

EL MENOR INFRACTOR DE INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO

Montserrat Boscà Cotovad, Maestra y Psicopedagoga especialista en intervención socioeducativa con menores y familia (Guipúzcoa).

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una revisión de las características y el perfil de los menores infractores, analizando el internamiento terapéutico. Estos jóvenes muestran graves problemas de adaptación a su entorno debido a sus características personales, familiares y ambientales, como la baja autoestima, el bajo autocontrol, el locus de control externo, etc. Igualmente estos adolescentes que entran en los sistemas de justicia juvenil presentan trastornos de conducta, trastornos de atención, problemas de aprendizaje, absentismo y fracaso escolar, abuso de sustancias, dificultades cognitivas y escasas habilidades sociales. A lo largo del presente escrito se profundiza en el menor infractor de internamiento terapéutico; aquel al que le ha sido impuesta una medida privativa de libertad en un centro de atención específica por razones de adicción a las drogas y/o disfunciones psíquicas; estudiando su perfil, su consumo y sus características psicopatológicas. Finalmente se presenta la necesidad de llevar a la práctica una intervención psicosocioeducativa de calidad que aborde la problemática de este colectivo.

Palabras clave: menores infractores, delincuencia juvenil, consumo de drogas, internamiento terapéutico.

ABSTRACT

In the present work, it is made a review of the characteristics and profile of the younger offender, analyzing the therapeutic internment. Those young show severe problems of adaptation to their environment because of their personal, environmental and family characteristics, such as low selfesteem, low selfcontrol, locus of external control, etc. Equally, these teenagers, who are introduced into the Juvenile Justice System, present some conduct disorder, attention disorder, learning problems/disabilities, absenteeism and academic failure, substances abuse, cognitive difficulties and low social skills. Along the present study it also explores the therapeutic internment juvenile offender; that which it has been imposed a privative measure of freedom in a centre of specific attention because of the drugs addiction and psychological disorders; studying his profile, their consumption and psychopathological characteristics. Finally presents the need of taking into a practical stage a high quality psycho-socio educational intervention which faces the problematic of this group.

Key words: Juvenile Offenders, juvenile delinquency, drugs use, therapeutic detention.

Fecha de recepción: 26/09/2016

Fecha de aceptación: 23/01/2017



I. CONTEXTO TEÓRICO

La adolescencia es una etapa compleja del desarrollo evolutivo humano, un periodo de transición, de adaptación progresiva a la edad adulta (Castillo, 2000). Por lo tanto una etapa determinada social, biológica y psicológicamente que se caracteriza por la experimentación de nuevas sensaciones, distanciamiento familiar, búsqueda de nuevas formas de vida fuera del hogar y rechazo a las figuras de autoridad (Martín, 2000; Alegret, 2005). Por todo ello el adolescente se orienta socialmente al grupo de iguales, constituyéndose este en su punto de referencia vital que le proporciona seguridad, reconocimiento social, así como un marco afectivo y un medio de acción fuera del dominio adulto (Alegret, 2005).

Esta etapa representa un periodo crítico en el inicio y experimentación de conductas de riesgo (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2004), entre las que se encuentra la conducta violenta. Andrés (2006) entiende por violencia a la forma, modo o manera estratégica de enfrentarse a los problemas y conflictos sociales e interpersonales que se caracteriza por producir consecuencias dañinas y perjudiciales a terceros y/o sus bienes y pertenencias. Para referirnos a la violencia juvenil utilizamos términos similares como: delincuencia juvenil y comportamiento antisocial juvenil. Cuando hablamos de delincuencia juvenil nos referimos a una categoría legal que califica a un individuo que ha cometido una o más acciones sancionables definidas en el código penal (Andrés, 2006). Este individuo recibe el nombre de menor infractor, por lo tanto podemos decir que se trata de personas mayores de catorce años y menores de dieciocho años que realizan hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las Leyes penales especiales. Menores que entran a formar parte del sistema de justicia penal juvenil mediante la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (en adelante, LORPM), que se aplica para exigir la responsabilidad de dichos hechos.

Dicha Ley, de carácter sancionador y educativo, pretende impedir todo aquello que pudiera tener un efecto contraproducente para el menor, ya que en ella prima el superior interés del menor, pero sin olvidar el interés propio del perjudicado o víctima del hecho cometido por el menor. Para ello los Jueces de Menores pueden imponer diferentes medidas judiciales y tipos de internamiento, medida privativa de libertad, según la restricción de derechos adoptando un sentido escalonado donde el ingreso en un centro se considera el último recurso y con mayor sentido penal (Del Campo y Panchón, 2009).



Entre las medidas judiciales la LORPM establece la amonestación, la permanencia de fin de semana, la libertad vigilada, la asistencia a un centro de día, la convivencia con otra persona, familia o grupo educativo, la privación del permiso de conducir ciclomotores o vehículos a motor, la prestación en beneficio de la comunidad, la realización de tareas socio-educativas y el tratamiento ambulatorio. Pero lo que realmente nos interesa en este trabajo son los tipos de internamientos en centros de reforma que señala la citada Ley, clasificados en tres regímenes: cerrado, semiabierto y abierto. Estos internamientos responden a una mayor peligrosidad manifestada en la naturaleza peculiarmente grave de los hechos cometidos, caracterizados en los casos más destacados por la violencia, la intimidación o el peligro para las personas. El objetivo es disponer de un ambiente que provea las condiciones educativas adecuadas para que el menor pueda reorientar aquellas disposiciones o deficiencias que han caracterizado su comportamiento antisocial. Por lo tanto se entiende por centros de reforma a aquellas instituciones orientadas específicamente a la intervención socioeducativa con menores que han infringido la ley, en las que se asumen un encargo social donde el control y la contención juegan un destacado papel (Del Campo y Panchón, 2009).

La mayor o menor intensidad de los actos cometidos da lugar a los diversos tipos de internamiento, entre los que encontramos el internamiento de régimen cerrado, el internamiento de régimen semiabierto, el internamiento de régimen abierto y el internamiento terapéutico. En el internamiento de régimen cerrado los menores residen en el centro y desarrollan actividades formativas, educativas, laborales y de ocio. De esta manera el menor adquiere recursos de competencia social para permitir un comportamiento responsable en la comunidad, mediante una gestión de control en un ambiente restrictivo y progresivamente autónomo. En el internamiento de régimen semiabierto los menores residen en el centro pero realizan fuera de este las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio. Y en el internamiento de régimen abierto los menores llevan a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual.

¿Pero cuál es el tipo de población atendida en cada régimen? Del Campo y Panchón (2009) destacan que la población atendida en estos tres tipos de régimen es diferente, así pues en el régimen abierto y semiabierto se trata de personas con un bagaje delictivo medio, cuyo grado de conflictividad es moderado. Mientras que en el régimen cerrado se presta atención a



personas con un importante bagaje delictivo o con algún delito grave, cuyo grado de conflictividad puede estar situado entre moderado y extremo.

Además de los regímenes anteriormente citados, la LORPM incluye un internamiento adicional, el Internamiento Terapéutico. Este hace referencia a los centros donde se realiza una atención educativa especializada o un tratamiento específico, ya que está dirigido a menores que padecen anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas o alteraciones en la percepción modificando gravemente la conciencia de la realidad. Por lo tanto, son instituciones complejas, en la intersección entre la clínica infanto-juvenil y el sistema penal de menores (Fandiño y Gude, 2013), donde se aborda una problemática que tiene en cuenta la realidad clínica, judicial, familiar, académica y social del menor.

El Boletín de estadística básica de medidas impuestas a los menores infractores (datos del año 2010, 2011 y 2013) especifica una clara disminución de la medida de internamiento (17% en total), pues en el año 2010 hubo 4.365 medidas notificadas, en el año 2011 aumentó a 4.653 y en el 2013 disminuyó a 3.964. Asimismo se produce un cambio de tendencia en el tipo de dicha medida provocando un descenso en el internamiento de régimen cerrado; de 786 menores en el año 2010, 713 en el año 2011 y 613 en el 2013; en el internamiento de régimen semiabierto; con 3.382 menores en el año 2010, 3.622 en el año 2011 y 3.113 en el 2013; y en el régimen abierto; 197 en el 2010, 318 en el 2011 y 238 en el año 2013. En cuanto a los internamientos terapéuticos la tendencia es totalmente contraria, pues como se muestra en las estadísticas existe un aumento importante de esta medida judicial. En el año 2003 el 6,6% de los menores cumplía esta medida frente al 15,5% en el año 2010, 17,1% en el 2011 (608 menores) y 18,8% en el año 2013 (660 menores).

Evolución de las tasas de las medidas impuestas entre el 2010- 2013

Los jóvenes usuarios de estas instituciones se caracterizan por tener una adolescencia diferente a los adolescentes “convencionales”, ya que presentan un componente criminal, social y psicológico más duro (Diego, 2000; Diego y Miquel, 2009). Numerosos autores coinciden en que existe un patrón común de los menores infractores. Así, Garrido y Montoro (1998) afirman que los adolescentes que entran en los sistemas de justicia juvenil muestran un conjunto de circunstancias de carácter personal, familiar y ambiental, encontrándose en



ambientes familiares caóticos o multiproblemáticos, en los que los estímulos educativos y afectivos están ausentes (Del Campo y Panchón, 2009), y presentando trastornos de conducta, de atención, problemas de aprendizaje, absentismo y fracaso escolar, abuso de sustancias, dificultades cognitivas y escasas habilidades sociales. Por ello, como señala López-Latorre y Garrido (2005), se trata de jóvenes con graves problemas de ajuste a su entorno, cuyo proceso de aprendizaje y socialización se basa en la observación (el joven es un imitador que repite lo que ve, lo que le enseñan, aprende y lo traduce o reinterpreta). Sin embargo, como indica Martín (2000), el problema radica en que su modelo se encuentra a su vez en conflicto (crisis familiares, desigualdad social y económica, cultura de la violencia, etc.)

Evolución de las tasas de las medidas impuestas entre el 2010- 2013

	2010	2011	2012	2013
Total de internamientos	120,9	130,7	116,8	112,7
Internamientos en régimen cerrado	21,8	20	19,7	17,4
Internamientos en régimen semiabierto	93,7	102	89,7	88,5
Internamientos en régimen abierto	5,5	9	7,4	6,8
Internamientos terapéutico	15,5	17	17,3	18,8

Tasas por cada 100.00 menores (Datos del Boletín estadístico de medidas impuestas a los menores infractores (2014). Boletín número 13. Datos 2013)

López, Carpintero, Del Campo, Lázaro y Soriano (2011) caracterizan a los menores infractores mediante una clasificación de dimensiones: 1. Variables de personalidad, 2. Variables cognitivas, 3. Variables afectivas, 4. Habilidades, 5. Relaciones interpersonales y 6. Entorno escolar. En cuanto a las variables de personalidad, centran la atención fundamentalmente en la autoestima y en el locus de control, destacando que los menores que presentan baja autoestima tienden a sentirse mal consigo mismos y con los demás, manifestando dificultades en las relaciones sociales pues en ocasiones no se consideran dignos de ser queridos, respetados y valorados. Suelen sentirse amenazados, frustrados y susceptibles a las influencias de los demás, lo que les puede llevar a tener conductas violentas con mayor frecuencia. Asimismo, aquellos que presentan locus de control externo tienden a pensar que no pueden alcanzar su bienestar ni el de los demás, sino que depende de factores que están fuera de su alcance, como el destino, el azar o la suerte. Entre las variables



cognitivas destacan el desconocimiento y las creencias erróneas sobre la violencia y sus consecuencias, el empleo de las distorsiones cognitivas para eludir la propia responsabilidad o poseer contravalores como distintas formas de intolerancia (sexismo, homofobia, rechazo a la diversidad sexual, racismo o xenofobia), que implican creer en la superioridad de unos colectivos sobre otros. Con respecto a las variables afectivas, presentan importantes dificultades para controlar sus emociones negativas, especialmente la ira y el enfado. Casi siempre muestran una falta de empatía con la víctima, sin entender hasta qué punto la agresión la hace sufrir y sin verse afectados emocionalmente por ello. Conjuntamente, presentan otras carencias en habilidades sociales como las dificultades para resolver los conflictos y para comunicarse eficazmente. Por otro lado, el entorno (familia, iguales, barrio y medios de comunicación) es un factor de riesgo que favorece los comportamientos violentos.

Por lo que respecta a la familia, López-Latorre y Garrido (2005) afirman que esta tiene una función normativa (transmisión de reglas y valores) y otra de relación (facilitando el aprendizaje normativo y el compromiso con los miembros de la sociedad) por lo que las conductas violentas son principalmente conductas aprendidas en el seno familiar. Este aprendizaje puede ser positivo o negativo dependiendo de las pautas educativas que utilicen los padres y madres. Como influencias negativas podemos destacar la enseñanza explícita de la violencia, como forma de relación y de comunicación, y la tolerancia de la conducta violenta en todos los contextos.

La influencia del grupo de iguales es decisiva, puesto que, las conductas más significativas a estas edades se realizan en compañía del grupo de los iguales, y son compartidas y comentadas por ellos, buscando su apoyo y complicidad, es decir, sirven como modelo de comportamiento (Wicks-Nelson e Israel, 2000). Según López et al. (2011) el comportamiento de un adolescente puede ser anunciado por las características de su grupo de iguales, llegando a ser un factor de riesgo tener amistades que asumen la violencia como algo normalizado o como un medio de poder y prestigio, o estar aislado socialmente, lo que también es un factor de riesgo para ser víctima de violencia.

Finalmente, la escuela se asocia de forma destacada con la manifestación de conductas violentas en esta etapa, debido a la exclusión y marginación social que pueden vivir algunos adolescentes. El paso de la educación primaria a la educación secundaria supone un cambio trascendental en la adolescencia, por lo que el instituto pasa a jugar un papel importante en su



educación. Los problemas de rendimiento académico empiezan a aflorar, y los menores se sienten poco motivados por las tareas escolares, lo que puede derivar en absentismo escolar y fracaso escolar, que constituye uno de los factores de riesgo para el abuso de sustancias, las conductas violentas o el vandalismo. En este sentido también es importante destacar el ambiente escolar (medidas disciplinarias, condiciones del aula y del mobiliario, atención del maestro a los problemas del alumnado...), pues ha sido otro factor analizado que puede contribuir e incrementar el riesgo de la conducta antisocial (López-Latorre y Garrido, 2005).

Como se mencionaba anteriormente otra característica de estos menores es el consumo de sustancias, ambas actividades, delincuencia y consumo, suponen un enfrentamiento con las normas y leyes sociales ya que se pueden incluir en el marco de las conductas socialmente desviadas (Garrido, 2004). Contreras, Molina y Cano (2012), Jiménez y Rosser, (2013) y diferentes investigaciones señalan que existen ciertas características psicosociales relacionadas con el consumo de drogas y la conducta delictiva como impulsividad, autocontrol, estilo atribucional, asertividad, locus de control externo y baja tolerancia a la frustración. Asimismo este consumo se ve influido por el contexto en el que se desenvuelven los menores (Jiménez y Rosser, 2013), por eso otra variable ampliamente investigada es la relación con el grupo de iguales, que actúa como principal agente de influencia ejerciendo como modelo y por lo tanto juega un papel central tanto en el consumo de drogas como en el desarrollo de conductas delictivas (Fishbein y Pérez, 2000, citado por Contreras et al., 2012).

Esteban, Díaz, Gañan, García, Gordon y Varela, (2002-2003) realizaron un informe en el que analizaron el consumo de sustancias de menores internos en centros de reforma a nivel estatal y sus resultados indicaron que la sustancia más consumida en todas las comunidades autónomas es el cannabis (97,6%), seguida de la cocaína (72,1%), a excepción de Castilla y La Mancha y el País Vasco donde la segunda sustancia más consumida es el alcohol. Asimismo, Caro y Carreño (2012) realizaron una investigación sobre el consumo de drogas de los menores infractores internos en el centro “La Montañeta” (Las Palmas de Gran Canaria) y sus resultados mostraron que 73% de los jóvenes son consumidores de sustancias psicoactivas, siendo la más consumida el cannabis y sus derivados (96% del consumo de drogas) y con una percepción poco dañina de la misma. Además detectaron que el consumo más habitual de esta población son las drogas con efectos depresores sobre el sistema nervioso (cannabis, benzodiacepinas). Una investigación llevada a cabo en el año 2013 en un



centro de atención específica con carácter terapéutico de la comunidad de Galicia, C.A.E. Montefiz, obtuvo resultados similares en cuanto al patrón de consumo de los menores internos, afirmando que las sustancias más consumidas por los jóvenes eran el tabaco (57,9% consumo diario), el alcohol (73,7% consumió durante el último año) y el cannabis (94,7% ha consumido durante los últimos doce meses), seguidas por el consumo de cocaína en polvo e hipnosedantes bajo supervisión médica, pero podemos decir que este último consumo es algo “normal” en dicha población puesto que se trata de menores internos en un centro terapéutico y que por lo tanto presentan disfunciones psíquicas y reciben un tratamiento farmacológico (Boscà, 2013).

Sin embargo el estudio realizado por Contreras et al., (2012) afirma que lo más habitual es el policonsumo (32,2%) seguido del consumo conjunto del tabaco y el alcohol (23,9%). Lo que sí parece evidente es que es mayor el porcentaje de los menores infractores que consumen algún tipo de sustancia frente a aquellos que no son consumidores (Contreras et al., 2012).

Estas características señaladas anteriormente forman parte del perfil común de los menores infractores, pero ¿qué es lo que realmente diferencia al joven interno en un centro de reforma ordinario de otro joven de internamiento terapéutico?

Como indica la LORPM el internamiento terapéutico es un recurso destinado a una atención educativa especializada para aquellos menores que presenten alteraciones psíquicas, dependencia de sustancias o alteraciones en la percepción de la realidad.

Menéndez (2006) indica que los trastornos más comunes asociados al comportamiento violento de los menores infractores son: a) Trastorno De Atención e Hiperactividad de tipo combinado (TDAH); b) Trastorno Negativista Desafiante; c) Trastorno Disocial; y d) Trastornos depresivos y de ansiedad.

Según el Manual de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2015) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad presenta como característica esencial el patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad. Por ello los sujetos diagnosticados pueden no seguir instrucciones ni órdenes ni normas, distraerse ante estímulos externos, manifestarse inquietos e impacientes, tener dificultades para dedicarse a ciertas actividades, etc. En relación a situaciones sociales, muestran déficits de atención que pueden expresarse mediante cambios frecuentes en la conversación, habla



excesiva, no escuchar a los demás, dificultad para esperar su turno o no seguir los detalles/normas de juegos o actividades.

En cuanto el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, el DSM-V los incluye dentro de la nueva clasificación de los trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Define el primero como un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que se lleva a cabo durante la interacción, por lo menos, con un individuo que no sea un hermano. Entendiendo el enfado/irritabilidad como perder la calma a menudo, molestarse con facilidad y estar enfadado y resentido. Así mismo entiende las discusiones/actitudes desafiantes como discutir a menudo con la autoridad o con los adultos, desafiar activamente, molestar deliberadamente y culpar por sus errores o su mal comportamiento a los demás.

El trastorno disocial se recoge en este nuevo manual como trastorno de conducta, caracterizado por un patrón repetitivo y persistente en el que no se respetan los derechos básicos de otros ni las normas o reglas sociales propias de la edad. Dicho patrón se manifiesta por la presencia de tres de los quince criterios agrupados en las categorías de agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo e incumplimiento grave de las normas. Estos sujetos suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros, pudiendo desarrollar conductas amenazadoras o intimidatorias y utilizar armas que puedan provocar daños graves (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola, etc.). La destrucción de la propiedad de otras personas, los fraudes o robos (violentar la casa o el automóvil de otra persona) son también un hecho característico, y a menudo mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes, favores o evitar deudas u obligaciones. Incurren también en violaciones graves de las normas (como permanecer fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres, fugarse de casa durante la noche, hacer novillos en la escuela, etc.).

En relación a los trastornos depresivos se realiza una clasificación que recoge ocho grupos: 1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, 2. Trastorno de depresión mayor, 3. Trastorno depresivo persistente (distimia), 4. Trastorno disfórico premenstrual, 5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, 6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica, 7. Otro trastorno depresivo especificado y 8. Otro trastorno depresivo no especificado. Todos ellos se caracterizan por la disminución del interés o placer por todas o



casi todas las actividades diarias, afectando a la alimentación, el sueño o la capacidad de concentración.

Al hablar de trastornos de ansiedad es necesario detenerse en todas sus tipologías: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, trastorno de ansiedad especificado y trastorno de ansiedad no especificado. El trastorno de ansiedad por separación es el miedo o ansiedad excesiva e inapropiada debido a la separación de aquellas personas por las que siente apego. Dicha separación causa un malestar clínicamente significativo en el ámbito social, académico, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. El mutismo selectivo se define como el fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas, sin que se pueda atribuir a la falta de conocimiento ni a un trastorno de comunicación, trastorno de espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. La fobia específica se caracteriza por el miedo o la ansiedad intensa hacia un objeto o situación específica mientras que en el trastorno de ansiedad social (fobia social) ese miedo o ansiedad va dirigido a una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. El trastorno de pánico, como su propio nombre indica, hace referencia a los ataques de pánico imprevistos recurrentes. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos. El trastorno de ansiedad generalizada caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes (anticipación aprensiva) que resultan difíciles de controlar para el individuo que lo padece. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos son ataques de pánico o ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos del consumo o la abstinencia de drogas, fármacos o tóxicos. Al igual que el anterior, el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica son síntomas de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. Y los trastornos de ansiedad especificado y no especificado presentan síntomas característicos de un trastorno de ansiedad pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica.



El informe *Mental Health Needs of Juvenile Offenders* (2007) recogido por la National Conference of State Legislatures afirma que el 70% de los jóvenes pertenecientes al sistema de justicia juvenil de los Estados Unidos presenta un trastorno mental grave, siendo el diagnóstico más común el abuso de sustancias junto con otra enfermedad mental. El centro de servicios de salud mental estima que uno de cada ocho adolescentes se ve afectado por un trastorno depresivo, aunque los trastornos de ansiedad también son frecuentes entre los delincuentes juveniles, particularmente en el género femenino. Al contrario ocurre con el trastorno por déficit de hiperactividad y los trastornos de conductas disruptivas pues se ven afectados dos o tres veces más los chicos que las chicas, con una prevalencia del comportamiento disruptivo en el sistema entre el 30% y el 50%. Sin embargo los trastornos psicóticos son poco frecuentes en el sistema de justicia juvenil estadounidense.

II. DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN.

A pesar de la falta de documentación existente, la dificultad para acceder a los datos reales de la delincuencia juvenil, más en concreto de la medida de internamiento terapéutico, y de los datos mencionados anteriormente por el Boletín de estadística básica de medidas impuestas a los menores infractores (datos del año 2010, 2011 y 2013) se conoce el importante aumento de los internamientos terapéuticos, aunque se trata de un recurso insuficiente pues no todas las comunidades autónomas disponen de él y son numerosos los casos que se destinan a otras comunidades que si los tienen, alejando a los menores de su entorno. Esta escasez supone un problema real en nuestra sociedad pues cada vez son más los jóvenes que durante su internamiento precisan de un contexto estructurado en el que poder participar en programas terapéuticos específicos, para desintoxicarse por el consumo de sustancias psicotrópicas y/o por padecer alguna enfermedad mental. Dada la carencia de recursos específicos, los centros tratan de suplir estas lagunas mediante la contratación de profesionales de la psiquiatría, quienes acuden durante algunas horas al centro, o firmando convenios con asociaciones que imparten programas de educación e intervención específica. En ambos casos estas actuaciones no son suficientes, ya que los programas de salud mental requieren más horas de tratamiento y los programas para salir de la adicción a las drogas llevados a cabo por las asociaciones imponen como condición impartirlos en un medio abierto, impidiendo la participación de los menores internos en régimen cerrado (Ortiz, 2004).



Por todo lo mencionado anteriormente debemos tener en cuenta que estamos ante un colectivo que presenta unas características particulares y por lo tanto precisa de una formación integradora que atienda a su desarrollo cognitivo y afectivo mediante una intervención psicosocioeducativa de calidad.

López, Carpintero, Del Campo, Lázaro y Soriano (2011) afirman que cualquier intervención sobre la problemática del delito deberá tener siempre en cuenta que los menores deben ser ayudados para que tomen conciencia de la gravedad de su conducta, de sus errores y de los efectos que estos tienen sobre ellos mismos y sobre los demás. Por lo tanto ha de ser una ayuda rehabilitadora que propicie el cambio, para que no hagan daño a los demás ni se autodestruyan, y que consiga la aceptación de los valores y las normas sociales.

El objetivo de la intervención debe ser ayudar al menor a superar sus dificultades personales, así como poder recuperar los recursos de relación consigo mismo y con la comunidad (Diego y Miquel, 2009). Por ello, no ha de ser una intervención rígida que se centre exclusivamente en el plano individual de los jóvenes, sino un proceso que aborde medidas en todos los agentes socializadores que forman parte de este colectivo (Bueno y Moya, 1998). Para poder incidir en la realidad social e intentar modificarla, es preciso una coherencia entre la realidad del contexto socioeconómico y cultural de cada entorno y las características individuales de cada menor. Esto se verá facilitado mediante un carácter abierto y flexible, ya que ayudará a dar respuesta a la diversidad de necesidades, intereses y motivaciones del sujeto y del contexto sobre el que se debe realizar la actuación (Diego y Miquel, 2009).

Por lo tanto, esta intervención de carácter psicosocial y comunitaria, debe trabajar el plano escolar o laboral, la manera de gestionar el ocio y tiempo libre, las pautas de relación social y de convivencia, etc., con el fin de ofrecer a los jóvenes modelos sanos de identificación y aprendizaje (Bueno y Moya, 1998). Así mismo, debe abordar las problemáticas individuales mediante programas de deshabituación de consumo de drogas, programas de adquisición de hábitos saludables y programas de habilidades sociales, teniendo en cuenta la situación real del colectivo. La finalidad de estos programas e intervenciones debe ser que estos jóvenes tomen rienda de su propia vida de una manera responsable mediante experiencias valiosas y positivas que los reintegre en la sociedad como ciudadanos libres, formados, responsables y comprometidos (Graña y Rodríguez, 2010).



Por otro lado y por ello no menos importante, como ya mencionaba anteriormente, la familia juega un papel importante en la problemática del delito de los jóvenes, y muchos estudiosos sobre la delincuencia han considerado el ámbito familiar como la pieza clave para entender las actitudes y conductas antisociales (Romero, Luengo y Gómez-Fraguela, 2000).

La familia es una micro sociedad de aprendizaje de los valores de interrelación social que va a marcar las pautas de conducta a utilizar cuando el joven se vea inmerso en la sociedad en general (Urra, 2011).

Los padres de hoy en día viven en una continua tensión, compaginando su vida laboral con su vida personal, y conviven con multitud de factores que dificultan su función educativa (falta de tiempo, adecuación de horarios, reciclaje profesional, complicadas relaciones conyugales, etc.), por lo que en numerosas ocasiones sienten que cada vez es más difícil que sus mensajes lleguen a sus hijos (Urra, 2011).

Además de estas dificultades, el tipo de disciplina familiar y los estilos parentales son variables con una fuerte relación a la conducta delictiva de los jóvenes (Musitu et al., 2004). Diversos trabajos, como los de Compton, Snyder, Schrepferman, Bank y Shortt (2003), citado en Jiménez y Rosser (2013), afirman que el estilo autoritario, caracterizado por ser un modelo con normas rígidas que favorece las medidas del castigo y no recurre al refuerzo ni al diálogo, aumenta el riesgo de conducta antisocial en los menores. Sin embargo, Bravo, Sierra y Del Valle (2009), citado en Jiménez y Rosser (2013), apuntan que el estilo educativo muy permisivo, caracterizado por la evitación del uso del control, es decir, flexibilidad ante el establecimiento de normas y reglas, es el más habitual en los menores infractores. Urra (2011) coincide en que la excesiva permisividad y la escasa presencia de los padres en el hogar juegan a favor del ego infantil, adquiriendo el menor una posición central y convirtiéndose en el déspota de la casa, aquel que quiere imponer sus horarios y sus gustos, decidir las actividades o salidas y vacaciones familiares.

Esto muestra que es importante aportar al ámbito familiar estrategias educativas que den respuesta a sus dificultades, así como enseñarles la necesidad de educar; con amor, humor y respeto; en la comprensión empática y en el razonamiento, transmitiendo confianza, seguridad, responsabilidad, motivación y estímulo a sus hijos, y dando libertad dentro de unos límites razonados (Urra, 2011).



Por ello, es necesario que los programas destinados a esta población aborden el sistema familiar o la red afectiva de apoyo (Milena y Sierra, 2010; Sorando y Niño, 2013), dado que la familia cumple un papel protector y educador fundamental que sirve como pieza clave en los procesos de cambio personal y adaptación a nuevos estilos de vida. Y, como ya matizó Linares (2012), es esencial dar poder a los miembros familiares para que estos puedan desempeñar sus funciones educativas y no dejen los roles a cargo de figuras ajenas.

En consecuencia, para que una intervención psicosocioeducativa sea de calidad debe ser una atención individualizada, encaminada a la integración de los jóvenes en la sociedad, incidiendo en la familia y utilizando los recursos del entorno social, en estrecha coordinación con las diferentes instituciones, entidades y profesionales de la zona (Diego y Miquel, 2009). Por ello, ante este colectivo debemos trabajar las dificultades del menor y de su contexto socializador, sin dejar caer toda la intervención sobre las espaldas de los jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegret, J. (2005). Relaciones entre padres e hijos. En J. Alegret, M.J. Comellas, P. Font y J. Funes (Coords.), *Adolescentes. Relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto y al cuerpo* (pp. 15-50). Barcelona: Graó.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2015). *DSM-V. Manual Diagnóstico Diferencial*. Madrid: Médica Panamericana.
- Andrés, A. (2006). Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados. *Revista ROL de enfermería*, 29, 38-44.
- Boscà, M. (2013). *Consumo de drogas de los menores infractores internos en un centro terapéutico*. (Memoria del Trabajo Final de Máster. Universitat de les Illes Balears)
- Bueno, A. y Moya, C. (1998). La delincuencia juvenil como síntoma: perspectivas de intervención psicosocial. *Cuadernos de trabajo social*, 6, 151-159.
- Caro, P. y Carreño, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en menores/jóvenes infractores. *Revista IPSE-ds*, 5, 31-36.
- Castillo, G. (2000). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide. Ojos Solares.
- Contreras, L., Molina, V. y Cano, M.C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24 (1), 31-38.



- Del Campo, J. y Panchón, C. (2009). La intervención socioeducativa en un contexto institucional. En P. Amorós y P. Ayerbe (Eds.), *Intervención educativa en inadaptación social* (pp. 197-226). Madrid: Síntesis.
- Diego, F. (2000). La intervención con menores infractores. En M^a Teresa (Coord.), *Justicia con menores. Menores infractores y menores víctimas* (pp. 57-82). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Diego, F. y Miquel, S. (2009). La intervención en un medio abierto: un reto para la justicia de menores. En P. Amorós y P. Ayerbe (Eds.), *Intervención educativa en inadaptación social* (pp. 227-258). Madrid: Síntesis.
- Estadística básica de medidas impuestas a los menores infractores (2012). *Boletín número 10. Datos 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Estadística básica de medidas impuestas a los menores infractores (2012). *Boletín número 11. Datos 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Estadística básica de medidas impuestas a los menores infractores (2014). *Boletín número 13. Datos 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Esteban, B., Díaz, A., Gañan, A., García, J., Gordon, B. y Varela, C. (2002-2003). *Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma*. Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD).
- Fandiño, R. y Gude, R. (2013). *El psicólogo en los centros terapéuticos de menores con medidas judiciales*. VII Congreso internacional de psicología jurídica y forense.
- Garrido, V. y Montoro, L. (1998). *La reeducación del delincuente juvenil. Los programas de éxito*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, M. J. (Coord.). (2004). *Las drogas en la delincuencia*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Graña, J. L. y Rodríguez, M. J. (2010). *Programa Central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Madrid: Agencia de la comunidad de Madrid para la reeducación y reinserción del menor infractor.
- Hammond, S. (2007). *Mental Health Needs of Juvenile Offenders*. Washington: National Conference of State Legislatures.
- Jiménez, R. y Rosser, A. (2013). Delincuencia juvenil y consumo de drogas: factores influyentes. *XIV Congreso virtual de psiquiatría.com Interpsiquis 2013*.
- Jiménez, R. y Rosser, A. (2013). Delincuencia juvenil y estilos educativos parentales. *XIV Congreso virtual de psiquiatría.com Interpsiquis 2013*
- Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los Menores. En B.O.E. nº 11, de 13 de enero de 2000.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- López, F., Carpintero, E., Del Campo, A., Lázaro, S. y Soriano, S. (2011). *Programa Menores Infractores: Intervención Educativa y Terapéutica*. Madrid: Pirámide.



- López-Latorre, M.J. y Garrido, V. (2005). La psicología de la delincuencia juvenil: explicación y predicción. En V. Garrido, *Manual de intervención educativa en readaptación social. Vol. I Fundamentos de la intervención* (pp. 47-73). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Martín, M^a. T. (2000). Consideraciones sobre la delincuencia de menores. En M^a Teresa (Coord.), *Justicia con menores. Menores infractores y menores víctimas* (pp. 101-141). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Menéndez, I. (2006). *Adolescencia y violencia: ¿Crisis o patología?* Recuperado de www.acosomoral.org/pdf/adolescencia_y_violencia.PDF
- Milena, A. y Sierra, D. (2010). *Trabajo Social en el establecimiento penitenciario de alta y mediana seguridad de Girón: una experiencia desde la atención y tratamiento de internos con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas con el enfoque de la comunidad terapéutica.* (Trabajo de grado, Universidad Industrial de Santander).
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.C. (2004). *Familia y adolescencia. Análisis e intervención social.* Madrid: Síntesis.
- Ortiz, A. L. (2004, octubre). *La justicia juvenil en España. "Aspectos prácticos más relevantes del menor privado de libertad"*. Ponencia presentada en la 1^a Conferencia Internacional de Justicia Juvenil, Salamanca, España.
- Romero, E.; Luengo, M. A. y Gómez-Fraguela, J.A. (2000). *Factores psicosociales y delincuencia: un estudio de efectos recíprocos.* *Escritos de Psicología*, 4, 78-91
- Sorando, M.R. y Niño, J. (2013). Aproximación diagnóstica relacional de la delincuencia juvenil: familias de adolescentes con y sin indicadores de trastorno antisocial. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social*, 6, 69-77.
- Urta, J. (2011). *El pequeño dictador.* Madrid: La esfera de los libros.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente.* Madrid: Prentice Hall.

Datos de contacto:

Montserrat Boscà Cotovad, montsebc05@yahoo.es

