

Niños que esperan

Estudio sobre casos de larga estancia
en acogimiento residencial

Niños que esperan

Estudio sobre casos de larga estancia
en acogimiento residencial

Estudio elaborado por:

Mónica López López
Jorge F. del Valle
Carme Montserrat Boada
Amaia Bravo Arteaga

Coordinación de Aldeas Infantiles SOS: Carmen Delgado Calvo

Investigación realizada por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo, mediante convenio entre la Fundación Universidad de Oviedo y Aldeas Infantiles SOS, con financiación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (FUO-EM-061-08).

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO CD Rom: 840-10-051-0
NIPO en línea: 840-10-052-6
Depósito Legal: M-35551-2010
Imprime: IMGRAF Impresores



Universidad de Oviedo
La Universidad de Asturias



Niños que esperan

Estudio sobre casos de larga estancia
en acogimiento residencial



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Agradecimientos

Nuestro mayor agradecimiento para los responsables de los servicios de familia e infancia de Cantabria, Cataluña, Mallorca, Castilla y León, Tenerife, Bizkaia y Guipuzkoa, así como Aldeas SOS, que aceptaron participar en este estudio y a sus técnicos profesionales que colaboraron en la recogida de datos.

También agradecemos la participación de los expertos que formaron parte del panel de discusión realizado sobre los resultados del estudio:

- **Joan Escandell**, Responsable de Acogimiento Familiar de Mallorca
- **Encarnación Gómez**, Responsable de MACI
- **Lourdes Acero**, Representante Meniños Madrid
- **Carlos Chana**, Responsable de Programas de Infancia de Cruz Roja
- **M^a Jesús Roca**, Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León
- **Carmen Puyó**, Coordinadora del Observatorio de la Infancia en España
- **Javier Freneda**, Aldeas Infantiles SOS
- **Carmen Delgado**, Aldeas Infantiles SOS

Capítulo 1

PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA

En este capítulo se presentarán los diferentes aspectos metodológicos de la investigación: objetivos, variables de estudio, instrumentos, muestra, procedimiento y análisis estadísticos.

1. Presentación

Con la entrada en vigor de la Ley 21/87 de reforma del Código Civil en materia de acogimiento y adopción se sentaron las bases para un nuevo sistema de protección social de la infancia. El modelo anterior se basaba en el modelo institucionalizador, mediante el cual los niños con graves carencias de atención eran acogidos en diversas instituciones (Obra de protección de Menores, Diputaciones, INAS, etc.) donde eran criados hasta la mayoría de edad. La nueva ley de 1987, y la posterior Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor, establecieron como principio básico la crianza del niño en un contexto familiar, bien sea por la recuperación de las funciones de buena parentalidad por parte de las familias (con programas de intervención familiar y apoyos materiales), o bien, mediante el acogimiento de un niño por otra familia o incluso la adopción.

El mensaje estaba claro: los niños deben desarrollarse en un espacio familiar, preferentemente el de sus progenitores, pero si esto no es posible deben disponer de otra familia alternativa. En consonancia, las instituciones acogedoras del pasado deben cesar en sus funciones de alternativa de crianza para menores desprotegidos y pasar a ser un recurso de acogimiento residencial de carácter temporal, en tanto se busca una

solución familiar permanente para los niños. Los hogares de protección se convierten así en recursos de transición, o incluso de emergencia, para aquellos casos que requieren un tiempo de evaluación, de recuperación de sus familias o de preparación para una incorporación a una nueva familia. En ningún caso deben ser lugares para crecer y desarrollarse durante largos intervalos de tiempo y, en todo caso, estas funciones temporales pueden ser ejercidas igualmente por el acogimiento familiar y deberá ser prioritario intentar que así sea, especialmente con los más pequeños.

Esta apuesta por el acogimiento familiar desde hace veinte años no se ha visto reflejada por un paralelo desarrollo de estos programas a lo largo del territorio del Estado. En el estudio de Del Valle y Bravo (2003) se reflejaba que en el año 2002 los ingresos en medidas de acogimiento presentaban una proporción de 85% en residencias y 15% en familias. Más aún, los casos de acogimiento familiar en España presentaban un balance de 85% en extensa y 15% en ajena, lo que viene a indicar el escaso desarrollo de programas de acogimiento familiar que no vengan determinados por el apoyo dentro del propio seno familiar.

Ante esta situación, se planteó la necesidad de estudiar los factores que determinan el uso tan intensivo que se hace en nuestro país del acogimiento residencial y las razones que llevan a que muchos niños permanezcan durante largos intervalos de su vida en hogares y residencias de protección, especialmente los más pequeños. Esta investigación trata de responder a esta cuestión, perfilando qué tipo de casos son estos, en qué procesos de intervención se encuentran inmersos y cuáles son los obstáculos para no haber estado en acogimiento familiar u adopción. A continuación se detallarán los planteamientos metodológicos del estudio.

2. Objetivos

Para la evaluación de necesidades de niños con larga estancia en acogimiento residencial se ha partido de los siguientes objetivos generales:

- Averiguar las características y perfil sociofamiliar de los niños y jóvenes que permanecen demasiado tiempo en acogimiento residencial, incluyendo los patrones de su proceso de intervención.
- Estudiar las situaciones en que se podría estar produciendo un acogimiento familiar o una adopción y éstas no se están llevando a la práctica.
- Analizar los obstáculos que se pueden producir en estos casos para una integración en la familia de acogida.

Todo ello con el fin de elaborar propuestas para hacer viable el acogimiento familiar con casos de especial dificultad.

Estos objetivos se han concretado a través de tres tipos de análisis:

1.- Descripción detallada el perfil de los niños con larga estancia en acogimiento residencial:

- Descripción del perfil del niño: edad, sexo, orfandad, etnia, procedencia, discapacidades, necesidades especiales, problemas de salud importantes, problemas de conducta, psicológicos o de desarrollo, tratamientos recibidos y asistencias hospitalarias, evolución formativa, valoración del rendimiento académico y de la conducta en la escuela, situación escolar actual.
- Descripción del perfil sociodemográfico y las problemáticas de las familias de origen: situación laboral del padre y la madre, tipo de relación entre los padres,

problemática familiar, número de hijos, medidas de protección sobre los hijos y grado de aceptación familiar de la medida.

2.- *Estudio de los procesos de protección.* A través de variables como el motivo de protección, las medidas previas adoptadas, la situación legal (guarda o tutela), el régimen de visitas, el plan de caso, los seguimientos, el tiempo de estancia, etc.

3.- *Evaluación de las necesidades del niño:* recogida de datos acerca de su salud, desarrollo intelectual, afectivo y social, escolaridad, etc.

3. Metodología

3.1. Descripción de la muestra

Para la selección de la muestra de este estudio se partió del siguiente requisito: estudiar los casos de aquellos niños menores de 12 años que se encontraran en acogimiento residencial por un tiempo superior a un tercio de su desarrollo evolutivo, y un mínimo de cuatro meses para los menores de un año. Consideramos que tomando este criterio el concepto de larga estancia se relativiza en proporción a la edad de los niños, ya que para un niño de tres años la permanencia durante un año ya significa un tercio de su desarrollo, mientras que para la edad de nueve años habría que considerar un equivalente de tres años (o de cuatro para la edad de doce, por ejemplo).

Esta regla permite mantener el criterio comúnmente consensuado de que las edades más tempranas deben priorizarse de cara al acogimiento familiar y la integración en un contexto de vida familiar y que su permanencia en acogimiento residencial debería evitarse o reducirse al mínimo imprescindible. Se estableció un mínimo de cuatro meses para los menores de un año, entendiendo que la fase de evaluación del caso

puede requerir un tiempo mínimo, así como el desarrollo de las medidas legales y administrativas.

Teniendo en cuenta los criterios expuestos, la muestra de este estudio quedó formada por 238 niños, pertenecientes a 198 familias de origen y acogidos en hogares o centros de siete comunidades autónomas. La Tabla 1 muestra el detalle de su composición y en la Tabla 2 podemos apreciar la procedencia geográfica de la muestra. La muestra se tomó de siete comunidades autónomas diferentes a las que se les solicitó la recogida de datos de todos los casos en acogimiento residencial que cumplieran con nuestro requisito de larga estancia ya expuesto. La intención era recabar casos de comunidades de diferente tamaño de población y características, obteniendo la participación de algunas de gran tamaño como Cataluña o tan pequeñas como Cantabria y otras intermedias. El criterio para participar fue la facilidad de acceso que estas Administraciones nos podrían dar, partiendo de nuestra relación previa por haber realizado anteriores estudios, y disponer de contactos y vías de comunicación con los hogares y entidades residenciales que pudieran garantizar la viabilidad del estudio.

| | N |
|---------------------------|-----|
| Niños | 238 |
| Grupos hermanos | 46 |
| Familias de origen | 198 |

Tabla 1. Composición de la muestra según tipo de acogimiento

| Comunidad | n | % |
|----------------------------|-----|------|
| Cataluña | 133 | 55,9 |
| Castilla y León | 32 | 13,4 |
| Cabildo de Tenerife | 33 | 13,9 |
| Consell de Mallorca | 10 | 4,2 |
| País Vasco | 18 | 7,6 |
| Galicia | 5 | 2,1 |
| Cantabria | 7 | 2,9 |
| TOTAL | 238 | 100 |

Tabla 2. Composición de la muestra según comunidad autónoma

3.2. Instrumentos

La recogida de información se ha realizado a través de un cuestionario elaborado *ad hoc* para este estudio (Anexo 1), recogiendo variables relativas a los siguientes aspectos:

A) Datos relativos al niño acogido:

- Fecha de nacimiento
- Edad actual (a 15 de junio de 2008)
- Edad correspondiente a la apertura del expediente de protección
- Edad en el inicio del acogimiento residencial
- Sexo
- País de procedencia
- Orfandad
- Problemas de salud importantes
- Existencia de discapacidades
- Problemas de conducta, psicológicos o de desarrollo
- Tratamientos recibidos y asistencias hospitalarias durante el acogimiento

B) Datos sobre la familia de origen:

- Situación laboral del padre y de la madre
- Existencia de problemáticas psicosociales
- Tipo de relación entre los padres
- Existencia de nueva pareja, en los casos de separación o viudedad
- Número total de hijos
- Medidas de protección sobre los otros hijos
- Grado de aceptación familiar de la medida

D) Datos sobre el proceso de protección:

- Fecha de inicio del acogimiento residencial
- Duración del acogimiento residencial
- Plan de caso
- Medida legal adoptada

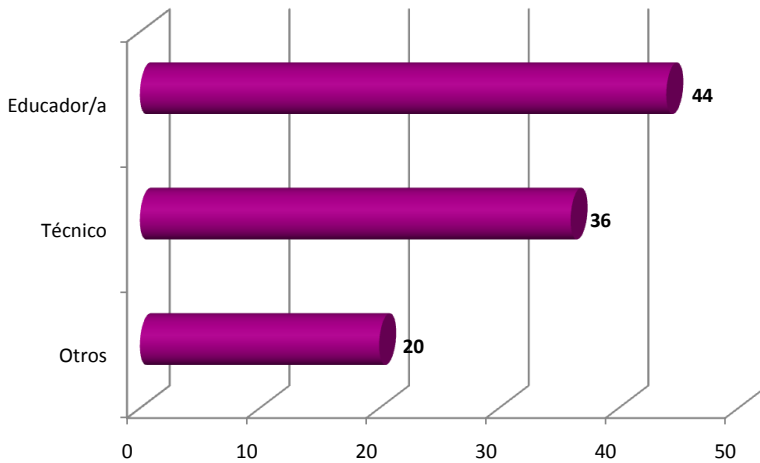
- Temporalidad prevista (al inicio y en la actualidad)
- Intervenciones complementarias: tratamientos del menor, servicios necesarios, ayudas sociales
- Régimen de visitas y/o salidas con la familia de origen: familiares implicados, lugar de las visitas, frecuencia, existencia de supervisión, prohibición de contacto, consecuencias
- Trayectoria de protección: recorrido en el sistema de protección, motivo de protección, medidas previas aplicadas e intervenciones realizadas, así como su duración (acogimiento residencial, intervención familiar, centro de día, acogimiento familiar en familia ajena o extensa, acogimiento de hecho, adopción, etc.)

3.3. Procedimiento

El presente proyecto ha requerido la colaboración de hogares y centros de 7 comunidades autónomas para la recogida de datos y la evaluación de los casos. Los resultados expuestos corresponden a una muestra de 238 casos de niños con larga estancia en acogimiento residencial, de los que nos han informado más de 70 profesionales, en su mayoría educadores y técnicos de infancia.

Inicialmente se solicitó la colaboración de cada Administración para conocer el número de casos que cumplían el requisito de estancia establecido. A continuación se envió una ficha de recogida de datos a los técnicos o profesionales considerados por cada Administración para ser completada con las variables indicadas. La recogida de datos se realizó entre los meses de mayo y julio de 2008. Quienes reportaron la información de este estudio fueron mayoritariamente los educadores (44%, $n = 104$), seguidos de los técnicos de infancia (36%, $n = 86$), como puede observarse en el Gráfico 1. La categoría residual denominada *Otros* (20%, $n = 48$) incluyó mayoritariamente coordinadores o directores de centro u hogar y psicólogos.

Gráfico 1. Fuente de información



Tras la recogida de los cuestionarios el equipo de investigación se puso en contacto telefónico en numerosas ocasiones con los responsables de infancia y educadores de las comunidades autónomas para ajustar datos, recabar más detalles y aclarar dudas.

Toda la información ha sido recogida ateniéndose a la regulación existente en materia de protección de datos, siendo cada caso codificado de modo que no exista posibilidad de identificación personal.

3.4. Análisis estadísticos

A partir de esta fase de recogida de información se procedió a la creación de las correspondientes bases de datos, así como a la interpretación de cuestionarios y otros análisis estadísticos a través del programa SPSS.

Este informe preliminar es básicamente descriptivo, por lo que cada grupo de variables se ha examinado mediante análisis de frecuencias (para variables categóricas) y medidas de tendencia central y dispersión (para variables cuantitativas). Del mismo modo, se han analizado las diferencias en función de las variables sexo y edad

(agrupadas en intervalos de hasta 3 años, de 4 a 8 y de 9 a 12), utilizando Chi-cuadrado. El nivel de significación adoptado como criterio para todos los análisis es de $p < 0,05$. En el informe no se comentarán los estadísticos exactos de significación para facilitar la lectura.

Los resultados incluirán un apartado más cualitativo donde se ejemplifican situaciones concretas, con una breve síntesis de algunos casos representativos de diferentes procesos.

3.5. Panel de expertos

Una vez analizados los datos de la investigación y elaborado un primer informe descriptivo se invitó a un grupo de expertos para analizar estos datos y debatir acerca de su significado e implicaciones para la práctica. Las conclusiones de esta sesión de panel se incluyen en el informe en el apartado de resultados.

En este capítulo se presentarán los resultados del estudio a través de cinco apartados: las características de los niños con larga estancia en acogimiento residencial, su contexto familiar, el proceso de la intervención residencial y la perspectiva futura. Un quinto apartado presenta algunas breves historias de niños del estudio, con el fin de aportar una perspectiva más cualitativa y más comprehensiva de las situaciones por las que han pasado y en las que se encontraban en el momento de la investigación.

Los análisis que se presentan a continuación se han efectuado atendiendo al sexo, el periodo evolutivo y la finalidad de la intervención. En aquellas variables en las que no se han encontrado diferencias entre los grupos, se presentarán exclusivamente los resultados relativos a la muestra total (sin diferenciar por sexo, edad o finalidad) con el objetivo de hacer del informe un documento más ágil y comprensible.

1. Características de los niños con larga estancia en acogimiento residencial

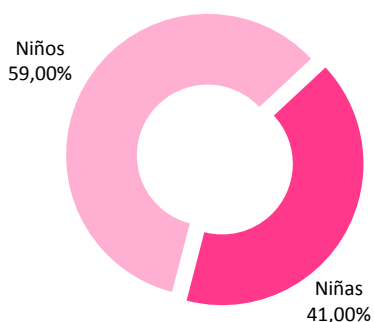
En este primer apartado se describirá a los niños de la muestra mediante algunas variables sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, orfandad), variables relacionadas con su salud física y psicológica (existencia de enfermedades,

discapacidades, problemas de conducta, tratamientos recibidos) y variables relativas a su contexto escolar (rendimiento académico y problemas de conducta en este ámbito).

1.1. Sexo

La *muestra* de larga estancia en acogimiento residencial (238 casos) presenta un ligero predominio masculino (Gráfico 2), al quedar compuesta por 141 niños (59%) y 97 niñas (41%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Aunque esto parece indicar que hay más varones que mujeres con larga estancia, también cabe la posibilidad de que haya más varones que mujeres en acogimiento residencial en las comunidades que participan en la muestra. No obstante, existe cierta evidencia de que los varones tienden a permanecer más tiempo en acogimiento residencial (Del Valle, Álvarez y Fernanz, 1998). Pueden existir razones muy variadas: por una parte porque las familias pueden encontrar más fácil reintegrar a las niñas debido a su rol de ayuda en la casa o en el cuidado de hermanos más pequeños; por otro porque los problemas de conducta suelen ser más frecuentes en los niños, como veremos más tarde y este es un motivo que dificulta su acogimiento familiar y su reunificación.

Gráfico 2. Sexo



1.2. Edad

Es importante aclarar que se ha tenido en cuenta la edad de los niños en diferentes momentos: al inicio de la protección, al comienzo del primer acogimiento, al inicio del acogimiento vigente y, por último, se ha considerado la edad en la actualidad.

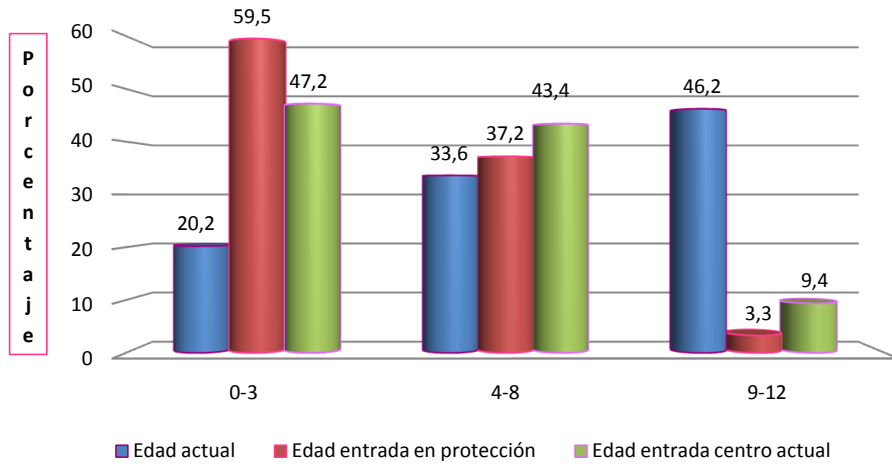
Se observa que la media de **edad actual** para los niños en acogimiento residencial es de 7,61 (DT¹ = 3,61). El rango de edades oscila entre un par de meses y 12 años. La edad media **en el inicio de la protección** para la muestra es de 3,56 años (DT = 2,60). La edad **en el momento de iniciarse el primer acogimiento residencial** es de 3,87 años (DT = 2,78). La edad **en el momento de iniciarse el acogimiento residencial actual** es de 4,60 años (DT = 3,05).

Se podría sintetizar el perfil de edades a partir de las medias del siguiente modo: son niños que entraron en el sistema de protección cuando tenían unos tres años y medio, que ingresaron en algún tipo de hogar de acogida un año más tarde y que en la actualidad cuentan con unos siete u ocho años de edad, llevando más de tres años de permanencia en el centro u hogar actual.

El gráfico que se presenta a continuación revela la distribución de las edades por etapas evolutivas. Estas etapas se corresponden con la edad maternal (de 0 a 3 años), la infancia (de 4 a 8 años) y la preadolescencia (de 9 a 12 años). Como se observa en el Gráfico 3, casi la mitad de los niños de esta muestra tiene actualmente entre 9 y 12 años (46%), mientras que un tercio de la muestra tiene entre 4 y 8 años. Un aspecto positivo es que los niños de 0-3 años suponen el grupo menos numeroso, aunque un 20% es una cifra a tener en cuenta. Un dato muy revelador es que más de la mitad de esta muestra tenía menos de tres años cuando se abrió su caso de protección, así que estamos ante procesos que se detectaron tempranamente, pero que por algún motivo se han estancado en etapas posteriores.

¹ DT: desviación típica. Permite medir el grado de variabilidad de distribución de los datos.

Gráfico 3. Edades clave por periodos evolutivos



1.3. País de procedencia

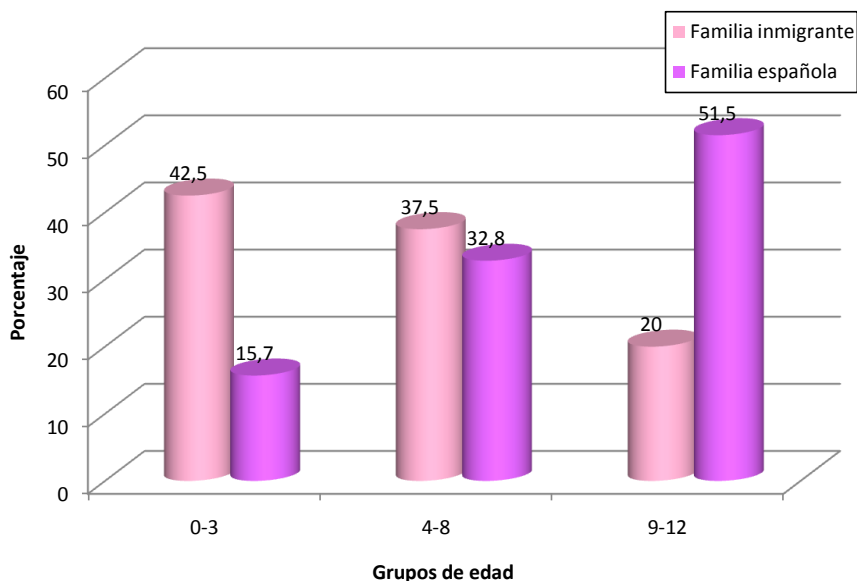
En la Tabla 3 puede consultarse la distribución de los casos según el país de procedencia. El 15,5% de la muestra ($n = 37$) procede de otros países, siendo los más frecuentes Marruecos, Ecuador y República Dominicana. No hay casos de menores extranjeros no acompañados, como cabía esperar por las edades seleccionadas en este estudio.

| PAÍS DE PROCEDENCIA | n | % |
|----------------------|------------|------------|
| España | 201 | 84,5 |
| Marruecos | 5 | 2,1 |
| Ecuador | 5 | 2,1 |
| República Dominicana | 4 | 1,7 |
| Ucrania | 3 | 1,3 |
| Ghana | 3 | 1,3 |
| Polonia | 2 | 0,8 |
| Bolivia | 2 | 0,8 |
| Alemania | 1 | 0,4 |
| Reino Unido | 1 | 0,4 |
| Brasil | 1 | 0,4 |
| Rumanía | 1 | 0,4 |
| Italia | 1 | 0,4 |
| Filipinas | 1 | 0,4 |
| China | 1 | 0,4 |
| Estonia | 1 | 0,4 |
| Chile | 1 | 0,4 |
| Nigeria | 1 | 0,4 |
| Etiopía | 1 | 0,4 |
| Bulgaria | 1 | 0,4 |
| Gambia | 1 | 0,4 |
| Total | 238 | 100 |

Tabla 3. País de procedencia de los niños

Si atendemos a la edad en función del país de procedencia, podemos observar que la mayoría de niños pertenecientes a familias inmigrantes se sitúa en el periodo evolutivo de 0-3 años o de 4-8 años. Esta mayor frecuencia de niños de edades más bajas es congruente con el progresivo aumento del fenómeno de la inmigración en España, pudiendo observar que mientras que los casos de larga estancia de mayores de 9 años son en su mayoría de familias nacionales, los de los dos grupos de edades más jóvenes son pertenecientes a familias inmigrantes. Las diferencias entre los grupos son significativas.

Gráfico 4. Distribución de los grupos de edad actual para los casos pertenecientes a familias inmigrantes y españolas



El 12% del total de la muestra ($n = 28$) es de etnia gitana, mayoritariamente españoles.

1.4. Orfandad

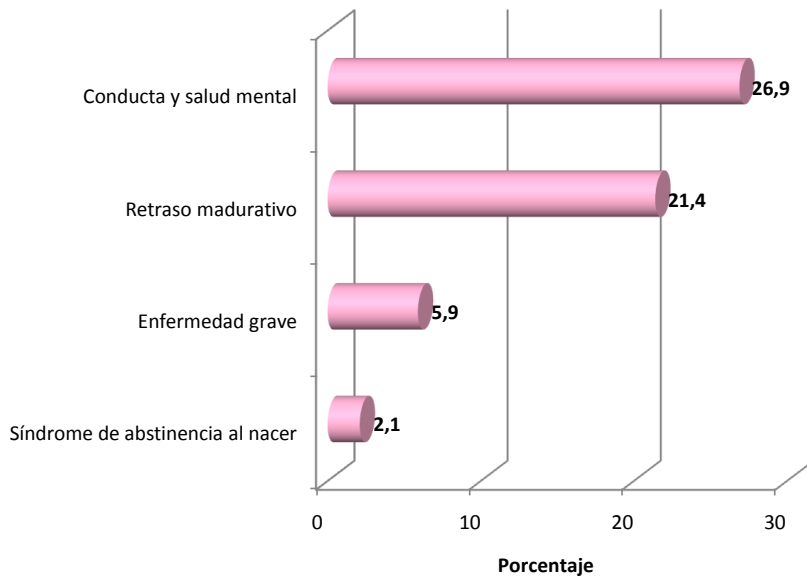
Se ha observado orfandad en el 5,9% de las familias de origen de los niños de la muestra ($n = 14$), siendo el fallecimiento del padre la situación acontecida en todos los casos estudiados.

1.5. Salud física y psicológica

Se ha estudiado la aparición de diversos *problemas de salud y psicológicos* de los niños con larga estancia en acogimiento residencial (Gráfico 5) mediante una categorización realizada en base a las que se refieren como más frecuentes. Dado que un mismo niño

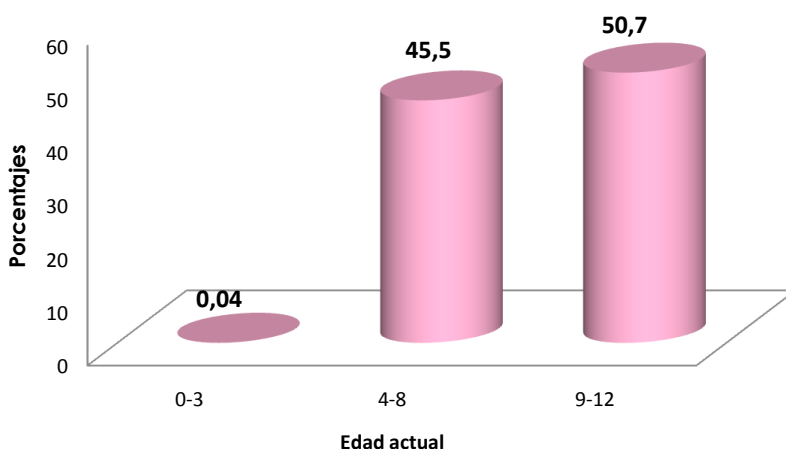
puede padecer más de una problemática, la suma de porcentajes no es cien. Las dificultades más frecuentes tienen que ver con problemas de conducta y de salud mental, que afectan a uno de cada cuatro niños (26,9% $n = 64$). Sólo 20 casos tienen un diagnóstico de salud mental y de ellos cinco son TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad). Además de estos cinco diagnosticados formalmente, se informa de que otros doce tienen problemas de hiperactividad. El resto son problemas de retraso madurativo (21%, $n = 51$) y enfermedades graves, entre las que existe una gran variedad; he aquí algunos ejemplos: enfermedad pulmonar grave ($n = 5$), epilepsia ($n = 3$), cardiopatías ($n = 2$), encefalopatía ($n = 2$), adrenoleucodistrofia ($n = 2$), neurofibromatosis ($n = 2$), hidrocefalia ($n = 2$), VIH ($n = 2$). Finalmente aparecen algunos casos de síndrome de abstinencia al nacer.

Gráfico 5. Porcentaje de casos que presenta problemas de salud y conductuales



Sin embargo, la edad marca diferencias fundamentales ya que en el grupo de 0-3 años solo dos casos presentan estos problemas, mientras que en 4-8 años es un 45,5% y en 9-12 años es algo más de la mitad. Estos resultados se pueden contemplar en el Gráfico 6.

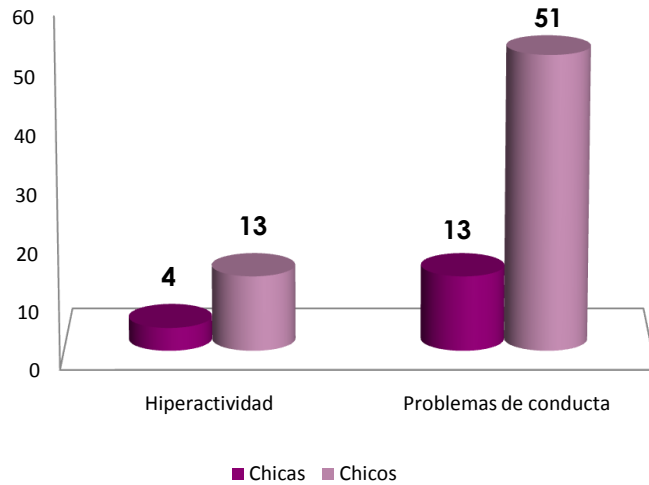
Gráfico 6. Problemas de conducta y salud mental según etapa evolutiva



A continuación se presentan los datos relativos a los problemas conductuales y al trastorno de hiperactividad por sexo, ya que en ambas problemáticas se obtienen diferencias estadísticamente significativas.

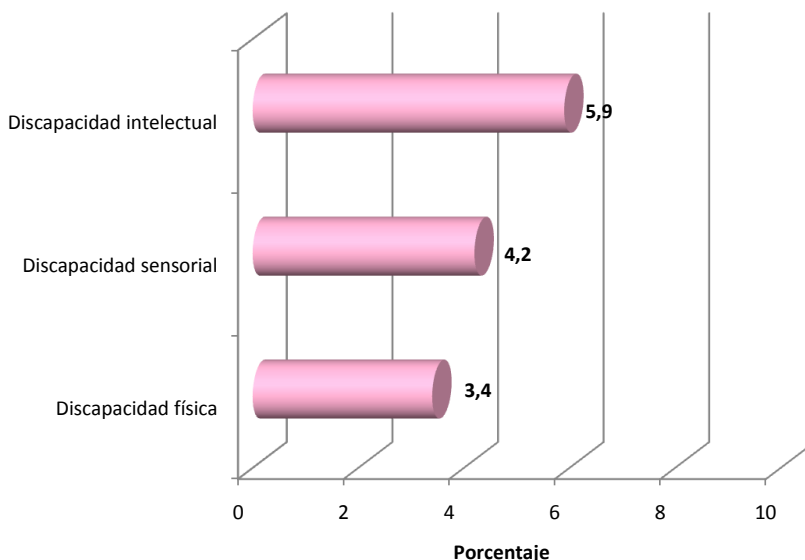
Del total de niños que presenta problemas de conducta y mentales el 79,7% son niños y el 20,3% son niñas. En relación al trastorno de hiperactividad, de los que padecen este trastorno el 76,5% son niños y el 23,5% son niñas, aunque en este caso las diferencias no son significativas. A continuación se presenta el gráfico con la distribución de estos dos problemas por sexo en la muestra total.

Gráfico 7. Número de casos con problemas de conducta e hiperactividad por sexo



Como puede observarse en el Gráfico 8, el 5,9% de la muestra presenta una discapacidad intelectual, el 4,2% sensorial y el 3,4% física. Además, el 10,5% de los niños de la muestra ($n = 25$) presenta algún tipo de minusvalía reconocida. En la Tabla 4 podemos observar la distribución de las categorías de gravedad de minusvalía (moderada, grave y muy grave).

Gráfico 8. Porcentaje de casos que presenta discapacidades



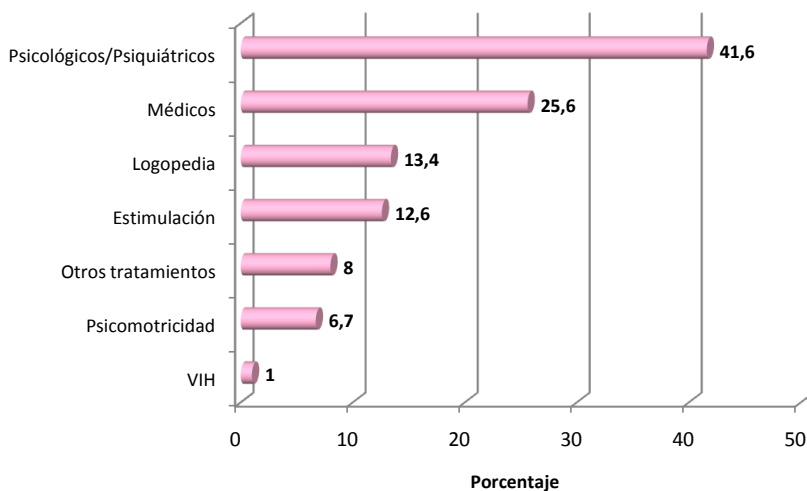
| GRADO DE MINUSVALÍA | | |
|---------------------------|-----|------|
| | n | % |
| Moderada (33%-64%) | 20 | 8,4 |
| Grave (65%-74%) | 1 | 0,4 |
| Muy grave (+ 75%) | 2 | 0,8 |
| Sin minusvalía | 215 | 90,3 |
| TOTAL | 238 | 100 |

Tabla 4. Distribución del grado de minusvalía

El 24,8% de los niños con larga estancia ($n = 59$) ha requerido asistencia hospitalaria en algún momento del acogimiento residencial. Se han revelado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, ya que del total de niños que han requerido asistencia hospitalaria, el 73% eran niños ($n = 43$) y el 27% niñas ($n = 16$). El motivo de la hospitalización se debe en la mayoría de las ocasiones a intervenciones quirúrgicas por enfermedades ($n = 10$), estancias para el tratamiento de alguna enfermedad ($n = 9$), permanencia en unidades psiquiátricas ($n = 8$), fracturas y accidentes ($n = 7$), intervenciones dentales con hospitalización ($n = 3$) e intervenciones oculares ($n = 3$).

El 71% de la muestra ($n = 170$) ha recibido algún tipo de tratamiento durante el acogimiento o lo está recibiendo en la actualidad. El tipo de tratamientos recibidos puede consultarse en el Gráfico 9. El 26% ($n = 61$) ha recibido o está recibiendo tratamientos médicos, el 42% ($n = 99$) de tipo psicológico o psiquiátrico.

Gráfico 9. Porcentaje de casos que recibe o ha recibido tratamientos

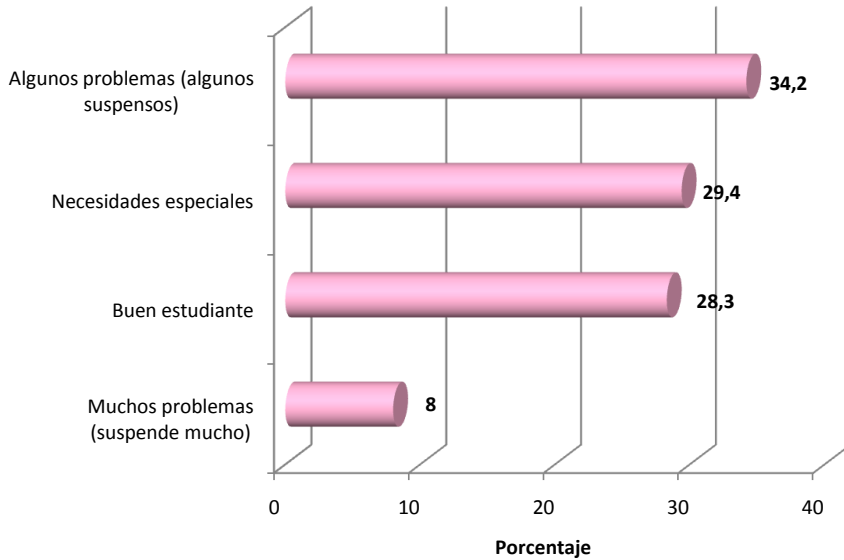


1.6. Contexto académico

Del porcentaje total de niños en edad escolar (79%, $n = 187$), el 18% ($n = 42$) ha repetido al menos un curso escolar. De los que han repetido, el 93% ($n = 40$) lo ha hecho un curso.

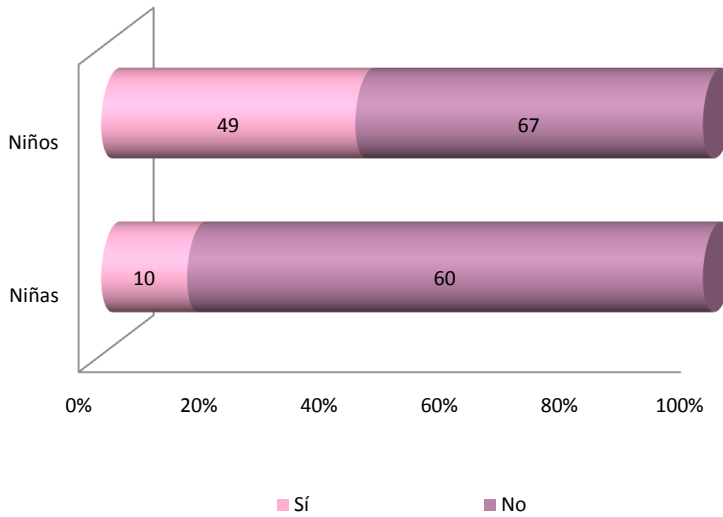
Respecto a la valoración de su rendimiento académico, el 28% ($n = 53$) es considerado buen estudiante, el 34% ($n = 64$) muestra algunos problemas en la escuela, el 8% ($n = 15$) muchos problemas (suspende mucho) y el 29% ($n = 55$) presenta necesidades educativas especiales. Aunque sólo seis acuden a centros de educación especial, el resto requiere adaptaciones curriculares o apoyos especiales.

Gráfico 10. Valoración del rendimiento académico



Además de considerar el rendimiento académico de estos niños, se ha indagado sobre otros problemas del ámbito escolar como la existencia de problemas de conducta. El 32% de los niños escolarizados de esta muestra ($n = 59$) presenta algún tipo de problema de conducta en el contexto académico (el 85% se encuentra en el grupo que recibe tratamiento psicológico). Los problemas de conducta en la escuela se concentran especialmente en el periodo evolutivo de 9 a 12 años aunque las diferencias no llegan a ser significativas. Además, este tipo de problemas aparecen en el contexto escolar con una frecuencia significativamente mayor entre niños ($n = 49$) que entre niñas ($n = 10$).

Gráfico 11. Problemas de conducta en la escuela por sexo



Síntesis del perfil de los niños

La muestra de niños con larga estancia presenta unas características muy peculiares, como era de esperar. Actualmente la mayoría se encuentra en la etapa de edades entre 9-12 años, aunque también es relevante el grupo de 4-8 años, con pocos casos de menores de tres años. Son niños cuyo expediente de protección se abrió en más de la mitad de los casos cuando tenían menos de tres años y entraron en un hogar de acogida en torno a los 3-4 años de edad.

Hay más niños que niñas en esta muestra, coincidiendo con otros estudios que mostraban una mayor estancia para los varones. También la procedencia de familia inmigrante es una variable muy importante, que se deja ver en los casos de los niños más pequeños, mientras que en los mayores el porcentaje disminuye muchísimo. Los nuevos casos de protección retratan este aumento de la presencia de las familias inmigrantes con claridad.

Los problemas más característicos de estos niños son los relacionados con su desarrollo psicológico, con casi la mitad de los casos entre 4 y 12 años con algún tipo de problema y acudiendo o habiendo recibido tratamientos. Otra quinta parte tiene problema de retraso madurativo.

La discapacidad intelectual afecta a 6% y es la discapacidad más frecuente, mientras que otro 4% es de tipo sensorial y un 3% físico. De ellos están valorados como discapacidad moderada la gran mayoría.

La salud de estos niños presenta graves problemas en un 6% con una amplia gama de trastornos y enfermedades.

La alta incidencia de trastornos psicológicos y físicos se observa bien cuando se recoge el dato de los tratamientos recibidos. Casi la mitad de los casos han recibido o están recibiendo tratamiento psicológico y uno de cada cuatro tratamientos médicos de cierta importancia. Un 13% tiene o ha tenido tratamiento logopédico. También es importante el dato de que uno de cada cuatro niños ha tenido que ser hospitalizado para algún tratamiento o prueba.

En el ámbito académico se dejan ver también muy importantes necesidades. Un 18% ha repetido algún curso y uno de cada tres presenta necesidades especiales que requieren apoyos extraordinarios para cursar sus estudios. Sólo un 28% de los estudiantes es considerado un alumno con buen rendimiento. A ello se añade que uno de cada tres casos tiene problemas de conducta en el ámbito escolar, siendo mucho más frecuente en niños que en niñas.

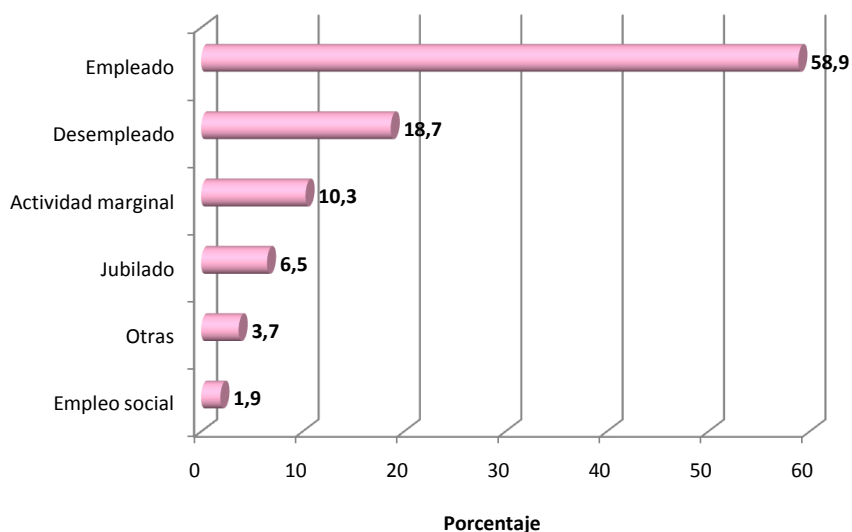
2. Características del contexto familiar

Los resultados que se exponen en este apartado se basan en el estudio de la muestra de familias ($N = 198$) y no de niños ($N = 238$), de modo que los datos de características familiares no se repitan por el hecho de existir grupos de hermanos en la muestra (lo que sucedería si tomáramos la base de los 238 niños en acogimiento residencial).

2.1. Situación laboral del padre y la madre

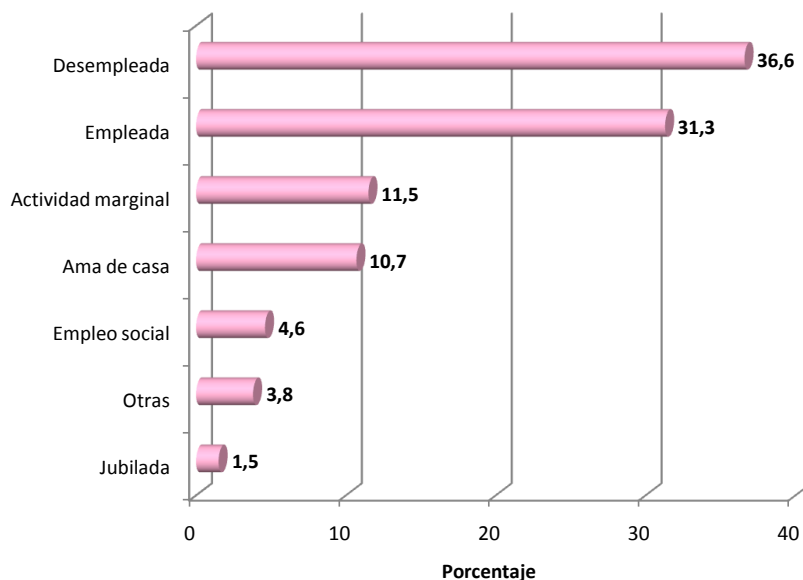
En relación a **los padres**, en primer lugar cabe decir que en 50 casos el padre se encuentra en paradero desconocido en la actualidad, y en 13 ha fallecido. Se ha analizado la situación laboral del padre en el 54% de la muestra (107 casos), una vez descontados los 91 casos de los que se desconoce esta información (ya sea por estar en paradero desconocido, por haber fallecido o falta de datos en el expediente). En el Gráfico 12 se aprecia como la situación más habitual para el padre es estar empleado (59%, $n = 63$), seguida de la situación de desempleo para un 19% ($n = 20$) y de actividad marginal en un 10% ($n = 11$).

Gráfico 12 . Situación laboral del padre



En cuanto a **las madres**, se ha podido recoger información del 66% de los casos ($n = 131$), descontados los casos en los que no se han encontrado datos o que están en paradero desconocido ($n = 23$). Como se puede observar en el Gráfico 13, la situación más frecuente entre las madres es la de desempleo con un 37% ($n = 48$), seguida de la situación de empleo en un 31% ($n = 41$). Las situaciones de actividad marginal y ama de casa se presentan en una frecuencia similar, con un 11% de los casos ($n = 15$ y $n = 14$ respectivamente).

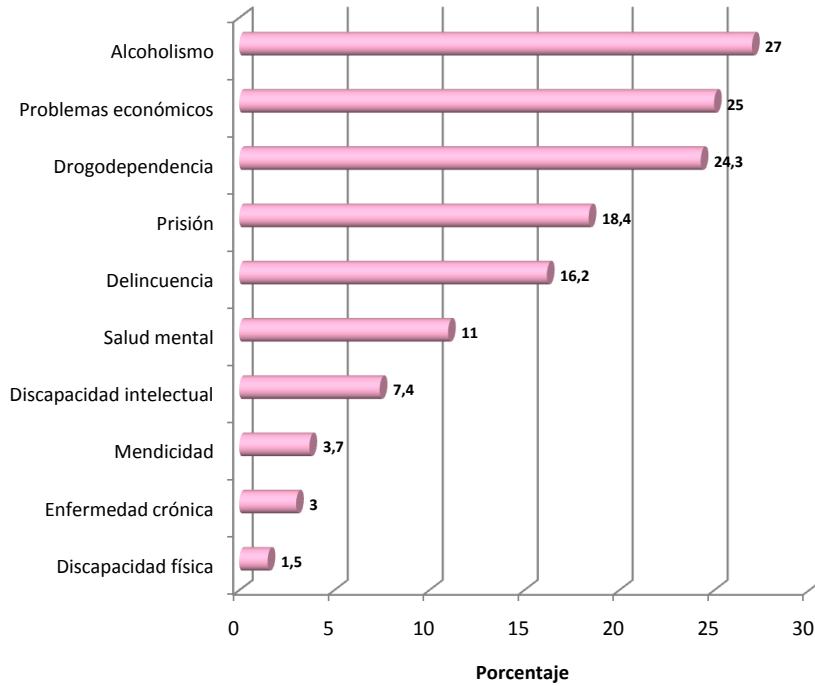
Gráfico 13 . Situación laboral de la madre



2.2. Problemáticas psicosociales del padre y la madre

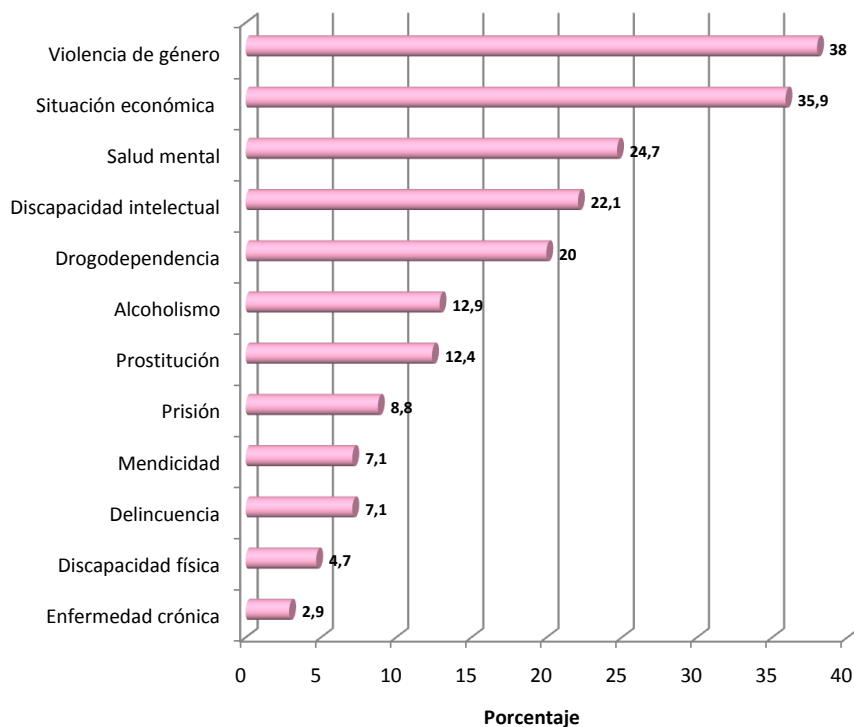
A continuación se muestran los resultados calculados sobre el porcentaje de casos de los que tenemos información del padre (el 70% de la muestra total). Respecto a los *problemas que presenta la figura paterna* se confirma el alcoholismo (27%) como el problema más frecuentemente aparecido. En segundo lugar se encuentran los problemas económicos severos y las drogodependencias en un porcentaje muy similar (25% y 24% respectivamente).

Gráfico 14. Porcentaje de problemas psicosociales en el padre



Por lo que respecta a la figura materna (Gráfico 15) contamos con información sobre las problemáticas psicosociales en un 86% de la muestra. El problema que ha aparecido con mayor frecuencia es la falta de medios económicos (36%), seguido de los problemas de salud mental (25%), la discapacidad intelectual (21%) y las drogodependencias (20%).

Gráfico 15. Porcentaje de problemas psicosociales en la madre



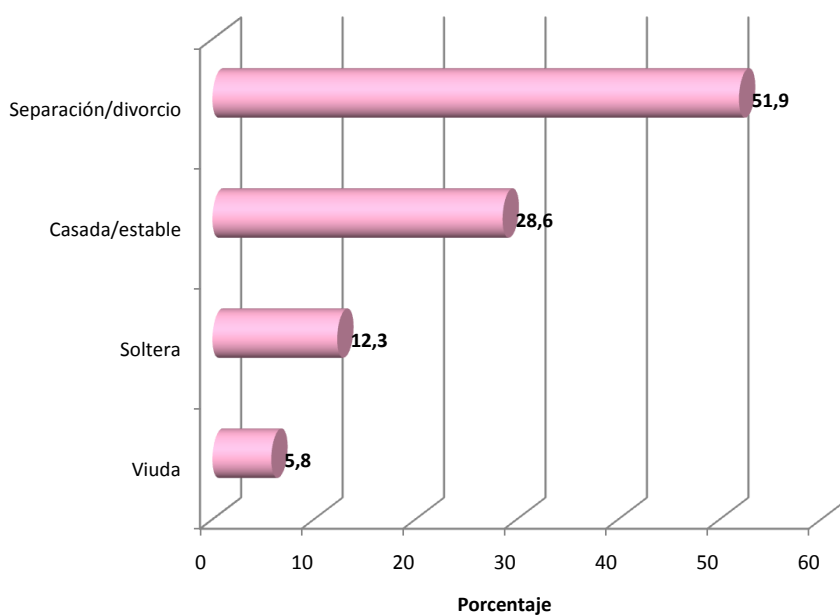
Respecto a las problemáticas de la familia de origen se han hallado diferencias significativas al realizar el análisis por sexo (de los niños) exclusivamente en lo relativo a la estancia en prisión por parte de la figura materna. Se ha encontrado que esta circunstancia es significativamente más frecuente entre las niñas ($n = 11$) que entre los niños ($n = 4$).

Por último, un problema familiar que se ha presentado muy frecuentemente son los malos tratos del padre hacia la madre. Este historial de violencia de género aparece en un 38% de los casos.

2.3. Situación de la pareja

Se ha logrado acceder a esta información en un 88% de los casos ($n = 154$). La situación más habitual de los padres de estos niños es la separación, en más de la mitad de los casos (52%, $n = 80$), seguida del matrimonio o pareja estable (29%, $n = 44$). Cuando se ha producido la separación, el padre convive con nueva pareja en el 31% de los casos ($n = 40$) y la madre en el 38% ($n = 56$).

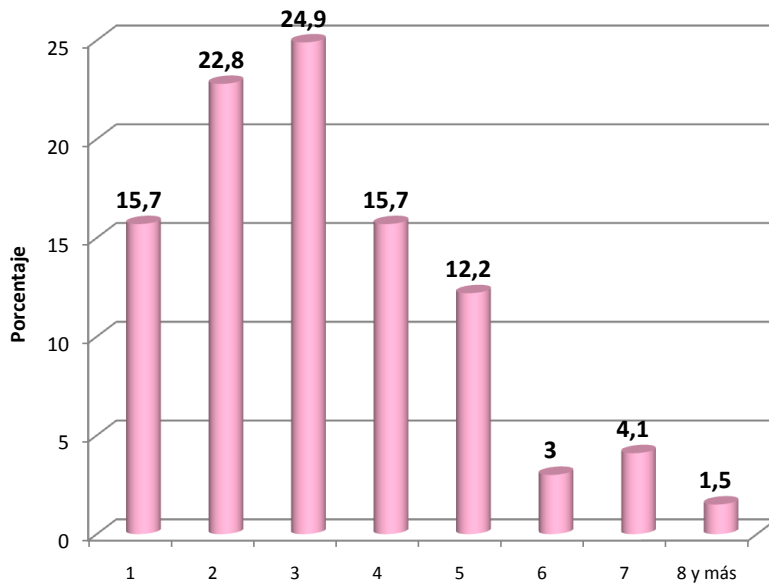
Gráfico 16. Situación de pareja en los padres



2.4. Número de hijos y situación

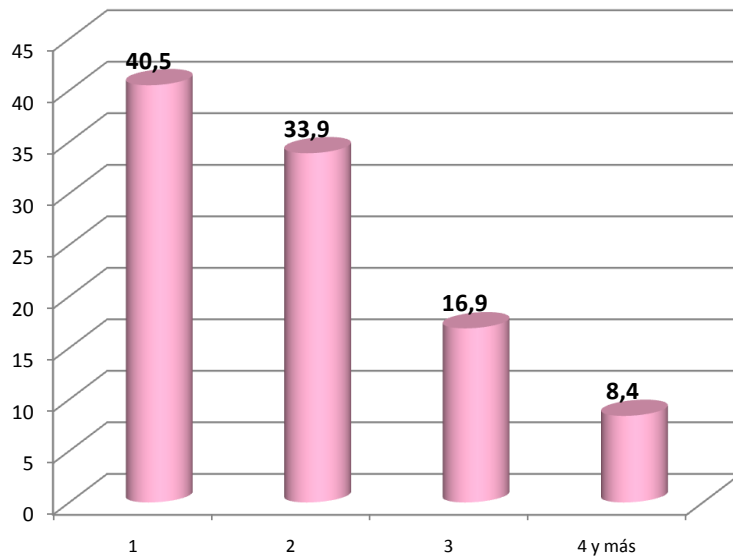
La *media de hijos e hijas* de las familias de origen de la muestra es de 3,21 (DT = 1,80). Las familias con tres hijos o hijas representan el mayor porcentaje (25%) y el rango ha alcanzado en algún caso los 14 hijos (Gráfico 17).

Gráfico 17. Número de hijos



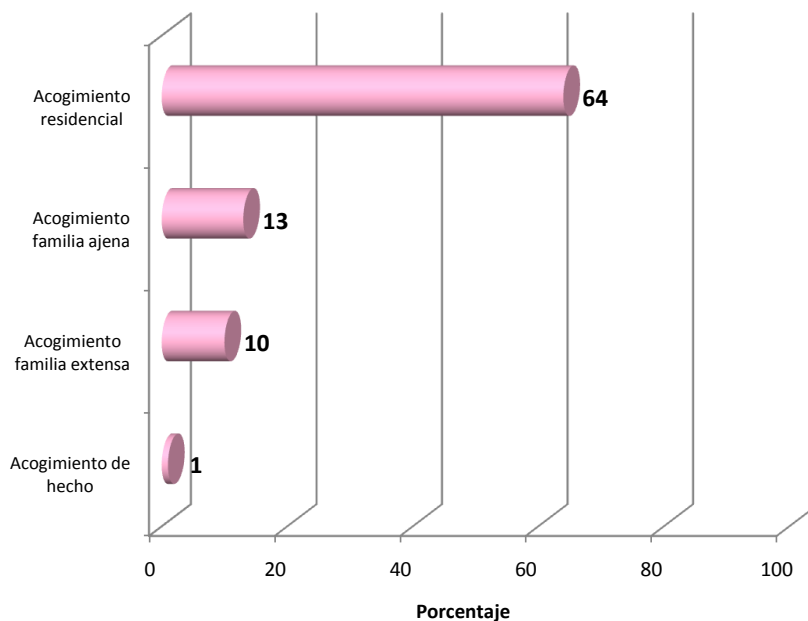
Podemos concluir que el 84% de los niños de esta muestra tiene hermanos o hermanas. Además, el 78% ($n = 154$) de la muestra tiene al menos un hermano en protección (Gráfico 18). Se recuerda que este dato se ha hallado sobre la base de familias, sin repetir los casos de hermanos. Este perfil de familias numerosas y existencia de varios hermanos en protección puede ser una de las claves para comprender la dificultad de adopciones y acogimientos familiares.

Gráfico 18 . Número de hermanos en protección



Tal y como puede verse en el Gráfico 19, el 64% ($n = 127$) tiene algún hermano en acogimiento residencial y el 23% ($n = 45$) en acogimiento familiar, siendo en familia ajena el 13% ($n = 26$) y en familia extensa el 10% ($n = 20$). Finalmente el 1% ($n = 2$) tiene algún hermano en acogimiento de hecho.

Gráfico 19. Medidas de protección de hermanos



El 52% de los niños está acogido junto a alguno de sus hermanos ($n = 102$). Un 28% del total de la muestra han sido separados de sus hermanos, es decir, se encuentran en hogares residenciales diferentes. Un 28% del total de la muestra tiene un hermano en su mismo hogar ($n = 55$) y un 17% ($n = 34$) tiene dos hermanos conviviendo con él o ella.

Síntesis del contexto familiar

En este apartado se han expuesto los datos relativos a la muestra de familias de origen y no de niños con el objetivo de no sobre representar la información de aquellas familias con más de un niño.

Respecto a la situación laboral de los progenitores, se observa que más de la mitad de los padres tienen un empleo, mientras que las madres solo están empleadas el 31%. La

situación de desempleo parece afectar a una quinta parte de los padres y a casi dos quintas partes de las madres.

Respecto a los problemas psicosociales encontramos importantes diferencias entre ambos progenitores. Para los padres los problemas más característicos son el alcoholismo (casi un tercio de la muestra), los problemas económicos severos y otras drogodependencias, que aparecen cada uno en una cuarta parte de la muestra.

En las madres, además de la situación económica compleja (que se da en un 36% de la muestra), destacan otras problemáticas específicas que parecen afectarles con una mayor frecuencia que a los padres, como los problemas de salud mental (que emergen en una cuarta parte de la muestra) o la discapacidad intelectual (en un 21%).

Resulta especialmente alarmante el alto número de casos detectados de maltrato del padre hacia la madre (en torno al 38%).

Respecto al estado de la pareja, la situación más habitual de los padres de estos niños es la separación, en más de la mitad de los casos. Solamente un 29% convive como matrimonio o pareja estable.

Las familias con tres hijos representan una cuarta parte de la muestra. El 84% de los niños de esta muestra tiene hermanos y el 78% tiene al menos un hermano en protección. La medida de protección más frecuente de los hermanos es el acogimiento residencial, de modo que más de la mitad de los niños de esta muestra están acogidos junto a alguno de sus hermanos.

3. Características del proceso de la intervención protectora

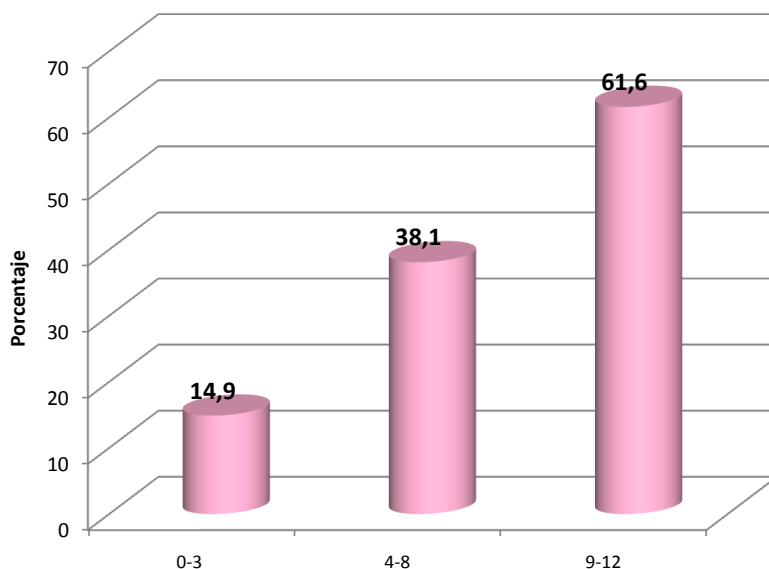
En este apartado se describirán las circunstancias que han motivado la intervención protectora y se analizará el proceso y evolución seguido por los niños durante el acogimiento residencial.

3.1. Duración del acogimiento residencial

Este estudio se centra en el hecho de que existen muchos casos de niños en que la estancia en acogimiento residencial se ha alargado mucho y por tanto el tema central del proceso de intervención es el que se refiere a la duración de esta estancia. En el apartado metodológico ya se comentó que el criterio para estudiar esta muestra de larga estancia era el de considerar aquellos casos que llevaban un tercio de su edad acogidos en hogares de protección. A continuación detallaremos cuál es la extensión de la estancia para esta muestra, partiendo de que forzosamente será, al menos, la referida en el criterio.

Se ha podido calcular con cierta exactitud la duración de la estancia en acogimiento residencial en 194 casos. La media para todo el grupo ha alcanzado los 43 meses (tres años y medio) con una DT = 2,48. En el Gráfico 20 se pueden observar las medias para cada grupo de edad, siendo de 15 meses para los menores de tres años, 38 meses para los de 4-8 años y cinco años para los comprendidos en edades de 9-12. En este grupo uno de cada cuatro niños lleva en hogares más de siete años. Se trata por tanto de estancias muy prolongadas en todos los grupos y con procesos que podríamos tipificar como de institucionalización en los mayores ya que gran parte de todo su desarrollo infantil ha transcurrido ya fuera de un contexto familiar.

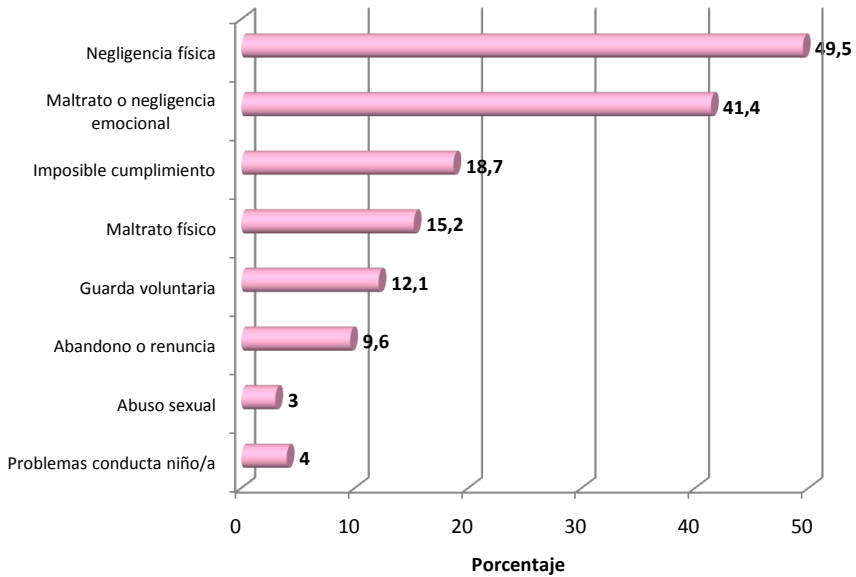
Gráfico 20. Media de meses totales de estancia en acogimiento residencial por grupos de edad



3.2. Motivo y medida de protección

El **motivo de apertura del expediente de protección** que ha aparecido más frecuentemente es la negligencia física (50%, $n = 98$) y el maltrato o negligencia emocional (41%, $n = 82$). Estas categorías surgen de las utilizadas en los propios expedientes, aunque se puede observar que se entremezclan conceptos muy diferentes.

Gráfico 21. Motivos de protección



En cuanto a la **medida legal de protección**, casi todos los casos son de tutela (95%, $n = 188$) y muy pocos de guarda voluntaria (5%, $n = 7$).

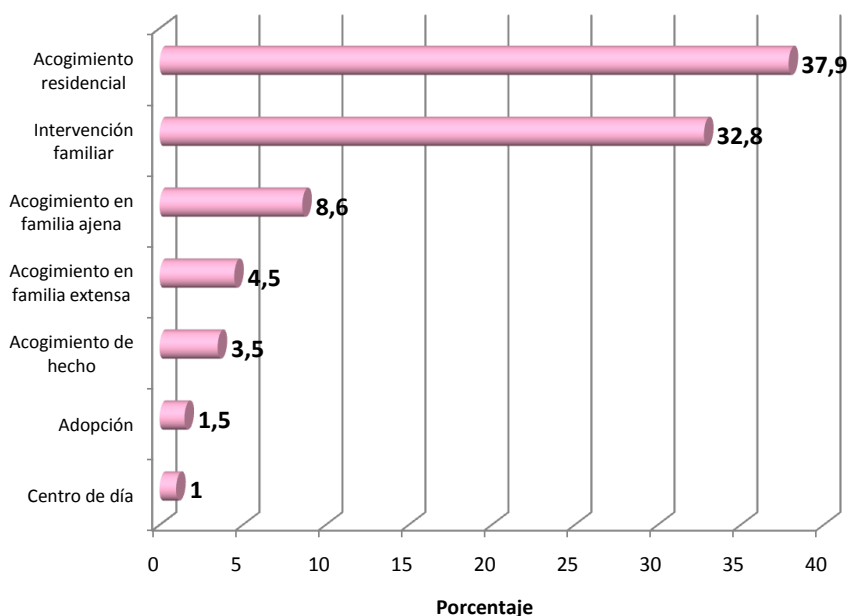
3.3. Seguimiento del caso

En todos los casos estudiados se indica la realización de informes de seguimiento para los niños acogidos. Lo más habitual es la elaboración de informes semestrales (84%, $n = 167$). En el 97% de los casos ($n = 189$) también se realizan reuniones de seguimiento entre el personal del hogar y los técnicos de protección. La frecuencia más común de las reuniones es cada tres meses (32%, $n = 48$), seguida de reuniones mensuales (28%, $n = 42$) y semestrales (24%, $n = 36$).

3.4. Intervenciones anteriores

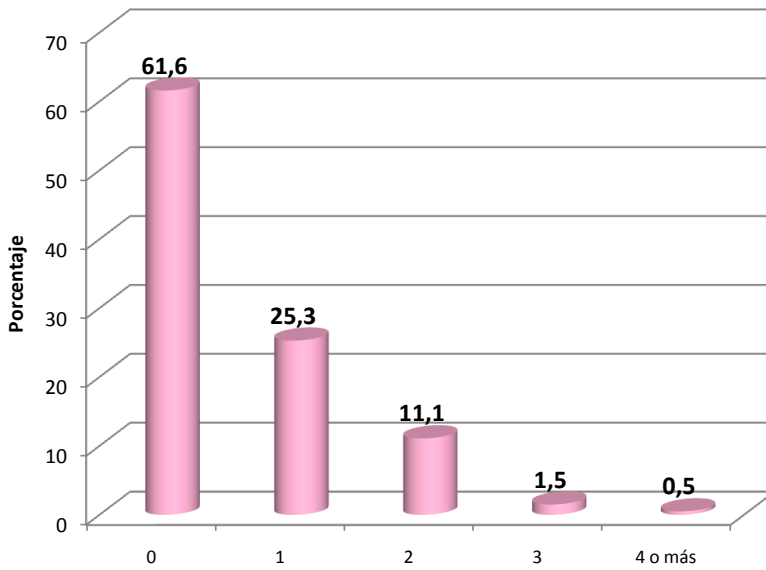
El 61% de la muestra ($n = 120$) ha experimentado algún tipo de intervención previa desde los Servicios de Infancia. La medida previa más frecuente es otro acogimiento residencial (38%, $n = 75$), que en comunidades autónomas como Cataluña acostumbra a ser un centro de acogida de corta estancia para valorar su situación.

Gráfico 22. Intervenciones anteriores



Al contabilizar el número de acogimientos residenciales por los que ha pasado el menor, se calcula una media de 1,4 hogares (DT = 0,69), habiendo un niño que ha llegado a pasar por 5 acogidas. Sin embargo, se debe señalar que el 62% no ha tenido cambios de hogar.

Gráfico 23. Número de acogimientos residenciales anteriores



3.5. Interrupciones de acogimientos familiares previos

Un aspecto importante a la hora de pronosticar la posibilidad de soluciones basadas en el acogimiento familiar para estos niños es precisamente el hecho de haber experimentado una intervención previa de este tipo con un final no deseado.

En la muestra estudiada, 33 niños (13,9%) han experimentado una ruptura de la intervención (entendida como una interrupción del acogimiento, no prevista ni debida al alcance de objetivos establecidos en el plan de caso). En estas ocasiones, la situación más habitual es haber experimentado una sola ruptura del acogimiento a lo largo de todo el proceso de protección (representada por el 84% de la muestra de rupturas, $n = 26$), aunque el 13% ($n = 4$) ha experimentado dos interrupciones y sólo un niño ha pasado por tres rupturas de acogimientos anteriores.

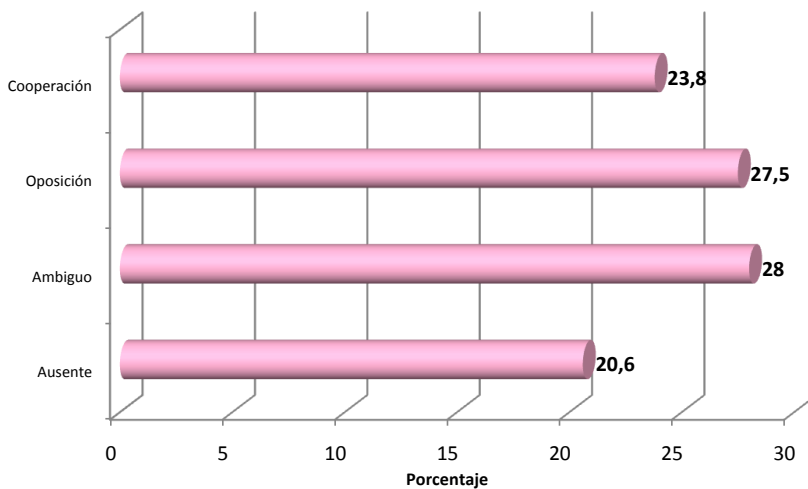
Respecto a la cuestión de quién parte la **iniciativa de la interrupción**, en un 77% ($n = 24$) es la familia acogedora la que solicita la interrupción del acogimiento previo. La solicitud del cese proviene de la Sección de Infancia en dos casos y del propio niño en tres casos.

En cuanto al **motivo de la interrupción**, existe una gran variedad de razones muy difíciles de categorizar, pero entre las más características estarían los problemas de conducta del niño (48%, $n = 14$), o la indisposición de los acogedores por enfermedad o incluso fallecimiento de uno de ellos (7%, $n = 2$). El resto de motivos se identifican con situaciones muy específicas relacionadas con la interferencia en el acogimiento por parte de la familia biológica, la falta de respuesta de la Administración para cumplir con las necesidades económicas de la familia acogedora, y los problemas conductuales de otro hermano en ese mismo acogimiento (sin presentarlos el niño en cuestión), entre otros.

3.6. Actitud de la familia de origen ante la protección

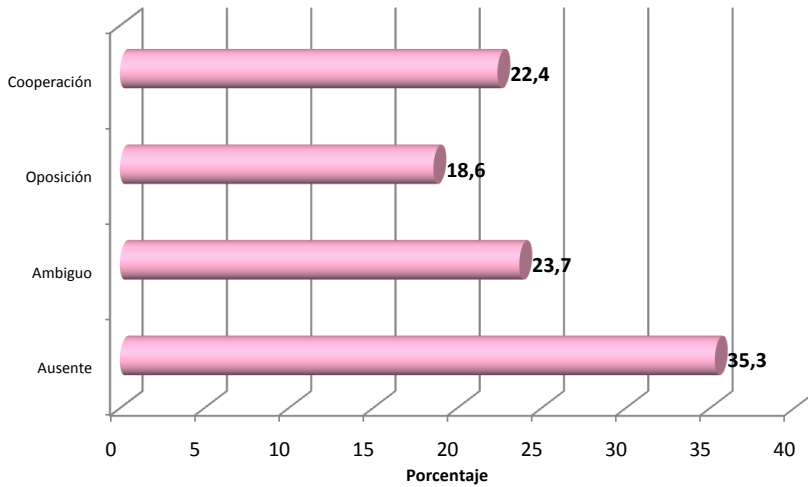
Si indagamos en la actitud o grado de colaboración de **las madres** encontramos que lo más habitual es que presenten una actitud ambigua (momentos de colaboración alternados con momentos de oposición) en el 28% ($n = 53$), en una proporción muy similar a la oposición hacia la intervención se presenta en 52 casos (otro 28%). La situación de ausencia de la figura materna en casi una cuarta parte de la muestra (21%, $n = 39$) y la cooperación en un 24% ($n = 45$).

Gráfico 24. Actitud de la madre



En cuanto a la actitud o grado de colaboración del **padre**, se observa que la situación más frecuente es que la figura paterna se encuentre ausente respecto al proceso en un 35% ($n = 55$), seguida de una actitud caracterizada por la ambigüedad en una cuarta parte de la muestra (24%, $n = 37$). Un 22% de los padres se muestra cooperante con el proceso ($n = 35$) y un 19% se opone abiertamente a la intervención con su hijo ($n = 29$).

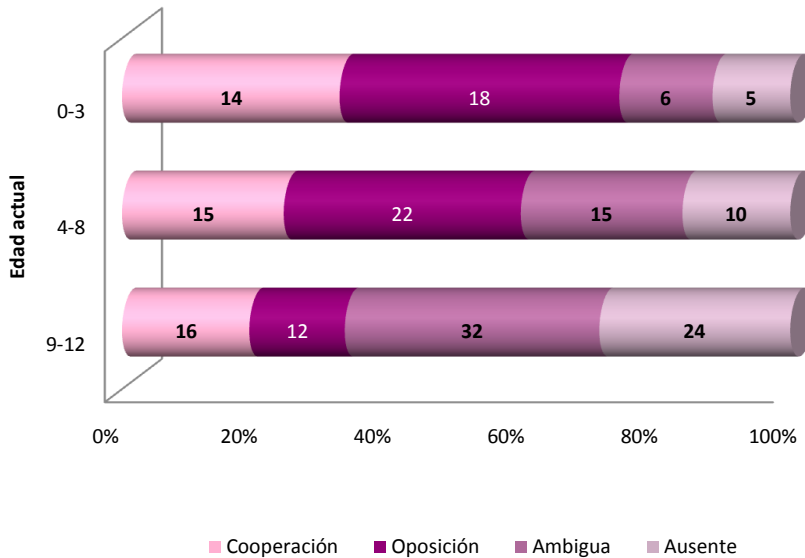
Gráfico 25. Actitud del padre



A continuación se presentan los datos relativos a la actitud del padre y de la madre en función del periodo evolutivo y la finalidad de la intervención, dado que las dos variables de análisis han mostrado diferencias estadísticamente significativas. En estos gráficos las cifras en las barras presentan el número de casos en cada categoría.

Contemplando la edad de los niños y la **actitud de la figura materna**, se observan diferencias significativas entre los periodos evolutivos ya que las madres de los niños más pequeños presentan con mayor frecuencia una actitud bien de oposición, o bien de colaboración (en porcentajes muy similares). En cambio, a medida que avanzan las edades lo más habitual es la actitud ambigua frente a su intervención o la ausencia de la figura materna, como queda reflejado en el Gráfico 26. Estas diferencias no se hallan respecto a la figura paterna.

Gráfico 26. Actitud de la madre según periodo evolutivo



Si atendemos a la finalidad de la intervención, se pueden observar diferencias significativas tanto en la actitud del padre como de la madre. Como era de esperar la actitud de cooperación de los progenitores se da en mayor medida para aquellos casos cuya finalidad es la reunificación con su familia de origen. La oposición es una actitud más frecuente en aquellos casos que esperan una medida de acogimiento familiar o de adopción. Para los casos de acogimiento residencial indefinido o de larga estancia se advierte una mayor aparición de actitudes ambiguas y ausencia de las figuras paternas.

Gráfico 27. Actitud de la madre según la finalidad del caso

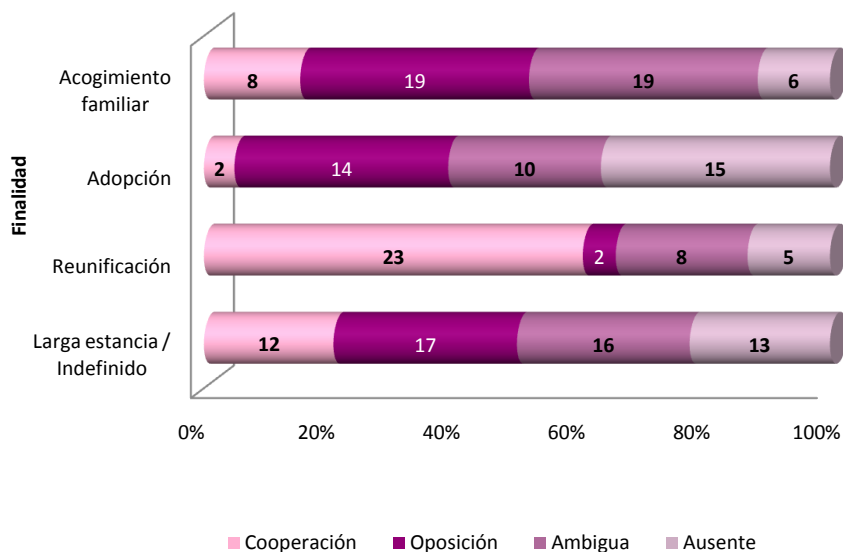
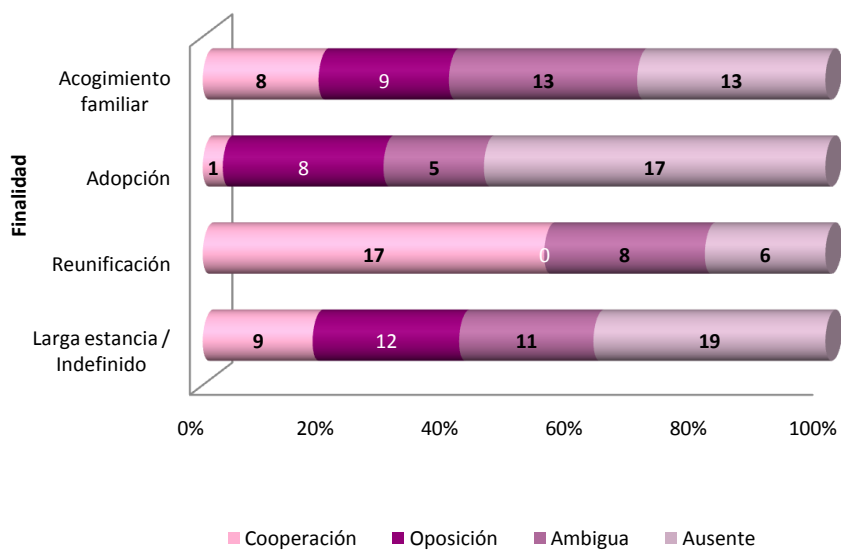


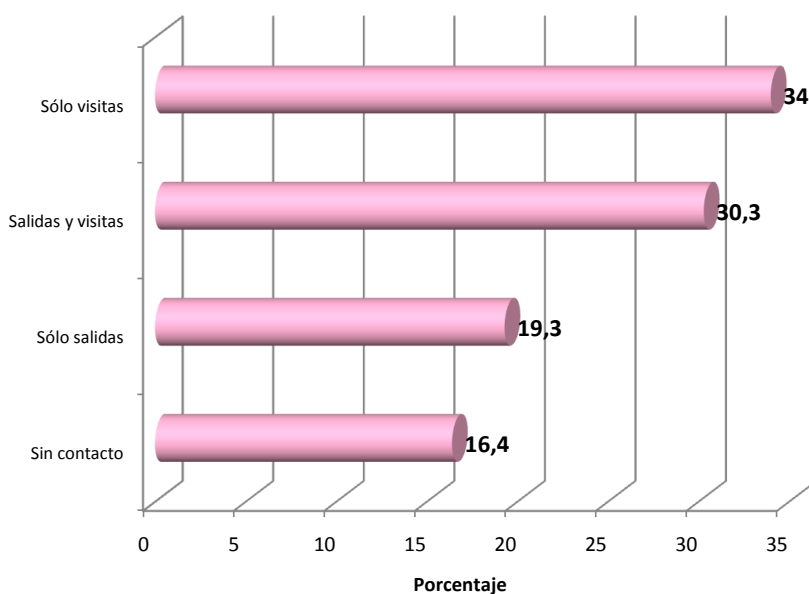
Gráfico 28. Actitud del padre según la finalidad del caso



3.7. Contacto con la familia de origen

El 83,6% de los niños ($n = 199$) tiene algún tipo de contacto con algún miembro de su familia de origen (visitas o salidas). A continuación vamos a caracterizar este contacto a través de la descripción de las visitas y salidas de los niños en acogimiento residencial.

Gráfico 29. Caracterización del contacto familiar

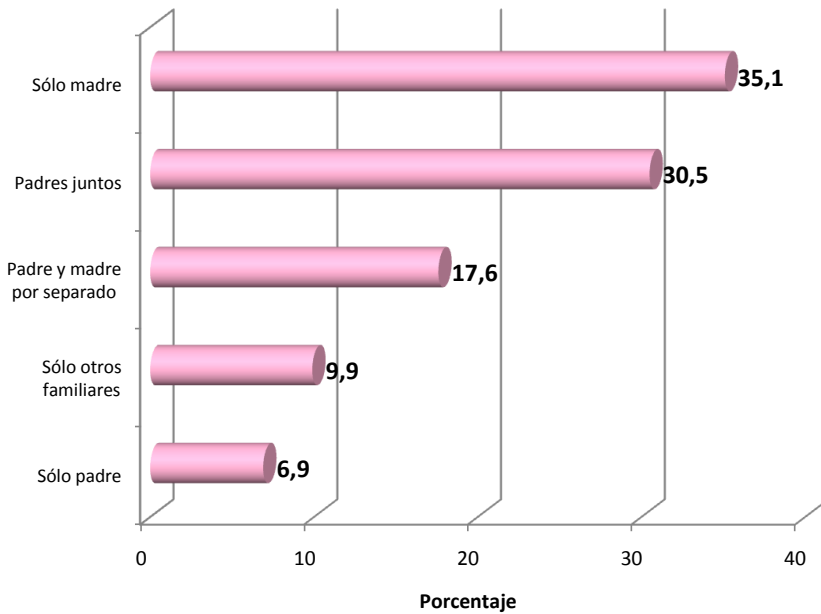


El 64,3% de los niños de la muestra ($n = 153$) mantienen **visitas** con algún miembro de su familia de procedencia (sólo visitas o visitas con salidas).

La **persona de contacto** más frecuente en las visitas es la madre (35%, $n = 46$). En segundo lugar aparecen las visitas realizadas por ambos progenitores conjuntamente (31%, $n = 40$), seguidas de las realizadas por padre y madre por separado (18%, $n = 23$). Las visitas efectuadas solamente por parte del padre alcanzan el 7%. Las visitas

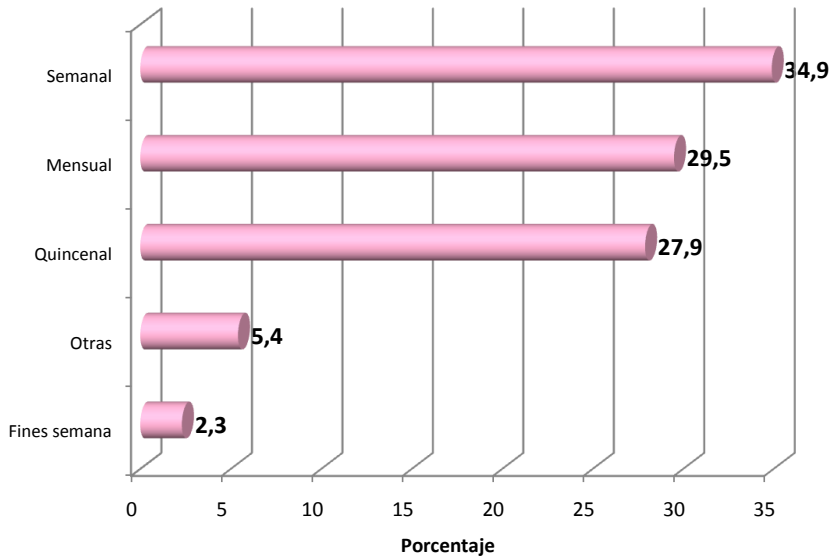
exclusivamente con otros familiares se sitúan en torno al 10% ($n = 13$) y se realizan con los abuelos en su mayoría (en el 80% de estos casos).

Gráfico 30. Familiar que realiza las visitas



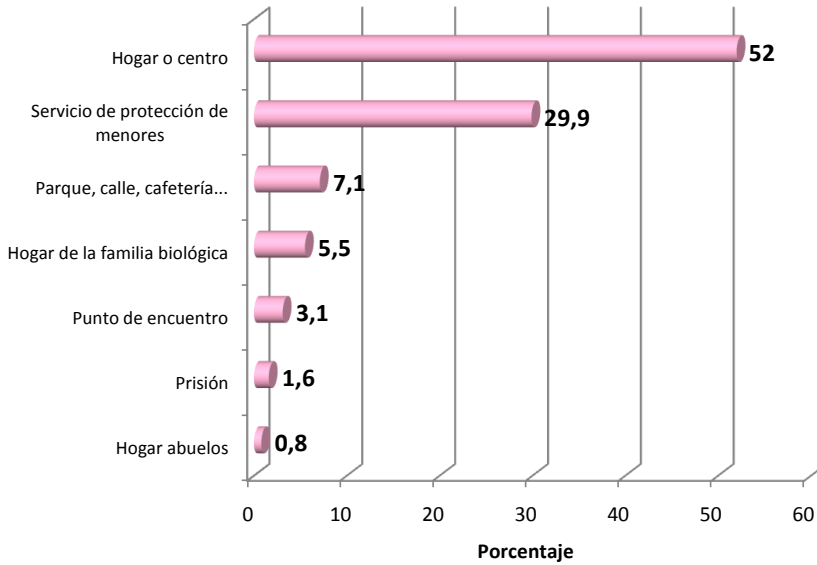
En relación a la **periodicidad de las visitas**, se observa que la frecuencia de contacto más habitual es la semanal (35%, $n = 45$), seguida de quincenal y mensual en una proporción muy similar (30% y 28% respectivamente).

Gráfico 31. Periodicidad de las visitas



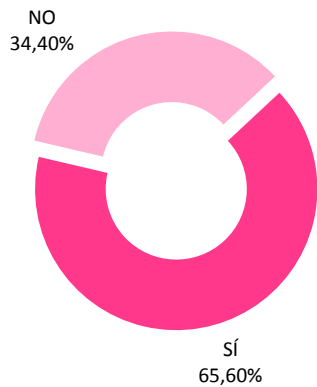
El **lugar** más común para realizar las visitas es el hogar o centro de acogimiento residencial, en más de la mitad de los casos (52%, $n = 66$). A continuación, el servicio de protección de menores es el sitio elegido para las visitas para más de una cuarta parte de los niños en acogimiento residencial (30%, $n = 38$). El resto de las visitas se desarrollan en lugares públicos, el hogar de la familia de origen, el punto de encuentro o la institución penitenciaria donde se encuentra el padre o la madre.

Gráfico 32. Lugar de encuentro para las visitas



En relación al **carácter supervisado de las visitas**, se ha comprobado que el 66% de los casos ($n = 86$) se desarrollan bajo supervisión. Dicha supervisión está realizada por los educadores o personal del centro u hogar en el 87% de los casos ($n = 73$).

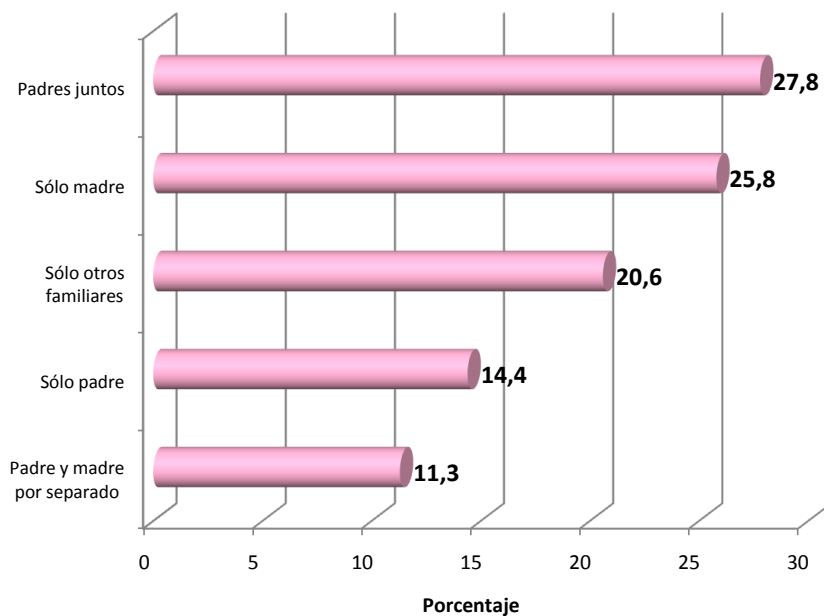
Gráfico 33. Visitas supervisadas



Con respecto a la segunda forma posible de contacto con la familia de origen, se ha observado que más de la mitad de la muestra mantiene **salidas** del centro u hogar con algún miembro de su familia (49%, $n = 97$).

En estos casos la situación más frecuente es que la salida se realice con ambos progenitores de forma conjunta en un 28% de los casos ($n = 27$) o sólo con la madre en un 26% ($n = 25$). Las salidas con otros familiares alcanzan un 21% ($n = 20$). Los *otros familiares* con quienes se efectúan las salidas son tíos en un 42% ($n = 8$), abuelos en un 37% ($n = 7$) y hermanos en un 21% ($n = 4$). En cuarto lugar aparecen las salidas llevadas a cabo exclusivamente con el padre (14%, $n = 14$). Las salidas con los progenitores por separado se sitúan en torno al 11% ($n = 11$). En el siguiente gráfico se perfila de forma clara quiénes son los familiares con los que se realizan las salidas.

Gráfico 34. Familiar con quien se realizan las salidas

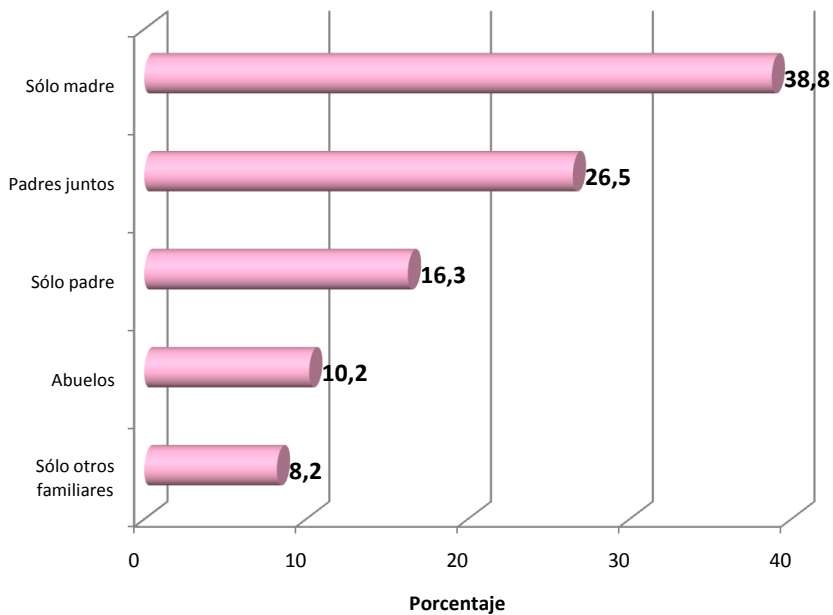


Del total de niños que tienen **salidas con su familia de origen**, el 60% ($n = 54$) lo hace en fines de semana y vacaciones; el 32% ($n = 29$) lo hace exclusivamente los fines de semana y el 9% ($n = 8$) sólo durante las vacaciones.

Es importante remarcar que en el 8,8% de los casos ($n = 21$) existe una **prohibición de contacto** con algún familiar, siendo ambos padres los receptores de esta prohibición en la mayoría de las ocasiones (50%, $n = 6$), el padre de forma individual en un 25% ($n = 3$) y la madre en el restante 25% ($n = 3$).

En relación a las **consecuencias del contacto** del niño con su familia biológica, en el 28% de los casos con contacto familiar, los informantes (técnicos de infancia o educadores) consideran que dicho contacto es nocivo para el menor. En estos casos, los profesionales también han indicado qué familiares suponen una influencia más perjudicial para los niños (Gráfico 35), situando a la madre en el 39% de los casos ($n = 19$), ambos progenitores en el 27% ($n = 13$), el padre exclusivamente en el 16% ($n = 8$), los abuelos en el 10% ($n = 5$) y otros familiares en el 8% ($n = 4$).

Gráfico 35. Familiar con contacto nocivo



Las consecuencias negativas del contacto con la familia de origen son muy variadas destacando entre ellas: conductas inadecuadas al regresar al centro u hogar ($n = 22$), nerviosismo ($n = 19$), tristeza ($n = 15$), ansiedad ($n = 15$), irritabilidad ($n = 10$), agresividad ($n = 10$), agitación ($n = 9$), confusión ($n = 8$), somatizaciones ($n = 8$), falsas expectativas respecto a la posibilidad de regresar con su familia ($n = 7$), preocupación por la situación familiar ($n = 4$), entre otras consecuencias aparecidas menos frecuentemente. Respecto a los efectos positivos de las visitas y salidas, los profesionales destacan: alegría ($n = 31$), tranquilidad ($n = 10$), estabilidad emocional ($n = 7$), fortalecimiento del vínculo con los padres y hermanos ($n = 6$) y mayor comprensión de la situación familiar ($n = 3$).

Respecto a la tercera forma de contacto con la familia, se ha observado que el 56% de los niños de la muestra mantiene **contacto telefónico** con algún miembro de su familia de origen. De ellos, el 71% habla con algún familiar al menos una vez a la semana ($n =$

78). La persona con la que el niño mantiene contacto telefónico en mayor medida es la madre exclusivamente (33%, $n = 37$), seguida de ambos progenitores por separado (30%, $n = 33$).

Gráfico 36. Contacto telefónico con la familia de origen

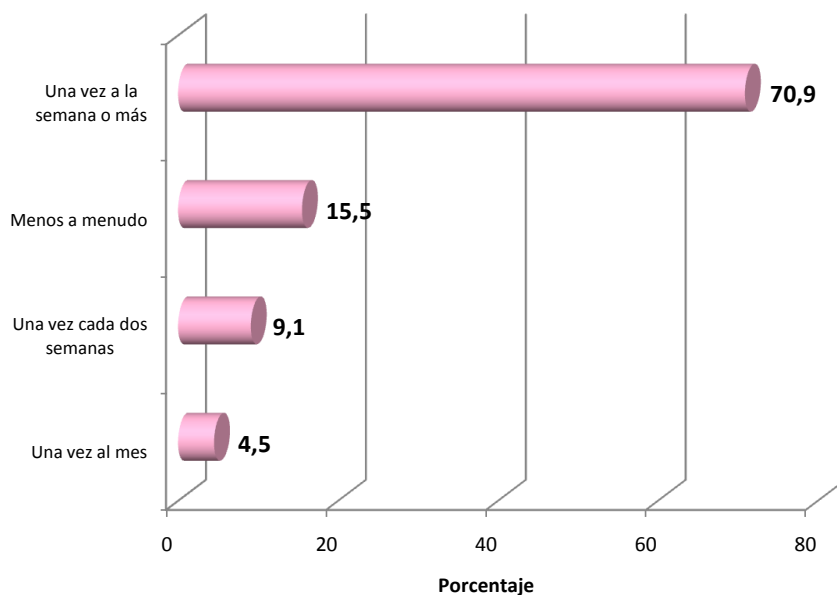
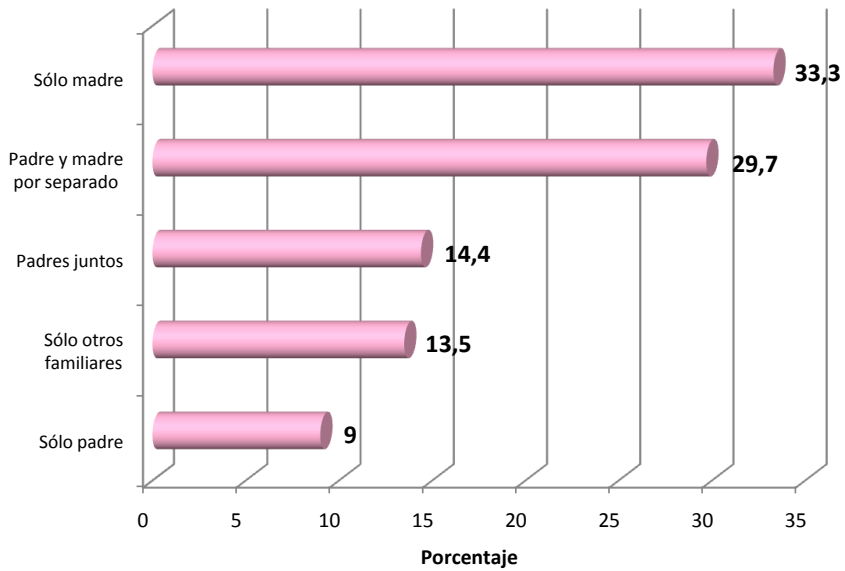
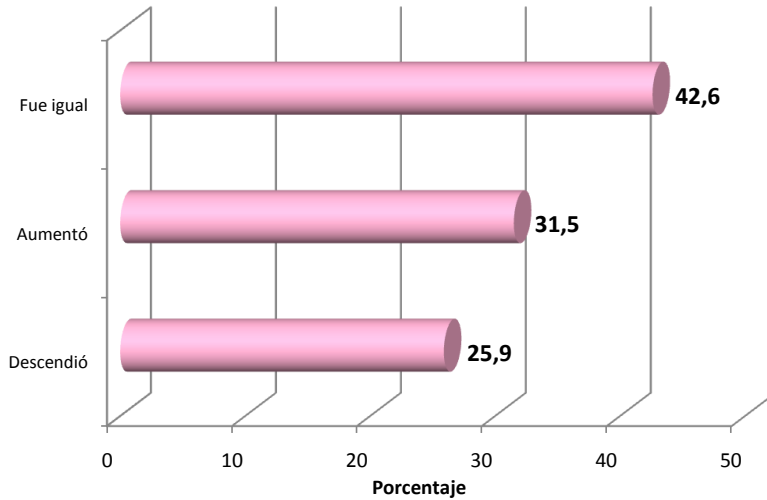


Gráfico 37. Familiares con contacto telefónico



Por último, se ha indagado sobre la evolución de la **frecuencia de contacto** del niño con su familia de origen en el último año. En un 43% ($n = 69$) dicha frecuencia ha permanecido igual, en un 32% ($n = 51$) ha aumentado y en un 26% ($n = 42$) ha descendido.

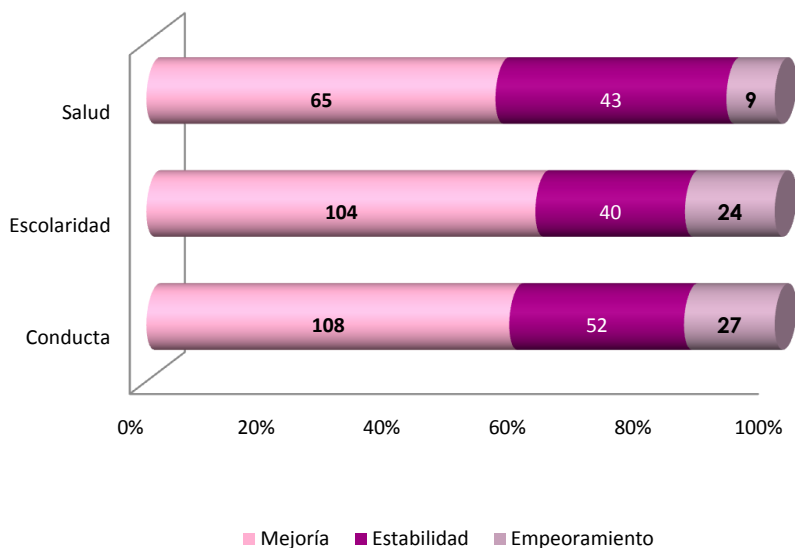
Gráfico 38. Frecuencia de contacto en el último año



3.8. Evolución del niño durante el acogimiento residencial y valoración general

En este estudio se ha tenido en cuenta la evolución de los niños a través del acogimiento residencial en aspectos como la salud, el rendimiento escolar o la conducta, que han sido valorados por los propios educadores o técnicos responsables del caso. Del mismo modo, estos profesionales han aportado una estimación general del grado de cumplimiento de los objetivos del acogimiento residencial. Todos estos aspectos se examinan a continuación.

Gráfico 39. Evolución de la situación



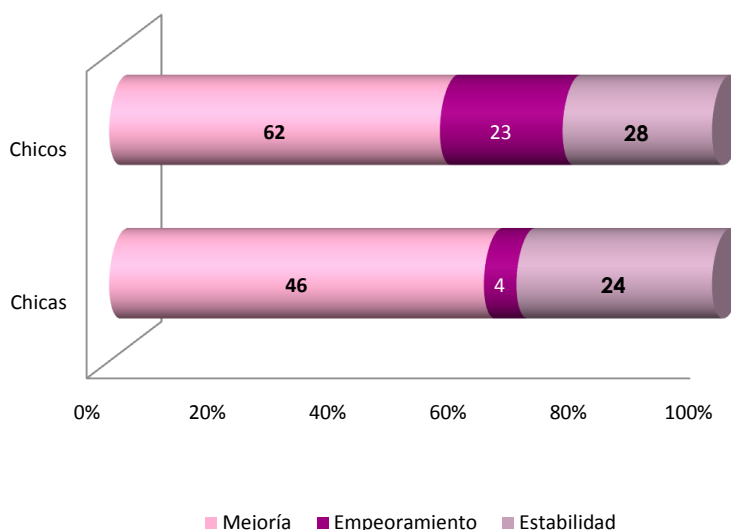
Respecto a la **salud** de los niños, se observa que en torno a la mitad de la muestra (49%, $n = 117$) no manifiesta ningún problema. La valoración de la evolución de ese 51% que sí mostraba algún problema de salud inicial nos dice que se ha producido una mejoría durante el acogimiento residencial en un 56% ($n = 65$), una estabilidad en el 37% ($n = 43$) y un empeoramiento tan sólo en el 8% ($n = 9$).

Al valorar la evolución en el **contexto escolar** se observa que sólo un 19% de los niños en edad escolar ($n = 45$) no muestra ninguna dificultad en este ámbito. Esto significa que un 81% inicia su acogimiento con algún tipo de problema en el ámbito académico. Si reparamos en su evolución a lo largo del acogimiento vemos que el 62% ($n = 104$) ha experimentado una mejoría, el 24% ($n = 40$) se ha mantenido estable y, finalmente el 14% ($n = 24$) ha empeorado en este ámbito.

En lo que concierne a la **evolución conductual** de niños, se observa que un 18% ($n = 42$) parte de una situación no problemática. De los que muestran alguna dificultad (82%), la situación más común es la mejoría a lo largo del acogimiento en un 58% de la

muestra ($n = 108$). En el 28% ($n = 52$) los problemas de conducta permanecen estables y en el 14% ($n = 27$) se ha producido un empeoramiento. Además, las chicas presentan mejores evoluciones que los chicos en este aspecto (Gráfico 40).

Gráfico 40. Diferencia de evolución en conducta por sexo



Finalmente, al recoger la **valoración general** del acogimiento residencial respecto al grado de cumplimiento de objetivos, los educadores y técnicos consideran que la mitad de la muestra ($n = 119$) ha alcanzado algunos logros, mientras que el 37% ($n = 86$) es calificado como exitoso. Merece la pena remarcar que solamente en un 9% de los casos se menciona la existencia de problemas (si sumamos *algunos problemas* y *graves problemas*). Respecto a la valoración general del acogimiento se han hallado diferencias significativas en relación al sexo ya que en los chicos se señala la existencia de problemas en la consecución de los objetivos de la intervención en mayor medida que en las chicas.

Gráfico 41. Valoración general del acogimiento residencial

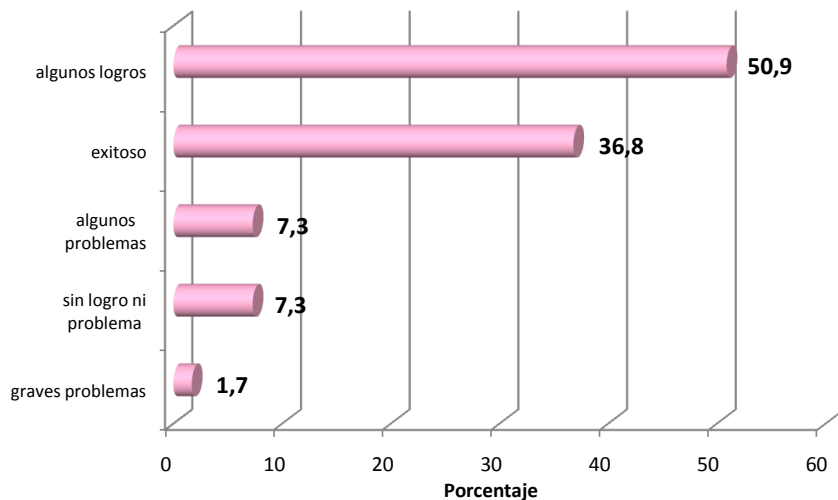
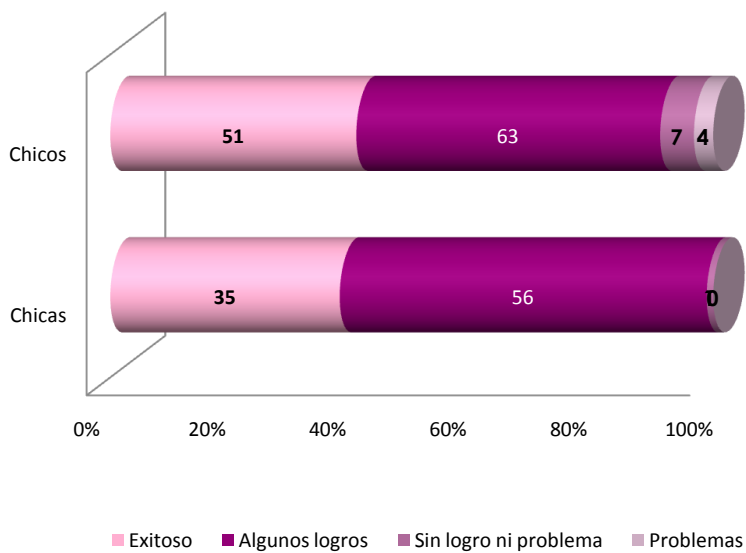


Gráfico 42. Valoración del acogimiento por sexo



Síntesis del proceso de la intervención protectora

El motivo de apertura del expediente de protección más frecuente es la negligencia física, que ha aparecido en la mitad de la muestra. La medida legal de protección es la tutela para la gran mayoría de la muestra (95%).

El 61% de la muestra ha experimentado algún tipo de intervención previa desde los Servicios de Infancia, siendo la medida más frecuente el acogimiento en centro residencial o de acogida. Los menores de esta muestra han pasado por una media de 1,4 hogares previamente.

Siguiendo con las intervenciones anteriores, 33 niños (18%) han experimentado una ruptura de un acogimiento familiar previo. En tres cuartas partes de los casos ha sido la familia acogedora la que ha solicitado la interrupción del acogimiento, siendo el principal motivo para tomar esta decisión los problemas de conducta del niño (en la mitad de los casos).

Respecto a la actitud o grado de colaboración de los progenitores encontramos que lo más habitual es que presenten una actitud ambigua (28% de las madres y 24% de los padres) o ausente (28% de las madres y 35% de los padres). La cooperación con la intervención se presenta aproximadamente en una quinta parte de la muestra.

Naturalmente la actitud de cooperación aparece más frecuentemente en las situaciones en las que se prevé la reunificación familiar. La oposición se da con mayor asiduidad en los casos que esperan una medida de acogimiento o de adopción. Finalmente, en los casos de acogimiento residencial indefinido o de larga estancia, se observa una mayor aparición de actitudes ambiguas o de ausencia.

En lo concerniente al contacto con la familia, se observa que un alto porcentaje de la muestra (83,5%) mantiene contacto con algún miembro de su familia de origen (visitas o salidas). En torno a dos tercios de la muestra reciben visitas de su familia, siendo la persona de contacto más habitual la madre y la frecuencia de contacto la semanal. Más de la mitad de las visitas se realizan en el propio hogar de acogida y el 66% tienen un carácter supervisado.

Casi la mitad de la muestra mantiene salidas del centro u hogar con algún miembro de su familia, siendo la situación más frecuente la salida con ambos progenitores conjuntamente. Más de la mitad de los que tienen salidas lo hacen en fines de semana y vacaciones.

En un 28% de los casos se considera que el contacto con la familia de origen puede ser perjudicial para el niño. La persona considerada como influencia nociva para los niños es la madre en el 39% de las ocasiones, aunque es también la que visita con mayor frecuencia.

En algo más de una cuarta parte de los casos los profesionales valoran las consecuencias del contacto como negativas y en un 21% como positivas.

La evolución de la frecuencia de contacto del niño con su familia de origen ha permanecido igual en un 43% de los casos, ha aumentado en un 32% y en un 26% ha descendido.

Respecto a la evolución del niño en acogimiento residencial se observa que en temas de salud se da una mejoría o estabilidad muy significativa. Cabe destacar también el gran porcentaje que mejora en su rendimiento escolar, aunque en este aspecto y en el conductual los casos que empeoran son también frecuentes.

En último lugar, la valoración general del acogimiento residencial respecto al grado de cumplimiento de objetivos es de algunos logros para la mitad de la muestra, mientras que el 37% se define como exitoso. Únicamente en un 9% de los casos se indica la existencia de problemas, con una mayor frecuencia entre los chicos que entre las chicas. Parece que los técnicos valoran los progresos del acogimiento y sus efectos positivos por encima del hecho de que se esté produciendo un acogimiento muy prolongado, algo que tiene también su sentido ya que existen casos en que parece no existir otra opción al alcance de dichos profesionales.

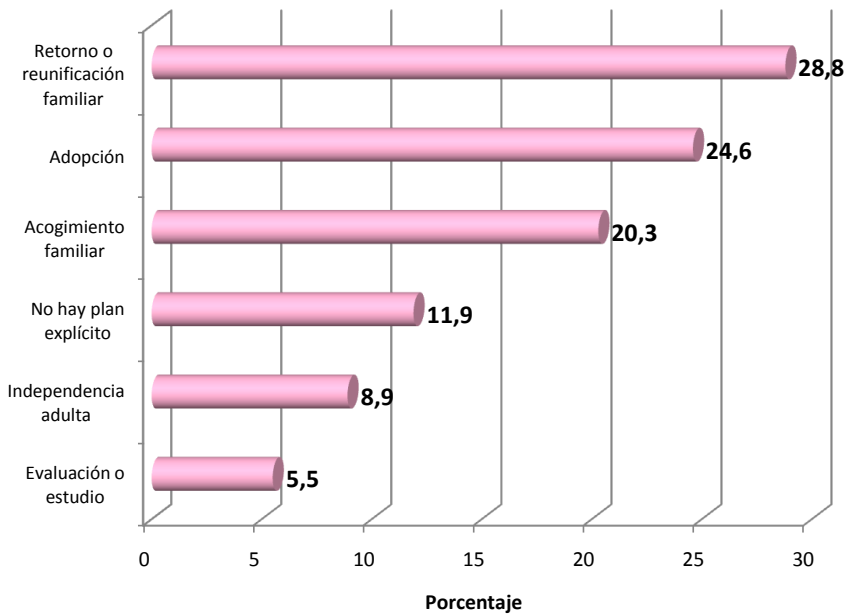
4. Perspectivas futuras para el niño

En este apartado hemos querido centrarnos en las perspectivas futuras de estos niños, teniendo en cuenta su plan de caso actual y la duración prevista primordialmente.

4.1. Plan de caso

El objetivo del plan de caso que se observa más frecuentemente es el de retorno o reunificación familiar, que se presenta en más de una cuarta parte de los casos (29%, $n = 68$). La finalidad de adopción afecta al 25% de los niños ($n = 58$). En un 20% de los casos estudiados ($n = 48$) se hace referencia al acogimiento familiar (ya sea en familia ajena o familia extensa) como principal objetivo del plan de caso. Es importante remarcar que casi un 12% de la muestra no contempla ningún plan de caso específico establecido ($n = 28$). En último lugar aparece el plan de independencia adulta (9%, $n = 21$), lo cual no deja de ser sorprendente si tenemos en cuenta que hablamos de niños que tienen menos de 12 años.

Gráfico 43. Plan de caso establecido



Resulta de gran importancia mencionar que según los técnicos, independientemente del plan de caso, el 42% de estos niños ($n = 98$) se encuentra disponible para un acogimiento familiar. En el 29% de esos casos que esperan por un acogimiento familiar ($n = 27$) existe el requisito de que esos niños sean acogidos o adoptados junto con sus hermanos.

4.2. Duración prevista

Respecto a la duración del acogimiento se ha indagado sobre el pronóstico temporal tanto al inicio de la intervención como en la actualidad, con el objetivo de estudiar los cambios acontecidos en el proceso.

La duración prevista para el caso al **inicio** del acogimiento residencial era *corta* (hasta 1 año) en un 44% ($n = 91$) seguida de *indefinida* en un 39,3% de los casos ($n = 81$). Sin embargo, si comparamos esta previsión temporal con la establecida en la **actualidad**

podemos advertir algunos cambios importantes. La duración prevista que aparece con mayor frecuencia es ahora la de duración *indefinida* en un 47% de los casos ($n = 103$), seguida de la categoría *hasta el cumplimiento de los objetivos* (ya sea recuperación de la situación de la familia de origen o hasta encontrar familia acogedora/adoptante) en un 26% ($n = 57$) y de *corta* duración (hasta 1 año) en otro 25,6% ($n = 56$).

Gráfico 44. Duración prevista al inicio y en la actualidad

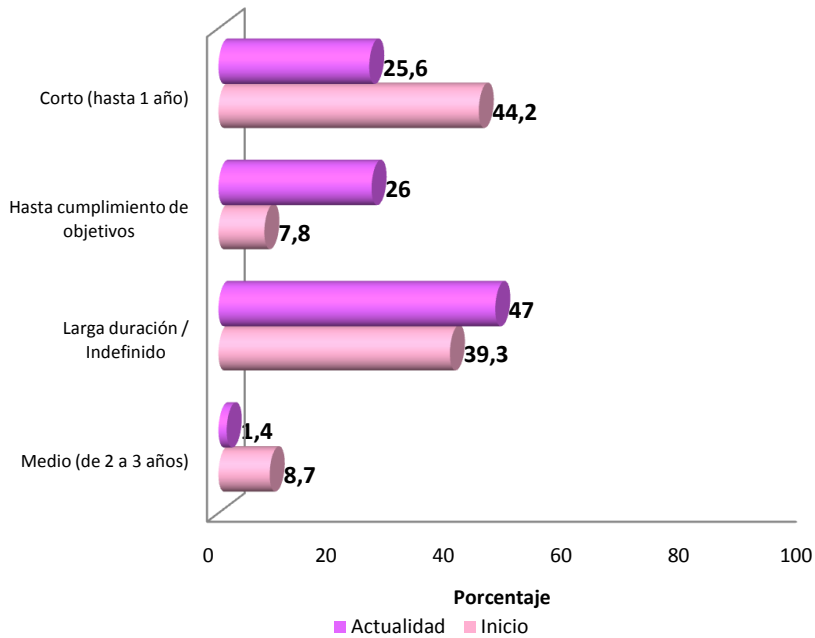
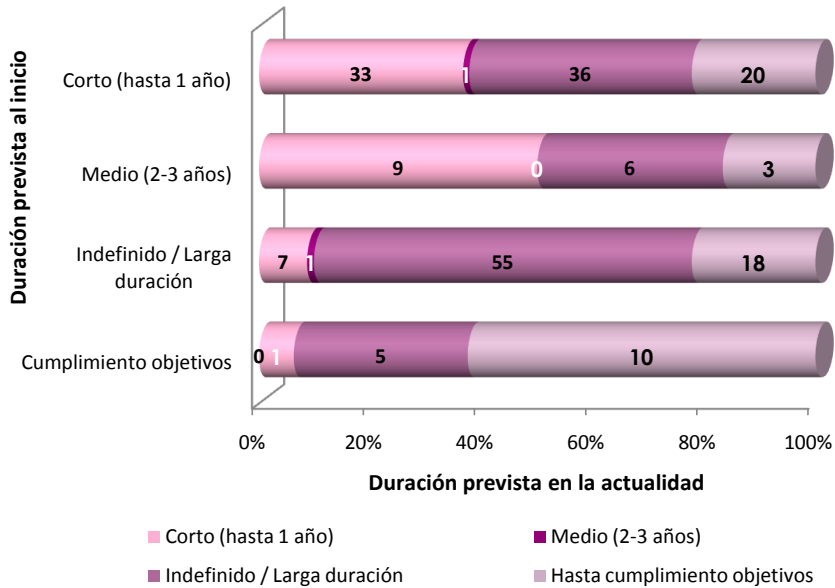


Gráfico 45. Cambio de duración prevista



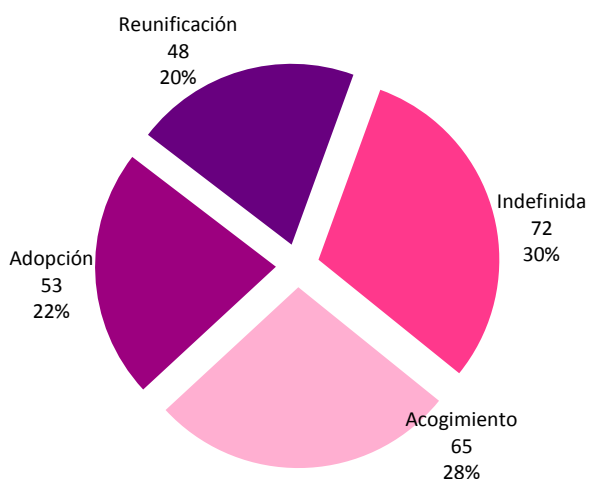
4.3. Finalidad “subyacente”

Teniendo en cuenta diferentes variables del caso como el plan, la temporalidad prevista al inicio y en la actualidad, y las propias observaciones de los técnicos y educadores, hemos creado cuatro grandes categorías en función de la finalidad de la intervención con cada niño:

1. Niños que permanecen en acogimiento residencial de forma indefinida, con previsión de larga estancia o hasta su independencia: 30% ($n = 72$)
2. Niños que están propuestos y aguardan por un acogimiento familiar: 27% ($n = 65$)
3. Niños para los que se plantea la medida de adopción: 22% ($n = 53$)

4. Niños que esperan una reunificación familiar tras el acogimiento residencial: 20% ($n = 48$)

Gráfico 46. Finalidad subyacente de la estancia



A continuación se presentan los principales resultados en relación a dichas categorías, haciendo especial referencia a aquellas variables que han mostrado diferencias significativas entre los grupos de finalidades.

El grupo cuya finalidad es **indefinida, de larga estancia o de independencia** queda compuesto por los niños de edades más avanzadas de la muestra. Sin duda se trata del grupo que presenta un perfil más problemático en relación a su salud, discapacidades (especialmente intelectual), problemas conductuales y rendimiento escolar. Se trata de niños que han recibido tratamientos con una frecuencia significativamente mayor, especialmente psicológicos y de psicomotricidad. También son los que han pasado por un mayor número de intervenciones anteriores, principalmente intervenciones de

centro de día, acogimiento residencial y acogimiento en familia extensa, con respecto a otras categorías. Este grupo, junto con el de reunificación, es el que ha tenido con más frecuencia una petición de guarda voluntaria por parte de su familia de origen. Para estos casos, la actitud más habitual de los padres es la ausencia y la ambigüedad respecto al proceso. A pesar de ello se trata de un grupo con alto contacto familiar, aunque prioritariamente ese contacto se debe a visitas y salidas con la familia extensa. En relación a la evolución de la conducta del niño a través del acogimiento residencial se observa un empeoramiento con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos. La valoración realizada por los técnicos o educadores más habitualmente es de algunos logros.

Los niños cuya finalidad es el **acogimiento familiar** pertenecen en mayor medida al grupo de edad de 9 a 12 años. Son niños que presentan con mayor frecuencia problemas de retraso madurativo y que han pasado por tratamientos psicológicos, de estimulación y psicomotricidad. Estos niños son (junto con el grupo de larga estancia/indefinido/independencia) los que han tenido más frecuentemente intervenciones anteriores, especialmente a través de recursos de centro de día y residenciales. Los padres de estos niños exhiben situaciones económicas adversas y problemas psiquiátricos con mayor frecuencia. Presentan contacto con su familia de origen con mayor asiduidad que otros grupos como el de adopción o larga estancia/indefinido/independencia, aunque el contacto más frecuente es el mensual. Estas visitas requieren supervisión en mayor medida que en otros grupos y sus consecuencias son valoradas más negativamente por parte de los técnicos y educadores. Además, si nos fijamos en la frecuencia de contacto familiar durante el último año, se observa en esta categoría un descenso del contacto en mayor medida que en otras. La actitud hacia la intervención más común por parte de los padres ante esta finalidad es la oposición o ambigüedad. La valoración general es de algunos logros para la mayoría de estos niños.

Los niños cuyo plan de caso es la **adopción** son los niños de edades más bajas (franja de 4 a 8 años). Con mayor frecuencia se trata de niños sanos, sin problemas de discapacidades o en el contexto escolar. Entre ellos hay escasa presencia de tratamientos psicológicos, aunque aparecen con más frecuencia que en otros grupos

los tratamientos de estimulación y psicomotricidad. Se trata del grupo que menos intervenciones anteriores ha recibido del sistema de protección. Hay menor frecuencia de visitas y, cuando se dan, son supervisadas en su mayoría. La actitud de los padres de estos niños es en mayor medida de oposición a la intervención, o simplemente de ausencia. También en este grupo aparece con mayor asiduidad la prohibición de contacto familiar. En relación a la evolución de la conducta del niño a través del acogimiento residencial se observa una mejoría con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos. La valoración realizada por los técnicos o educadores es exitosa en mayor medida.

El grupo de niños que espera una **reunificación** con su familia de origen tiene entre 9 y 12 años en su mayoría y muestra escasos problemas de salud o discapacidades. Entre ellos hay una baja presencia de tratamientos médicos, psicológicos, de estimulación o psicomotricidad. Entre los niños que tienen un plan de caso de reunificación es donde se encuentra un mayor número de hijos de familias inmigrantes. Del mismo modo, entre estos casos se ha producido una petición de guarda voluntaria con una frecuencia mayor a la de otras finalidades. Respecto al contexto escolar, estos niños son los que exhiben mejores resultados académicos y menos problemas de conducta. Junto con el grupo de niños para adopción, el de reunificación es el que presenta un número menor de intervenciones protectoras anteriores, aunque también es el que presenta más acogimientos de hecho previos. Respecto a quién ostenta la responsabilidad sobre el niño, se ha visto que en aquellos casos que esperan la reunificación familiar ambos padres conjuntamente son los responsables del niño con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos. Además, cuando se espera esta finalidad la actitud de los padres es de cooperación con unas diferencias estadísticamente significativas respecto al resto de grupos. Como era de esperar, con los padres de este grupo de niños se está haciendo intervención familiar con mayor frecuencia. Respecto al contacto familiar, se observa que son los niños con plan de reunificación los que tienen más visitas y salidas con sus padres (todos estos niños pasan fines de semana con su familia de origen). Además la frecuencia de contacto es significativamente mayor a la aparecida en otros grupos (en este caso es mayoritariamente semanal y quincenal). Entre estos niños, la frecuencia del contacto

familiar ha aumentado o ha permanecido igual en un número de casos significativamente mayor que en el resto de categorías. En relación a la evolución de la conducta de los niños a través del acogimiento residencial se encuentra una mejora con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos (al igual que los niños propuestos para adopción). La valoración realizada por los técnicos o educadores es de algunos logros en la mayoría de las ocasiones.

Síntesis de las perspectivas futuras del caso

El objetivo del plan de caso que se observa para estos niños es el de reunificación familiar en un 29%, seguido del de adopción en una cuarta parte de los niños y el acogimiento familiar en extensa o ajena en una quinta parte. Asimismo se nombra como plan de caso el de independencia adulta en un 9%, y teniendo en cuenta que son niños que tienen máximo 12 años, esto supone una previsión de acogimiento residencial de muchísimos años. Además, un 12% de la muestra no contempla ningún plan de caso específico establecido y un 5 % aún están en evaluación o estudio.

El 42% de estos niños ha sido propuesto para un acogimiento familiar o adopción, y entre ellos el 29% tiene el requisito de ir junto con sus hermanos.

Al iniciar el acogimiento residencial de estos niños, la duración prevista de estancia en el centro era de un máximo de un año en un 44,2% de los casos, seguida de una previsión *indefinida* en un 39,3% de los casos. En la actualidad la duración *indefinida* ha pasado a ser de un 47% y aparece seguida de la categoría *hasta el cumplimiento de los objetivos* (sea de reunificación, de acogimiento o de adopción) en una cuarta parte de los casos, siendo la previsión de menos de un año en un 7,8%.

Finalmente a la luz de los resultados sobre el plan de caso, la duración prevista y las observaciones de los profesionales se han propuesto cuatro categorías explicativas de la finalidad de intervención, explicando las características de los niños que se encuentran en cada una de ellas: (a) Niños que permanecen en acogimiento residencial de forma indefinida, con previsión de larga estancia o hasta su

independencia, representan el 30%; (b) Niños que están propuestos y aguardan por un acogimiento familiar, son el 27%; (c) Niños para los que se plantea la medida de adopción, el 22%; (d) Niños que esperan una reunificación familiar tras el acogimiento residencial, el 20% de la muestra.

5. Historias representativas de niños con larga estancia en acogimiento residencial

Una vez presentados los resultados, nos gustaría completar el análisis más cuantitativo de los datos con un bosquejo de la situación de estos niños a través de diversas historias de larga estancia en acogimiento residencial pertenecientes a esta muestra.

Como ya hemos expuesto anteriormente, podría decirse que existen cuatro grandes grupos de niños atendiendo a la finalidad establecida en su plan de caso, que pueden representar de algún modo la gran variedad de casos analizados en este estudio.

1. Niños que permanecen en acogimiento residencial de forma indefinida, con previsión de larga estancia o hasta su independencia: 30% ($n = 72$)
2. Niños que esperan por un acogimiento familiar: 27% ($n = 65$)
3. Niños para los que se plantea la medida de adopción: 22% ($n = 53$)
4. Niños que esperan una reunificación familiar tras el acogimiento residencial: 20% ($n = 48$)

5.1. Niños que permanecen en acogimiento residencial de forma indefinida, con previsión de larga estancia o hasta su independencia

CASO 19. Niña española de nueve años con una minusvalía moderada del 46% (discapacidad mental) que presenta problemas de conducta, hiperactividad y retraso madurativo. Ha recibido diversos tratamientos psicológicos y psiquiátricos en relación a sus problemas conductuales. Entra en protección con cuatro años y en el centro actual con cinco años. Pertenece a una familia con recursos económicos muy limitados y con antecedentes de salud mental por parte del padre. Ambos progenitores se oponen a la intervención con esta niña. De los cinco hijos de su familia, tres se encuentran en protección y acogidos en el mismo centro. Se mantienen visitas con los padres y salidas los fines de semana, aunque la frecuencia de contacto ha disminuido en el último año. Desde el punto de vista de los educadores este contacto es muy negativo para la pequeña, ya que provoca en ella ansiedad, agitación y una actitud muy negativa a la vuelta al centro, con un aumento de sus problemas conductuales. Actualmente el plan de caso es indefinido con previsión de larga estancia.

CASO 20. Niña gitana de cuatro años sin problemas de salud ni conducta que entra en acogimiento residencial a los pocos meses de nacer debido a un inadecuado cumplimiento de obligaciones paternas. Ambos progenitores se encontraban en prisión y con problemas de adicciones y salud mental. La niña tiene cinco hermanos, todos ellos en protección, estando uno de ellos en el mismo centro. Se producen visitas y salidas con los padres con buena frecuencia y las consecuencias de ese contacto son vistas como muy positivas por parte de los técnicos. Aunque el plan de caso inicial era de reunificación, en la actualidad se ha convertido en indefinido, siendo imposible establecer una previsión temporal del regreso con su familia.

CASO 21. Niño de doce años que presenta problemas de conducta por lo que está recibiendo tratamiento psicológico. Su rendimiento escolar es muy bajo. Ha pasado por tres centros antes de llegar al actual en el que lleva unos meses. Entra en protección por negligencia física y maltrato emocional. El padre no muestra desajustes psicosociales importantes, en cambio la madre presenta problemas de alcoholismo y adicción a otras drogas, mendicidad y prostitución. Tienen siete hijos, cinco de ellos están en protección (tres en acogimiento residencial y dos con familia ajena). Este niño mantiene visitas y salidas quincenales con su padre aunque en la actualidad la frecuencia del contacto ha descendido. A lo largo del acogimiento residencial ha mostrado un empeoramiento en relación a su conducta y su rendimiento escolar. En la actualidad se considera que este niño permanecerá acogido hasta la mayoría de edad.

CASO 22. Niño de once años hijo de familia emigrante de Gambia, con un perfil bastante complejo caracterizado por retraso madurativo, problemas psiquiátricos, hiperactividad, problemas de conducta y necesidades especiales en la escuela. Debido a sus trastornos mentales diagnosticados recibe tratamiento psicológico y psiquiátrico, habiendo estado ingresado en una unidad psiquiátrica. Entra en protección con dos años de edad por maltrato emocional. Sus progenitores aglutinan diversos problemas psicosociales importantes: discapacidad física, violencia de género, problemas económicos graves, actividad marginal, problemas de salud mental, prostitución. El niño tiene contacto exclusivamente con la madre a través de salidas algunos fines de semana, que han ido descendiendo en la actualidad. Este contacto es valorado como muy nocivo por parte de los profesionales ya que dan lugar a alteraciones en el comportamiento del niño y agresividad. Dada la situación familiar y su

problemática psiquiátrica se ha propuesto un acogimiento residencial indefinido, con posibilidad de cambio a un centro terapéutico que pueda cumplir mejor con sus necesidades.

CASO 23. Niño de doce años sin problemática de salud pero con importantes problemas conductuales en el hogar y el colegio, por los que está recibiendo tratamiento psicológico. Entra en protección a la edad de ocho por maltrato físico y emocional. Su padre se encuentra desempleado y su madre es drogodependiente y tiene problemas de salud mental. Tiene cinco hermanos y todos ellos se encuentran acogidos en el mismo hogar. Recibe visitas quincenales de sus progenitores en el hogar de acogida. Este contacto es valorado de forma positiva por los educadores. El pronóstico sobre la situación familiar es muy desfavorable por lo que se considera que la mejor opción para el niño es que permanezca en el centro hasta su mayoría de edad.

5.2. Niños que se proponen para acogimiento familiar

CASO 1. Niña de doce años con una minusvalía grave debido a una encefalopatía con crisis epilépticas. Hija de padres dedicados a actividades marginales, en la actualidad no mantiene ningún contacto con ningún miembro de su familia de origen. Entra en protección a los diez meses de vida por negligencia y pasa por varias medidas: acogimiento en familia extensa durante tres años (a la que pone fin la Sección de Infancia por negligencia) y acogimiento residencial hasta la actualidad. Durante su infancia recibe numerosos tratamientos médicos, psicológicos, psiquiátricos, de estimulación y de psicomotricidad (debido a su discapacidad física y sensorial). En un primer momento se valora la adopción pero dado su complicado perfil se contemplan otras alternativas como el acogimiento familiar especializado.

CASO 2. Niño de dos años de origen rumano y etnia gitana sin problemas de salud. Entra en protección por negligencia física y emocional con un año de edad y pasa por dos centros antes de llegar al hogar de acogida en el que se encuentra en la actualidad. Sus padres son menores de edad y por actividad marginal se encuentran en centros de justicia juvenil. Ambos se oponen a la intervención protectora de su hijo aunque mantienen visitas quincenales. Dichas visitas son bien valoradas por los técnicos y educadores, ya que consideran que han establecido un buen vínculo afectivo con el pequeño. Se espera encontrar una familia acogedora para este niño en un plazo breve.

CASO 3. Niño de seis años sin problemas físicos que recibe tratamiento psicológico en la actualidad por un trastorno emocional. Entra en protección por negligencia física a los tres años y tras el paso por dos dispositivos, durante uno y seis meses, entra en el hogar en el que reside actualmente junto con su única hermana. Respecto a sus progenitores, se sabe que su madre tiene problemas de salud mental y discapacidad intelectual. Se conocen situaciones de malos tratos del padre hacia la madre y además se oponen a la intervención protectora. El niño recibe visitas supervisadas por parte de ambos padres por separado cada quince días. Las consecuencias de esos contactos son valoradas muy negativamente por parte de los profesionales ya que dan lugar a estados emocionales alterados, desobediencia en el hogar y

agresividad.

CASO 4. Niña de nueve años sin graves problemas físicos, a excepción de una alteración de la marcha, y con buenos resultados en el contexto académico. Entra en protección al poco tiempo de nacer por imposible cumplimiento de obligaciones paternas. Su padre presenta un problema de alcoholismo y su madre tiene una discapacidad intelectual. Desde entonces pasa por cuatro hogares de acogida distintos, llevando en el actual un año. También ha pasado por un acogimiento en familia ajena que duró 19 meses y tuvo que ser interrumpido por la oposición judicial de los padres. Esta niña tiene otros dos hermanos que también se encuentran en centros de acogida. Tiene visitas semanales por parte de sus padres de forma independiente, ya que están separados, y también sale los fines de semana al hogar paterno. Se espera que el acogimiento residencial sea de larga duración si no se encuentra una familia acogedora para esta niña.

CASO 5. Niña de seis años con necesidades educativas especiales y retraso madurativo, sin otras enfermedades graves o complicaciones físicas. Recibe tratamientos de psicomotricidad y logopedia en la actualidad. Se encuentra en protección por negligencia física y ha pasado por dos hogares (durante diez meses en total) anteriores al que se encuentra en la actualidad, donde lleva más de tres años. Sus progenitores están separados y conviven con nuevas parejas. Su madre tiene una discapacidad intelectual y no se les conoce empleo a ninguno de los dos. La actitud de la madre ante la intervención protectora es ambigua, mientras que el padre se muestra colaborador. La niña tiene otros dos hermanos que se encuentran acogidos en el mismo hogar. En la actualidad mantiene salidas con el padre durante los periodos vacacionales y recibe visitas de la madre y del padre por separado, aunque este contacto ha descendido durante el último año. No se aprecian consecuencias tras el contacto. En la actualidad se está esperando a encontrar una familia acogedora adecuada para esta niña. No existe requisito de que sea acogida junto a sus hermanos.

CASO 6. Niño de doce años sin problemas de salud física relevantes. Muestra problemas de conducta por los que está recibiendo tratamiento psicológico en la actualidad. Entra en protección por una petición de guarda voluntaria. Sus progenitores se encuentran separados; el padre está en paradero desconocido y la madre tiene problemas de salud mental. De los cinco hijos de esta pareja tres se encuentran en protección, estando acogidos en el mismo hogar. Con anterioridad al acogimiento residencial actual (en el que lleva dos años y medio) la familia ha estado en un programa de intervención familiar durante otros dos años y medio. Además, el niño ha pasado por otros tres hogares residenciales (en total cuatro años) y dos acogimientos en familia ajena, que resultaron fallidos por sus problemas de conducta. En la actualidad, el niño recibe visitas de la madre y también sale con ella algunos fines de semana, aunque la frecuencia de contacto ha disminuido en el último año. Tras las salidas al hogar materno el niño se opone a volver al centro. Respecto a su evolución en el acogimiento residencial, se observa un empeoramiento de su conducta y de su rendimiento escolar. En un principio se pensó que el acogimiento sería de corta duración, un año aproximadamente, tiempo tras el que el niño retornaría con su madre. En la actualidad el niño ha sido propuesto nuevamente para un acogimiento familiar, sin el requisito de ser acogido junto a sus hermanos.

5.3. Niños para los que se plantea la medida de adopción

CASO 7. Niña de cinco años huérfana de padre y con madre toxicómana en paradero desconocido. No muestra ningún problema de salud relevante. Entra en protección con dos años de edad y pasa por tres hogares. En el hogar actual lleva un año y medio. Sus cinco hermanos se hallan también en protección, estando dos de ellos en su mismo hogar. Ha recibido preparación psicológica para la separación definitiva de su familia biológica y actualmente está siendo preparada para la adopción. Se prevé encontrar una familia adoptante para esta niña en un breve espacio de tiempo.

CASO 8. Niño de dos años, hijo de una familia de origen boliviano, con una minusvalía del 45% asociada a un síndrome de Down. En la actualidad recibe tratamientos de salud, de estimulación y psicomotricidad. Entra en protección al poco tiempo de nacer por negligencia física e imposible cumplimiento de obligaciones paternas (su madre se encuentra en la indigencia y se desconoce el paradero de su padre). La actitud de la madre respecto al proceso es de cooperación con la protección aunque no mantiene ningún tipo de contacto con el pequeño. Se propone a este niño para adopción y si no se encontrara familia adoptante también se contempla la opción del acogimiento familiar.

CASO 9. Niño de cuatro años que presenta retraso madurativo, necesidades especiales en la escuela y ciertos problemas de conducta en este contexto. Entra en protección con dos años de edad y desde entonces permanece en el mismo hogar de acogida. Los motivos de esta protección son negligencia física y maltrato emocional. Ambos progenitores, separados en la actualidad, sufren problemas psiquiátricos y muestran fuerte oposición ante la intervención protectora que se ha realizado con sus dos hijos. Los niños reciben visitas de sus padres en el hogar de acogida una vez a la semana. Las visitas son valoradas positivamente por los técnicos cuando se trata de la figura paterna, mientras que los educadores creen que el contacto con la madre resulta nocivo para el pequeño.

CASO 10. Niña de un año de edad sin problemas físicos de importancia. Entra en protección por negligencia física y maltrato emocional. Pasa por dos hogares de acogida con breves estancias (uno y tres meses) hasta llegar al actual. Su familia de origen presenta problemas económicos severos y su madre tiene una discapacidad intelectual. Sus cinco hijos se encuentran en acogimiento residencial. Los padres no mantienen contacto con esta niña por lo que se ha propuesto una adopción como medida más adecuada para ella. En la actualidad se está esperando por una familia adoptante y los educadores remarcan que se ha demorado mucho esta decisión.

CASO 11. Niño de seis años que no presenta ningún problema físico de relevancia, aunque se encuentra recibiendo tratamiento psicológico por un trastorno de hiperactividad y déficit de atención que afecta negativamente a su rendimiento escolar. La intervención protectora comienza a los cuatro años de edad por un modelo de vida inadecuado de los progenitores. Previamente al acogimiento se pone en marcha una intervención familiar (dos años). Se sabe que el niño ha estado acogido de hecho por sus abuelos durante dos años aproximadamente. En la actualidad el padre se encuentra en paradero desconocido y la madre le visita quincenalmente en el centro bajo la supervisión de los educadores. Este contacto es valorado muy negativamente por los educadores, quienes refieren consecuencias nocivas para el niño como aumento de sus problemas de conducta e hiperactividad, desobediencia, encopresis o

inapetencia alimentaria. El niño tiene otros dos hermanos que se encuentran acogidos en el mismo hogar. Inicialmente el plan de caso establecía el retorno con su madre a corto plazo, una vez superadas las circunstancias que desencadenaron la protección. Actualmente se considera la adopción como la solución más adecuada para este niño.

CASO 12. Niña de año y medio sin ningún problema de salud relevante. Entra en protección al poco de nacer por negligencia física. Su madre tiene una discapacidad intelectual y se conocen episodios de malos tratos del padre hacia su madre. Los dos se oponen a la intervención protectora. Tiene otro hermano en protección que se encuentra acogido con su familia extensa. La niña recibe visitas trimestrales de sus progenitores. Estas visitas son supervisadas por los técnicos de protección quienes consideran que la niña recibe el contacto con indiferencia. En un principio la duración prevista fijada era indefinida y lo sigue siendo en la actualidad, a pesar de que se considera que la opción más apropiada para esta niña es la adopción.

5.4. Niños que esperan una reunificación familiar tras el acogimiento residencial

CASO 13. Niña de etnia gitana de seis años de edad sin problemas de salud reseñables y con un buen rendimiento escolar. Entra en protección a la edad de tres años a través de una petición de guardia voluntaria por un imposible cumplimiento de obligaciones paternas relacionado con un problema de adicciones en ambos progenitores. Los padres se encuentran separados en la actualidad y tienen cuatro hijos, tres de los cuales permanecen en protección, estando uno de ellos en acogimiento con la familia extensa. La niña también ha estado previamente en acogimiento con sus abuelos paternos durante un año, aunque este acogimiento se tuvo que interrumpir por conflictos entre los acogedores y los padres biológicos. Actualmente la niña se encuentra acogida en un hogar desde hace dos años junto con su hermano. La actitud del padre hacia el proceso es de colaboración mientras que la madre se opone a la intervención. La niña tiene visitas supervisadas por parte de su madre una vez al mes y salidas todos los fines de semana con su padre. Aunque no se está realizando ningún tipo de intervención familiar se prevé que la niña pueda volver al hogar en un plazo máximo de un año.

CASO 14. Niña de diez años sin problemas de salud física, en tratamiento por depresión y con necesidades especiales en la escuela. Entra en el sistema de protección a la edad de cinco años por negligencia física y maltrato emocional, desde entonces permanece en el mismo hogar de acogida. Tiene un hermano en otro hogar y ambos mantienen visitas y salidas con los progenitores por separado, aunque este contacto es valorado de forma negativa por los educadores, dadas las consecuencias que se producen (tristeza, llantos, somatizaciones). Se ha realizado una intervención familiar con los padres durante tres años. La actitud de los padres ante la intervención es de oposición en el caso de la madre y de colaboración en el del padre. Se espera que en el plazo de un año la niña pueda reunificarse con su familia.

CASO 15. Niño de diez años sin problemática de salud aunque con diagnóstico en salud mental y que presenta un trastorno de hiperactividad. Ha recibido tratamientos psiquiátricos y psicológicos. Presenta problemas de aprendizaje en la escuela así como retraso lector y problemas de conducta. Este niño tiene un acogimiento de hecho con sus abuelos durante el primer año de vida y tras este episodio entra en protección por maltrato físico y emocional. Se

desconoce el paradero actual de su padre. Su madre no presenta problemas psicosociales importantes aunque los profesionales han detectado una importante dificultad para crear vínculos de apego, una carencia de habilidades y pautas educativas, así como patrones negligentes en los cuidados de sus hijos. Se trata de un grupo de tres hermanos y se encuentran acogidos en el mismo hogar. Todos ellos mantienen visitas y salidas con la madre con una frecuencia quincenal. En la actualidad se considera que el niño podrá regresar con su madre en el plazo de seis meses a un año.

CASO 16. Niña de once años sin problemas físicos o psicológicos importantes, aunque muestra necesidades educativas especiales. Su intervención protectora comienza cuando tiene siete años de edad por un modelo de vida inadecuado en el hogar. Su padre está empleado y su madre es ama de casa. La madre padece una discapacidad física, sensorial e intelectual además de una enfermedad grave. La pareja es estable aunque se conocen episodios de violencia doméstica. La niña tiene otro hermano que se encuentra acogido en el mismo hogar. Ambos niños salen al hogar familiar durante los fines de semana y vacaciones. Se prevé que en el plazo máximo de un año se producirá la reunificación familiar.

CASO 17. Niño ecuatoriano de seis años de edad que lleva en protección desde los dos por negligencia física y emocional. Muestra buena salud física pero está en tratamiento psicológico desde hace tres años por un trastorno emocional. Su padre está empleado pero su situación en España es de ilegalidad. Se desconoce el paradero de su madre. El niño tiene otro hermano acogido en el mismo hogar que él. Ambos mantienen un contacto frecuente con su padre a través de visitas y salidas los fines de semana y vacaciones. Este contacto es valorado muy positivamente por los educadores quienes destacan el buen vínculo que mantiene con su padre.

CASO 18. Niño de doce años. No tiene problemas de salud y muestra un buen rendimiento escolar. Entra en protección con tres años de edad por maltrato físico y emocional. Antes de este acogimiento ha estado acogido de hecho por sus abuelos (durante dos años y medio) y posteriormente ha pasado por dos hogares (dos meses en total). El padre se encuentra en paradero desconocido. La madre está empleada y no muestra problemas psicosociales relevantes. El niño tiene tres hermanos que se encuentran acogidos en el mismo hogar que él. Los niños mantienen un contacto muy frecuente con la madre a través de visitas de ella al hogar, así como salidas al hogar materno los fines de semana y periodos vacacionales. Los educadores consideran que este contacto no es muy positivo ya que la madre muestra pautas de cuidado negligentes, crea falsas expectativas de futuro y mensajes no ajustados a la realidad sociofamiliar. Las consecuencias en el niño son comportamientos disruptivos, nerviosismo, ansiedad, inquietud, ofensas verbales al personal educativo. A pesar de esto, el plan de caso propuesto para este niño es la reunificación familiar en el plazo aproximado de 6 meses. En la actualidad se considera que en el plazo de 6 meses el niño podría volver al hogar paterno.

Capítulo 3

PANEL DE EXPERTOS

El panel de expertos se reunió en Madrid el día 21 de Enero de 2009 y quedó compuesto por 14 profesionales. El perfil de los participantes corresponde a trabajadores de diferentes comunidades autónomas con experiencia reconocida que desarrollan su labor en diversas áreas de la protección infantil, especialmente en relación al acogimiento familiar.

En primer lugar se realizó una exposición de resultados por parte del Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo. Posteriormente se llevó a cabo un turno de intervenciones para aclarar dudas sobre el estudio y exponer ideas acerca de los resultados. Se debatieron algunas preguntas formuladas por los autores del estudio y dirigidas a esclarecer la situación del acogimiento familiar en las diferentes comunidades autónomas y los principales problemas a los que se enfrentan a la hora de emplear este recurso con niños con larga estancia en acogimiento residencial. Finalmente se recogieron las posibles respuestas del grupo a las problemáticas identificadas.

1. Aportaciones

Las principales aportaciones de esta jornada se recogen a continuación:

Dificultades para llevar a cabo un acogimiento familiar con estos niños

1. Para las entidades que llevan a cabo acogimientos familiares su experiencia les dice que los principales problemas en el proceso de adaptación niño-familia acogedora aparecen con mayor frecuencia cuando los niños son mayores de 9 años (edades que precisamente suponen el grueso de nuestra muestra de larga estancia).
2. Los profesionales de entidades de acogimiento familiar han detectado en los últimos años un mayor número de propuestas de acogimiento familiar de niños de 0 a 3 años. Esto se relaciona con un aumento de las renunciadas, afectado por el cambio socioeconómico y el creciente fenómeno de la inmigración.
3. Los expertos advierten un aumento de casos de niños con problemas psicológicos. Ante este problema destacan la falta de preparación de las unidades de salud mental infantojuvenil dada la complejidad de las situaciones y problemas de los menores en acogimiento residencial. Unido a esto hay que considerar la diversidad de aproximaciones terapéuticas y variedad de enfoques psicológicos con los que nos podemos encontrar.
4. La experiencia de los profesionales respalda el bosquejo de problemas psicosociales de los progenitores que se ha encontrado en nuestro estudio. Respecto a estos problemas consideran que es importante tener en cuenta la difícil recuperación del alcoholismo de los padres como factor crucial para explicar la larga estancia, así como en la toma de decisiones.
5. Un problema detectado por todos los expertos es el que se produce cuando tratamos de vincular las medidas de un grupo de hermanos. Generalmente es difícil encontrar una misma medida ideal para todos ellos. Los hermanos pueden tener diferentes necesidades que lleven a proponer distintas medidas

- para cada uno de ellos, pasando por la separación del grupo de hermanos, sin suponer esto un suceso traumático para los niños.
6. Se resalta la ausencia de protocolos legales claros ante la falta de cumplimiento de objetivos de los padres. Desde la opinión de algunos expertos, jueces y fiscales no favorecen las situaciones definitivas y la toma de decisiones drásticas que impliquen a un acogimiento familiar permanente o una adopción.
 7. La oposición de los padres también supone una importante dificultad para llevar a cabo un acogimiento familiar, ya que conlleva muchas complicaciones judiciales y un mayor esfuerzo por parte de los profesionales.
 8. El propio personal de protección, a pesar de la existencia de protocolos, está expuesto a un importante estrés y desgaste emocional a la hora de llevar a cabo este tipo de intervenciones, principalmente por el trabajo emocional que implica el trato con las familias de origen y las acogedoras. Esto contribuye a que los equipos de trabajo sean poco estables. En este sentido no cabe duda de que, para los técnicos, la supervisión de un niño en acogimiento familiar supone mucho más trabajo que si el niño estuviera en acogimiento residencial.
 9. A esto se une la no poco frecuente falta de formación y confianza de los propios técnicos en determinados aspectos relacionados con la medida de acogimiento familiar. Muchos profesionales albergan la idea de que una nueva vinculación del niño puede desencadenar en él problemas emocionales, especialmente cuando el objetivo del plan es la reunificación con los padres.
 10. Si atendemos a los procedimientos administrativos nos encontramos con un problema burocrático relacionado con el pago a las familias acogedoras (más aún si el pago se realiza a través de subvenciones).
 11. Algunos expertos perciben que a menudo existe una tendencia de los propios centros y hogares a proponer para acogimiento familiar a aquellos niños que muestran perfiles más complicados o de edades más avanzadas.
 12. Por otro lado, los expertos coinciden en la dificultad para encontrar familias acogedoras para los perfiles y edades que caracterizan nuestra muestra. Consideran que las campañas publicitarias no suelen obtener mucho éxito de

solicitudes; se necesita un trabajo didáctico para que la gente sepa lo que se hace en protección a la infancia y conozca los programas específicos con los que puede colaborar. En este sentido, la experiencia nos dice que las familias prefieren colaborar con programas canguro (acoger niños de 0-3 años), probablemente por factores como el miedo a las visitas con la familia de origen, a la vinculación con niños más mayores, o a las características de periodos evolutivos más avanzados, entre otros.

13. Una crítica concreta se dirige hacia el carácter de provisionalidad del acogimiento residencial que se transmite a los niños. A menudo se les da el mensaje de estar en un sitio de paso, dado que suele considerarse el último recurso o aquel que empleamos para casos en los que no se sabe qué hacer. A través de estas actitudes estamos transmitiendo a los niños la cara más negativa de esta medida, lo cual puede incidir en su proceso de adaptación y los problemas de conducta y emocionales que exhiben estos niños.

2. Propuestas realizadas por el grupo

1. Crear sistemas de alerta ante determinados plazos en la consecución de los objetivos del plan de caso. En este sentido, los expertos consideran que los recientes cambios legales ayudarán a la administración a situarse dentro de unos determinados plazos.
2. En algunas entidades se realizan seguimientos hasta un año después de terminar el acogimiento familiar. Para algunos expertos es importante prolongar este seguimiento durante más tiempo.
3. Además de una normativa clara, es esencial la figura del supervisor de casos (lo que sería el Jefe de Sección, siguiendo la estructura de algunas comunidades autónomas). Se necesitaría una supervisión externa que apoye a los técnicos.
4. Es importante que los niños tengan un único técnico de referencia a lo largo de todo el itinerario protector, independientemente de la medida. Esto puede

ayudar a superar la actual fragmentación que se da entre las diferentes medidas del sistema de protección.

5. Se remarca la necesidad de realizar una buena preparación del niño para que éste comprenda su situación y por qué se puede beneficiar de un acogimiento familiar (no podemos esperar a iniciar este tipo de preparaciones un mes antes de iniciarse el acogimiento familiar).
6. Algunos expertos han destacado la importancia de la figura del acogimiento familiar permanente, ya que permite la presencia de la familia de origen y evita una medida drástica (teniendo en cuenta algunas situaciones de la familia de origen que hemos perfilado en nuestro estudio). De hecho, la mayoría de las historias de acogimiento residencial retratadas en el informe previo parecen casos que claramente podrían ir a un acogimiento familiar permanente, más que a una adopción. Además, hay que reconocer que el acogimiento permanente puede acabar con la inestabilidad del niño ante ciertas situaciones de indefinición, por ejemplo evita que se de una situación de acogimiento familiar simple que se va renovando por motivos administrativos o económicos una y otra vez.
7. Unido a esto se destaca la importancia de definir claramente el tipo de acogimiento al que irá el niño y la previsión de su duración.
8. Los expertos coinciden en la importancia de escuchar a los niños, no sólo de cara a la toma de decisiones ante el proceso protector, sino también incluyéndolo en la metodología investigadora. Todo ello teniendo en cuenta la creación de los protocolos necesarios para hacerlo.
9. Existe una clara necesidad de crear un estatuto o marco que regule los derechos y deberes de las familias acogedoras a nivel autonómico (ésta es una demanda habitual de las asociaciones de familias acogedoras).
10. Las propias familias son el mejor método de difundir el programa, pero “por sí solas no son la solución”. No sólo hay que desarrollar programas de acogimiento, sino que hay que hacerlo en las mejores condiciones posibles, con apoyos y recursos de calidad. Si las experiencias no son buenas no lo

recomendarán y no se creará la tan necesaria cultura del acogimiento. De ahí la necesidad de poner en marcha buenos programas de apoyo y de fomentar los grupos de autoayuda. Unido a esto es vital el seguimiento continuo y la preparación de las familias para los diferentes momentos evolutivos.

11. También consideran la necesidad de fomentar redes asociativas de apoyo informal entre las propias familias acogedoras, ofreciéndoles espacios para este fin. A efectos prácticos, no podemos olvidar el ahorro de trabajo para los técnicos que suponen estas redes, ya que muchas dudas se resuelven entre las propias familias.
12. Del mismo modo se necesita crear espacios adecuados de reconocimiento y agradecimiento desde la administración a las familias acogedoras por su trabajo y dedicación.
13. Los expertos muestran una preocupación generalizada respecto al número creciente de problemas psicológicos detectados en los niños de acogimiento residencial. Se plantea la necesidad de crear protocolos que incluyan la realización de una buena evaluación psicológica inicial y un seguimiento del niño (teniendo en cuenta que actualmente el estado emocional del niño o su salud mental son aspectos que llegan a hacerse invisibles en los expedientes del menor).
14. Se necesita abrir el debate sobre los programas de acogimiento profesionalizado.

Finalmente los expertos también quisieron realizar diversas aportaciones en relación a las metodologías de investigación:

1. Se recomienda enfatizar la parte más cualitativa del estudio, aquella que se centra en los itinerarios vitales de los niños y las familias origen. Para adquirir una correcta perspectiva de estas situaciones es conviene analizar el procedimiento protector completo, especialmente aquellos indicadores de las propuestas iniciales de intervención familiar (cómo ha respondido la familia

desde el primer momento, itinerarios administrativos, plazos, hipótesis, por qué esa medida es la más favorable, etc.).

2. De cara a completar la información de los estudios sería necesario incluir otro tipo de estrategias como grupos de discusión con jóvenes próximos a la emancipación tras una larga estancia en hogares o en acogimiento familiar.
3. También puede resultar interesante completar los datos de este tipo de estudios a través del sistema judicial.
4. Para algunos expertos la cuestión del género merece recibir un desarrollo cualitativo en el estudio, al igual que el papel de las madres (especialmente teniendo en cuenta sus problemáticas psicosociales).
5. Para posteriores estudios se sugiere indagar en el hecho de que los progenitores hayan estado en protección como una problemática psicosocial relevante.

Capítulo 4

CONCLUSIONES

Como conclusiones a este estudio se han extraído las más destacadas y significativas del trabajo de campo realizado, complementadas con las perspectivas que han emergido a través del panel de expertos. A partir del análisis de los resultados obtenidos se comentan una serie de ideas que pueden contribuir a explicar mejor las características y el porqué de la larga estancia de los niños en acogimiento residencial. La última parte de este capítulo queda dedicada a las implicaciones del estudio para la práctica y futuras investigaciones.

1. Características de los niños

Por lo que refiere a la edad, se ha evaluado en tres momentos: al abrirse el expediente en protección, al ingresar en acogimiento residencial y al ingresar en el hogar o centro actual. Más de la mitad de los casos (60%) fueron expedientes abiertos en la etapa 0-3 años y otro 37% entre los 4-8 años, de modo que estamos ante intervenciones muy tempranas que por alguna razón se han estancado en su alojamiento en hogares. La media de edad de esta apertura de expediente es de 3,56 años y la media de ingreso en hogares por primera vez es de 3,87 por lo que se trata de casos en los que la apertura de expediente se produce seguida inmediatamente de un ingreso en acogimiento residencial. La media de ingreso en el hogar actual de acogida es de 4,6 años, por lo que existen unos meses de estancia anterior en otros hogares, que seguramente son centros de primera acogida, con estancia breve para evaluación. En este sentido hemos visto que el 38% de los casos ha pasado por algún hogar previo al actual (casi siempre uno solo ya que únicamente el 11% de la muestra total pasó por

dos hogares y un 2% por tres o más). Así pues, si el 62% nunca ha cambiado de hogar y de los restantes a lo sumo la mayoría solamente ha cambiado una vez, nos encontramos ante acogimientos residenciales que al menos presentan un dato positivo y es la gran estabilidad. Debe tenerse en cuenta que en muchos sistemas de protección, especialmente los anglosajones, uno de los mayores retos es conseguir minimizar el número de cambios en los acogimientos, tanto en acogimientos familiares como residenciales (Ward, Skuse y Munro, 2005; Sinclair, Baker, Lee y Gibbs, 2007)

Si analizamos la muestra desde el punto de vista de la edad que tienen en el momento de realizar este estudio observamos que cerca de la mitad (46%) tienen 9-12 años, un tercio (33,6%) tiene 4-8 años y un 20% tiene menos de 3 años. Así pues, el grupo 9-12 años es el más numeroso y el más representativo de los menores acogidos con grandes estancias, un grupo que acumulan una media de cinco años de acogida, frente a los poco más de tres años de media de estancia para los que se encuentran en la etapa 4-8 y 15 meses para los menores de tres años.

La etapa de 9-12 años debería convertirse en un foco de especial interés en protección a la infancia ya que como vemos es donde se concentran las mayores estancias. Por otra parte, sabemos también que en acogimiento familiar la probabilidad de que exista una ruptura es más elevada cuando el menor es acogido con una edad entre 9-12 años (Del Valle, López, Montserrat y Bravo, 2008) y nuestro panel de expertos también ha afirmado que a partir de los nueve años los procesos de mutua adaptación entre niños y familias se complican enormemente. Se debe evitar a toda costa que los niños alcancen estas edades en acogimiento residencial ya que la probabilidad de retorno familiar o acogimiento parecen disminuir y esa puede ser la causa de este estancamiento en hogares o centros de protección.

Otras características de especial relevancia de los niños de la muestra tienen que ver, en primer lugar, con el hecho de que existan más varones (59%) que mujeres y podemos añadir que mientras ellos tienen una media de estancia de 47,5 meses ellas obtienen un promedio de 40,4, diferencia que no alcanza la significación estadística pero que permite observar una tendencia a la mayor estancia en varones. Dado que parece que uno de los factores que explican la larga estancia es el hecho de presentar

problemas de conducta y esto es más frecuente en niños que en niñas, el resultado parece lógico.

En segundo lugar, como era de esperar por las edades de este estudio, no aparecen casos de menores extranjeros no acompañados, aunque sí de menores de otros países de procedencia acompañados (15,5%) que se distribuyen entre más de veinte países, siendo los más frecuentes Marruecos, Ecuador y República Dominicana. Además, estos niños de familias inmigrantes forman parte en su mayoría del grupo menor de tres años (42,5%) y solo un 20% tienen más de nueve años, lo que puede ser explicado por la reciente aparición de estas familias en nuestro país como un sector importante de atención en la protección infantil.

Como es lógico pensar, son pocos los casos de orfandad (5,9%) y todos ellos lo son de padre (sería muy difícil explicar largas estancias en casos de orfandad de ambos padres).

Sin duda lo más llamativo de este grupo es la gran cantidad de problemas de salud tanto física como mental que presentan. Uno de cada cuatro tiene importantes problemas de salud mental y comportamiento en el momento de recoger los datos, y si se pregunta por los que acuden o han acudido a tratamiento psicológico o psiquiátrico la cifra alcanza al 41,6%, a los que cabe añadir otro 13% de intervención logopédica y un 12% de estimulación temprana. De todos modos si excluimos al grupo de 0-3 años, que como es lógico no presenta estos problemas (solo dos casos), obtenemos que en torno a la mitad de estos niños tiene problemas conductuales o mentales. Es decir, estamos ante un grupo con una amplia gama de problemas comportamentales, lo que se ratifica al observar que un 40% han tenido o tienen tratamientos psicológicos o de salud mental. También se constata que los problemas psicológicos afectan mucho más a los niños que a las niñas ya que un 79,7% de los casos con trastornos son varones.

También se presentan algunas discapacidades intelectuales (5,9%), sensoriales (4,2%) y físicas (3,4%), casi todas ellas valoradas con un grado de minusvalía moderado.

En cuanto a la escolaridad, solamente un tercio es considerado como un buen estudiante, mientras que otro tercio presenta algunos problemas (suspende algunas

asignaturas) y un 29,4% precisa de adaptaciones curriculares y apoyos especiales. El 18% ha repetido algún curso. Es muy importante destacar estos resultados porque las dificultades educativas de este grupo son enormes, algo que siempre ha caracterizado a los menores en acogimiento residencial. Estos problemas son un fuerte predictor de posteriores dificultades en su desarrollo a muy diversos niveles y especialmente del escaso grado de cualificación que obtienen al alcanzar la mayoría de edad (Del Valle, Bravo, Álvarez y Fernanz, 2008).

En definitiva, los problemas que este grupo de niños muestran son muy variados y afectan a su salud, desarrollo, adaptación y rendimiento escolar. Aunque tradicionalmente en la investigación del desarrollo infantil estas dificultades se suelen achacar a su estancia en acogimiento residencial, en este estudio, como en casi todos los realizados con esta población, el diseño no permite relacionar los problemas con la estancia, ya que no se sabe cómo se encontraban en el momento del ingreso, ni se sabe si existen variables genéticas u orgánicas que expliquen todos los problemas hallados, ni qué hubiera ocurrido en el caso de continuar con sus familias o en otro contexto. La hipótesis de que un tiempo prolongado en hogares de protección (sobre todo cuando afecta a edades muy tempranas, como ocurre en buena parte de esta muestra) puede dar lugar a problemas de desarrollo muy graves es más que plausible, pero desgraciadamente no sabemos con exactitud en qué modo ocurre ni cómo les afecta. Esta es una deficiencia derivada de la falta de evaluaciones rigurosas de los niños, tanto al ingresar en los hogares como a lo largo de su seguimiento.

2. Características del contexto familiar

Los 238 niños de la muestra pertenecen a 198 familias, ya que hay grupos de hermanos. La descripción de las variables contextuales familiares se ha hecho sobre esta muestra de 198 casos.

Las problemáticas psicosociales que presentan los padres son muy variadas y muy graves. En cuanto al padre, un 27% presenta alcoholismo, un 24% drogodependencia,

un 18,4% estancias en prisión, un 16,2% delincuencia, y un 11% problemas de salud mental (no son excluyentes entre sí, lógicamente). Un 25% presenta también graves problemas económicos.

En cambio, las madres, además de la situación de penuria económica que afecta a más de la tercera parte (35,9%), presentan con más frecuencia trastornos de salud mental (24,7%) y discapacidad intelectual (22,1%) y en menor frecuencia drogodependencia (20%) , alcoholismo (12,9%), y prisión (8,8); a ello se añade un 12,4% que ejerce la prostitución. Se debe destacar especialmente que el ser víctima de violencia de género afecta a nada menos que el 38% de las mujeres, siendo el problema más frecuente de todos los evaluados.

Se trata de parejas que se han separado o divorciado en la mitad de los casos y sólo un 28,6% permanecen unidos. Un 12,3% es madre soltera y en un 5,8% la situación es de viudedad. En 56 de los ochenta casos de separación la madre vive con una nueva pareja, lo que es muy importante de cara a los hijos y su proceso de aceptación o no de la nueva figura en la familia.

Otro dato muy llamativo es que la media de hijos de estas familias se eleva a 3,21, lo que es muy inusual en nuestro país, con una tasa de fecundidad o media de hijos por mujer de 1,45 en 2008 según el instituto Nacional de Estadística. Así pues la inmensa mayoría de los niños tienen hermanos (el 84%) y casi siempre están también en protección. Este dato es muy importante a la hora de tener en cuenta dificultades para que salgan en acogimiento o adopción; de hecho, una cuarta parte de los que tiene hermanos en protección tiene tres o más. Cuando tiene hermanos en acogimiento residencial, dos de cada tres casos están juntos.

En resumen se puede decir que la situación psicosocial de la familia presenta características de extrema gravedad, tanto en el padre con una gran incidencia de alcoholismo, drogodependencia, delincuencia y prisión, como en la madre con problemas de haber sufrido violencia de género, trastornos de salud mental, discapacidad intelectual, y en menor grado alcoholismo y prisión. Es muy importante destacar que los perfiles maternos con alta incidencia de salud mental y discapacidad intelectual suelen ser un gran reto para las intervenciones de protección. Por un lado, la discapacidad intelectual puede provocar situaciones donde la vinculación de la

madre con el niño es muy fuerte y donde existe una alta motivación por mantenerle a su lado, pero las dificultades para aprender y ejercer las pautas de crianza y educación hacen que se generen situaciones de grave negligencia. Esto hace que los servicios sociales no acaben de tomar una decisión de separación definitiva (debido a la buena disposición de la madre y su fuerte vinculación afectiva) pero el pronóstico de reunificación sea muy improbable; como resultado es fácil que se produzcan largas estancias en acogimiento residencial (o en familiar cuando es el caso). Igualmente, en los casos de salud mental, el carácter cíclico de algunos trastornos y las expectativas de curación hacen que los niños se mantengan con expectativas de una reunificación que puede demorarse muchísimo tiempo; de nuevo una vinculación afectiva muy fuerte entre la madre y los hijos suele pesar mucho en la decisión de los técnicos de no proceder a una separación definitiva.

Sin duda una de las cuestiones que alarga las estancias de los niños en acogimiento residencial es un pronóstico de reunificación que se alarga y acaba derivando en una situación indefinida. La pregunta de cuánto tiempo se debe permitir de plazo para que se produzca una reunificación familiar ha sido materia de debate y no sólo en nuestro país. A este respecto se debe señalar que la Ley 54/2007 de Adopción Internacional en su disposición final primera, apartado tres, establece que los padres tienen un plazo máximo de dos años para solicitar la revocación del desamparo del menor mostrando que las circunstancias que dieron lugar a ella se han modificado. Es decir, que se establece un plazo de dos años para que los padres se recuperen de las circunstancias que ocasionaron ese desamparo. Además de la importancia que esto tiene procesalmente, para los técnicos de protección se abre una formidable expectativa de acogerse a este criterio como el tiempo razonablemente permisible para que las familias alcancen la reunificación. Aunque algunos casos pueden requerir más tiempo y cabe introducir una flexibilidad necesaria, el criterio de los dos años puede ser un poderoso instrumento para evitar las larguísimas estancias que estamos observando.

Por otra parte, analizando el número de hijos de estas familias, parece evidente el fracaso de los servicios sociales comunitarios y los mecanismos de prevención para detectar estos casos tempranamente e intervenir mediante consejos de planificación familiar antes que se den estas situaciones de descendencia tan numerosa en

condiciones tan precarias. Para el sistema de protección los grupos de hermanos plantean circunstancias muy graves, ya que no sólo es difícil realizar adopciones o acogimientos, sino que por las estructuras de los hogares a veces es también complicado mantener al grupo de hermanos juntos (por ejemplo cuando hay mucha diferencia de edad y los pequeños tienen que ir a hogares de tipo maternal para menores de tres años).

3. Características del proceso de intervención

Al seleccionar una muestra de casos en los que la estancia debe ser amplia, entendiendo por tal el que hayan permanecido en acogimiento residencial al menos un tercio de la edad que tienen, la duración de la estancia es forzosamente larga. En conjunto la media total es de 43 meses (tres años y medio aproximadamente), oscilando como ya se dijo más arriba entre los 15 meses para el grupo de 0-3 años y cinco años para el de 9-12. En este último grupo uno de cada cuatro niños lleva en hogares más de siete años.

El motivo de su intervención protectora es en primer lugar la negligencia física (49,5%) como suele ser habitual (Palacios, 1995; Del Valle, Alvarez-Baz y Fernanz, 1999; Del Valle y Bravo, 2002), seguido del maltrato o negligencia emocional (41,4%), el imposible cumplimiento (18,7%), maltrato físico (15,2%), y con muy pocos casos el abuso sexual (3%), entre otros. En comparación con las cifras de incidencia del maltrato publicadas en nuestro país en las obras recién citadas, nuestra muestra presenta una escasa aparición de casos de maltrato físico y abuso sexual, lo que podría indicar que estas situaciones suelen dar pie a decisiones de separación de los padres y menos oportunidades de esperar por una reunificación. En cambio la negligencia física y emocional como motivos más frecuentes, podría tener que ver con lo ya comentado acerca de madres con problemas de salud mental y deficiencia intelectual.

La situación legal de estos niños es de tutela en un 95% de los casos, lo que ratifica la gravedad de los casos.

El historial de intervenciones presenta un tercio de casos en los que se ha trabajado con anterioridad el apoyo familiar. Solamente un 8,6% estuvo en un acogimiento familiar en ajena, un 4,5% en extensa y tres casos (1,5%) proceden de una adopción. En total han sido 33 casos los que han pasado por acogimientos familiares que han acabado en ruptura y de ellos solamente cuatro niños ha tenido dos experiencias y un niño tres. La interrupción ha sido a petición de las familias acogedoras en el 77% de las veces y solamente por el propio niño en tres casos. El motivo fueron los problemas de conducta en casi la mitad de los casos (48%) o la indisposición de los acogedores (enfermedad o incluso fallecimiento) en dos casos.

La actitud de la madre es de cooperación en solamente una cuarta parte de los casos (23,8%) y lo más frecuente es que exista una actitud ambigua (28%) o de oposición (27,5%). En un 20% de los casos la madre es una figura ausente (desaparecida, fallecida o desentendida). En el padre lo más frecuente es esta ausencia en una tercera parte de casos.

Se ha podido analizar esta actitud en función de la edad de los niños, observando que en los menores de tres años hay menos ambigüedad, con clara oposición o bien colaboración, mientras que a medida que avanzan las edades las actitudes se vuelven más ambiguas. Este dato es importante porque esta ambigüedad puede ser una causa de las dudas de los profesionales para tomar decisiones más drásticas o definitivas.

El 83,6% de los niños tiene algún tipo de contacto con su familia de origen. El 64,3% del total de la muestra tiene visitas y en la mitad de ellos también se permiten salidas al hogar en fin de semana. Un 19,3% solo realiza salidas y no recibe visitas. La frecuencia más habitual es que tengan visitas semanales (35% de las visitas), seguidas de mensuales (29,5%) y quincenales (27,9%). En dos terceras partes de las visitas debe realizarse una supervisión del encuentro, lo que refuerza la idea de la gravedad de estos casos ya que se supone que existe algún tipo de riesgo para los niños. También ocurre en un 10% de casos que se prohíbe el contacto de algún familiar.

Es importante el dato de que más de la cuarta parte de los niños con contacto familiar experimentan consecuencias negativas tras ellos a juicio de los técnicos y educadores. Entre estas consecuencias se han observado como más frecuentes las conductas inadecuadas al regreso al hogar, nerviosismo, tristeza, ansiedad, irritabilidad, agresividad, agitación, confusión, somatizaciones y falsas expectativas sobre la reunificación. Como se puede ver, todas ellas muy importantes y muy dañinas para el niño, algo que debería sopesarse con más seriedad a la hora de tomar decisiones sobre estas visitas y su mantenimiento. Sería muy importante tratar de objetivar estas consecuencias para que puedan presentarse ante las instancias administrativas o judiciales que regulan las visitas.

Finalmente, se ha pedido a los técnicos y educadores su valoración sobre la evolución de estos niños acerca de sus problemas de salud, escolares y de comportamiento. En escolaridad y conducta la valoración es que en torno al 60% han mejorado y solamente un 10-15% han empeorado.

Cuando se pide a los profesionales que valoren en general los logros conseguidos con esta medida de acogimiento residencial, consideran que está siendo exitoso en una tercera parte, con algunos logros en la mitad y solamente aprecian problemas en un 16% de los casos. Este aspecto es muy importante porque muestra que los técnicos están valorando positivamente la evolución de estas intervenciones a pesar de que sean casos de muy larga estancia. Probablemente porque no estén vislumbrando otras alternativas posibles mejores y porque la atención que se dispensa a los niños permite abordar sus necesidades básicas, de salud, escolares, etc., de un modo valorado como positivo. Esta percepción de la parte provechosa del acogimiento residencial (que es real y es importante reconocer el buen trabajo que se hace en los hogares) puede estar oscureciendo el hecho de que el objetivo de la intervención protectora no puede ser la permanencia indefinida en los hogares.

Tan importante como reconocer el buen trabajo que se hace con estos niños en las residencias y hogares de protección es insistir en que eso no puede ser motivo para no urgir a tomar decisiones definitivas de acogimiento o adopción cuando la reunificación no va a ser posible.

4. Finalidad de las intervenciones y expectativas de futuro

Ya hace años que existe un consenso sobre la necesidad ineludible de que todo niño en protección tenga un plan de caso, esto es, una finalidad establecida como objetivo definitivo a alcanzar. Estos planes de caso pueden consistir, para los niños en acogimiento residencial, en una reunificación con su familia de origen, una separación definitiva e integración en otra familia (habitualmente mediante adopción o acogimiento permanente) y, finalmente, un plan de independencia adulta si se trata de adolescentes mayores.

Al analizar los planes de caso de nuestra muestra observamos que se encuentran a la espera de una reunificación el 28,8% y de una adopción el 24,6%. El resto contemplan el acogimiento familiar como un objetivo (20,3%) y un 11,9% no tienen plan explícito. Más sorprendente aún es encontrar que en un 8,9% se establece la independencia adulta como finalidad, algo que no debería ser posible en edades tan bajas (¡les quedarían al menos otros seis años en hogares!). Un 5,5% está en estudio o evaluación.

Estos datos indican que existen expectativas de adopción para un buen número de casos, lo que hace pensar que pueda tratarse de niños que presentan problemas importantes y que no son fácilmente elegibles para una adopción. Por otra parte, la existencia de 68 niños en espera de regresar a sus familias, con las largas estancias que hemos visto, indica que se requieren criterios más decididos para poner fin a esta posibilidad cuando pasa tanto tiempo y la familia no se recupera.

Se ha podido observar también que el 44,2% de los casos tenía una previsión al inicio de estancia inferior a un año, mientras un 39,3% se consideró ya inicialmente indefinido, otro 7,8% se indicó con una duración marcada por la consecución de objetivos y un 8,7% para una estancia media de dos o tres años. En la actualidad la situación de larga duración o indefinido ha pasado a ser la más frecuente con un 47% (casi la mitad de los niños carecen de un tiempo concreto pronosticado). Las cortas estancia o previsiones de salir antes del año alcanzan solamente a una cuarta parte.

En síntesis, si los objetivos de futuro establecidos para los niños de la muestra son de reunificación familiar en el 29%, para el resto no está previsto el retorno a la familia de origen y deben encontrarse familias de acogida o de adopción, según el caso. Esto plantea grandes dificultades teniendo en cuenta dos grupos de variables: las que tienen que ver con las características expuestas sobre la muestra de niños del estudio (edad, grupo de hermanos, dificultades personales, intervenciones anteriores,...); y las relacionadas con la escasez de familias de acogida en la mayoría de las comunidades autónomas como han señalado nuestros expertos en el panel y las investigaciones nacionales (Del Valle et al., 2008).

Esto también explica parcialmente el desacuerdo observado entre la previsión inicial que se hacía del caso (menos de un año) y la actual, con un carácter más indefinido. Puede explicar también el porqué los profesionales valoran los progresos del acogimiento y sus efectos positivos por encima del hecho de que se esté produciendo un acogimiento muy prolongado, al no existir una opción alternativa a corto plazo. Finalmente, hay una quinta parte que, o bien su plan es indefinido, o bien ya está definido hasta la mayoría de edad. Con todo ello se observa que las expectativas de futuro de esta muestra son inciertas y no están exentas de dificultades si pensamos en su salida del acogimiento residencial.

Una reflexión que se podría introducir y que sabemos que puede resultar extraña, pero a nuestro juicio digna de tener en cuenta, es que para muchos niños que están en estas condiciones de largas estancias, sin alternativas viables, no sería bueno que se les transmita la imagen de que no están en el lugar adecuado y que se encuentran en la alternativa menos deseada. En este sentido, ciertas valoraciones positivas de los profesionales pueden estar jugando un papel muy beneficioso para estos niños.

Ante la indefinición que se muestra en los planes de caso hemos realizado un esfuerzo por obtener una finalidad “subyacente” para cada uno de ellos, basada en la lectura minuciosa de todas las variables presentes en cada niño y que pueden ayudar a matizar más los citados planes de caso. A la vista de estos análisis el equipo

investigador decidió clasificar a esta muestra de niños en cuatro grupos correspondientes a otras tantas situaciones:

1. Niños que permanecen en acogimiento residencial de forma indefinida, con previsión de larga estancia o hasta su independencia: 30% ($n = 72$)
2. Niños que están propuestos y aguardan por un acogimiento familiar: 27% ($n = 65$)
3. Niños para los que se plantea la medida de adopción: 22% ($n = 53$)
4. Niños que esperan una reunificación familiar tras el acogimiento residencial: 20% ($n = 48$)

Los resultados muestran que se reparten los casos casi en cuatro partes iguales, donde tres de ellas son situaciones de espera para salir del acogimiento residencial, bien sea a su familia de retorno, a una familia adoptiva o a una familia acogedora. Otro grupo, de tamaño parecido, tiene un pronóstico de continuar hasta la mayoría de edad en el hogar de protección.

Así pues, la explicación del porqué de estas largas estancias tiene que ver, según parece, con obstáculos para lograr reunificaciones, adopciones y acogimientos, incluso cuando se ven posibles o los niños están en condiciones de poder realizarlos. Evidentemente, los obstáculos son bien diferentes y cabe pensar que para las adopciones el problema puede estar en las edades avanzadas, los problemas comportamentales y de salud, o la presencia de varios hermanos que no se desean separar. En cambio, para los acogimientos el problema, tal como también concluyen nuestros expertos en el panel, radicaría en la escasez de familias acogedoras, además de los factores de características personales y familiares comentados para la adopción. La reunificación seguramente tendrá que ver con lo dicho acerca de situaciones ambiguas y madres con buenas vinculaciones afectivas pero pronósticos de recuperación muy dudosos.

Para ahondar en las características de los niños que se encuentran en cada una de las cuatro situaciones se realizaron análisis estadísticos comparando las variables de la

investigación y las diferencias que se podían obtener significativamente entre ellos. Los resultados son muy interesantes y se reproducen íntegramente en estas conclusiones por su gran interés:

El grupo cuya finalidad es **indefinida, de larga estancia o de independencia** queda compuesto por los niños de edades más avanzadas de la muestra. Sin duda se trata del grupo que presenta un perfil más problemático en relación a su salud: discapacidades (especialmente intelectual), problemas conductuales y rendimiento escolar. Se trata de niños que han recibido tratamientos con una frecuencia significativamente mayor, especialmente psicológicos y de psicomotricidad. También son los que han pasado por un mayor número de intervenciones anteriores, principalmente intervenciones de centro de día, acogimiento residencial y acogimiento en familia extensa, con respecto a otras categorías. Este grupo, junto con el de reunificación, es el que ha tenido con más frecuencia una petición de guarda voluntaria por parte de su familia de origen. Para estos casos, la actitud más habitual de los padres es la ausencia y la ambigüedad respecto al proceso. A pesar de ello se trata de un grupo con alto contacto familiar, aunque prioritariamente ese contacto se debe a visitas y salidas con la familia extensa. En relación a la evolución de la conducta del niño a través del acogimiento residencial se observa un empeoramiento con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos. La valoración más habitual que realizan los técnicos o educadores es de “algunos logros”.

Los niños cuya finalidad es el **acogimiento familiar** pertenecen en mayor medida al grupo de edad de 9 a 12 años. Son niños que presentan con mayor frecuencia problemas de retraso madurativo y que han pasado por tratamientos psicológicos, de estimulación y psicomotricidad. Estos niños son (junto con el grupo de larga estancia/indefinido/independencia) los que han tenido más frecuentemente intervenciones anteriores, especialmente a través de recursos de centro de día y residenciales. Los padres de estos niños exhiben situaciones económicas adversas y problemas psiquiátricos con mayor frecuencia. Presentan contacto con su familia de origen con mayor asiduidad que otros grupos como el de adopción o larga estancia/indefinido/independencia, aunque el contacto más frecuente es el mensual. Estas visitas requieren supervisión en mayor medida que en otros grupos y sus

consecuencias son valoradas más negativamente por parte de los técnicos y educadores. Además, si nos fijamos en la frecuencia de contacto familiar durante el último año, se observa en esta categoría un descenso del contacto en mayor medida que en otras. La actitud hacia la intervención más común por parte de los padres ante esta finalidad es la oposición o ambigüedad. La valoración general es de algunos logros para la mayoría de estos niños.

Los niños cuyo plan de caso es la **adopción** son los niños de edades más bajas (aunque mayor frecuencia en la franja de 4 a 8 años). Se trata de niños sanos, sin problemas de discapacidades o en el contexto escolar. Entre ellos hay escasa presencia de tratamientos psicológicos, aunque aparecen con más frecuencia que en otros grupos los tratamientos de estimulación y psicomotricidad. Se trata del grupo que menos intervenciones anteriores ha recibido del sistema de protección. Hay menor frecuencia de visitas y, cuando se dan, son supervisadas en su mayoría. La actitud de los padres de estos niños es en mayor medida de oposición a la intervención, o simplemente de ausencia. También en este grupo aparece con mayor asiduidad la prohibición de contacto familiar. En relación a la evolución de la conducta del niño a través del acogimiento residencial se observa una mejoría con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos. La valoración realizada por los técnicos o educadores es exitosa en mayor medida.

El grupo de niños que espera una **reunificación** con su familia de origen tiene entre 9 y 12 años en su mayoría y muestra escasos problemas de salud o discapacidades. Entre ellos hay una baja presencia de tratamientos médicos, psicológicos, de estimulación o psicomotricidad. Entre los niños que tienen un plan de caso de reunificación es donde se encuentra un mayor número de hijos de familias inmigrantes. Del mismo modo, entre estos casos se ha producido una petición de guarda voluntaria con una frecuencia mayor a la de otras finalidades. Respecto al contexto escolar, estos niños son los que exhiben mejores resultados académicos y menos problemas de conducta. Junto con el grupo de niños para adopción, el de reunificación es el que presenta un número menor de intervenciones protectoras anteriores, aunque también es el que presenta más acogimientos de hecho previos. Respecto a quién ostenta la responsabilidad sobre el niño, se ha visto que en aquellos casos que esperan la

reunificación familiar ambos padres conjuntamente son los responsables del niño con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos. Además, cuando se espera esta finalidad la actitud de los padres es de cooperación con unas diferencias estadísticamente significativas respecto al resto de grupos. Como era de esperar, con los padres de este grupo de niños se está haciendo intervención familiar con mayor frecuencia. Respecto al contacto familiar, se observa que son los niños con plan de reunificación los que tienen más visitas y salidas con sus padres (todos estos niños pasan fines de semana con su familia de origen). Además la frecuencia de contacto es significativamente mayor a la aparecida en otros grupos (en este caso es mayoritariamente semanal y quincenal). Entre estos niños, la frecuencia del contacto familiar ha aumentado o ha permanecido igual en un número de casos significativamente mayor que en el resto de categorías. En relación a la evolución de la conducta de los niños a través del acogimiento residencial se encuentra una mejoría con una frecuencia significativamente mayor que en otros grupos (al igual que los niños propuestos para adopción). La valoración realizada por los técnicos o educadores es de algunos logros en la mayoría de las ocasiones.

En definitiva, el grupo estudiado es bastante heterogéneo y las razones por las que se encuentran en larga estancia son muy diferentes. En consecuencia, son varios los frentes en los que habría que trabajar: por un lado, remover los obstáculos que ocasionan la espera interminable en la que se encuentran sumidos los niños que aguardan por una familia alternativa (acogida o adopción) o de regreso a su familia de origen. El título de “niños que esperan” es válido para el 70% de los menores de esta muestra. Por otra parte, está el 30% que no espera otra solución más que su permanencia hasta la mayoría de edad, para los cuales habría que trabajar buscando soluciones de acogimientos y adopciones especiales cuando se encuentran en edades aún lejana a la mayoría de edad, o bien procesos de independencia y ayuda a la transición adulta para los que se acercan a los 18 años.

Finalmente, destacamos otros factores que contribuyen a alargar la estancia de los niños en acogimiento residencial aportados por el panel de expertos. Estos factores se refieren principalmente a: (a) la falta de protocolos legales para los casos de un acogimiento familiar permanente, (b) el estrés y desgaste emocional de los

profesionales que no contribuye a una estabilidad del equipo; (c) la falta de formación y confianza de los propios técnicos sobre el acogimiento familiar; y (d) algunos problemas de procedimientos administrativos relacionados con el pago a las familias acogedoras en algunas comunidades autónomas.

5. Implicaciones para la práctica e investigación futura

Teniendo en cuenta las conclusiones del estudio realizado, incluyendo el panel de expertos, las implicaciones del trabajo se corresponderían con los siguientes ejes de intervención:

- a) Atendiendo a las características de la población estudiada, es decir los niños, sus familias y los procesos de intervención que han tenido, se debe hacer un esfuerzo en clarificar el plan de caso real, es decir, el plan debe estar adaptado tanto a su situación como a la oferta de recursos existentes, para no abocar a los niños a una permanente provisionalidad dentro de los recursos residenciales. El plan de caso en niños separados de sus familias debe ser revisado en períodos cortos, no necesariamente esperando a los seis meses que la legislación marca. La intensidad de estas intervenciones y la permanente valoración de la pertinencia, actualidad y realismo de los planes de caso deben ser las claves de trabajo en niños separados de sus familias.
- b) Ello conlleva, por un lado, mejorar la oferta de los recursos existentes:
 - potenciar el acogimiento familiar en ajena
 - dar más ayuda al acogimiento familiar en extensa
 - potenciar los acogimientos familiares permanentes (extensa o ajena)
 - introducir la posibilidad del acogimiento familiar profesionalizado

- aumentar los acogimientos y adopciones especiales o para casos de mayor dificultad
 - incluir siempre en las redes de servicios de acogimiento residencial hogares pequeños, de tipo familiar, que permitan grupos de edades verticales, de modo que en ellos puedan permanecer hermanos juntos con edades muy diferentes (y así no tengan que cambiar de recurso por una cuestión de edad o ser separados de sus hermanos)
- c) Conlleva por otro lado, mejorar los procesos de reunificación familiar:
- aumentar y potenciar los programas de apoyo a las familias para asegurar que las que son recuperables son ayudadas para lograr sus objetivos
 - aumentar los seguimientos y tratamientos más allá de un año en los casos que han retornado para evitar reingresos en el sistema
 - utilizar el criterio establecido en la Ley de Adopción Internacional sobre el plazo de dos años como tiempo razonable de espera para la recuperación de una familia
- d) Formar a los técnicos para asumir criterios que permitan tomar decisiones en el supremo interés del menor cuando estos entran en conflicto con los de los padres. Es muy importante disponer de manuales de procedimiento que contengan estos principios, desarrollados mediante criterios concretos y sus formas de aplicación. No todas las comunidades los tienen.
- e) Escuchar a los niños y hacerlos más protagonistas de su proceso. Tender a un único técnico de referencia a lo largo de todo el itinerario protector, independientemente de la medida, superando la actual fragmentación que se da entre las diferentes medidas del sistema de protección. También de cara a estudios futuros, debe poderse incorporar la perspectiva de los niños, e incluir grupos de discusión con jóvenes tras una larga estancia en centros residenciales.

- f) Con respecto a la investigación debe darse un paso más en este tipo de estudios, avanzando desde la descripción basada en las variables que se recogen a través de profesionales y expedientes hacia el estudio individual de casos que incluya evaluaciones psicológicas en profundidad. Se ha visto que a pesar de que muchos niños están en tratamiento apenas existen diagnósticos claros de sus problemas.

- g) Más preocupante aún es no saber en qué condiciones han llegado a los hogares y en qué aspectos han avanzado o se han producido deterioros. Una vez más debe reivindicarse un sistema de evaluación de resultados que permita saber qué efectos causa el tratamiento residencial, tanto en lo positivo como en lo negativo. La evaluación de resultados en este tipo de intervenciones de tan larga temporalidad y tan importantes efectos potenciales debería ser minuciosa y permanente.

Referencias

- Del Valle, J.F.; Álvarez-Baz, E. y Fernanz, A. (1999). *Y después...¿qué?. Un estudio de seguimiento de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias
- Del Valle, J. F. & Bravo, A. (2003). La situación del acogimiento familiar en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: http://www.mepsyd.es/observatoriodeinfancia/documentos/Informe_acogida_familiar.pdf
- Del Valle, J.F. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14, 118-123.
- Del Valle, J.F., Bravo, A., Álvarez, E. y Fernanz, A. (2008). Adult self sufficiency and social adjustment in care leavers from children's homes: a long term assessment. *Child and family Social Work*. 13, 12-22.
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2008). *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: una visión en conjunto. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 69-75.
- Sinclair, I., Baker, C., Lee, J., & Gibbs, I. (2007). *The Pursuit of Permanency. A Study of the English Child Care System*. London: Jessica Kingsley.
- Ward, H., Skuse, T., & Munro, E. R. (2005). "The best of times, the worst of times". Young people views of care and accommodation. *Adoption and Fostering*, 29(1), 8-17.

ANEXO I

| | |
|----------------|--|
| Código | |
| Iniciales niño | |
| Comunidad | |
| Hogar | |

El presente cuestionario consta de varias preguntas referidas al niño en acogimiento residencial y su itinerario de protección. Por ello, aconsejamos que la encuesta sea rellenada por los educadores encargados del cuidado directo del niño o técnicos directamente encargados del caso. Por supuesto, su nombre y el de su hogar se tratarán con la más estricta confidencialidad. Por favor, conteste las preguntas del modo más exacto posible; generalmente se tratará de rodear el número de respuesta correcta. Para cualquier consulta, no dude en ponerse en contacto con Mónica López: monicalopezlopez@gmail.com tfo. 985 213 390, fax 984 280 732. Una vez completado, el cuestionario puede ser enviado a la dirección: Facultad de Psicología, Plaza Feijoo s/n 33003 Oviedo, Asturias (A la atención de Jorge F. Del Valle). Le agradecemos su tiempo y ayuda en el estudio.

IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

NOTA: Esta información es confidencial y será empleada exclusivamente en el caso de necesitar aclaraciones sobre los datos aportados.

Usted es: 1. Técnico 2. Educador 3. Otros (indicar): _____
 Nombre del informante: _____
 Teléfono: _____ E-mail: _____

A) DATOS BÁSICOS DEL NIÑO/A

Fecha de nacimiento completa del niño/a: _____
 Sexo: 1. Mujer 2. Hombre
 ¿Es huérfano? 1. Sí 2.No
 En caso positivo señalar quién ha fallecido: 1. Padre 2. Madre 3. Ambos
 ¿Es un Menor Extranjero No Acompañado? 1. Sí 2.No **A.6.** País de origen: _____
 ¿Es un menor perteneciente a familia inmigrante? 1. Sí 2.No **A.8.** País de origen: _____
 Pertenece a la etnia gitana? 1. Sí 2.No

B) SITUACIÓN ESCOLAR

B.1. ¿Qué estudios cursa? _____
B.2. ¿Ha repetido curso? 1. Sí 2. No
B.3. Número de cursos repetidos: _____ **B.4.** ¿Qué cursos ha repetido: _____
B.5. ¿Cómo valoraría su rendimiento académico?
 1. Buen estudiante
 2. Algunos problemas (algunos suspensos)
 3. Muchos problemas (suspende mucho)
 4. Necesidades especiales
B.6. ¿Presenta problemas de conducta en el centro escolar? 1. Sí 2. No

C) SALUD**C.1.** Necesidades especiales (marcar con X todas las que se presenten):

| | Sí | Observaciones o detalles |
|----------------------------------|----|---------------------------------|
| 1. Minusvalía reconocida | | Especificar porcentaje: _____ % |
| 2. Discapacidad física | | |
| 3. Discapacidad mental | | |
| 4. Discapacidad sensorial | | |
| 5. Problemas conducta | | |
| 6. Diagnosticado en salud mental | | |
| 7. Enfermedad grave | | |
| 8. VIH | | |
| 9. Síndrome abstinencia al nacer | | |
| 10. Hiperactividad | | |
| 11. Retraso madurativo | | |
| 12. Otras | | Especificar: |

C.2. ¿Tiene algún tipo de enfermedad que requiera revisión (ejemplo asma, diabetes, etc.)?1. Sí 2.No **C.3.** ¿Cuál? _____**C.4.** ¿Ha tenido enfermedades importantes o significativas en la infancia, que hayan sido registradas?1. Sí 2.No **C.5.** ¿Cuáles? _____**C.6.** ¿Ha requerido el niño asistencia hospitalaria durante el acogimiento residencial?1. Sí 2. No **C.7.** Motivo: _____**C.8.** ¿Ha recibido o está recibiendo algún tratamiento durante el acogimiento? (marcar con X si lo ha recibido y poner la duración en meses y motivo)

| | Sí | Fecha inicio | Fecha final | Motivo |
|----------------------------|----|--------------|-------------|--------|
| Médicos | | | | |
| Psicológicos/Psiquiátricos | | | | |
| Estimulación | | | | |
| Psicomotricidad | | | | |
| Logopedia | | | | |
| Otros: | | | | |

D) ITINERARIO DE PROTECCIÓN**D.1.** Fecha de alta de protección: _____ **D.2.** Fecha de alta en este hogar o centro _____**D.3.** ¿Cuál es la situación legal del niño?

1. Tutela judicial
2. Tutela administrativa
3. Guarda voluntaria (o administrativa)
4. Otros (especificar): _____

D.4. ¿Cuál fue el principal motivo de protección? (Rodee todas las que se presenten)

1. Maltrato físico
2. Negligencia física
3. Maltrato o negligencia emocional
4. Abuso sexual
5. Abandono (total) o renuncia
6. Petición de guarda voluntaria
7. Modelo de vida inadecuado en el hogar
8. Imposible cumplimiento de obligaciones paternas (prisión de los padres, orfandad...)
9. Problemas de conducta del menor
10. Otros (especificar): _____

D.5. ¿Hubo intervenciones anteriores a este acogimiento residencial? (Rodee todas las necesarias y especifique el tiempo total en años y meses de cada intervención)

1. Centro de día. Tiempo: (____)
2. Intervención Familiar. Tiempo: (____)
3. Acogimiento Residencial:
- Nº de centros anteriores (____). Tiempo en cada uno: (____) + (____) + (____) + (____) + (____)
4. Acogimiento Familiar en Ajena Nº (____). Tiempo: (____) + (____)
5. Acogimiento Familiar en Extensa Nº (____). Tiempo: (____) + (____)
- Familiar acogedor: _____
6. Acogimiento de hecho Tiempo: (____) Familiar acogedor: _____
7. Adopción. Tiempo: (____)
8. Otros (especificar): _____

D.6. ¿Se produjeron interrupciones o rupturas de acogimientos anteriores? 1. Sí (Nº: ____) 2. No**D.7.** ¿Quién solicitó el cese o interrupción de los acogimientos anteriores?

1. Solicitud del menor
2. Solicitud de la familia
3. La Sección determinó el fin
4. Otros (especificar): _____

D.8. ¿Cuál fue el motivo de la ruptura o interrupción de los acogimientos anteriores?

1. Enfermedad o fallecimiento de los acogedores
2. Problemas de conducta del menor
3. Maltrato o negligencia por parte de los acogedores
4. Otros motivos (especificar): _____

E) CONTEXTO FAMILIAR**Padre**

E.1. Paradero desconocido: 1. Sí 2.No

E.2. Fallecido: 1. Sí 2.No

E.3. Situación laboral: (si no existe información sobre el padre por razones distintas a las preguntas anteriores ponga *sin datos*)

99. Sin datos
1. Empleado
 2. Desempleado
 3. Jubilado. Motivo de jubilación: _____
 4. Actividad marginal. Especificar: _____
 5. Empleo social (IMI...) Especificar: _____
 6. Otras (especificar): _____

E.4. Problemáticas

- 99. sin datos
- 1. Alcoholismo
- 2. Drogodependencia
- 3. Delincuencia
- 4. Mendicidad
- 5. Prisión
- 6. Discapacidad intelectual
- 7. Salud Mental / Problemas psiquiátricos
- 8. Discapacidad (rodear las idóneas): 1. Física 2. Psíquica 3. Sensorial
- 9. Enfermedad crónica. Especificar: _____
- 10. Problemas económicos severos
- 11. Violencia contra su pareja
- 12. Otras (especificar): _____

Madre

E.5. Fallecida: 1. Sí 2.No

E.6. Paradero desconocido: 1. Sí 2.No

E.7. Situación laboral: *(si no existe información sobre el padre por razones distintas a las preguntas anteriores ponga sin datos)*

- 99. sin datos
- 1. Empleada
- 2. Desempleada
- 3. Jubilada. Motivo de jubilación: _____
- 4. Actividad marginal. Especificar: _____
- 5. Empleo social (IMI...). Especificar: _____
- 6. Ama de casa
- 7. Otras (especificar): _____

E.8. Problemáticas

- 99. sin datos
- 1. Alcoholismo
- 2. Drogodependencia
- 3. Delincuencia
- 4. Mendicidad
- 5. Prisión
- 6. Discapacidad intelectual
- 7. Salud Mental / problemas psiquiátricos
- 8. Discapacidad: 1. Física 2. Psíquica 3. Sensorial
- 9. Enfermedad crónica. Especificar: _____
- 10. Prostitución
- 11. Problemas económicos severos
- 12. Otras (especificar): _____

Pareja

E.9. Estatus de la pareja:

- 99. sin datos
- 1. Casada/estable
- 2. Separación/divorcio
- 3. Viudo
- 4. Viuda
- 5. Soltera
- 6. Otro (especificar): _____

E.10. Convive con nueva pareja:

- 99. sin datos
- 1. Sí
- 2. No

E.11. Nº total de HERMANOS incluyendo al menor: _____

E.12. Nº total de hermanos en protección (incluyendo al menor evaluado): _____

1. Acogimiento Residencial (Nº hijos: _____)
2. Acogimiento Familiar (Nº hijos: _____). En familia Ajena (Nº: _____) Extensa (Nº: _____)
3. Acogimiento de hecho (Nº hijos: _____)

E.13. Nº de hermanos acogidos en el mismo hogar incluyendo al menor: _____

E.14. Responsabilidad sobre el niño:

1. Padre
2. Madre
3. Ambos
4. Abuelos
5. Otros (especificar): _____

E.15. Actitud de los padres (marcar con X para cada progenitor):

| | Madre | Padre |
|----------------|-------|-------|
| 1. Oposición | | |
| 2. Cooperación | | |
| 3. Ausentes | | |
| 4. Ambiguo | | |
| 5: Otros: | | |

E.16. ¿Recibe la familia de origen algún tipo de ayuda social? 1. Sí 2. No

1. Económicas
2. Vivienda
3. Otras (especificar): _____

F) PLAN DE CASO

F.1. Finalidad del plan de caso:

1. Retorno o reunificación hogar
2. Adopción
3. Independencia adulta
4. Evaluación o estudio
5. No hay plan explícito
6. Otras (especificar): _____

F.2. ¿Se encuentra el niño a la espera de un acogimiento familiar? 1. Sí 2. No

F.3. En el caso de que esté con hermanos en el hogar, ¿existe el requisito de que estos niños sean acogidos o adoptados juntos? 1. Sí 2.No

F.4. En el momento del ingreso ¿qué duración estaba prevista para el acogimiento residencial?

F.5. En la actualidad, ¿qué duración está prevista para el acogimiento residencial a partir de este momento?

F.6. ¿Se elaboran informes de seguimiento para este niño?

1. Sí (indicar frecuencia: (_____)) 2.No

F.7. ¿Existen reuniones de seguimiento para valorar el caso entre personal del hogar y técnicos de protección?

1. Sí (indicar frecuencia: (_____)) 2.No

G) CONTACTO CON LA FAMILIA DE ORIGEN

G.1. Se está realizando Intervención familiar con la familia de origen por parte de algún programa

1. Sí 2. No 3. No sabemos

G.2. ¿Hay **visitas** por parte de la familia de origen? 1. Sí 2. No

G.3. Lugar de la visita:

1. Hogar o centro

4. Otro (especificar): _____

G.4. ¿Son supervisadas las visitas? 1. Sí 2. No

G.5. ¿Quién supervisa las visitas?

1. Técnicos de protección

2. Educadores o personal del centro u hogar

3. Otros (especificar): _____

G.6. ¿Quién realiza las visitas?

1. Padres juntos

2. Padre y madre por separado

3. Sólo padre

4. Sólo madre

5. Sólo otros familiares. Quién (especificar): _____

G.7. ¿Cuál es la frecuencia de las visitas?

1. Semanal

2. Quincenal

3. Mensual

4. Fines de semana

5. Vacaciones

6. Otra (especificar): _____

G.8. ¿Hay **salidas** con la familia de origen? 1. Sí 2. No

G.9. ¿Con quién se realizan las salidas?

1. Padres juntos

2. Padre y madre por separado

3. Sólo padre

4. Sólo madre

5. Sólo otros familiares. Qué familiar (especificar): _____

G.10. ¿Cuándo se realizan las salidas con la familia de origen? (rodar las necesarias)

1. Fines de semana

2. Vacaciones

3. Otros (especificar): _____

G.11. En el último año, la frecuencia con la que el niño ve a su familia de origen...

1. Aumentó

2. Fue igual

3. Descendió

G.12. En general, ¿con qué frecuencia tiene el niño **contacto telefónico** con su familia de origen?

1. Una vez a la semana o más

2. Una vez cada dos semanas

3. Una vez al mes

4. Menos a menudo

5. Nunca

G.13. ¿Con qué familiares tiene el niño contacto telefónico? (rodear todas las idóneas)

1. Padres juntos
2. Padre y madre por separado
3. Sólo padre
4. Sólo madre
5. Sólo otros familiares. Qué familiar (especificar): _____

G.14. ¿Existe prohibición de contacto a algún familiar? 1. Sí 2. No ¿Con quién?: _____

G.15. ¿Cree que las visitas o salidas con algún familiar son especialmente nocivas para el niño?

1. Sí (con quién: _____)
2. No

G.16. ¿Qué consecuencias emocionales y comportamentales manifiesta el niño tras las visitas o salidas? (tanto positivas como negativas):

H) EVOLUCIÓN Y VALORACIÓN DEL NIÑO/A

H.1. Marcar con X la casilla que corresponda con la evolución del niño desde que está en este hogar o centro en los siguientes aspectos:

| | Salud | Escolaridad | Conducta |
|------------------|-------|-------------|----------|
| 1. Sin problemas | | | |
| 2. Mejoría | | | |
| 3. Empeoramiento | | | |
| 4. Estabilidad | | | |

H.2. En la actualidad, ¿cómo valoraría el acogimiento residencial respecto a sus objetivos?

1. Exitoso
2. Algunos logros
3. Sin logro ni problema
4. Algunos problemas
5. Graves problemas

3. OBSERVACIONES: (por favor indique cualquier observación de interés que no haya sido recogida y sea importante para evaluar el caso)

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



Grupo de Investigación en Familia e Infancia

Este trabajo es el fruto de una investigación llevada a cabo por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo, mediante un convenio de colaboración entre la Fundación Universidad de Oviedo y Aldeas Infantiles SOS, con financiación del Ministerio de Sanidad y Política Social. La cuestión a esclarecer en esta obra es qué factores determinan el uso tan intensivo del acogimiento residencial que caracteriza al sistema de protección infantil español. Para ello resulta indispensable conocer el perfil de los casos que permanecen largas estancias en acogimiento residencial: ¿quiénes son estos niños? ¿en qué procesos de intervención se encuentran inmersos? ¿cuáles son los obstáculos para no haber pasado a un acogimiento familiar u adopción? Todas estas preguntas se debaten en el libro a la luz de los resultados obtenidos tras el estudio en profundidad de 238 casos de niños y niñas con larga estancia en centros y hogares, y las aportaciones del panel de expertos que desarrollan su labor profesional en diferentes áreas de la protección infantil.

