

Abordaje psicoterapéutico en el marco de la medida judicial para menores

L. FEDUCHI^{1,5}, L. MAURI^{2,6}, J. TIÓ^{3,6}, V. SASTRE^{4,6} Y P. RAVENTÓS^{4,6}

RESUMEN

El tratamiento ambulatorio es una de las medidas que pueden imponer los jueces a los menores con conductas delictivas. Este artículo propone una reflexión sobre la aplicación de estos tratamientos, partiendo de la experiencia de un programa de salud mental cuya finalidad es atender a adolescentes y jóvenes denunciados a la Justicia. Se analiza como abordar cuestiones como la motivación y la vinculación frente a la imposición de la medida, su focalización y desarrollo, así como la necesidad del trabajo interdisciplinar con los equipos de Justicia Juvenil para realizarlos. PALABRAS CLAVE: medida judicial de tratamiento ambulatorio, psicoterapia con adolescentes, trabajo interdisciplinar.

ABSTRACT

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH WITHIN THE FRAMEWORK OF JUDICIARY MEASURES FOR MINORS. One of the measures which can be imposed by Spanish juvenile courts on delinquent minors is an outpatient treatment. This paper is a reflection on the application of this kind of treatments in a mental health service for adolescents who have been reported to the juvenile justice system. Several relevant issues involved in these treatments such as personal motivation and bonding facing the imposition of the measure, psychodynamic focus and development, and the need for an interdisciplinary approach, are all examined in this paper. KEY WORDS: outpatient treatment as a judiciary measure, psychotherapy with adolescents, interdisciplinary approach.

RESUM

ABORDATGE PSICOTERAPÈUTIC EN EL MARC DE LA MESURA JUDICIAL PER A MENORS. El tractament ambulatori és una de les mesures que poden imposar els jutges als menors amb conductes delictives. Aquest article proposa una reflexió sobre l'aplicació d'aquests tractaments, partint de l'experiència d'un programa de salut mental la finalitat del qual és atendre adolescents i joves denunciats a la justícia. S'analitza com abordar qüestions com la motivació i la vinculació davant la imposició de la mesura, la seva focalització i desenvolupament, així com la necessitat del treball interdisciplinari amb els equips de justícia juvenil per portar-los a terme. PARAULES CLAU: mesura judicial de tractament ambulatori, psicoteràpia amb adolescents, treball interdisciplinari.

El trabajo en un programa de atención a la salud mental para adolescentes con medidas judiciales (1) nos ha permitido tanto el acercamiento a la comprensión del fenómeno de la violencia en estas edades (Feduchi et al., 2006), como la exploración de las posibilidades de intervenir psicoterapéuticamente con adolescentes y

jóvenes denunciados ante la Ley.

La actual Ley Penal del Menor (LORPM), en aplicación de su espíritu educativo y rehabilitador además de sancionador, introduce la posibilidad para los jueces de imponer medidas de contenido terapéutico. Aquí se inscriben medidas tales como el internamiento en centro

1. Psiquiatra y psicoanalista; 2. Psiquiatra; 3. Psicólogo clínico y psicoanalista de la SEP-IPA; 4. Psicólogo clínico; 5. Supervisor del Equipo de Atención al Menor de la Fundación Hospital Sant Pere Claver, Barcelona, España; 6. Psicoterapeutas del Equipo de Atención al Menor de la Fundación Hospital Sant Pere Claver, Barcelona, España.

Correspondencia: J. Tió. Fundación Hospital Sant Pere Claver. Paseo de Montjuïc, 18 -08004 Barcelona.

E-mail: jtio@fhspercclaver.org

Abordaje psicoterapéutico en el marco de la medida judicial para menores

terapéutico o el tratamiento ambulatorio (LORPM, art. 7.1.e), sobre el que nos centraremos en este artículo. La medida de tratamiento ambulatorio consiste en una intervención terapéutica, por un tiempo señalado en la resolución judicial, que implica la asistencia a un centro de tratamiento del propio entorno del joven, y el seguimiento de la evolución de ese tratamiento. Es una medida dirigida a adolescentes y jóvenes que presentan bien problemas de tipo psicológico o psiquiátrico, o bien problemas de dependencia a tóxicos. De su ejecución se encargan los Departamentos de Justicia de las comunidades autónomas, en nuestro caso el Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya, a través de la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil (DGEPCJJ). En los últimos años hemos experimentado un notable aumento de la demanda de llevar a cabo este tipo de tratamientos, representando actualmente el 40% de la actividad asistencial que realiza nuestro equipo.

La medida de tratamiento ambulatorio es fruto de la decisión judicial que toma en consideración los informes psicosociales de los técnicos de Justicia que atienden en un primer momento al menor denunciado. Este primer estudio de la situación del menor, realizado desde la DGEPCJJ, valora la posibilidad de realizar un proceso de mediación y evalúa las necesidades educativas, sociales y terapéuticas que orientarán la imposición de las medidas judiciales. Si bien cuando el contenido de la medida es un tratamiento de deshabituación se requiere el consentimiento del menor para su aplicación, no sucede así cuando ésta se impone por otra problemática de salud mental. En este caso la medida se aplica de la misma forma que cualquier otra, y es por tanto de obligado cumplimiento por parte del o la menor, y su incumplimiento puede ser sancionable y sustituible por otra medida judicial.

La medida de tratamiento ambulatorio contará como es preceptivo con la supervisión de un delegado de asistencia al menor (DAM). Su función es ser el representante de la Justicia ante el menor y el garante de que la medida se cumpla. Se encarga de orientar al menor a los dispositivos asistenciales adecuados para que se realice el tratamiento, velar por su cumplimiento e informar al juez en caso de interrupción. En la mayoría de ocasiones, el tratamiento ambulatorio se inscribe en el marco de una medida más amplia de libertad vigilada que supone también otros contenidos (formativos, educati-

vos, sociales, etc.) que el DAM intentará desarrollar. La intervención psicoterapéutica tiene la oportunidad, como analizaremos más adelante, de insertarse en una auténtica estrategia de asistencia interdisciplinar. Algo que consideramos esencial de cara al abordaje de casos y situaciones tan complejas como las que en ocasiones determinan la denuncia de un menor.

Como en todas las medidas judiciales, la de tratamiento ambulatorio también queda definida por una duración que impone el juez. Suele ser de alrededor de un año, aunque la "indicación" judicial no tiene porque coincidir con la indicación clínica y terapéutica. El criterio jurídico tan solo determina su temporalidad, que viene dada por el delito, y no por el diagnóstico. Su cumplimiento obligado nunca podrá exceder la duración impuesta por el juez, aunque la Ley prevé la posibilidad de una finalización previa autorizada por éste en base a criterios clínicos de los que debe ser informado a través del DAM. En la práctica, nos hemos adaptado a trabajar en un encuadre temporal determinado por la medida, que permite por su duración el desarrollo de un proceso psicoterapéutico de tipo focal. A través de él, como describiremos, la vivencia de imposición se puede ir transformando en una ayuda que permita la aparición del interés y la voluntariedad del menor hacia el tratamiento y, eventualmente su continuación si se precisa, más allá de la finalización de la medida.

Las propuestas de tratamiento que desde nuestro Programa de atención se ofrecen para el cumplimiento de este tipo de medidas son fruto de la larga experiencia existente en el Departamento de Salud Mental de la FHSPC en torno a la práctica de la psicoterapia focal de orientación psicoanalítica en la sanidad pública. Desde ese punto de partida hemos realizado un importante esfuerzo de adaptación de este encuadre al trabajo con una población adolescente con características específicas, y en el marco de una medida judicial de obligado cumplimiento.

La cuestión de la motivación para el tratamiento psicológico. La vivencia de imposición

Estamos acostumbrados a considerar la motivación para el tratamiento como una de las variables importantes para realizar la indicación. Pero en este campo son más excepcionales las demandas de ayuda que surgen

por iniciativa del menor. Si en la adolescencia ya es normal encontrarse con una actitud renuente a apoyarse en el adulto, más lo es en los menores cuya conducta acaba enfrentándolos con la Justicia. A menudo son adolescentes acostumbrados a solucionarse las cosas por su cuenta, mediante comportamientos que suelen ser mezcla de las capacidades que han desarrollado, de las carencias emocionales que arrastran desde su infancia, importantes dosis de desconfianza y, en la mayoría de los casos, con un gran desconocimiento de las posibilidades de ser atendidos emocionalmente.

Este desconocimiento, fruto de la falta de suficientes experiencias previas a este nivel a lo largo de su desarrollo, tiene importantes implicaciones en sus limitaciones para sentir, pensar o imaginar relaciones de ayuda, y en consecuencia en su inhabilidad comunicativa. En rigor es un defecto en la capacidad de simbolización, pues no hay representación mental para muchas emociones y sus correlatos de contención a través de la relación (Sandler y Sandler, 1978). No se puede echar de menos aquello que no se ha experimentado, lo cual nos permite entender que la mayoría de los menores que atendemos no se acerquen por iniciativa propia a la búsqueda de una ayuda psicológica.

La idea de un tratamiento psicológico obligatorio puede parecer contradictoria en su esencia, pero nuestra experiencia nos ha dado sorpresas en este terreno. La sensación de obligatoriedad está siempre presente en la adolescencia, permanece más cerca de la vivencia de la infancia que en el caso del adulto. La mayor parte de adolescentes son obligados de una u otra forma por sus padres o tutores a acudir al médico o al psicólogo cuando presentan dificultades, y raramente son ellos mismos los que toman la iniciativa de pedir tratamiento. En estos casos podríamos entonces no estar tan lejos del modelo en el que el niño o el adolescente es llevado a consulta por sus padres bajo algún tipo de chantaje (*te estas jugando las vacaciones..., olvídate de salir por la noche...*). El mensaje de obligatoriedad va dirigido al niño que todavía se es y al que se "impone" un cuidado. Como veremos, la propuesta de tratamiento intentará que los aspectos adultos que también constituyen la identidad del menor se interesen por la misma.

La motivación para el tratamiento puede aparecer entonces, en un primer momento, vinculada de forma consciente a la obtención de beneficios secundarios. La evitación de medidas más punitivas o el intento de

lograr un trato más benevolente por parte de los administradores de la Justicia, le da un sentido más transigente a la presencia del psicólogo. Podemos incluso pensar que, para los menores que atendemos, el hecho de que el tratamiento venga impuesto por un juez y no por un psiquiatra, les permite acercarse a la primera entrevista sin la etiqueta de "loco", cuestión crucial pues, para la mayoría de ellos, reconocerse con dificultades psicológicas y con necesidades en este área supondría una vivencia de catástrofe. Una catástrofe en la que ya todo estaría perdido, en la que el desarrollo no sería más que una quimera.

Al acercarse a la consulta, la ansiedad y los mecanismos de negación suelen estar presentes. *No sé porqué me han mandado aquí, a mi no me pasa nada*, es un comentario que escuchamos con frecuencia. También se pone de manifiesto la doble asimetría a la que se enfrenta el menor al situarse ante un adulto que, a su vez, es especialista en problemas mentales. Es importante tener en cuenta estos aspectos que de una u otra manera afectan al adolescente y pueden mermar su motivación. Paradójicamente, y a pesar de que la obligatoriedad aumenta la asimetría de la relación, les permite acercarse a la consulta con menos ansiedad al delegar en el juez la necesidad de tratarse. Así, no son ellos quienes sienten la necesidad o las dificultades, y de esta forma se liberan del sentimiento de fracaso en su identidad, tan frágil en estas edades y aun más en esta población con tantas carencias: *Vengo porque me lo ha mandado el juez, no porque yo lo necesite*.

El establecimiento del vínculo terapéutico

Se podría decir que la permanencia del menor en un proceso destinado a explorar la posibilidad de una ayuda psicológica se plantea de forma intensa en las primeras entrevistas, cuando hay un mayor grado de desconocimiento mutuo y la fragilidad del vínculo es máxima. Una clave importante para conseguir esa vinculación es empezar a transformar la obligatoriedad en ayuda ya en esa fase inicial. Partiendo de la información que tenemos sobre ellos, les hablamos de la medida como una propuesta de atención y de ayuda.

Sin embargo, como señalábamos anteriormente, la fuerte asimetría que la situación de entrevista provoca con frecuencia en un menor que se presenta con severas dificultades para soportar y/o mentalizar sentimientos

de vulnerabilidad, a menudo va a estimular todo un repertorio de actitudes defensivas y de "autosoporte". Silencios, actitudes arrogantes y de autosuficiencia si no claramente despreciativas y de desvalorización manifiesta hacia lo psicológico, expresiones de desconfianza, exhibiciones de la conducta delictiva, etc. suelen ser moneda corriente en los primeros encuentros. El respeto hacia estos comportamientos sobre los que se sostiene para el menor el sentimiento de identidad, es condición necesaria para el establecimiento de un vínculo inicial, siendo necesario ajustar nuestro encuadre a las características específicas de esta población.

Será importante manejar los silencios de forma que nunca se apoderen de la entrevista, pues exacerban la vivencia de asimetría. Estimular la comunicación a través de una postura activa que muestre un sincero interés por lo que exploramos. Explicar con la máxima claridad nuestra función, aprovechando los resquicios de reflexión crítica que podamos ir detectando, evitando la seducción y el "coleguismo". Encajar los ataques que se puedan hacer al encuadre con capacidad de contención. Y siempre que estimemos necesario ejercitar la defensa del mismo señalando los límites, hacerlo con sumo cuidado de que el menor no se pueda sentir menospreciado. Habrá que ser ágiles para responder dando "acuse de recibo" cuando algún tipo de demanda emocional pueda manifestarse, sin esperar en ese momento mayores grados de reconocimiento por su parte.

También será importante ser respetuosos y atender las muestras de incomodidad que pueden aparecer durante las entrevistas, pues pueden ser expresión de diferentes niveles de ansiedad. No son infrecuentes, por ejemplo, las demandas de darlas por acabadas antes de tiempo. Pueden ser demandas que indiquen una vivencia de vinculación superficial con el entrevistador, de haber cumplido ya con el trámite, con el expediente al que se les ha obligado a asistir. Pero en la mayoría de ocasiones nos han parecido manifestaciones de fuertes ansiedades claustrofóbicas que avisan al sujeto del riesgo de desequilibrios emocionales si la entrevista se mantiene más allá de ese punto. Decidir en qué momento aceptar esta propuesta, o invitar al menor a explorar algo más sus posibilidades de desarrollar capacidades de contención, es parte del arte de nuestro trabajo.

En muchos casos, mayoritariamente en los que la violencia familiar está implicada, la vivencia del menor suele estar asociada a la de ser el chivo expiatorio de

dinámicas familiares altamente conflictivas, en las que tampoco es infrecuente recoger relatos sobre conductas violentas por parte de los padres. Esto provoca un sentimiento de injusticia en relación con la medida, y consideramos importante en esas etapas iniciales evitar la confusión que puede aparecer si el tratamiento queda asociado a castigo, lo que puede estar fácilmente determinado por el hecho de que la indicación inicial del tratamiento proviene del estamento judicial. Por ello en esta fase intentamos realizar otro paso, volver al carril sanitario, subrayando la idea de ayuda, intentando comprender el sufrimiento o el malestar del menor allí donde él lo localice. Con frecuencia ese malestar tan solo es reconocido en relación con el impacto "traumático" provocado por la aparición de la Justicia. Es algo que intentamos recoger y tan solo de forma gradual iremos introduciendo nuestra idea de foco, del que hablaremos más adelante.

En nuestra experiencia hemos podido también comprobar como el hecho de presentarnos como especialistas en el campo de la justicia juvenil, permite a los menores mantener la fantasía de pertenencia al "grupo de los infractores", cosa que resulta mucho más tolerable para ellos que la pertenencia al "grupo de los locos o de los pringaos". Seguramente a esta situación podrían verse forzados si la propuesta de consulta se hiciera desde otra vía ajena al ámbito de la Justicia. Creemos que a esto se debe en parte el interés que muchas veces demuestran por saber a cuáles de sus *colegas* tratamos. Más allá de la curiosidad alimentada por los celos, puede expresar la necesidad de sentirse formando parte de un grupo, como refuerzo de su sentimiento de identidad.

En las entrevistas observamos (un tatuaje, la vestimenta, las actitudes relacionadas con sus comportamientos delictivos –violencia, engaño, invasión de la intimidad, etc.–), exploramos (el delito, la culpa, el *insight*, sus aspectos capaces, etc.), hacemos hipótesis sobre lo que hemos observado y explorado, y tratamos de detectar áreas en las que el adolescente esté interesado. También siempre que sea posible llevamos a cabo una entrevista con la familia, que nos da más información anamnésica y nos permite hacer hipótesis evolutivas.

Que el menor se sienta respetado en las entrevistas nos permitirá la construcción, con su colaboración, de un sentido para plantear la continuidad de las mismas. La propuesta de tratamiento debe definirse aprovechando

do los niveles de *insight* observados, dirigiéndose y tratando de interesar a sus partes adultas más evolucionadas. Que pueda percibir que "nos ponemos de su parte", de su parte interesada en conseguir un mayor grado de bienestar emocional. La propuesta que le hagamos debe ser coherente con los objetivos planteados, que deben ser explicitados. Las posibilidades del menor para imaginar un proceso pueden ser muy limitadas y tal vez al principio sean necesarias ayudas externas para acompañarlo al tratamiento. Por tanto, explicar el sentido de las entrevistas resulta imprescindible para que cierta idea de proceso pueda irse generando. Si conseguimos interesarle, que no seducirle, hay más posibilidades de que el tratamiento sea viable.

El tratamiento: focalización y desarrollo

Una vez realizado el proceso diagnóstico, se elabora una comprensión dinámica que permita la construcción de un foco alrededor de un determinado interjuego de ansiedades y defensas, y formalizamos la propuesta de tratamiento que en muchos casos será una psicoterapia de orientación dinámica de frecuencia semanal, y cuando se vea necesario, combinada con un tratamiento farmacológico. Esta propuesta se le comunica al menor, a la familia, que puede quedar incluida o no en la propuesta y de la que intentaremos conseguir colaboración, y al DAM responsable de la supervisión de la medida, con el que mantendremos una coordinación. Esta queda explícitamente incluida en el encuadre cuando hacemos la propuesta de tratamiento, diferenciándola del respeto a la confidencialidad. Pensamos que esto contribuye a la claridad de dicho encuadre, discriminando funciones: el terapeuta realiza el tratamiento, el DAM se cuida de su realización.

Cuando le mostramos el foco al menor intentamos utilizar un lenguaje próximo, sirviéndonos de las áreas en las que hemos detectado un mayor *insight* o una menor negación por su parte, y nos aseguramos de la inclusión de sus aspectos más sanos, sus aspectos yoicos más desarrollados, las áreas de su personalidad más próximas a la posibilidad de recuperar líneas de desarrollo. Y le explicamos como esto último puede quedar dificultado por sus ansiedades y su organización defensiva. Como ya se ha dicho y creemos que es nuclear, pretendemos así estimular su interés y facilitar su percepción

de una oferta que se pone al lado de su desarrollo, facilitando la aparición de una alianza terapéutica.

En la mayoría de los casos el delito no aparece de forma central en el foco, su relación con él es colateral. Las actuaciones delictivas acostumbra a ser fenómenos reactivos (Feduchi et al., 2006), tan vinculados a las dificultades del menor como a las respuestas incontinentes o insuficientes de su entorno, como vemos en la siguiente viñeta:

"Ferran fue denunciado por violencia familiar y sancionado con una medida de libertad vigilada y tratamiento ambulatorio. A lo largo de las entrevistas diagnósticas se mantuvo en una prototípica actitud de *solo vengo porque me lo ha dicho el juez, pero ya que estoy aquí te voy a contar...* A través de ellas pudimos empezar a comprender su situación. Ferran intentaba manejar sus sentimientos de inseguridad a través de un carácter orgulloso y de una serie de actividades encaminadas a conseguir una apariencia física imponente. Diferentes hitos biográficos ayudaban a entender esta evolución. La desconfianza de su madre hacia él le desesperaba y parecía estar relacionada con sus agresiones hacia ella. Pero lo que Ferran desconocía en ese momento era que una profunda desconfianza también surgía de su propio interior, y que existía otra manera de "fortalecerse" a través del crecimiento y del aprendizaje.

Han sido varios los autores (Winnicott, 1956; Feduchi, 1986) que han subrayado como la actuación delictiva en la adolescencia es, en ocasiones, un indicador de búsqueda, una muestra de esperanza. Algo que la diferencia de la psicopatología conductual que expresa una ausencia de esperanza. Esto apuntaría a la existencia de una demanda inconsciente, relacionada en última instancia con necesidades de identidad, de desarrollo, de apego, de seguridad, etc. Diatkine (1989) describe la situación del joven trasgresor frente a las posibilidades de tratamiento en oposición a la del paciente neurótico: si en este último la demanda de ayuda es manifiesta y la resistencia al cambio inconsciente, en aquél sucedería al revés: una resistencia manifiesta frente a una demanda inconsciente. La oferta de tratamiento que realizaremos al menor intentará entonces ponerse a favor de esta búsqueda que de forma inconsciente intenta la satisfacción de necesidades emocionales. Nos presentaremos como aliados para intentar modificar la constante sensación de *salir siempre perdiendo*, tal como lo expresaba un joven paciente.

Desde la organización defensiva del menor, los sentimientos suelen tratarse como debilidades, perdiendo así su potencial capacidad para orientar estrategias encaminadas a la satisfacción de necesidades. La ansiedad que deriva de la vida emocional deja de ser un motor del pensamiento, sencillamente es algo de lo que hay que desprenderse a través de la actuación. Así, si no se soporta el sentimiento de inseguridad, se pierde la posibilidad de pensar en los riesgos; si no se puede echar de menos, se pierde la información sobre lo que se necesita... El sentimiento de identidad todavía precario en la adolescencia dificulta la contención de ansiedades. La mayor comprensión sobre las emociones que el tratamiento pueda ir introduciendo catalizará la aparición de representaciones mentales con capacidad para contener la ansiedad (la necesidad, la frustración) y modular la respuesta defensiva (Fonagy y Target, 1999). Disminuye el refugio en la omnipotencia y la negación de la realidad, a las que muchos menores necesitan acudir para sostenerse psíquicamente. En ocasiones esta tarea adquiere tintes casi pedagógicos, y le intentamos explicar al menor la importancia que pueden tener para él sus sentimientos, como mostramos en la siguiente viñeta del mismo caso:

"En una sesión de su tratamiento, Ferran empieza a mostrarse algo más crítico con sus reacciones violentas. *La verdad es que a la mínima salto, algunos tíos son insoportables y enseguida saco el puño... y sacar el puño ya son palabras mayores.* El terapeuta le comenta que probablemente lo que pueden resultarle insoportables son algunos de sus propios sentimientos. Gradualmente, en la sesión se pueden acercar a sus sentimientos de pérdida. *Yo siempre me he tragado las lágrimas y he puesto el hombro para que mi madre y mi hermana lloraran...* En otra sesión, el reconocimiento de su actitud intimidante en las relaciones sirve para comprender mejor una de las fuentes de su desconfianza. *Cuando me dicen que sí, no sé si es porque me lo merezco o es para que no haya problemas.* Poder diferenciar mejor entre sus legítimas reivindicaciones y la exigencia que proviene de su intolerancia, que muchas veces se ha venido manifestando en forma de violencia, parece serle útil".

En los casos con delitos graves, aquellos en los que la conducta delictiva ha supuesto algún tipo de daño irreparable, no sólo es la culpa lo que se convierte en un importante obstáculo. En algunos menores no existen estructuras mentales para contener e incluso llegar a

representarse el sentimiento de culpa. Entonces, el impacto traumático de una experiencia de estas características determina principalmente un incremento de las dificultades para diferenciar fantasía de realidad. Si sentir es equivalente a hacer, las posibilidades de reconocer los sentimientos disminuyen pues se evocarían respuestas de intensa ansiedad. El proceso terapéutico va a intentar frenar o invertir esta inercia, reforzando la discriminación entre fantasía y realidad, y permitiendo la recuperación y el desarrollo de la capacidad de pensar.

El aumento en la capacidad de contención emocional permitirá la recuperación de introyecciones arcaicas y la conexión con líneas de desarrollo interrumpidas. La vergüenza, por ejemplo, es una importante interferencia para los procesos de aprendizaje (Salzberger et al, 1989). Importantes áreas de analfabetismo funcional son mantenidas por los menores en secreto, y su importancia negada con múltiples racionalizaciones, como descubrimos a través de su tratamiento en un joven inteligente de 17 años que desconocía la secuencia de los meses del año. La negación que se realiza desde el refugio en la omnipotencia puede llegar al extremo que confesaba otro joven *...yo me invento lo que haga falta...* Cualquier propuesta que implique un proceso directo de aprendizaje en forma de cursos o cursillos puede despertar fuertes ansiedades claustrofóbicas en muchos de ellos, lo mismo que puede suceder con el propio tratamiento.

Comunicar un interés supone también para el menor arriesgarse a contactar con el afecto de una expectativa y el consiguiente temor a la pérdida asociado a ella. Que la amenaza de la pérdida pueda ser utilizada por los adultos para manipularlo o controlarlo de alguna manera es un factor que muchas veces inhibe la comunicación más abierta de sus intereses. *Si ven que quieres algo, entonces ya te lo quitan si después tú no haces lo que te mandan...* Aquí adquiere especial importancia que el menor se halle inmerso en una medida judicial que, más allá del tratamiento psicoterapéutico, supone también la atención a sus necesidades educativas y psicosociales. El DAM realiza propuestas en estas áreas, por lo que los logros que se vayan consolidando en los diferentes procesos que propicia la medida se pueden ir reforzando unos a otros.

El proceso que intentamos establecer propicia una relación de confianza. Como ya hemos visto en un inicio, apoyándonos tan solo en el respeto a las actitudes

defensivas del menor, en sus aspectos sanos detectados y en la paulatina introducción de una función reflexiva. A medida que el tratamiento se desarrolla, la calidad de la comunicación puede ir aumentando y permitiendo la progresiva aparición de más aspectos sanos (intereses, reconocimiento de sentimientos, capacidades de cuidar, etc.), que será importante recoger para fortalecer identidades positivas. Tal como también señalan otros autores (Måle, 1980) este reconocimiento constituye uno de los pilares del tratamiento.

A menudo, a lo largo del proceso se producen ausencias del menor, que tanto pueden obedecer a su funcionamiento defensivo habitual, como a resistencias o dificultades específicas que el propio proceso terapéutico esté generando, o ser un tanteo que explora los límites que el incumplimiento puede tener. Cuando esas ausencias al tratamiento comprometan su continuidad, el DAM le recuerda al menor la importancia de su asistencia. Esto obviamente se relaciona con las obligaciones legales que el cumplimiento de una medida exige, pero su función educativa-formativa le permite intervenciones que puedan ser percibidas por el menor como interés y como cuidado, ayudándole a contactar con la realidad de su situación judicial y recordándole los límites de la misma. El trabajo en red permite tanto al DAM como al terapeuta compartir una visión del menor que imprima coherencia a sus respectivas intervenciones, y estar informados de las etapas que el menor está viviendo en cada uno de sus procesos.

Como hemos señalado, para la mayoría de los casos el final del tratamiento suele coincidir con el de la medida. Consideramos importante en esta fase explicitar una descripción del proceso, recordando el foco planteado al inicio y reconociendo de forma realista los objetivos conseguidos, intentando reforzar de esta forma tanto la vivencia de continuidad como la de una experiencia de crecimiento y capacitación. Cuando se produce una interrupción sin despedida nos apoyamos en la figura del DAM, para propiciar la posibilidad de una revinculación posterior del caso. Al acabar planteamos la posibilidad de alguna entrevista de seguimiento, que algunos jóvenes utilizan en otros momentos de su evolución o para compartir con nosotros algunos de sus logros. Nuestra experiencia es que la tasa de interrupciones ha ido disminuyendo con el tiempo y pensamos que también ha podido contribuir a ello nuestro propio entrenamiento.

El trabajo interdisciplinar

Cuando hablamos de trabajo interdisciplinar nos estamos refiriendo a la necesidad de coordinación entre los diferentes profesionales que atienden al menor. Para nosotros esa coordinación es esencial, pues tan solo una estrategia global con algún sentido para el menor, fruto de una cuidadosa evaluación, podrá facilitar la transformación de la imposición judicial en un sentimiento de cuidado, y el tránsito de lo obligatorio a lo voluntario.

Son tres los aspectos de esa coordinación que pretendemos destacar por su importancia: la relación entre las diferentes disciplinas que representan a los diversos ámbitos que intervienen (sanitario, judicial y educativo); el cuidado y contención de los aspectos de la realidad externa del menor, y el manejo de la información.

Para el terapeuta, la función del DAM como nexo de unión entre la Justicia y la Sanidad es de suma importancia, pues le permite centrarse en el tratamiento con la tranquilidad de saber que el aspecto judicial está atendido, le protege de incidencias judiciales y le libera del contacto directo con el juez, lo que contaminaría de forma indeseable el curso del tratamiento (presencia en juicios, informes del contenido del tratamiento, etc.).

No podemos olvidar que en la mayoría de casos estos chicos provienen de entornos carenciales y que, por tanto, muchas de sus necesidades (físicas, emocionales, educativas, sociales, etc.) no están suficientemente cubiertas. A menudo viven en situaciones de falta o ausencia de límites, ejerciendo funciones adultas antes de tiempo, quedando así descuidadas necesidades básicas de su desarrollo. La desatención de esas necesidades (padres en prisión, no saber si encontrarán a alguien al volver a casa, tenerse que hacer cargo de hermanos más pequeños, etc.) obstaculiza sobremanera sus posibilidades de vinculación. En estos casos, para el terapeuta es necesario contar con la colaboración de otros profesionales que atiendan la realidad externa, ya que trabajará con la seguridad de que ésta está contenida y atendida, y solo de esta manera podrá dedicarse de lleno al trabajo de observación y comprensión del mundo interno del adolescente, teniendo en cuenta las fantasías, ansiedades, defensas y sentimientos de su paciente. En caso contrario, el terapeuta se sentiría constantemente invitado a salirse de sus funciones intentando realizar el trabajo que nadie hace, con el consiguiente resultado de no llevar a cabo bien ninguna de las dos tareas (Tió, 2006).

Abordaje psicoterapéutico en el marco de la medida judicial para menores

La relación con los profesionales de Justicia (DAM, educadores, etc.) tiene unas características especiales, ya que sus funciones se sitúan ante nosotros entre lo parental y lo profesional, sobre todo en los casos donde son el principal referente adulto para el menor y los depositarios de su situación. Este aspecto afecta principalmente al tema de la información que les damos sobre los menores, teniendo en cuenta que el trato que se da a la misma es muy diferente en el ámbito de la Justicia y en el de la Sanidad. En el primero se caracteriza por ser pública, mientras que en el mundo de la sanidad prevalece la privacidad. Así, el terapeuta deberá encontrar un equilibrio entre el cuidado y respeto a la confianza que han depositado en él sus pacientes, y la necesidad de información que tienen los profesionales que les atienden.

El principio básico en el que nos basamos es en el de informar sin faltar a la privacidad, con la intención de que la información que demos sea de utilidad y facilite la comprensión de las motivaciones y conductas del menor por parte de los profesionales que le atienden, y que les pueda ser beneficiosa tanto en su relación con él como en la búsqueda de los recursos educativos u ocupacionales más adecuados. Cada disciplina tiene sus objetivos y su metodología, pero el conocimiento sobre los diferentes aspectos motivacionales de la conducta del menor facilita la elección de estrategias de intervención, y modula la ansiedad de los profesionales a la hora de tener que dar respuestas a las diferentes situaciones imprevistas que se les pueden plantear (Soriano et al., 1999). Debemos tener presente que, a veces, mucha información puede interferir más que ayudar.

Conclusiones

El abordaje psicoterapéutico de menores con medida de tratamiento ambulatorio es, a menudo, factible y eficaz. Hemos constatado que la ausencia inicial de motivación consciente para tratarse no es un impedimento insalvable para llevar a cabo una intervención psicoterapéutica con ellos, siendo necesario hacer algunas modificaciones técnicas en nuestro encuadre habitual para potenciar el vínculo y el desarrollo del proceso terapéutico en esta población, caracterizada por su fuerte tendencia a la actuación.

No podemos olvidar que la sociedad también está obligada a ofrecer a los menores una oportunidad de

atención y ayuda. Nuestra intención es introducir la idea de aprovechar la posibilidad que con esta medida se plantea, construyendo con nuestros jóvenes pacientes un sentido para la experiencia que les proponemos, más allá del que en un inicio suele tener para ellos: el mero cumplimiento de una medida judicial que les libra de otras medidas más severas como el internamiento. Si la obligatoriedad va dando paso paulatinamente a un sentimiento de atención y ayuda, y conseguimos dirigirnos al adolescente que hay más allá del trasgresor, aumentarán las posibilidades que el tratamiento sea exitoso. Obviamente ésta no es tarea fácil, y de alguna manera se desarrolla a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Notas

1. Programa que lleva a cabo el Equipo de Atención al Menor (EAM) de la Fundación Hospital Sant Pere Claver (FHSPC) de Barcelona.
2. LORPM: Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, publicada en el BOE, nº 11, de 13 de enero de 2000, págs. 1422 a 1441.
3. Memoria del EAM del año 2006.

Agradecimientos

A los distintos equipos y profesionales de la DGEPCJJ del Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya con los que hemos venido y estamos colaborando (SMAT, Medio Abierto y Centros Educativos), por la valiosa ayuda que siempre nos han prestado para llevar a cabo nuestra asistencia a la salud mental de estos adolescentes. Nuestro agradecimiento también a B. Vázquez, J. L. Pérez, V. Llibrer, y J. A. Pla, compañeros recientemente incorporados a nuestro equipo, por sus aportaciones en la discusión previa a la redacción final de este artículo.

Bibliografía

- DIATKINE, G. (1989). La Psicopatía en el niño y en el adolescente. En: Levobici S., Diatkine R., Soulé M. (1995). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, vol. 3. Madrid, Biblioteca Nueva.
- FEDUCHI, L. (1986). Actuación y adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia*, 2.

FEDUCHI, L.; MAURI, L.; RAVENTOS, P.; SASTRE, V.; TIÓ, J. (2006). Reflexiones sobre la violencia en la adolescencia. *Psicopatol Salud Ment*, 8, 19-26.

FONAGY, P.; TARGET, M. (1999). Towards understanding violence: the use of the body and the role of the father. En: Perelber, R.J. (1999): *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*. Londres, Routledge.

MÁLE, P. (1980). *Psicoterapia del Adolescente*. Barcelona, Planeta.

SANDLER, J.; SANDLER, A.M. (1978). On the development of object relationships and affects. *Int Jour of Psycho - Analysis*, 59, citados por Fonagy, P. (2004) en *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona, Espaxs.

SALZBERGER-WITTENBERG, I ; HENRY, G.; OSBORNE, E. (1989). *L'experiència emocional d'ensenyar i aprendre*. Barcelona, Edicions 62.

SORIANO, A; TIÓ, J; MAURI, L. (1999). Adolescents i Llei. *Libro de Actas de las III Jornadas del Departamento de Psiquiatría y Psicología de la Fundación Hospital Sant Pere Claver*, Barcelona.

TIÓ, J. (2006). *Salud Mental y Justicia Juvenil*, en *La Continuidad de Cuidados y el Trabajo en Red en Salud mental*. Leal J y Escudero A. (coordinadores). Madrid, AEN, Estudios 35, 303-326.

WINNICOTT, D.W. (1956). The antisocial tendency. En: Winnicott, D.W. (1990) *Deprivation and delinquency*. NY, Routledge. Traducción (1991): *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires, Paidós.