

REFLEXIONES EN TORNO A LOS INTERNAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SU ESPECIFICIDAD

(Reflections about therapeutic internments and his specificity)

Ángel Estalayo Hernández

Psicoterapeuta-Director
Centro Educativo Txema Fínez (IRSE-EBI)

Olga Rodríguez Ochoa

Psicóloga-Coordinadora
Centro Educativo Txema Fínez (IRSE-EBI)

Jon García Ormaza

Médico Psiquiatra
Centro Educativo Txema Fínez (IRSE-EBI)

Resumen

Existen casos atendidos en los Centros de Internamiento que presentan algunas especificidades respecto a otros abordables desde estrategias educativas de componente social. Con ello nos referimos a la necesidad de atender situaciones en las que el mismo síntoma de trasgresión que deriva en un delito que conlleva una medida judicial, tiene otras bases que lo generan y/o mantienen, o una etiología que marca su expresión y por lo tanto su atención. El abordaje de intervenciones con menores y jóvenes seriamente disruptivos supone un contenido sometido a numerosos debates, reflexiones y discrepancias. En este sentido, los internamientos terapéuticos se destinarían a aquellos casos en los que la intervención sobre el síntoma necesita una perspectiva específica y especializada. Más allá de abordajes clínicos, los internamientos terapéuticos deberían partir de la intervención sobre los problemas de autorregulación (emocional, conductual y cognitiva), como manifestación comportamental clave y como elemento definitorio. A esto sumamos que durante los últimos años venimos observando en nuestra práctica profesional un incremento de las problemáticas relacionadas con el ámbito de la salud mental y/o el consumo de tóxicos en los menores y jóvenes que llegan al contexto judicial. Este hecho requiere implementar una especialización y abordaje terapéutico en los centros de internamiento de justicia juvenil. Resulta especialmente importante en estos casos realizar desde el inicio del internamiento un diagnóstico clínico y social para poder orientar y diseñar la intervención educativa y terapéutica específica que requiera cada caso particular, con el interés de optimizar la intervención y conseguir mayores niveles de eficacia

Palabras clave: menores disruptivos, internamiento terapeutico, abordaje clínico, autorregulación, contexto judicial.

Abstract

There are cases treated in detention centers that present some specificities with respect to other affordable educational strategies from social component. This we refer to the need to address situations in which the same symptom of transgression resulting in an offense that carries a legal measure has other bases that generate and / or maintain, or etiology marking its expression and so much attention. The approach to interventions with children and young people is a seriously disruptive content submitted to numerous debates, discussions and disagreements. In this regard, therapeutic placements would be for those cases in which the intervention on symptom requires a specific and specialized perspective. Beyond clinical approaches, therapeutic placements should from the intervention on self-regulation problems (emotional, behavioral, and cognitive) and behavioral expression and as a key defining element. To this we add that we have observed in our practice in recent years an increase in problems related to the field of mental health and / or drug and alcohol consumption on children and young people entering the judicial context. This requires expertise and implement a therapeutic approach in centers for juvenile justice. It is particularly important in these cases performed from the beginning of internment clinical and social diagnostics to guide and design the specific educational and therapeutic intervention required for each particular case, in the interest of optimizing the operation and achieve higher levels of efficiency

Keywords: disruptive children, therapeutic placement, clinical, self-regulation, judicial context.

1. INTRODUCCIÓN

Existen casos atendidos en los Centros de internamiento que presentan algunas especificidades respecto a otros abordables desde estrategias educativas de componente social. Con ello nos referimos a la necesidad de atender situaciones en las que el mismo síntoma de trasgresión que deriva en un delito que conlleva una medida judicial, tiene otras bases que lo generan y/o mantienen, o una etiología que marca su expresión y por lo tanto su atención. El abordaje de intervenciones con menores y jóvenes seriamente disruptivos supone un contenido sometido a numerosos debates, reflexiones y discrepancias. Muchos recursos residenciales y de media intensidad se encuentran adscritos a Servicios de Protección y de Justicia Juvenil que por definición no se caracterizan por su especialización clínica. De hecho, tal y como señala Galán Rodríguez, A. “son muchos los centros específicos diseñados para atenderlos, con formatos y denominaciones muy variadas. Se trata de dispositivos muy cuestionados a nivel social y profesional, y se enfrentan a diversos problemas conceptuales, prácticos y jurídico-administrativos” (Galán Rodríguez, 2013).

En este sentido, los internamientos terapéuticos se destinarían a aquellos casos en los que la intervención sobre el síntoma necesita una perspectiva específica y

especializada. Más allá de abordajes clínicos, los internamientos terapéuticos deberían partir de la intervención sobre los problemas de autorregulación (emocional, conductual y cognitiva), como manifestación comportamental clave y como elemento definitorio. Ello se argumenta así al entender y conceptualizar la autorregulación como uno de los principales organizadores del desarrollo psicológico, tal como se plantea desde algunas formulaciones de la teoría del apego (Sroufe, 2005), o en algunas visiones de algunas dificultades comportamentales. De esta forma, el elemento determinante para valorar la pertinencia del carácter terapéutico del internamiento sería la presencia de dificultades del menor para desarrollar unos mecanismos básicos de regulación emocional y conductual; la comisión del delito y la imposición de una medida judicial son el efecto sintomático y la respuesta del ambiente, una forma de demanda involuntaria de ayuda.

En el transcurso de los últimos años, este tipo de problemáticas se dan con una mayor incidencia no solo en los Centros de Justicia Juvenil, sino en otros dispositivos de intervención. Sea como fuere, vienen desarrollándose experiencias en las que existen Centros o módulos dentro de uno de ellos, especialmente destinados a tal objetivo y tipo de internamiento. Nuestras reflexiones se centran en esas prácticas, a la hora de establecer criterios de inclusión o exclusión en este tipo de dispositivos, y en la metodología a desarrollar en los mismos.

2. SUPUESTOS DE APLICACIÓN DE UN INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO

Si bien es cierto que el carácter del internamiento viene dado antes del ingreso y por agentes distintos a aquellos que intervienen desde los Centros o dispositivos residenciales, entendemos que se puede reflexionar acerca de los supuestos que en nuestro parecer pudieran derivar en la aplicación de este carácter terapéutico de la medida judicial. De esta forma, los supuestos de aplicación serían:

- 1.- Todos aquellos casos que han presentado problemas clínicos desde la infancia y que han transitado desde entonces por distintos contextos profesionales, máxime cuando dispongan de un diagnóstico clínico, sin haberse conseguido una adherencia al tratamiento o alguna relación de ayuda estable.
- 2.- Aquellos casos en los que la comisión del delito tiene una explicación desde la etiología del sufrimiento psíquico interno del menor o joven, es decir, cuando el delito puede ser considerado como un síntoma. En estos supuestos el abordaje conductual no acoge los contenidos que pueden promover el cambio y las intervenciones basadas en la priorización formativa o laboral quedan lejos del foco principal de problema.
- 3.- Aquellos casos en los que las circunstancias anteriores concomitan con el consumo de tóxicos que desencadenan la conducta trasgresora o en su caso la agravan. Estos supuestos se suelen expresar a través de diferentes formas de patología dual.

4.- Aquellos casos de problemática relacional o trastornos vinculares que suelen expresar síntoma en sus contextos convivenciales, ya sean familiares o de recursos de Protección a la infancia. En estas situaciones la intervención familiar no solo se caracteriza por una orientación, sino que suele requerir un abordaje sistémico más profundo y una redefinición de la demanda.

Estos criterios no son excluyentes entre sí y pueden presentar un carácter sumativo, de forma que se den simultáneamente o por separado bajo distintas formas de etiquetaje, léanse violencia filio-parental, trastornos de conducta, trastornos de personalidad, problemáticas de consumo...Sea como fuere, la intervención desde un contexto de control que promueve y persigue una responsabilización y desarrollo de la autonomía, requiere en estos supuestos formas distintas de abordaje que recojan dichos contenidos

3. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA INTERVENCIÓN

Tal y como señalábamos anteriormente, en los últimos tiempos viene detectándose una prevalencia cada vez mayor de ansiedad, impulsividad, alteraciones graves de comportamiento y uso-abuso de sustancias en los menores y jóvenes privados de libertad. Estos síntomas, no obstante, pueden (y suelen) formar parte de un trastorno no siempre diagnosticado. La frecuencia de trastornos de personalidad y trastornos mentales debidos al consumo de sustancias en esta población es significativamente superior a la de la población general.

Los trastornos de la personalidad comprenden diversas alteraciones y modos de comportamiento clínicamente relevantes, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Muchas de estas alteraciones aparecen en estadios precoces de desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias previas (CIE-10, 1992).

En los últimos años, además, parece existir un importante aumento de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general y de manera específica en los propios centros de internamiento. Así, si la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general se estimaba en torno al 7-15% en el año 2001 (Torgersen, 2001), actualmente la frecuencia estimada es del 12.7-14.6%, con una prevalencia acumulada a los 33 años del 28.2% (Johnson, 2008). Desafortunadamente no existen estudios epidemiológicos rigurosos que reflejen la prevalencia real de los mismos en el medio de justicia juvenil.

En el momento actual nos disponemos a iniciar un estudio epidemiológico que parte con el objetivo de detectar la prevalencia de los problemas de salud mental dentro de la

totalidad de personas atendidas en los recursos destinados al cumplimiento de medidas judiciales, establecer las características definitorias de dicha población y analizar (y en su caso implementar, revisar o proponer) las intervenciones que la evidencia considere más eficientes.

Son fundamentalmente dos los trastornos de la personalidad que debido a su elevada prevalencia y comorbilidad (con el abuso de sustancias estupefacientes y con las conductas violentas) deben ser rápidamente detectados en el ámbito de la justicia juvenil: el trastorno disocial de la personalidad y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

El trastorno disocial de la personalidad se emplea para referirse a las personas caracterizadas por una cruel despreocupación por los sentimientos ajenos y falta de empatía, actitud persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales, incapacidad para mantener relaciones personales duraderas, muy escasa tolerancia a la frustración con bajo umbral para descargar su agresividad (originando frecuentemente comportamientos violentos), incapacidad para sentir culpa y aprender de las experiencias (en especial del castigo) y marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo). Una intervención óptima de esta población solo es posible con un equipo multidisciplinar capaz de aunar las intervenciones psicoterapéuticas más específicas y eficaces con los conocimientos científicos (médicos y farmacológicos) que garanticen el acceso a los tratamientos más indicados. Así las cosas, la evidencia científica actual implica a la serotonina, el cortisol y la testosterona en el complejo proceso biológico subyacente a la agresividad y a las conductas violentas (Glen & Raine, 2008). La herencia y el entorno son también factores clave a tener en cuenta. El meta-análisis de los más de 50 estudios genéticos realizados en familias de pacientes con trastorno disocial concluye que los genes pueden explicar hasta el 50% de la variabilidad poblacional de estas conductas antisociales. Los factores ambientales, por su parte, explican aproximadamente hasta el 20% de esta variabilidad (Moffitt, 2005; Rhee and Waldman, 2002). Los estilos parentales, las conductas antisociales en miembros de la familia y la presencia de disarmonía/separación familiar aumentan 2,5 veces el riesgo de conductas antisociales en los adolescentes (OR: 2.50; CI 95%: 1.11-1.33), (Rodríguez, 2012).

Sea como fuere, el profundo conocimiento de las patologías mentales parece resultar imprescindible si se quiere un adecuado diagnóstico y abordaje de las personas atendidas en los recursos destinados al cumplimiento de medidas judiciales.

El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad define a las personas que tienen una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima, siendo frecuentes los arrebatos de ira, las manifestaciones explosivas y las actitudes violentas (fácilmente inducibles mediante críticas o al ser frustrados). La frecuencia de presentación de estos rasgos de personalidad en la población aumenta de manera exponencial y por ende, aumentan también las consecuencias (frecuentemente

a modo de causas judiciales) de las conductas impulsivas violentas y explosivas, hecho que se recoge en la elevadísima presencia de sujetos “borderline” en los centros de justicia juvenil.

Así, atendiendo a las características clínicas que la población usuaria de recursos de justicia juvenil viene manifestando, las especificidades de un internamiento terapéutico se centrarían en las siguientes características:

- a) Se realiza una valoración en el primer mes de internamiento en la que se incluyen pruebas psicométricas especializadas para evaluar la presencia de distintos tipos de signos que se encuentren en el origen de la desregulación. Tales como el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, la Entrevista de Apego, el MEMCI (Método para la evaluación de la mentalización en el contexto interpersonal), el WISC-R (o el WAIS, según edad) para medir las competencias verbales y manipulativas de inteligencia que son complementadas con el RAVEN que evalúa capacidades menos aprendidas, el RPQ, el CAMA y el HCR-20 (del cual estamos diseñando una versión categorizada) para evaluar el tipo de violencia predominante y concomitante al síntoma trasgresor y otros presentes y el desarrollo del genograma familiar que permita una comprensión más completa de las relaciones primigenias del menor o joven.

Además, y atendiendo a la especificidad del caso y las primeras impresiones que la exploración psicopatológica sugiera puede ser necesario el empleo de instrumentos concretos, como la escala de búsqueda de sensaciones, el examen internacional de los trastornos de la personalidad, la escala de impulsividad de Barrat, etc.

Las entrevistas clínicas permiten que puedan detectarse trastornos mentales orgánicos, trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas, trastornos del espectro esquizofrénico, trastornos de ansiedad y del humor o problemas de atención e hiperactividad. En cada caso, una valoración más específica y pormenorizada permite que los objetivos de la intervención del sujeto tengan estos contenidos especialmente en cuenta. Este apartado resulta fundamental para diseñar un tratamiento adecuado, no fijar el síntoma y sobre todo, derivar a los recursos externos adecuados. También es importante para no agravar el problema y no reproducir el patrón relacional etiopatogénico.

- b) Por otra parte, se posibilita un encuadre que permite analizar detalladamente la demanda (o ausencia de la misma) del menor o joven internado y de su sistema convivencial o familiar de referencia. Tal y como señala Abeijón (2013) se trataría de de intervenir “frente a lo implícito, buscando claridad; frente a lo incongruente, mostrando lo indefinido; frente a lo incomprensible, deteniéndose ante lo que falta; frente a la obligación, buscando el protagonismo del paciente; frente a la contaminación,

separando en secuencias; frente al desafío, desafiarse ganando; frente al desplazamiento, abriendo el foco; y frente a lo dramático, dando tiempo". Este aspecto, resulta especialmente importante porque el internamiento posibilita las condiciones para poder realizar estas redefiniciones con las condiciones necesarias para contener defensas y resistencias.

- c) También permite diferenciar el tipo de sufrimiento y trastorno clínico o subclínico en sus diferentes vertientes de expresión: individual o relacional-familiar-convivencial; del mismo modo, posibilita diferenciar el tipo de violencia o trasgresión, así como la funcionalidad de la conducta en la economía psíquica (incluso en la identidad) o en la dinámica relacional. Esto supone un estudio de la correlación de dichos sufrimientos con las expresiones de los mismos dentro del ámbito de la agresión, violencia y/o trasgresión. De esta forma, el diferencial entre hitos evolutivos, problemas de disciplina, trastornos de comportamiento, trastornos de personalidad, psicosis y esquizofrenias, patologías duales y psicopatías de un lado, y la predominancia de registros reactivos, mixtos o instrumentales de otro, constituyen el análisis detallado que especializa la intervención. Para su mejor comprensión y operativización solemos partir del uso del siguiente cuadro:

	Hitos evolutivos	Problemas de disciplina	Trastornos del comportamiento	Trastornos personalidad	Psicosis	Otros
Violencia reactiva						
Mixta predominancia reactiva						
Mixta predominancia instrumental						
Violencia instrumental						

- d) Las entrevistas individuales con el menor tienen un contenido terapéutico. Las técnicas de intervención aunque parten del apoyo y la orientación, tienen un cometido basado en la aclaración y la confrontación como expresiones básicas para conseguir la generación de la egodistonia (malestar subjetivo del menor o joven respecto a su funcionamiento), toma de conciencia de recursos propios, adherencia al tratamiento y responsabilización. También se implementan técnicas de contención y validación, representación diagramática de roles recíprocos, detección de patrones relacionales, moviola... Las entrevistas son evaluadas por el joven tras cada sesión para elegir el foco de intervención, habida cuenta del tiempo limitado de intervención, desde perspectivas de terapia breve y focal. Son un espacio de configuración de una experiencia emocional correctora y de un vínculo estable. Este método exige compromiso y por tanto implica riesgos, el primero es que hay que poner el cuerpo ya que no es posible un vínculo terapéutico sin implicación subjetiva (Di Ciaccia, 2001). El factor psicológico del profesional, a diferencia del experimentador en su

laboratorio, no es un personaje externo, “contamina” y no es neutral, ni aséptico, sino que dispone un vínculo de compromiso en el que pone su saber teórico, sus competencias y obligaciones legales pero sobre todo su implicación personal como elemento clave en la génesis de la confianza y de su autoridad profesional. Y es que los aspectos a tener en cuenta en el establecimiento de la relación con este tipo de usuarios requiere características diferenciales. Requiere una individualización de la ayuda desde parámetros psicosociales.

De este modo, el papel del vínculo, su carácter, formas de expresión y manejo resultan fundamentales. Es por ello, que se realiza una evaluación de aspectos personales de origen interpersonal, basados en la teoría del apego (estilos relacionales, estilos de apego, conductas de apego, contenidos emocionales y patrones relacionales desde los roles recíprocos) que guían la forma de situarse en la relación con cada usuario para construir un vínculo educativo-terapéutico adecuado a cada caso. Así, junto a diagnósticos más generales se posibilita el mayor ajuste posible a su realidad.

- e) La convivencia supone un contenido algo más que didáctico o más que un escenario corrector de conductas. Se convierte en un interfaz, en un espacio de interacciones y en un ambiente que debe tener unas características validantes o generadoras de sintonía emocional. Se convierte en un espacio donde interaccionan el sistema intervenido y el interviniente generando un entramado diferente a ambos que es desde donde se interviene. Desde el mismo, se expresan patrones relacionales repetidos en espacios externos y propios de su contexto referencial que son trasladados al espacio relacional del Servicio. Así, desde la convivencia, los profesionales recogen los mismos y generan respuestas emocionalmente correctoras que permiten cambios a generalizar con la intervención terapéutica con la familia o entorno convivencial. Así, la convivencia responde a las características de un ambiente que contiene y valida.

Esto supone que da siempre una respuesta o consecuencia negativa a la conducta problemática, de una manera coherente entre todos los miembros que intervienen con el joven; valida la experiencia privada no compartida, rescatando el sentimiento y lo que de intención positiva pudiera tener dicha conducta inadecuada, valorando lo que ello representa; rescata la parte positiva también a través de los recursos de que ya dispone, de forma que el cambio en la expresión no suponga una renuncia a los contenidos de su identidad, y oferta vías que promuevan y se basen en la progresiva responsabilización del joven; parte de un profesional que actúa como referente, que contiene las conductas inapropiadas y las traduce (rescatando lo que de sentimiento positivo tienen y dando una consecuencia proporcional a la conducta), que responsabiliza al joven desde su responsabilidad y que mantiene un equilibrio en la intervención aunque ésta sea violenta. O lo que es

lo mismo, interviene sobre la inestabilidad emocional del joven, desde su propia estabilidad; la validación no parte sólo de la detección del contenido de la expresión emocional no compartida. Sino que también esta última puede crearse como una nueva narrativa en el seno de la relación del joven con el profesional, hacia la que desarrolla un apego seguro, habida cuenta de las características contenedoras de la misma. Dicha narrativa supone una "traducción" de los contenidos incontrolados, proyectados en la relación; dicha validación, nuevamente, parte de una disposición psíquica del profesional que resulta contenedora, para crear una narración que recoja la emoción no compartida y para expresarla adecuadamente.

Así, desde la zona de desarrollo próximo, el profesional demuestra y valida al educando no sólo lo que hace, sino lo que puede llegar a hacer. Es decir, el profesional imagina que el joven puede hacerlo; el joven mediante la internalización de la dinámica interpersonal establecida, imagina que él puede hacerlo; el joven lo hace sucesivamente o en otras palabras y sólo quizá otro sentido, realizar "el menor gesto significativo que venga a decir: tú existes en mi consideración y lo que tú haces es importante para mí" (Cyrułnik, 2003).

- f) Las actividades grupales, sus diferentes tipos y la priorización en tiempos de las mismas, suponen otra característica diferencial del internamiento terapéutico. En este sentido, además de las actividades que responden a un currículo adaptado de temáticas transversales provenientes de los contenidos de la formación reglada de referencia según la edad y que se corresponden con aquellas de corte social, y de corte formativo (aula y talleres), se llevarían a cabo actividades grupales basadas en los desarrollos de la DBT, de la Psicoterapia basada en la mentalización, de la PCA (cuyos estudios randomizados y replicados demuestran su validez empírica para este tipo concreto de población), grupos abiertos y la diferenciación en el entrenamiento en habilidades sociales y para la vida, según se traten de personas con predominancia de violencia reactiva o instrumental y atendiendo a su capacidad y estilo de mentalización.

- g) Las terapias familiares se centran en un abordaje más en profundidad que un seguimiento educativo y con carácter de control de los momentos de salidas del menor o joven. La intervención se dirige a una generación de conciencia de problema y co-responsabilidad en la solución al mismo. La teoría sistémica se halla en la base de esta perspectiva. De este modo, los objetivos de la intervención se modifican, también, en función de cada familia y del momento del proceso terapéutico, aunque se pueden resumir, a riesgo de simplificar de la siguiente forma: se exploran las conductas violentas (inicio, mantenimiento, miembros familiares implicados, pautas repetitivas, soluciones previas intentadas, etc...) sin perder de vista las relaciones familiares. Se generan cambios en el funcionamiento familiar que hagan innecesaria la conducta violenta y se implica a todos los miembros de la familia en la problemática y

- solución del conflicto, tratando de generar la narrativa de que la conducta violenta se puede controlar pero que hacerlo es responsabilidad de todos. Así las cosas, se procura elaborar un contrato con la familia acordando los objetivos y las funciones y compromisos para su consecución. Estas terapias incorporan desde el primer momento el análisis de la demanda y la posible patología de la misma. Se trata de un apartado de la intervención fundamental que puede permitir la generalización de cambios del menor o joven en su entorno de referencia o que puede conllevar la idoneidad de espacios de relación que no pasen por la convivencia de sus miembros, diferenciando objetivos basados en la resiliencia o en la desistencia, según el caso particular.
- h) La evaluación e indicación de tratamiento supone uno de los objetivos fundamentales de un internamiento terapéutico. El tiempo de intervención es limitado y por tanto focal. Entendemos que se trata de una intervención de urgencia que permite estabilizar y remitir los síntomas más agudos, generar conciencia de necesidad de tratamiento desde la egodistonia, el diagnóstico de intervención adecuado y el comienzo de la derivación a recursos externos de la red normalizada de carácter especializado que continúen la intervención. La correcta diagnosis del problema, requiere una perspectiva bio-psico-social con los medios adecuados. Se pretende adecuar el tratamiento al usuario y no viveversa, lo que necesita de una gran especialización del equipo interviniente y una red de referencia establecida a tal propósito.
 - i) Las derivaciones y coordinaciones con recursos externos especializados y normalizados y la posibilidad de consensuar cuanto antes los objetivos de intervención con los mismos, entendiendo que el tránsito por el Centro solo supone la primera fase o momento de la intervención es fundamental. Disponer de medios técnicos, de personas formadas para la correcta implementación de los objetivos acordados con servicios externos especializados, supone otra especificidad.
 - j) Todo lo anterior requiere de la existencia de una metodología de intervención especializada en abordajes terapéuticos de carácter residencial no-clínico, de corte limitado y temporal que se centren en generar adherencia al tratamiento, remisión de la sintomatología aguda y una experiencia emocional correctora desde vínculos validantes, así como de la presencia de personal especializado y de formación continua. Para ello, se propone un sistema de fases acumulativo y progresivo con indicadores de consecución en cada una de ellas y que persiguen objetivos acumulativos desde el establecimiento de la relación con un encuadre y un vínculo, hasta procesos de mayor autonomía que pasen por la responsabilización y descubrimiento de recursos personales resilientes y con una perspectiva salutogénica, hasta los análisis de las recaídas y la desvinculación y normalización.

Habida cuenta de todo ello, a lo largo de los últimos ocho años venimos desarrollando una metodología de intervención aplicada en contextos residenciales que requieran un abordaje especializado de este tipo de problemáticas: la psicoterapia de vinculación emocional validante. De esta manera, partimos de la premisa de una bidireccionalidad entre los estilos de crianza o educativos de los padres o educadores con los respectivos estilos de apego que presentan y los estilos de crianza o educativos percibidos por los hijos o educandos según sus propios estilos de apego y las experiencias de relación acumuladas en su entorno familiar.

De idéntica manera, partimos de considerar que dichas dinámicas contribuyen a generar un ambiente familiar que constituye un sistema que responde a un principio holístico desde el que el todo supone una entidad diferente a la suma de las partes y de sus causalidades relacionales. Así, dicho ambiente acaba influyendo a cada uno de sus componentes que no suelen ser conscientes de dicha influencia. Una de las consecuencias suele ser la contribución a generar un aprendizaje, adecuado o no, en la gestión, regulación o representación mental de los estados emocionales que se encuentran tras las respuestas funcionales o conductuales que se emiten.

Habida cuenta de todo lo anterior, la VEV se presenta como un método que pretende articular respuestas educativas y terapéuticas, incluso pudieran reconsiderarse de re-crianza, para pacientes o usuarios que siguen una trayectoria de respuestas disfuncionales y trasgresoras. Se trata de un método que pretende articularse como una psicoterapia de apoyo destinada a los profesionales que intervienen en contextos de protección o de control con un encuadre intensivo, es decir, residencial. También se destina a la intervención psicosocial con personas que cursan su psicopatología con violencia expresada hacia ellos mismos o hacia los demás

4. CONCLUSIONES

Durante los últimos años venimos observando en nuestra práctica profesional un incremento de las problemáticas relacionadas con el ámbito de la salud mental y/o el consumo de tóxicos en los menores y jóvenes que llegan al contexto judicial. Este hecho requiere implementar una especialización y abordaje terapéutico en los centros de internamiento de justicia juvenil. Resulta especialmente importante en estos casos realizar desde el inicio del internamiento un diagnóstico clínico y social para poder orientar y diseñar la intervención educativa y terapéutica específica que requiera cada caso particular, con el interés de optimizar la intervención y conseguir mayores niveles de eficacia.

Todo ello, conlleva un esfuerzo de especialización y profesionalización que puede resumirse en las siguientes consideraciones:

- La inclusión de una evaluación e intervención terapéutica familiar. Como dice Hayez, "la solicitud social debería dirigirse tanto al joven como a los sistemas de vida con los que interactúa de manera significativa: su familia o quien ocupe su lugar, su escuela o su medio de aprendizaje profesional, sus pares, los

propios profesionales implicados en su acompañamiento e incluso otros sistemas”.

- La oportunidad que el contexto residencial brinda para realizar una sólida valoración diagnóstica. “Tiene que haber un proceso diagnóstico competente y éste debe aportar unos datos consistentes antes de que se decidan las orientaciones más importantes del programa: para llegar a un diagnóstico a veces se pone (o se mantiene) al joven en observación residencial, en un contexto educativo de calidad, alejándolo de los problemas que ha desencadenado. Sin embargo, es aconsejable que se trabaje de manera intensiva, de manera que en dos, tres o cuatro semanas se adquiriera al menos <<una impresión provisional fuerte>> y que se la comunique a la autoridad de referencia” (Hayez)

- La necesidad de desarrollar una metodología especializada, focal y de tiempo limitado con carácter también preventivo del posible desarrollo de un trastorno de personalidad, es decir, para prevenir una mayor desadaptación y/o desajuste así como una posible escalada delictiva.

- Habida cuenta de todo lo anterior, se dotará de diferentes posibilidades de intervención: individual, familiar, grupal y/o comunitario. De esta forma sería posible que hubiera tratamientos que recogieran las cuatro modalidades o bien, cualquier combinatoria entre ellas. Inclusive cualquiera de ellas dependiendo del nivel de gravedad y la priorización establecida en el plan terapéutico después de la evaluación. Ello responde a la premisa de adecuar el abordaje, intervención o tratamiento a las características del usuario y no viceversa

- Atendiendo a la dificultad en el manejo de las diferentes vertientes de intervención así como en el manejo de la contratransferencia con este tipo de población, y de cara a dar al programa una coherencia teórica y metodológica se dispondrá de una supervisión externa periódica que optimice la intervención y permita desde la reflexión acerca de los casos un desarrollo de la metodología progresivamente adecuada a la realidad que se atiende. Este espacio también tendrá como cometido coordinar las intervenciones de los diferentes profesionales y facilitar el intercambio de ideas y propuestas, todo ello al amparo de un principio de mejora y actualización.

- Finalmente es recomendable que esta propuesta metodológica tenga una pretensión docente e investigadora que propicie el diseño y la implantación de tratamientos psicosociales reproducibles cuya eficacia pueda ser evaluada, y así desarrollar intervenciones educativas y terapéuticas de probada eficiencia con este tipo de población

Bibliografía

- Muriel, A, et al. (2008). *Los programas deportivos en los centros penitenciarios*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Abeijon J.A. (2013). *Patología de la demanda*. Mosaico. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, (54), 62- 75.
- Asen, E. y Fonagy, P. (2011). *Mentalization based Therapeutic Interventions for families*. *Journal of Family Therapy*, 34 (4), 347- 370. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x>
- Bowlby, J. (1988). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- CIE-10: *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Organización Mundial de la salud. Editorial Meditor. Madrid, 1992.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Di Ciaccia, A. (2001). *Una práctica al revés*. En Guerrini, A. (Coord.) *Desarrollos actuales en la investigación del Autismo y Psicosis Infantil en el Área Mediterránea*, (73-92). Madrid: Ministerio AfferiEsteri-Ambasciata d'Italia.
- Estalayo, A. (2011). *Violencia adolescente y circularidad: de la teoría a la práctica*. Cap. XX. En Pereira, R. (Comp.). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 385-402). Madrid: Morata.
- Estalayo, A., Rodriguez, O., y Romero, J.C. (2009). Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de intervención. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 48(2), 113- 129.
- Frick, P.J. y Ellis, M. (1999). Callous unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychol Review*, 2(3), 149-168. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021803005547>
- Galán Rodríguez, A. (2013). Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: aportaciones técnicas a un debate social e institucional. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 23-41.
- Glenn A.L. y Raine A. (2008). *The neurobiology of psychopathy*. *Psychiatry Clinics of North America*, 31 (3), 463-475. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.004>

- Hayez, J. (2004). *La destructividad en el niño y en el adolescente*. Barcelona: Herder.
- Johnson J. G., Cohen P., Kasen S., Skodol A. E., y Oldham J.M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 410-413. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
- Moffit T.E. (2005). Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: evidence from behavioral-genetic research. *Adv Genetics*, 55, 41-104. [http://dx.doi.org/10.1016/S0065-2660\(05\)55003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0065-2660(05)55003-X)
- Rhee S.H. y Waldman I.D. (2002). *Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a metaanalysis of twin and adoption studies*. *Psychological Bulletin*, 128, 490-529. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.128.3.490>
- Rodriguez M.V. (2012). The ethics of a genetic screening study for antisocial personality disorder with mesoamericans. *Journal of Nervous and Mental Health*, 200, 260-264. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318247d23e>
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: a prospective and longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and human development*, 7, 349-367. <http://dx.doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Torgersen S, Kringlen E, y Cramer V. (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample*. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596 <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>