema en general. Así mismo, siempre hay que valorar el riesgo y la seguridad para terceros, sobre todo en medidas de carácter más restrictivo de las libertades, como el ingreso en un centro terapéutico o educativo intensivo.

■ La invisibilidad del adolescente y la falta de adecuación de recursos a la condición de adolescente

La adolescencia es un período de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social posterior a la infancia que se considera iniciado a partir de la pubertad y que se prolonga hasta la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente y define la adolescencia como la edad comprendida entre los 10 o 11 años y hasta los 19 años, de forma que se extiende más allá de la mayoría de edad. De acuerdo con los datos publicados por la Agencia Catalana de la Juventud, en Cataluña, en el año 2015, un 4,6% de la población catalana tenía entre los 15 y los 19 años.

La adolescencia es un momento de crecimiento y cambio y de búsqueda de la propia identidad que conlleva generalmente un quebranto y una crisis de la autoridad. Este proceso de transformación puede generar dificultades en la convivencia y en el trato con los adultos de referencia.

Se tiende a valorar como una etapa problemática y de confrontación que tiene que “pasarse” y en vez de dedicar esfuerzos y recursos a atender y valorar este proceso la sociedad tiende a darle la espalda.

Dado que algunos de los recursos residenciales dirigidos a problemas de conducta o de salud mental, tanto desde el sistema de protección como también a demanda de las familias, están principalmente dirigidos a población adolescente, también es necesaria una reflexión sobre si los recursos ordinarios se adaptan bien a esta franja de edad y a las necesidades que expresa.

Algunos de los problemas que se canalizan a través de la demanda de recursos residenciales terapéuticos quizás podrían recibir respuestas diferentes si se valorara el proceso de cambio que atraviesa el adolescente y se le diera voz y protagonismo en nuestra sociedad.

■ La categorización de problemáticas y la organización de recursos no responden a la complejidad de los individuos

Los recursos existentes están categorizados por diferentes ámbitos y dependen de diferentes administraciones competentes en estos ámbitos. No obstante, a menudo las problemáticas a que responden estos recursos están relacionadas entre ellas y son más complejas que la categorización a que están sujetas.

Es necesario que las problemáticas se aborden de forma que los recursos que se ponen a disposición respondan a las necesidades del niño y adolescente que las sufre,

poniéndolo en el centro, no debiendo obedecer la organización administrativa de la que dependen o a la facilidad en la gestión que permite la simplificación de la complejidad.

Así, los problemas de salud mental pueden ser causa y consecuencia de problemas de consumo y de adicción a sustancias, pueden ser causa y consecuencia de discapacidad intelectual, y también pueden ser causa y consecuencia de delincuencia juvenil. Una misma persona puede reunir varios perfiles y problemáticas de origen diverso.

Un caso paradigmático es el del “ trastorno de conducta”, que puede identificarse como una manifestación de un problema de salud mental o no tener relación alguna, y puede implicar o no consumo de tóxicos, reconocimiento o no de discapacidad de la persona que la manifiesta y comisión o no de hechos delictivos.

En función de donde se pone el foco, la Administración –y, por tanto, el abordaje– se realiza desde el ámbito de salud pública, desde protección social, desde justicia juvenil o desde el ámbito de la protección a la infancia o la adolescencia.

De esta forma, pueden existir recursos diferenciados para este tipo de situaciones que compartan perfiles de adolescentes y que abordan de forma diferente o segmentada problemas que son mucho más complejos y que deben abordarse partiendo de la persona y de la manifestación que tienen en cada individuo.

Una misma persona, como podrá verse en los casos que se han planteado en la institución, puede haber pasado por cada uno de estos recursos en diferentes momentos, sin que su problemática general haya variado sustancialmente, por razón de las circunstancias y la disponibilidad de recursos existentes.

■ **La insuficiencia de recursos para atender los problemas de consumo de los adolescentes**

Una carencia que afecta al trabajo de la salud mental de niños y adolescentes es el tratamiento del consumo de tóxicos de forma específica para esta franja de edad.

De la misma forma que se tienden a simplificar por razones organizativas las problemáticas complejas, en el caso del consumo de tóxicos, a pesar de que es un tema que se trabaja desde diferentes ámbitos, no hay un recurso específico para la población adolescente de atención, seguimiento y tratamiento de las drogodependencias, a diferencia de lo que sucede con la población adulta.

Así, los centros de atención y seguimiento y los centros de tratamiento y reducción de daños de la Agencia de Salud Pública están dirigidos a población adulta.

Por otra parte, el consumo de tóxicos tiene una incidencia especial entre la población adolescente, en cuanto al desarrollo de problemas y patologías de salud mental que después se tratan en centros de salud mental.

Desde el ámbito de salud pública se trabaja la prevención del consumo, pero no desde el tratamiento, sino enfocándolo en el trastorno de conducta que puede causar este consumo, no en el propio trastorno que representa el consumo adictivo de sustancias psicotrópicas de forma específica.

■ La falta de garantías en el ingreso y las medidas de restricción de libertades impuestas en los centros residenciales terapéuticos privados

La problemática del ingreso involuntario en centros terapéuticos que se plantea en el caso de los adultos no incapacitados, y la necesidad de consentimiento del paciente para someterse a cualquier tipo de tratamiento médico en el ámbito de la salud mental, también se plantea en el caso de los niños y adolescentes, especialmente a partir de la edad en que no se permite el consentimiento informado por representación.

No obstante, en determinados centros terapéuticos privados son los progenitores quienes ingresan a sus hijos o hijas sin que pueda verificarse muy claramente cuál ha sido el proceso de consentimiento expresado por los pacientes a la hora de someterse a determinados tratamientos, incluido el ingreso en el centro. Igualmente, puede suceder en el tratamiento ambulatorio de pacientes menores de edad de salud mental.

Una vez se efectúa el ingreso en el centro, las medidas terapéuticas que a menudo se imponen e implican restricciones de libertades, como la prohibición o limitación a recibir visitas y comunicarse, salir del centro e incluso deambular libremente, tampoco están del todo definidas ni supervisadas.

En el caso de los centros residenciales de educación intensiva, pensados para adolescentes con trastorno de conducta dependientes del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, la Ley Orgánica de Protección del Menor, sí establece un conjunto de disposiciones para garantizar su ingreso, que requiere autorización judicial; la aplicación de medidas de seguridad, incluidas las contenciones y los aislamientos; los registros personales y el régimen de comunicaciones. Algunas de estas medidas restrictivas de las libertades son más duras que las impuestas en centros de justicia juvenil para jóvenes que han cometido delitos.

Para el resto de centros de tipo privado, las garantías y restricciones no son claras. A menudo están concebidos como una extensión del ejercicio de la facultad de corrección que implicaba la patria potestad de acuerdo con la anterior redacción del Código Civil y que derivaba de la concepción del pater familias omnipotente, actualmente claramente obsoleta.

De acuerdo con esta concepción, puede malinterpretarse que no se permite la supervisión por parte de la Administración, en tanto que los niños y adolescentes permanecen bajo la guarda y tutela de sus progenitores, de las decisiones que toman sobre la forma de crianza y educación (y, en sentido amplio, también de “sanar” a sus niños), funciones delegadas en profesionales y centros privados, que pasan a formar parte del libre ejercicio de su paternidad (más allá de los límites impuestos por la praxis de los profesionales implicados y de los que definen una situación de riesgo o posible desamparo a que puede verse abocado un niño o adolescente por las actuaciones de sus familias).

Por tanto, un problema para la garantía de derechos es concebir que el tratamiento de tipo ambulatorio y también el ingreso en un centro terapéutico de un niño o adolescente es una decisión que hay que respetar dentro del ámbito privado. El propio Código Civil catalán, en el artículo 236.17, apartado segundo, indica que los progenitores determinan el lugar o los lugares donde viven los hijos y, de una forma suficientemente motivada, pueden decidir que residan en un lugar diferente al domicilio familiar.

■ La falta de recursos terapéuticos residenciales públicos causa disfunciones en el sistema por razones de financiación

Como contrapeso, hay algunos niños y adolescentes que, de acuerdo con el criterio médico o de las familias, con diagnosis clara o sin ella, detectan que el problema de su

hijo o hija debe tratarse en un centro residencial terapéutico, pero no disponen de recursos económicos para financiar su ingreso y tratamiento en un centro privado.

Además de las carencias en cuanto a restricciones y supervisión de estos centros mencionados en el punto anterior, algunas familias que no pueden acceder a estos recursos, que consideran que son necesarios para su hijo o hija, claudican y ceden la guarda y custodia a la Administración, a pesar de que el sistema de protección a la infancia y la adolescencia no detecte una situación de desamparo previo, para acceder a un recurso público del sistema de protección.

Se trata de una situación de desamparo de facto, dado que si los progenitores de aquel niño o adolescente piden el ingreso de su hijo o hija en un centro terapéutico y la separación del núcleo familiar, esto puede indicar que a la práctica se produce una situación de claudicación en las funciones parentales –y, por tanto, de desamparo material– que debe ser atendida por el sistema de protección. No obstante, como se ha señalado, si esta misma familia dispone de recursos económicos, puede decidir ingresar su hijo o hija en un centro o someterlo a un tratamiento terapéutico manteniendo su guarda y custodia, sin que se considere que se encuentra en una situación de riesgo o desamparo que tenga que atender el sistema de protección.

Así, una misma situación puede ser atendida por el sistema de protección, lo que implica la tutela de un niño o adolescente por parte de la Administración, o puede ser atendida en un centro terapéutico privado financiado por la familia, que mantiene las plenas atribuciones parentales si puede pagar el recurso.

Otra forma de poder acceder a este tipo de recursos privados es a través del uso del seguro escolar, que, actualmente, cubre este tipo de tratamientos en un 70%.

La reciente decisión del Gobierno del Estado de privatizar el seguro escolar de forma que se rescinda la colaboración del INSS con algunos de los centros que proporcionan tratamientos relacionados con la salud mental, y en concreto centros terapéuticos privados que pueden financiarse a través de la cobertura del seguro, ha provocado mucha desazón entre las familias que han optado por esta vía y entre los centros mencionados hasta el punto que se ha paralizado la medida prevista.

Aun así, el seguro escolar no está esencialmente prevista ni concebida para financiar principalmente tratamientos y centros privados que ofrecen tratamientos psicológicos o psiquiátricos de este tipo.

Así pues, a la práctica se producen disfunciones en la utilización del sistema de protección a la infancia y adolescencia y el seguro escolar obligatorio para financiar el tratamiento de adolescentes en centros terapéuticos privados.

■ **Hay hechos especialmente traumáticos en la vida de un niño o adolescente que, si no se tratan adecuadamente, pueden generar problemas de salud mental**

A pesar de que una buena salud mental debe permitir gestionar las adversidades de la vida y ganar en resiliencia, también es cierto que existen determinados hechos en la vida de una persona, y en especial durante la infancia y adolescencia, que pueden resultar especialmente traumáticos y que pueden requerir un esfuerzo y un trabajo para que no desemboquen en un problema o patología de la salud mental.

Así, hay determinados hechos como el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato psicológico, la negligencia parental, la muerte parental, el acoso o el abandono, respecto de los cuales, por su gravedad y por haberlos sufrido durante la infancia o la adolescencia, existe un consenso generalizado de que pueden suponer una mayor

dificultad en la gestión de los sentimientos que generan y pueden desencadenar un problema de salud mental, si no se tratan y se integran adecuadamente.

Lejos de estigmatizar a un niño o adolescente por haber sufrido una de estas situaciones, de las cuales es víctima, es necesario que se considere esta especial dificultad con que puede haberse encontrado este niño o adolescente en la vida, para que se le garantice un apoyo y un acompañamiento especiales en la evaluación de la situación y en su recuperación emocional y psicológica.

■ La estigmatización de la salud mental

Por último, y de forma transversal, la estigmatización que rodea cualquier tratamiento relacionado con la salud mental no ayuda a acceder a los recursos que pueden necesitar los niños y adolescentes para garantizar su derecho al máximo nivel de salud mental posible.

Los problemas de salud mental afectan a una parte muy importante de la población, incluida la población infantojuvenil, y a menudo estas necesidades se ocultan por temor al rechazo social.

El hecho de que la detección y el tratamiento impliquen estigmatización dificulta el trabajo preventivo que puede hacerse de los problemas y la garantía del derecho. Son las propias familias y las propias personas afectadas las que tienden a evitar acceder a los recursos existentes en fases más leves o preventivas y demoran la demanda a fases más avanzadas de los problemas por este motivo.

De esta forma, el problema, lejos de resolverse, tiende a magnificarse y se vulneran los derechos de los niños afectados al mayor nivel de salud posible.

III. CONSIDERACIONES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL EN CATALUÑA Y LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

El bienestar psico-social es fundamental para el desarrollo infantil con gran implicación en la transición a la vida adulta. Los problemas de salud mental que pueden sufrir niños y adolescentes representan un gran obstáculo para este desarrollo, al mismo tiempo que la adecuada atención y provisión de los servicios y recursos necesarios para garantizarla representa el cumplimiento del derecho a la salud y al máximo desarrollo de un niño o adolescente.

Para garantizar el derecho a la promoción, prevención y protección de la salud mental y la atención sanitaria, la red pública se dota de un conjunto de recursos que no prevén de forma suficiente las necesidades de servicios de apoyo familiar y de parentalidad positiva (de apoyo a la crianza con un enfoque psico-social y de educación emocional, más que clínico o patológico) que permitan proveer a las familias de herramientas para atender las dificultades y necesidades de los niños a lo largo de su crecimiento.

Los servicios asistenciales especializados en salud mental propiamente están saturados y atienden los trastornos mentales más graves, a pesar de que a menudo con menor intensidad de la que requerirían y con un tratamiento más farmacológico que terapéutico. Esta saturación afecta tanto a los centros de salud mental infantil y juvenil como a los servicios de hospitalización psiquiátrica que atienden crisis más agudas, y deja fuera los casos menos graves que también requerirían tratamiento y el acompañamiento social necesario de los pacientes.

La probabilidad de sufrir un trastorno mental en Cataluña está relacionada directamente con el entorno socioeconómico en que se desarrolle un niño o adolescente. La crisis económica ha provocado un incremento de trastornos de salud mental entre la población infantil y juvenil, especialmente dentro del segmento de población menos favorecida. A este factor de iniquidad, se añade la dificultad de estas familias de acceder a recursos alternativos fuera de la red pública que, como se ha señalado, está saturada y no proporciona la atención suficiente y adecuada que requieren muchos niños y adolescentes.

La red pública de salud y la red de servicios sociales no cubren ni servicios residenciales de comunidad terapéutica para niños y adolescentes menores de dieciocho años drogodependientes ni servicios residenciales para niños y adolescentes menores de dieciocho años con discapacidad intelectual o física, a menudo asociados a trastornos de conducta, ni tampoco servicios residenciales de tipo educativo terapéutico para niños y adolescentes con problemática derivada de salud mental, que también pueden concurrir con trastorno de conducta.

Se parte de la asunción de que un niño o adolescente, independientemente de la problemática que pueda sufrir, y mientras no haya sido desamparado por encontrarse en situación de desprotección grave, causada por la negligencia, la desatención, el abandono, el maltrato u otras circunstancias que denoten una falta de protección efectiva del niño y que requieran la separación del núcleo familiar, tendría que continuar conviviendo con su familia, con los apoyos que sean necesarios para atender las necesidades que presente.

El ingreso en un centro terapéutico residencial para atender una problemática de conducta, drogodependencia, salud mental, discapacidad de un niño o adolescente, pedido por la familia, sin la declaración de desamparo, se efectúa a menudo en centros privados sin la supervisión ni el control de la Administración.

Es necesario que la medida de separación del núcleo familiar e ingreso en centro se valore como necesaria de acuerdo con el interés superior de este niño o adolescente, después de haber agotado otras opciones de tratamiento y protección. En caso de que así se valore, es preciso que se lleve a cabo primando los derechos del niño o adolescente afectado.

Carecen opciones alternativas de protección a través de la provisión de recursos de apoyo y seguimiento social de tratamientos de salud mental y de drogodependencia, por ejemplo, así como de trastornos de conducta que pueden manifestarse en la adolescencia, adaptados a las necesidades existentes de los adolescentes que puedan necesitarlo.

Actualmente, los centros terapéuticos residenciales que funcionan para atender problemática de salud mental y consumo dirigidos a niños y adolescentes en Cataluña son privados y están incluidos en el Registro oficial de centros sociosanitarios, autorizados por la Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria del Departamento de Salud. Este registro es compartido con el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia.

El Decreto 92/2002, de 5 de marzo, que establece la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y fija las normas de autorización, no determina diferenciación alguna por edad ni previsiones específicas para niños y adolescentes, y la inspección y supervisión que realiza el Departamento de Salud no es suficiente y se efectúa en todo caso sobre los requisitos que prevé esta normativa, que no tienen en cuenta los derechos de los niños residentes.

La demanda de provisión de este tipo de recursos residenciales terapéuticos (para adolescentes principalmente) a menudo se cubre desde el ámbito privado, sin control y supervisión sobre las condiciones de ingreso, de permanencia y de funcionamiento de los centros para garantizar los derechos de los niños y adolescentes ingresados.

Las familias que no pueden sufragar el elevado coste que suponen estos recursos intentan acceder a través de la financiación que les aporta la cobertura del seguro escolar obligatoria, que se limita a alumnos a partir del tercer curso de ESO, no cubre la totalidad del servicio e implica una limitación en la duración del tratamiento. Otras familias recurren a la cesión de la guarda o tutela de su hijo o hija a la Administración para que ésta cubra el coste económico del recurso.

El sistema de protección a la infancia y adolescencia que ha tenido que ser tutelada por la Administración por encontrarse en una situación de desamparo dispone de medidas residenciales específicas para atender a los niños y adolescentes que requieren una atención especializada por razón de salud mental, discapacidad, trastorno de conducta y/o consumo, ya sea a través de centros propios o del concierto de plazas en centros privados.

Dentro del sistema de protección se prevén los centros residenciales de educación intensiva, que dan respuesta a necesidades educativas y asistenciales específicas de adolescentes y jóvenes con alteraciones conductuales, pero que no presentan enfermedades mentales o trastornos mentales que requieran tratamiento específico de los servicios competentes en salud mental o de atención a personas con discapacidad.

El sistema de protección a la infancia y adolescencia provee de los recursos necesarios a un niño o adolescente que se encuentra en una situación de desamparo, que implica principalmente haber sufrido abandono, negligencia o maltrato por parte de su familia, de forma que el niño o adolescente no puede desarrollarse de forma adecuada.

Aun así, la Administración tiene el deber de proporcionar los recursos y servicios que tenga al alcance para poder acompañar y dar apoyo en la responsabilidad principal de crianza y desarrollo que tienen las familias sobre los niños. Una falta de recursos materiales y de servicios que la Administración tiene el deber de garantizar no puede suponer el desamparo de un niño o adolescente en familias que se consideran protectoras.

La tutela o guarda de un niño o adolescente para que pueda acceder a un recurso residencial, en caso de que se valore imprescindible para atender unas necesidades específicas, ya sea por un trastorno de conducta, un problema de salud mental, una discapacidad o el tratamiento de la drogodependencia, es un instrumento inadecuado y en fraude de ley porque el sistema de protección a la infancia y adolescencia asume una situación que no se ajusta a la finalidad para la que está previsto.

Los centros existentes actualmente en el ámbito privado, que atienden principalmente a adolescentes con problemas de conducta, salud mental y/o adicciones, no están sujetos a la regulación ni a la supervisión e inspección que requerirían estos centros que atienden y tratan personas menores de edad. En este sentido, en las visitas que ha realizado el Síndic a los centros actualmente en funcionamiento, en el marco del Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura, se han detectado carencias en las instalaciones y también vulneraciones de derechos, sobre todo en el trato y en las medidas correctoras y disciplinarias que se aplican.

Por otra parte, los niños y adolescentes que han sido desamparados, de entrada, solo por haber tenido que ser separados del núcleo familiar y por haber vivido la situación que ha conllevado su desamparo, requieren un acompañamiento especial que les permita recuperarse física y psicológicamente de las adversidades sufridas, para

preservar su salud mental en el presente y en el futuro. Es necesario que el sistema de protección garantice que este niño o adolescente pueda disponer de un profesional de referencia que le permita recuperar el vínculo dañado, evitando la rotación de profesionales y formándolos adecuadamente a tal fin, así como atendiendo a las dificultades expresadas por el colectivo de educadores sociales de este ámbito.

La mayor parte de adolescentes que actualmente ocupan centros residenciales para adolescentes con problemas de salud mental, trastorno de conducta y consumo sean adolescentes tutelados o adoptados pone de manifiesto que el acompañamiento en la recuperación emocional de niños y adolescentes que han sufrido una fuerte adversidad durante la infancia, como un abandono o un desamparo, no es suficiente para garantizar en todos los casos su recuperación.

El sistema de protección a la infancia y adolescencia actualmente tiene dificultades para proveer de recursos adecuados las necesidades que presentan los adolescentes tutelados, que, por otra parte, son mayoría en el sistema. La complejidad de cambios que se presentan en la adolescencia genera necesidades de intervención diferenciadas que la Administración no ha sabido resolver hasta ahora, lo que genera muy poca afección al sistema, huidas continuas de los centros y exposición a situaciones de riesgo.

El hecho de que dentro del sistema de protección se haya extendido una red de centros que prevén medidas de seguridad y restricción de libertades o derechos fundamentales de adolescentes con problemas de conducta indica claramente que el peso de la atención de los adolescentes que manifiestan malestar en forma de conducta disruptiva ha recaído en el sistema de protección a la infancia, un modelo del que los sistemas de salud, de educación e incluso de integración social en el ámbito de la discapacidad se mantienen prácticamente al margen. La falta de recursos residenciales específicos del sistema sanitario, salud mental y de discapacidad provoca que algunos niños y adolescentes estén atendidos en centros específicos para menores con problemas de conducta, a pesar de que existe una restricción en el ingreso de menores con enfermedades y trastornos mentales que requieren tratamiento específico de salud mental o discapacidad.

La subsidiariedad en la utilización de este tipo de recursos (centros de educación intensiva) resulta difícilmente objetivable, dada la debilidad de los dispositivos de tipo ambulatorio (salud, educación y servicios sociales), la ausencia de otros recursos residenciales de corta y media estancia en los sistemas sanitarios y educativo, e incluso la falta de centros de acogida funcionales del mismo sistema de protección.

La valoración de conductas disruptivas o disociales recurrentes, transgresoras de las normas sociales y los derechos de terceros, es la manifestación externa más fácil de comprobar, pero es difícil determinar sus causas y el tipo de respuesta más eficiente para realizar el abordaje.

La clasificación de recursos específicos existentes y la dependencia funcional de una administración u otra (DGAIA, Dirección de Protección Social o Servicio Catalán de Salud) condicionan la propuesta de recurso más adecuada a las necesidades de cada persona, que a menudo no responde claramente a esta clasificación. Así, existe una cierta confusión, que se manifiesta en la pluralidad de diagnósticos clínicos que presentan los niños y adolescentes ingresados en cada uno de los centros y recursos existentes, en la categorización e indicación proporcionada a cada caso (discapacidad, salud mental, consumo o trastorno de conducta), así como en el tratamiento que reciben.

Paralelamente, dentro de la comunidad científica, y en el ámbito de salud mental, existe una fuerte controversia en cuanto a las diferentes diagnósticos que afectan especialmente

a los trastornos de conducta y la adolescencia, que algunos categorizan como patología de salud mental y otros, no, y que, dependiendo de la aproximación, implican tratamiento clínico y farmacológico o bien un abordaje de la recuperación emocional y no desde la patología.

Por otra parte, la drogodependencia se trata desde el ámbito de salud sin atender las especificidades del hecho de ser niño o adolescente, y la atención residencial de la discapacidad se prevé en la Cartera de servicios sociales solo para adultos, cuando sobre todo algunos adolescentes y sus familias también requieren este servicio porque su atención en el ámbito convivencial familiar es muy dificultosa.

Por último, los recursos existentes en el ámbito de protección, ya de entrada escasos y con la confusión de diagnósticos y tratamientos indicados, en ocasiones son ocupados por adultos que no han sido incapacitados judicialmente cuando llegan a la mayoría de edad, por los déficits de coordinación y de gestión del proceso de transición a la vida adulta que presenta el sistema de protección, junto con las dificultades de provisión de recurso adecuado por parte del sistema de protección social.

IV. ALGUNOS ITINERARIOS DE ADOLESCENTES INGRESADOS EN CENTROS RESIDENCIALES TERAPÉUTICOS

El Síndic fundamenta sus informes monográficos en la constatación, principalmente a través de las quejas concretas presentadas por algunas personas, de problemas que afectan al conjunto de la ciudadanía.

En este caso, son varias las quejas presentadas en la institución expresando el malestar y la confusión que viven familias, personal educador y principalmente adolescentes, que manifiestan la necesidad de un recurso residencial de tipo terapéutico, de acompañamiento y de contención donde se vean protegidos y desde donde se les pueda garantizar la salud y el bienestar necesario para su desarrollo y su integridad física y emocional.

A continuación, se exponen algunos ejemplos extraídos del informe, que evidencian la variabilidad y la confusión de diagnósticos, la dificultad de encaje con los recursos y las respuestas dadas por la Administración en cada uno de los estadios de cada itinerario personal.

2484/2016:

Chica de diecisiete años en acogimiento familiar desde el 2005 y permanente desde el 2011. Se indica que ha protagonizado un intento de suicidio y otras conductas autolíticas. En el año 2015 finaliza la medida de acogimiento familiar “por imposibilidad de control”, según relata la familia que presenta la queja (consumo, absentismo, agresividad).

Se aporta un informe psicológico privado que indica que los trastornos de conducta se deben a problemas de estrés traumático de tipo complejo, temprano y acumulativo, y que es necesaria una intervención de acompañamiento intensivo en la familia de acogida.

Una vez finalizado el acogimiento familiar, en el año 2015, la chica ingresa en un piso de autonomía y la EAIA hace una propuesta de ingreso en centro terapéutico, aunque que se señala que será difícil por la proximidad de la chica a la mayoría de edad. En el mes de junio 2016 la DGAIA manifiesta que la Comisión de acogimientos terapéuticos y educativos ha validado propuesta de ingreso en centro terapéutico en marzo de 2016 y que queda en espera de asignación de recurso. En junio 2016 la noia ingresa en un centro terapéutico privado.

7586/2016:

Chico de trece años que sufre trastorno de conducta alimentaria. La familia expone que el chico es atendido en el CSMIJ de referencia durante dos años y se agrava su problemática de salud.

La familia requiere un tratamiento más intensivo. El Departamento de Salud indica que la evolución del estado de salud del chico durante el tratamiento al CSMIJ no es del todo favorable, pero descarta el ingreso en el hospital de día por la edad del chico, no por la indicación de un tratamiento más intensivo, que sí valida.

La familia opta por ingresar al chico en un centro residencial terapéutico privado y el chico, después del tratamiento recibido y según expone la familia, mejora notablemente. Al no poder acogerse al seguro escolar obligatorio por razón de edad, se orienta a la familia a pedir el resarcimiento y la financiación del recurso al Departamento de Salud a través del procedimiento administrativo regulado en la Instrucción 3/2016, del Servicio Catalán de Salud, que se ampara en el artículo 5 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS), derogado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la Cartera de servicios comunes del SNS.

9384/2016:

Chica de trece años diagnosticada con trastorno adaptativo, alteración mixta en las emociones y el comportamiento, con ingresos psiquiátricos. La familia pide que la Administración asuma su guarda para proporcionarle recurso terapéutico adecuado, a pesar de que se valora como una familia “protectora”.

En el mes de febrero de 2016 la Administración asume la guarda de la chica y se acuerda el ingreso para un período de seis meses en un CREI. Durante su estancia en el centro, la familia expone que la chica sufre abusos sexuales, consume drogas y se escapa constantemente. Reclaman un recurso terapéutico y no un CREI.

Ante la evolución desfavorable, en noviembre de 2016 el EAIA solicita que se valore otro recurso terapéutico, a pesar de que el diagnóstico no es claro.

En el mes de diciembre de 2016 la familia reclama asumir de nuevo la guarda para llevarla a un recurso privado en Sabadell y, si no funciona, volver a su país de origen, Bolivia. La DGAIA valida la propuesta y se desconoce la evolución de la chica.

En el año 2017 la chica es derivada a un Hospital de Día después de una larga estancia de hospitalización total en psiquiatría y cuatro meses en la UCA. Por último, ingresa durante ocho meses en un centro terapéutico privado con financiación de servicios sociales.

Actualmente, la chica realiza seguimiento en el CSMIJ, continúa en el domicilio familiar y en absentismo escolar.

4450/2016:

Chica de trece años que es derivada a los servicios de salud mental por trastorno adaptativo con trastorno mixto del comportamiento y las emociones y consumo de cannabis. La familia, ante la problemática de conducta (expulsiones de los centros escolares, intervención de Mossos y de servicios sociales, etc.), decide ingresar a la chica en un centro residencial terapéutico el 4 de noviembre de 2013, que el CSMIJ de referencia valora “adecuado a la problemática de la paciente”.

El día 2 de noviembre de 2014 es ingresada en un centro de la misma entidad. El 30 de junio de 2015 es dada de alta con seguimiento ambulatorio por parte de la misma entidad.

En fecha 17 de febrero de 2016 la madre solicita a la DGAIA la guarda protectora de la chica para poder dar cobertura económica al proceso terapéutico, dado que se ha agotado la cobertura proporcionada por el seguro escolar que permitía sufragar el gasto.

En fecha 14 de marzo de 2016 se resuelve denegar la guarda, a pesar de que en la resolución de la DGAIA se indica que los informes psicológicos y psiquiátricos aportados indican el tratamiento que se procura en el ámbito privado, pero la responsabilidad de la cobertura es del Departamento de Salud. Por su parte, el Departamento de Salud indica que la familia se dirija a CatSalut para valorar de nuevo la situación de la chica, pero se le indica que no puede cubrirse el coste del tratamiento privado.

7370/2016:

Chica de quince años con graves problemas de conducta y consumo.

El día 18 de enero de 2016 se declara su desamparo por conductas disruptivas (consumo, robos, pernoctas fuera del domicilio sin consentimiento) que la ponen en situación de riesgo continuo, sin capacidad de la familia para contenerla. Se ingresa a la chica en un centro de acogida.

Desde su ingreso, la chica protagoniza huidas continuas, y no es posible realizar ningún tratamiento ni intervención en el centro ni tampoco un estudio y una propuesta de medida adecuada.

En fecha 7 de septiembre de 2016 la madre decide ingresar a la adolescente en un centro terapéutico privado asumiendo su coste. La DGAIA indica que este hecho demuestra la capacidad protectora de la madre y cesa en sus funciones tutelares el día 16 de septiembre de 2016.

La madre presenta queja porque no puede asumir el coste del centro, y el Síndic se dirige a la Administración para que vuelva a valorar a la situación de la chica y la provea de un recurso residencial terapéutico intensivo para garantizar su bienestar. El día 10 de mayo de 2017 se emite una resolución de guarda administrativa y la chica ingresa en un centro terapéutico.

5571/2017:

Chica de dieciséis años que desde los doce presenta conductas de riesgo (consumo de tóxicos, denuncias por agresiones, intentos de autolisis). La familia pide la protección de la chica y el ingreso en un centro terapéutico.

En fecha 10 de abril de 2014 se abre expediente de riesgo, en fecha 7 de mayo de 2015 se propone ingreso en CREI, pero la DGAIA informa en diciembre de 2015 que se han producido cambios familiares que posibilitan el trabajo con la familia. En fecha 9 de mayo de 2017 el EAIA vuelve a efectuar propuesta de desamparo e ingreso en un CREI.

El día 14 de julio de 2017 el caso se presenta en la Comisión de acogimiento terapéutico de la DGAIA y el mismo día el EAIA emite un comunicado que ratifica la medida, pero existe una dificultad de emitir un informe psicológico que valide la propuesta porque la chica está huida.

Dada la gravedad del caso, igualmente se propone su ingreso en un CREI en septiembre de 2017, pero en el mes de enero de 2018 aún está pendiente de valoración por parte de todos los profesionales implicados (servicios de territorio, policía local, etc.), dada la falta de colaboración de la chica.

Actualmente, de acuerdo con la última información obtenida, la chica ha cumplido los dieciocho años, se indica que parece que está sufriendo una situación de violencia de género y adicción a tóxicos, no sigue ningún tratamiento y vive sola en el domicilio de los tíos maternos, que relatan que han marchado por el alto grado de conflictividad y agresividad.

6098/2016:

Niña de catorce años que se expone a situaciones de riesgo grave, consumo tóxico, relaciones sexuales de riesgo, agresiones, amenazas. La familia solicita intervención de servicios sociales y la DGAIA asume su tutela.

La chica ingresa en un centro de acogimiento el 4 de marzo de 2016 y, según el propio informe del centro, la chica inicia una escalada de conductas de riesgo (huidas, conductas sexuales de riesgo, consumo agudo de tóxicos, agresividad) e incrementa la exposición a situaciones de peligro hacia ella y terceros.

El 11 de abril de 2016 se efectúa una propuesta de ingreso en CREI, que se modifica posteriormente por la de un centro terapéutico. En fecha 1 de septiembre de 2016 la chica ingresa por vía de urgencia en un centro. La chica hace una buena adaptación, pero se escapa dos veces: una primera es trasladada de nuevo al centro y la segunda, al domicilio familiar. Desde el 10 de abril de 2017 se ha propuesto el retorno de las funciones tutelares a la familia para continuar la intervención en el núcleo familiar a través de un compromiso socioeducativo.

9554/2015:

Chico de catorce años con conductas disruptivas, agresiones y consumo de tóxicos de dos años de evolución. Ha sufrido acoso escolar.

La familia solicita que se ingrese el chico en centro terapéutico y expresa su malestar porque no puede cubrir económicamente el tratamiento, dado que aún no cursa tercero de ESO y no hay cobertura del seguro sanitario obligatorio.

Por último, el chico ingresa en un centro terapéutico privado y está dos años en tratamiento, que la familia y el chico valoran muy positivamente para su evolución. También indican que no hay centros distribuidos en el territorio y que este hecho dificulta las visitas de las familias que viven lejos, como es su caso.

4501/2015:

Chica de quince años tutelados por la DGAIA desde septiembre de 2014 a petición de la madre, puesto que la chica se escapaba constantemente, consumía drogas y presentaba situaciones de exposición constante al riesgo.

La chica ingresa en un centro de acogida y después en un centro terapéutico en el mes de diciembre de 2014. La chica se escapa constantemente y la familia dice que está viviendo con un hombre de veintiséis años, líder de una banda latina. Se propone un CREI, pero no ingresa en él.

En el mes de mayo de 2016 se valora que la chica “no ha podido aprovechar” el recurso terapéutico, pero se la mantiene en situación de desamparo. El recurso más adecuado es un CRAE, pero tampoco ingresa en un CRAE dada la falta de aceptación de la chica. Se propone el retorno de las funciones tutelares y trabajo desde el territorio con coordinación con Departamento de Salud, a pesar de que la constatación de situación de desprotección y falta de herramientas adecuadas. Se finaliza la intervención de la DGAIA cuando llega a la mayoría de edad, a pesar de que la situación de desprotección persiste.

1707/2016:

Chico de diecisiete años con diferentes diagnósticos médicos (trastorno bipolar, trastorno general del desarrollo, esquizofrenia y psicosis grave). Desde los doce años, dada la imposibilidad manifiesta de la familia adoptiva para contenerlo en el domicilio familiar, se cede su guarda a la DGAIA, que mantiene su tutela para facilitar el ingreso del chico en un CREI.

La Fiscalía de Menores insta a cambiar al chico de centro porque se pone en peligro a él mismo y a terceros. La DGAIA indica que no es posible el ingreso en un CREI por la enfermedad mental del chico. La evolución del chico en un centro es negativa dada la enfermedad mental grave que sufre. La DGAIA expone que desconoce el recurso más adecuado, a parte de los ingresos a la UCA y una posible incapacitación al cumplir la mayoría de edad.

Por último, el chico ingresa en un centro de justicia juvenil (dados los delitos cometidos) donde hay una unidad psiquiátrica para internos con salud mental y se opta por tramitar su incapacitación y buscar el recurso más adecuado a la mayoría de edad.

5099/2015:

Chica ingresada en un CREI que alcanza la mayoría edad y cursa el alta voluntaria del centro mientras se tramita su incapacitación, a pesar de la situación de riesgo a que se expone dada su discapacidad y que el retorno al domicilio familiar no garantiza su seguridad ni bienestar.

El juzgado que tramita la incapacitación dicta medidas cautelares para que la chica permanezca en el centro y la DGAIA manifiesta que no las puede hacer efectivas. La chica hace un intento de autolisis. Por último, se resuelve la curatela de la chica.

5443/2018:

Denuncia de un hospital sobre un chico de catorce años ingresado desde hace más de un mes por problemas conductuales de auto y heteroagresividad grave. En el hospital se le aplica contención mecánica completa durante todo el tiempo en que está ingresado, lo que le causa iatrogenia, y se le suministra medicación contra la ulceración.

Indican que no se trata de un caso de patología psiquiátrica clara y que no está indicada hospitalización ni medicación efectiva. El chico ha pasado por varios recursos anteriormente y, por último, ha sido derivado de una unidad terapéutica. Durante todo este tiempo (siete años de tutela) ha sido ingresado en varias ocasiones en la unidad de psiquiatría.

Se aborda la posibilidad de que, aun vez tramitada una posible denuncia por agresiones al personal sanitario, se le pueda derivar a un recurso de justicia juvenil, que se considera más adecuado dado el régimen cerrado. Por último, ingresa en un centro terapéutico.

9280/2017:

Chico de catorce años diagnosticado con trastorno de espectro autista. Presenta queja por falta de escolarización inclusiva.

Se le ingresa en la UCA por alteraciones conductuales, posteriormente se revisa el dictamen de discapacidad y se le indica un recurso residencial para discapacidades intelectuales.

Dada la falta de disponibilidad de este recurso para su edad, se alarga el período de estancia en la UCA. La madre asegura que quiere acceder a la unidad terapéutica Acompaña'm (Acompañame), que le han manifestado que sería indicada para su hijo, caso en que no perdería su tutela, como sí pasa en otros recursos. Por último, el chico ingresa en una residencia.

7434/2018:

Chica de diecisiete años diagnosticados de TDAH con discapacidad reconocida del 33%. Trastorno adaptativo y agresivo. Ingresada en una unitat psiquiàtrica.

La madre manifiesta que no puede sostener la convivencia con la chica. A requerimiento de la madre, los servicios sociales declaran su desamparo, pero en poco tiempo alcanza la mayoría de edad y no puede establecerse ninguna medida de protección.

3391/2018:

Chico de diecisiete años ingresado primero en centros de justicia juvenil, después de haber sido denunciado por violencia intrafamiliar.

La madre aporta un historial clínico con heterogeneidad de diagnósticos desde la primera infancia (TOC, TDAH, depresión) y tratamientos farmacológicos indicados con escasa adherencia y efectividad.

El equipo clínico que interviene en el caso descarta la presencia de un trastorno mental severo en el caso del chico y considera que presenta rasgos obsesivos de personalidad que suele autogestionar de forma adecuada, pero que presenta un trastorno de conducta que sí podría afectar su vida en el futuro.

El equipo de medio abierto pide realizar un seguimiento por relación tóxica de dependencia con la madre una vez cumple con la mayoría de edad, que la familia indica que no puede hacer.

V. RECOMENDACIONES

En referencia a la garantía del respeto de los derechos en el internamiento en un centro residencial terapéutico de un niño o adolescente:

1) Garantizar los derechos de los niños en la propuesta de ingreso en centro residencial terapéutico. El interés superior del niño

- a) Crear una comisión interdepartamental (Justicia Juvenil, Salud, Protección a la Infancia y la Adolescencia y Protección Social) para que, de acuerdo con los estudios y las evaluaciones realizadas respecto de los recursos existentes, puedan valorarse y abordarse las dificultades de atención a los niños, y especialmente a los adolescentes que requieren una atención residencial especializada, con las garantías de respeto a sus derechos y primando su interés superior.
- b) Regular y supervisar que todo internamiento residencial de un niño y adolescente en un centro especializado cumpla con los siguientes requisitos:

Última ratio y mínimo tiempo indispensable

De acuerdo con el interés superior del adolescente, es necesario evaluar si la existencia de este tipo de recurso es idóneo y necesario, siempre preservando la garantía de derechos y una vez agotadas todas las opciones alternativas disponibles, como programas de acompañamiento terapéutico y socioeducativo a domicilio de mayor intensidad que los existentes actualmente.

- Evaluar los resultados de la ampliación de los planes de servicios individualizados (PSI) a personas menores de dieciocho años dirigidos a adolescentes que presentan problemas de seguimiento y tratamiento en su medio habitual, y prever su ampliación en caso de que los resultados sean positivos, o de otros programas similares de trabajo terapéutico en el medio habitual como vía alternativa al ingreso residencial.
- Valorar y recoger en la propuesta de ingreso todos los recursos de acompañamiento social y familiar que se han puesto en marcha junto con su evaluación, para garantizar que el internamiento residencial, y la restricción de libertades del niño y adolescente que conlleva, es el último recurso posible para garantizar su bienestar y su derecho a la salud al mayor nivel posible.

Consentimiento informado de los tratamientos médicos y edad mínima

En todo caso, debe ser personal facultativo médico autorizado, y no personal educador, quien recete los medicamentos sujetos a prescripción médica administrados y quien realice su seguimiento y correcta administración.

Los tratamientos deben ser prescritos por personal facultativo, pero también tienen que contar con el consentimiento informado de los adolescentes y niños maduros, y en todo caso de los mayores de dieciséis años, debiendo estar sujetos a criterios de supervisión, particularmente en el caso de tratamientos farmacológicos, en cuanto a posología y administración, control de la evolución y detección de posibles efectos adversos.

- Hay que respetar el derecho de escucha del niño y adolescente en cuanto a los tratamientos y las intervenciones de tipo sanitario que el personal facultativo responsable considere que se le tienen que aplicar en su beneficio.

- Es necesario supervisar si existen mecanismos fidedignos para evaluar la capacidad natural del niño o adolescente para ejercer los derechos personalísimos de que es titular, incluidos los que tienen que ver con las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo en referencia a su salud mental.
- Hay que adaptar la información que se proporciona a los pacientes menores de dieciocho años a su inteligibilidad para que el consentimiento informado sea válido y pueda garantizarse de forma efectiva su derecho a la escucha.

Autorización judicial y evaluación forense

La opción más garantista para el adolescente que tiene que ser ingresado en un centro socioeducativo o terapéutico, independientemente de que esté o no tutelado, si este recurso supone la separación del adolescente de su medio y la aplicación de medidas de restricción o limitación de su libertad, es exigir la autorización judicial para el ingreso, que deberá basarse en el parte médico o de evaluación psicológica que acompañe la solicitud y que acredite la necesidad de este ingreso de acuerdo con el interés superior del niño. Esta decisión deberá revisarse en los plazos establecidos para garantizar también la proporcionalidad de la medida y su continuidad en el tiempo.

La evaluación forense debe permitir que la autorización judicial no sea una mera regularización del ingreso, sino que debe ser un informe adecuado y completo que sirva de apoyo objetivable y que los órganos judiciales deben examinar de forma crítica.

- Es necesario exigir la autorización judicial y la evaluación psicológica o facultativa de todo adolescente que deba ser ingresado en un CREI, así como en un centro sociosanitario o terapéutico que implique medidas restrictivas o limitadoras de la libertad, también en los casos en que el niño o adolescente no dependa del sistema de protección a la infancia y adolescencia.
- Esta evaluación debe ser validada por una comisión de profesionales que garanticen un enfoque interdisciplinario y desde diferentes orientaciones.

Supervisión y control

Las carencias detectadas en las visitas a los centros existentes exigen que se regule de forma clara y detallada el régimen de funcionamiento de los centros y los derechos de los niños y adolescentes ingresados, y que la inspección y supervisión de los centros se realice de forma periódica, incluyendo entrevistas con los adolescentes ingresados y los profesionales, y revisiones exhaustivas de los registros de medicación y contención aplicada.

- Hay que extender el ámbito de aplicación de la Directriz 3/2017, de 8 de mayo, de la DGAIA, sobre seguimiento de centros y los indicadores sobre infraestructura y materiales, equipo educativo, niños y adolescentes y documentación, a todos los centros residenciales en que haya niños y adolescentes ingresados.
- Es necesario regular los derechos y deberes de los niños y adolescentes ingresados en los centros residenciales actualmente existentes que desempeñan funciones terapéuticas y educativas, las ratios de profesionales, los requisitos de ingreso y la atención especializada a niños y adolescentes, así como las garantías en el establecimiento de medidas de contención, de tratamiento y educativas previstas, sin que puedan preverse sanciones que impliquen restricciones al derecho de comunicación y relación con compañeros y familiares ni al derecho a la educación ni a la dignidad, de

acuerdo con el interés superior del adolescente y la finalidad educativa que deben perseguir las medidas.

- Hay que comprobar y supervisar el proyecto educativo específico y la programación pedagógica individual como presupuesto de las medidas de seguridad y el régimen disciplinario.
- La supervisión y el control debe incluir la escucha de los profesionales y, sobre todo, de los niños y adolescentes ingresados en los centros (entrevistas con los chicos y chicas ingresadas, revisión de los planes terapéuticos y de medicación, el régimen disciplinario y la imposición de sanciones, protocolos de contenciones, ratios de profesionales, etc.).
- Debe establecerse una periodicidad de inspecciones frecuentes en los centros que permita supervisar y controlar su funcionamiento de forma adecuada.
- Es necesario que el personal médico del sistema público de salud revise las medicaciones suministradas y el uso para el cual están prescritas, evitando la administración de antipsicóticos sin patología psicótica contrastada. Es precisa una revisión periódica del registro de contenciones que incluya el motivo, la medicación suministrada con parte médico y la prescripción farmacológica.
- Es preciso llevar a cabo supervisión e inspecciones periódicas también de centros sociosanitarios en que haya adultos, especialmente de la atención diferenciada de los niños y adolescentes que puedan estar ingresados.
- Hay que revisar la formación de los profesionales en la práctica de contenciones y supervisión de los equipos profesionales, así como la aplicación de las recomendaciones de las evaluaciones de la prevención de riesgos laborales y psicosociales.
- De acuerdo con el interés superior del niño y la función del personal educador como garante de los derechos de los niños residentes en centros bajo la tutela de la Administración, este personal debería estar protegido en esta acción de denuncia, independientemente del resultado final de las actuaciones de investigación que se desprendan (garantizar la indemnidad laboral del personal educador que, ejerciendo su función de garante de los derechos de los niños residentes en centros, presente denuncia sobre posibles vulneraciones de derechos o irregularidades detectadas).

En referencia a la garantía del derecho a la salud mental infantojuvenil y a la situación actual:

2) Prevención y garantía del derecho a la salud mental infantojuvenil en términos de equidad desde un modelo psico-social y comunitario

- Promover programas de prevención y promoción de la salud mental de los niños y jóvenes, así como intervenciones de acompañamiento a la crianza y la parentalidad positiva a lo largo del ciclo vital del niño y adolescente desde un modelo psico-social y comunitario.
- Aumentar y extender los programas de detección precoz de trastornos y adicciones en los institutos y escuelas.
- Hacer más accesibles los servicios actualmente existentes para dar cobertura en todo el territorio y llegar a la población más refractaria.
- Aumentar la provisión y la dotación de prestaciones, programas y servicios terapéuticos orientados a garantizar el acompañamiento psicológico de adolescentes y

sus familias que, debido a diversos factores, hayan visto deterioradas sus condiciones de vida y sus competencias personales y relaciones familiares y sociales.

- Incrementar la dotación de recursos humanos, materiales y económicos en los centros de salud mental infantil y juvenil y otros recursos específicos en salud mental de la red de salud mental infantil y juvenil, para favorecer su acceso y aumentar la intensidad que exigen las necesidades reales de la población infantil.
- Potenciar el acompañamiento y el seguimiento social de los tratamientos terapéuticos dirigidos a niños y, sobre todo, a adolescentes que presentan dificultades de vinculación.
- Consolidar y ampliar las campañas de cuidado y atención a la salud mental y combatir la estigmatización de los problemas de salud mental entre la población infantojuvenil.
- Desarrollar el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones Estrategia 2017/2019.

3) Valoración de la idoneidad de incluir con cobertura pública servicios residenciales especializados para niños y adolescentes de acuerdo con el interés superior del niño

- Realizar un análisis de la cobertura de los recursos existentes, tanto en el ámbito de salud como de servicios sociales, y valorar la pertinencia de reforzar los servicios actualmente existentes y la inclusión, en su caso, en la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de centros residenciales para niños y adolescentes menores dieciocho años que requieran intervenciones o tratamientos de desintoxicación y/o psicoterapia de forma intensiva con acompañamiento social.
- Valorar, en su caso, la inclusión en la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de centros residenciales para menores de dieciocho años con patologías de salud mental: recursos sanitarios o sociosanitarios que desarrollan un programa específico de intervención terapéutica, para atender a niños o adolescentes afectados por trastornos mentales que necesitan seguir un tratamiento bajo la supervisión médica en condiciones de acogimiento continuado.
- Analizar si es conveniente, de acuerdo con el análisis de la cobertura de las necesidades que presentan algunos niños y adolescentes con discapacidad grave, la inclusión en la Cartera de servicios sociales de centros residenciales para niños y adolescentes con una discapacidad grave, tanto física como psíquica o sensorial, con trastorno de conducta o sin él, que, dada la gravedad de esta discapacidad, requieren apoyo constante de terceras personas para el desarrollo de las tareas habituales de la vida cotidiana.
- Valorar también el acompañamiento socioeducativo y terapéutico que proporcionan los recursos estrictamente clínicos (CSMIJ, hospitales de día, URPI, UCA) y otros recursos alternativos a los niños y adolescentes que lo necesiten, sin requerir la separación del núcleo de convivencia familiar, que puedan cubrir esta demanda de algunas familias.

4) Garantía de derechos de los niños y adolescentes ingresados actualmente en los recursos residenciales existentes

- Regular y supervisar el funcionamiento de los centros privados, autorizados por el Departamento de Salud, que atienden a niños y adolescentes en régimen de internamiento para garantizar que se respetan sus derechos.

- Elaborar un estudio detallado de la configuración, población atendida, requisitos de ingreso y condiciones de estancia de las unidades residenciales educativas y terapéuticas existentes actualmente en Cataluña que atienden a adolescentes por alteraciones conductuales, consumo, discapacidad y/o problemas de salud mental.
- En cuanto a las plazas residenciales que ocupan niños y adolescentes con discapacidad intelectual o física, garantizar que estos centros cumplan con los requisitos técnicos específicos necesarios para atender a niños y adolescentes menores de edad en sus instalaciones, y que se prevea con suficiente antelación y previsión el ingreso en plazas adecuadas para mayores de edad de los adolescentes que ocupan plazas destinadas a niños y adolescentes cuando están a punto de cumplir los dieciocho años, distinguiendo claramente los recursos para niños y adolescentes y adultos adecuadamente, de forma que puedan atenderse las necesidades específicas del colectivo infantil y adolescente.

5) Categorización de diagnóstico y falta de adaptación de la organización de los recursos a la complejidad de las necesidades

- Elaborar un estudio de los diferentes diagnósticos que existen entre los niños y adolescentes tutelados ingresados por tipología de centro residencial, tanto si son públicos como privados, así como una valoración y validación de los criterios diagnósticos utilizados.
- Evaluar los informes ya emitidos por la comisión de acogimientos terapéuticos y educativos en recursos de carácter terapéutico y educativo, circuitos, dificultades y efectividad de las propuestas elaboradas.
- Valorar las alternativas previas a la propuesta de ingreso residencial que se hayan podido elaborar.
- Supervisar de forma rigurosa y adecuada (comisión de acogimientos terapéuticos y educativos, o la que se prevea crear con este fin), con independencia técnica necesaria, el informe técnico de propuesta de ingreso en un determinado centro residencial, de forma que la propuesta de recurso sea adecuada a la necesidad específica de cada niño o adolescente y no esté nunca condicionada a la disponibilidad de plazas u otros criterios que no sean el interés primordial de cada adolescente.
- Crear un registro actualizado y exhaustivo de las propuestas técnicas de recurso residencial no cubiertas y realizar un análisis periódico y detenido de las necesidades para ampliar o diversificar los recursos existentes, a la vez que se atienden con la debida celeridad las necesidades no cubiertas por falta de plazas disponibles, ya sea a través del concierto de una plaza privada o del mantenimiento en una plaza no idónea cuanto más ajustada mejor a las necesidades del niño o adolescente, haciendo constar la falta de adecuación del recurso que se provee.
- Debatir entre profesionales intervinientes de diferentes orientaciones para poder establecer unos criterios que permitan actualizar los protocolos de derivación y las propuestas de recursos adecuados a cada necesidad.
- Iniciar un trabajo de evaluación y valoración de profesionales del sector sobre las dificultades en el diagnóstico que lleva aparejado un trastorno de conducta en la adolescencia y las indicaciones de tratamiento, desde la interdisciplinariedad y los diferentes abordajes.

- Proveer los recursos residenciales especializados de profesionales de la salud mental proveniente de diferentes orientaciones, tal como se hace en los servicios ambulatorios y hospitalarios.
- Consolidar e intensificar el programa de apoyo del Departamento de Salud a los centros residenciales propios y concertados de la DGAIA, para mejorar y reforzar a la atención en salud mental que reciben los niños y adolescentes tutelados ingresados en centros residenciales ordinarios.

6) Cobertura del coste del servicio residencial terapéutico de niños y adolescentes no tutelados mediante mecanismos impropios

- Elaborar un estudio de los casos de niños y adolescentes que han requerido la intervención del sistema de protección, sin que previamente se haya valorado la existencia de otros elementos de desprotección de estos niños y adolescentes, para atender la demanda por parte de su familia de un recurso residencial específico para gestionar problemas de conducta, de consumo, de salud mental, vinculados o no a una discapacidad intelectual de su hijo o hija.
- Evaluar la evolución de los casos, y qué trabajo y seguimiento se ha realizado, previamente y posteriormente a la solicitud de esta familia, para garantizar el bienestar y el derecho a la salud del niño y adolescente afectado.
- Evaluar la cobertura del seguro escolar de tratamientos y procesos neuropsiquiátricos no cubiertos por la Cartera del Sistema Nacional de Salud en Cataluña, con una especial consideración de los que implican internamiento residencial.

7) Acompañamiento a los niños y adolescentes tutelados y el derecho a la recuperación emocional y psicológica

- Garantizar la asignación de un profesional referente a los niños tutelados por la DGAIA, no solo a efectos técnicos y administrativos, sino para garantizar la función de establecer un vínculo sólido y de confianza con los niños y adolescentes tutelados.
- Fortalecer y garantizar la atención terapéutica de los niños y adolescentes que han sufrido situaciones de desamparo para que puedan gestionar su vivencia y fortalecer su salud mental para prevenir posibles problemas, dada la prevalencia existente derivada de la situación vivida, si no es debidamente atendida.
- Revisar el acompañamiento terapéutico que se garantiza a los niños y adolescentes tutelados, atendiendo a la situación vivida, para garantizar su derecho a la recuperación emocional y psicológica, con la formación adicional necesaria del personal educador y con el refuerzo considerado adecuado por los profesionales especializados en salud mental infantojuvenil y también del personal educador de los centros residenciales.
- Revisar que se preserve la dedicación necesaria para garantizar que las funciones del personal presente en los centros residenciales incluyan este acompañamiento.
- Revisar el número y el perfil de profesionales que son necesarios en cada uno de los centros, de acuerdo con las necesidades detectadas y expresadas por los propios profesionales y las evaluaciones de riesgos psicosociales; fijar el número, la categoría y las retribuciones profesionales, y revisar, en su caso, las ratios que fija la Cartera de servicios sociales.

- Mejorar la formación y la supervisión de los profesionales y mejorar las ratios, de forma que se posibilite una mayor intensidad terapéutica si se requiere durante el ingreso.
- Desarrollar una evaluación de los riesgos psicosociales de las plantillas de todos los centros del sistema de protección de Cataluña, propios y concertados, para poder identificar y determinar la situación de riesgo en que se encuentran los profesionales, y estudiar e implementar las propuestas y las recomendaciones formuladas.
- Estudiar las condiciones laborales de los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección de la infancia y adolescencia para evitar la actual rotación y las carencias que señalan las encuestas de evaluación de riesgos psicosociales realizadas en algunos centros.
- Revisar los diferentes recursos existentes y los tratamientos clínicos y farmacológicos, así como la necesidad de formación y de acompañamiento a los profesionales que trabajan en este ámbito.
- Proveer los profesionales de la formación y la supervisión necesarias para desempeñar su función, con la cobertura que se requiera en cada momento por otros profesionales de las funciones desarrolladas en su puesto de trabajo en el centro.
- Garantizar la participación de los colectivos profesionales en el funcionamiento y la organización de los centros y dotar a los equipos de los espacios técnicos para la reflexión y la gestión.
- Fomentar los acogimientos familiares y las unidades de acción educativa como primera medida de protección para los niños y adolescentes en situación de desamparo.
- Reforzar también para todas las familias, pero especialmente en el caso de las familias acogedoras, la formación y el apoyo profesional necesarios para adquirir herramientas que permitan garantizar el derecho a la recuperación emocional y psicológica del niño o adolescente.
- Intensificar y extender también a las familias adoptantes y a los niños y adolescentes adoptados herramientas para trabajar el derecho a la recuperación emocional y psicológica, y también de gestión del proceso de adopción.

8) Abordaje de las necesidades especiales de la adolescencia dentro del sistema de protección

- Diseñar recursos adecuados para atender las necesidades de los adolescentes y adecuar las condiciones del sistema de protección a estas necesidades, evitando el riesgo de que las huidas y el retorno de las funciones tutelares a las familias que no garantizan su protección suponen actualmente para los adolescentes que no se adhieren al sistema.
- Incrementar el número de familias acogedoras y de UCAE para dar cobertura a las necesidades de los niños tutelados que están pendientes de ser acogidos en familia ajena o en UCAE, y promover el acogimiento familiar también para los adolescentes como primera medida protectora en caso de desamparo.
- Potenciar la profesionalización de familias acogedoras para la atención de adolescentes con problemas de salud mental y trastornos de conducta con el apoyo necesario.
- En caso de que se tenga que proceder al ingreso en un centro residencial, rediseñar los recursos de protección para atender las necesidades de los adolescentes (y adecuar las condiciones de los centros a estas necesidades).

- Fomentar el establecimiento de un programa de seguimiento y acompañamiento de los adolescentes acogidos en centros, pero también en familias extensas y ajenas, que garantice la intervención especializada ante las problemáticas que van surgiendo a lo largo de su desarrollo.
- Planificar adecuadamente el retorno de los adolescentes con sus familias y proporcionar el apoyo necesario, antes y después de que este retorno se haya producido, especialmente en el caso de adolescentes que han tenido dificultades de adaptación al sistema de protección, y evitar que las dificultades de adaptación al sistema de protección acaben generando retornos sin garantías suficientes.
- Garantizar que la proximidad a la mayoría de edad no condiciona el desamparo, cuando no existen garantías suficientes de protección en el núcleo familiar, y la asignación del recurso.

9) Recursos residenciales específicos del sistema de protección

- Valorar la necesidad de ampliar la Cartera de servicios sociales y que se prevean las plazas residenciales que se consideren necesarias y adecuadas para los niños y adolescentes tutelados que presentan deficiencias cognitivas y alteraciones conductuales u otros trastornos mentales (tipo psicosis), o también trastornos relacionados con el autismo u otros tipos de trastornos del desarrollo que conllevan más dificultades respecto a su autonomía y que lo requieran.
- Exigir que las plazas residenciales previstas para personas con discapacidad intelectual o física cumplan con los requisitos técnicos específicos necesarios para atender a menores de edad en sus instalaciones, y que se prevea con suficiente antelación y previsión el ingreso en plazas adecuadas para mayores de edad de los adolescentes que ocupan plazas destinadas a niños y adolescentes cuando están a punto de cumplir los dieciocho años, distinguiendo claramente entre los recursos para niños y adolescentes y los adultos, de forma que puedan atenderse las necesidades específicas del colectivo infantil y adolescente.
- Valorar el reconocimiento y la regulación de los centros sociosanitarios y terapéuticos específicos, más allá de los centros residenciales de educación intensiva existentes dentro del sistema de protección previsto en la Ley 14/2010, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, así como en la Cartera de servicios sociales.

10) Presencia de adultos en centros específicos del sistema de protección

- Ejecutar las acciones propuestas por la comisión de tutelas para evitar el mantenimiento en centros residenciales del sistema de protección de chicos y chicas mayores de edad que requieren un recurso residencial por razón de su discapacidad o problemática de salud mental.
- Mejorar la coordinación entre los EAIA y las entidades tutelares para empezar antes la tramitación del procedimiento de modificación de capacidad.
- Aumentar los recursos residenciales disponibles para atender este tipo de problemática para mayores de edad en situación de incapacitación, así como fortalecer la coordinación y los mecanismos de seguimiento del adolescente en el proceso de transición a la vida adulta.

11) Inspecciones periódicas en centros residenciales con niños y adolescentes

- Extender e intensificar las inspecciones que se efectúan en centros especializados, tanto dependientes de la DGAIA y de Protección Social como privados autorizados por el Departamento de Salud, siempre que haya niños y adolescentes.
- Igualmente, es preciso que estas inspecciones recojan la escucha de los niños y adolescentes y los profesionales, y que se valoren los indicadores respecto a la calidad asistencial, el trato, la convivencia, la evaluación de riesgos psicosociales de los profesionales, la administración de fármacos, el régimen sancionador y las prácticas de contención físicas y farmacológicas, además de las condiciones materiales y estructurales.

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

Síndic de Greuges de Catalunya
Passeig Lluís Companys, 7
08003 Barcelona
Tel 933 018 075 Fax 933 013 187
sindic@sindic.cat
www.sindic.cat

