

## EL PAPEL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA JUSTICIA JUVENIL

Ana González Arévalo<sup>1</sup>

---

*Fecha de publicación: 23/07/2017*

**Sumario:** Introducción. **I.** Descripción de objetivos. **II** Metodología. **III.** El informe clínico en la justicia juvenil. **IV.** Finalización de la medida judicial de tratamiento ambulatorio de salud mental. Bibliografía.

**Resumen:** La Ley Orgánica 5/2000 reguladora de la responsabilidad penal de los menores o jóvenes infractores establece el tratamiento ambulatorio de salud mental entre las distintas medidas judiciales no privativas de libertad. Esta medida judicial se concretó con objeto de ayudar a los menores infractores a “superar las disfunciones significativas de su psiquismo y/o procesos adictivos”. El presente artículo pretende describir los objetivos de tratamiento, el proceso de evaluación clínica y perfil de los menores infractores (factores de riesgo psicosocial y variables psicopatológicas) y las distintas modalidades de tratamiento psicológico que se llevan a cabo en este marco judicial. Asimismo, la coordinación con otras instituciones del sistema educativo, sanitario, social y comunitario se considera fundamental para la reinserción social de estos menores.

**Palabras clave:** Delincuencia; justicia juvenil; menor infractor; factores de riesgo; psicopatología; tratamiento psicológico.

---

<sup>1</sup> Especialista en Psicología Clínica - Málaga, España.  
[agonzalezarevalo@gmail.com](mailto:agonzalezarevalo@gmail.com)

## **INTRODUCCIÓN**

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores –L.O.R.P.M.- establece, entre otras cuestiones, un catálogo de medidas susceptibles de ser impuestas a los menores o jóvenes infractores, así como las reglas para la ejecución de dichas medidas y los derechos y deberes de los menores afectados por las mismas. Dicha Ley Orgánica y su Reglamento, definen y concretan las intervenciones a realizar según los propósitos de cada una de las medidas que pueden adoptar los Jueces de Menores.

Entre las medidas de medio abierto se han descrito las siguientes: libertad vigilada, convivencia en grupo educativo o permanencia con otra persona, realización de tareas socioeducativas, permanencia de fin de semana, prestaciones en beneficio de la comunidad y tratamiento ambulatorio.

En este marco judicial es responsabilidad de un Especialista en Psicología Clínica la ejecución de la medida de Tratamiento Ambulatorio de Salud Mental tal como se dispone en la Ley Orgánica del Menor 5/2000, con objeto de ayudar a los menores con medidas judiciales no privativas de libertad “a superar las disfunciones significativas de su psiquismo y/o procesos adictivos”.

### **I. DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS**

El objetivo general de una medida judicial es la rehabilitación del infractor y la reducción del riesgo de reincidencia en el futuro.

En este marco, el objetivo principal del Tratamiento Ambulatorio de Salud Mental es favorecer que el menor infractor cumpla adecuadamente la medida judicial no privativa de libertad, ya sea, libertad vigilada, convivencia en grupo educativo o propiamente la medida de tratamiento ambulatorio.

A nivel secundario se trata de conseguir la mayor estabilidad y equilibrio emocional posible, siempre con el punto de mira puesto en la reinserción social (Urra, J.; 1995). Se realiza por ende un trabajo individual de carácter psicoterapéutico sobre posibles trastornos psicopatológicos,

factores vitales estresantes y factores de riesgo psicosocial que pueden interferir en la ejecución de la medida judicial.

## II. METODOLOGÍA

### Población

En este contexto se atiende a menores entre 14 y 18 años, derivados por indicación judicial en la sentencia o por valoración de los técnicos de ejecución de medida que estiman necesario iniciar un proceso psicoterapéutico.

Con frecuencia los menores presentan antecedentes de alto riesgo psíquico o psicosocial que se detectan incluso durante la valoración previa del Equipo Técnico Multidisciplinar de Fiscalía o a la salida de su estancia en Centro de Internamiento Terapéutico. Por este motivo en un primer tiempo se debe realizar una valoración de la estabilidad clínica del menor, su adaptación a Medio Abierto, y si procede, el inicio del Tratamiento Psicológico a nivel ambulatorio.

También se reciben propuestas de tratamiento de todos los dispositivos judiciales de medio abierto, es decir, procedentes tanto de los Grupos de Convivencia Educativos como de los técnicos de Libertad Vigilada que soliciten evaluación psicológica del menor. En estos casos se valora el malestar psíquico, su relación con el adecuado cumplimiento de la medida judicial y el nivel de adaptación en la dinámica familiar.

### Método

En este sentido los objetivos psicoterapéuticos se suelen plantear en relación a diversas áreas de trabajo (López, F., Carpintero, E., Del Campo, A. et al.; 2011):

1) Comunicación: <ul style="list-style-type: none"><li>• Favorecer la alianza psicoterapéutica y la adherencia al tratamiento.</li><li>• Promover la expresión emocional en un clima de aceptación positiva incondicional que le permita al menor elaborar su historia personal y familiar.</li></ul>	4) Inteligencia emocional (según el modelo de Salovey y Mayer): <ul style="list-style-type: none"><li>• Percepción</li><li>• Comprensión intra e interpersonal</li><li>• Expresión</li><li>• Regulación emocional: Especialmente dirigido a la ira, la frustración y el dolor.</li></ul>
2) Distorsiones cognitivas:	5) Control de impulsos:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inferencia arbitraria</li> <li>• Generalización</li> <li>• Simplificación</li> <li>• Atribuciones externas</li> <li>• Pensamiento dicotómico</li> <li>• Interpretaciones paranoides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de sustancias tóxicas</li> <li>• Conductas de riesgo sexual</li> <li>• Conductas agresivas hacia sí mismo/otros</li> <li>• Conducción temeraria</li> <li>• Abuso de objetos tecnológicos</li> <li>• Rasgos de impulsividad, baja tolerancia a la frustración o a la demora de las gratificaciones</li> </ul>
<p>3) Desarrollo moral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatía</li> <li>• Respeto a las normas sociales</li> </ul>	<p>6) Resolución de conflictos interpersonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades Sociales</li> <li>• Asertividad</li> <li>• Resolución de problemas</li> </ul>

### **Tipos de intervenciones clínicas**

1) La valoración psicológica: Está orientada a realizar una evaluación clínica en la que detectar posibles síntomas constitutivos de psicopatología que requiera intervención psicológica especializada. En la evaluación se valoran antecedentes familiares y personales psiquiátricos, factores de riesgo social y/o psíquico, estabilidad emocional y estrategias de afrontamiento frente al malestar subjetivo.

En ocasiones se hace necesario la aplicación de instrumentos de evaluación clínica estandarizados, con objeto de esclarecer algunas impresiones clínicas. Entre los instrumentos de evaluación que son de utilidad clínica con adolescentes infractores se recomiendan los siguientes (Wenger, L. y Andrés-Pueyo, A., 2016):

- BIS- Escala de Impulsividad de Barrat (Patton et al.; 1995).
- AQ- Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (Andreu et al.; 2002).
- STAXI-NA. Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo en niños y adolescentes de Spielberger (Del Barrio, V. y Aluja, A.; 1988).
- BDI- Inventario de Depresión de Beck (Sanz et al; 2014).

- SCL-90-R. Cuestionario de los 90 Síntomas Revisado (Derogatis y González de Rivera y Revuelta; 2002).
- EBS-J. Escala de Búsqueda de Sensaciones (Pérez et al.; 1987).

No obstante, se considera importante mantener la prudencia respecto a la emisión de un diagnóstico clínico en sujetos inmersos en un proceso de desarrollo evolutivo en constante cambio como es la adolescencia. Además, la emisión de un juicio clínico podría producir dificultades en la adaptación familiar y social a largo plazo, dado que puede deteriorar el autoconcepto del menor identificándose a un proceso de enfermedad que puede impedir una actitud de responsabilidad frente a la situación que está viviendo y retrasar la motivación al cambio, produciendo un “*efecto de profecía autocumplida*” que implica un rasgo de inmodificabilidad. En ocasiones también puede suscitar un estigma a nivel social.

Entre los perfiles psicopatológicos que se han detectado con mayor frecuencia están los siguientes diagnósticos clínicos, según la nomenclatura establecida por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-X):

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (F10-F19): alcohol, cannabis, opioides, cocaína, sedantes o hipnóticos, alucinógenos, y múltiples drogas.
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-F29).
- Trastornos del humor/afectivos (F30-F39): trastorno depresivo, trastorno bipolar.
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (F90-F98): trastornos hipercinéticos, trastornos disociales, trastornos de las emociones de comienzo en la infancia (tipo ansioso, del humor)
- Retraso mental (F70-F79).

2) El acompañamiento psicoterapéutico: Se realiza cuando el menor demanda asistencia psicológica de manera voluntaria y sin tener obligación judicial de llevarlo a cabo o cuando el técnico de ejecución de medida lo estima conveniente. En este contexto se realizan intervenciones psicológicas de baja intensidad orientadas principalmente al apoyo emocional del menor en situaciones de estrés o eventos vitales de difícil abordaje, implementando técnicas de desarrollo personal, potenciando los

recursos que muestra el menor y realizando tareas de contención emocional cuando procede.

3) El tratamiento psicológico ambulatorio: Se lleva a cabo cuando forma parte de las obligaciones judiciales impuestas por sentencia o cuando se ha estimado pertinente en la valoración psicológica. En este caso se realiza una intervención psicológica de intensidad media o alta, según las necesidades detectadas en el caso. Entre los factores de riesgo que motivan este tipo de intervención destacan la historia psiquiátrica personal o familiar (prestando especial atención a menores que cumplen criterios clínicos de Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2006), historia personal de ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica, historia personal de abuso de sustancias tóxicas y/o patología dual, alta desestructuración familiar o factores de riesgo psicosocial, entre otros. En ocasiones se indica la necesidad de derivación clínica a Facultativo especialista en psiquiatría para valoración de tratamiento psicofarmacológico o ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica si procede.

Entre las Técnicas de Tratamiento Psicológico empleadas para la consecución de los objetivos planteados se encuentran:

A) A nivel individual: Manejo de la resistencia al tratamiento, elaboración subjetiva de identificación de dificultades psicológicas, escucha activa, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de motivación al cambio, intervención en crisis, técnicas de contención de angustia y manejo de la ansiedad (técnicas de respiración abdominal, técnicas de relajación –Relajación Muscular Progresiva de Jacobson o Relajación Autógena de Schultz-, mindfulness) técnicas de control de impulsos y técnicas de modificación de conducta (aproximaciones sucesivas, contrato terapéutico, modelado, desensibilización sistemática, ensayos conductuales, role-playing, tiempo fuera para control de impulsos agresivos).

B) A nivel familiar: Orientación psicológica, psicoeducación respecto al trastorno de los hijos, pautas de manejo emocional, control de contingencias, estrategias de comunicación eficaz, contención de angustia, orientación al establecimiento y mantenimiento de normas y límites así como derivación a otros dispositivos cuando la psicopatología que manifiestan los familiares interfiere en el trabajo psicoterapéutico realizado con los menores u orientación a solicitar consulta en otros dispositivos sanitarios, socioeducativos o judiciales para complementar la intervención psicológica de los menores.

A lo largo de la intervención psicológica se deben establecer espacios de coordinación con otros dispositivos. En las reuniones con el técnico de ejecución de medida se orienta en las pautas psicoeducativas que pueda precisar el menor para facilitar el cumplimiento de la medida judicial. También se realizan coordinaciones con otros recursos sociales y/o asistenciales, como por ejemplo, los Equipos de Tratamiento Familiar de los Servicios Sociales de Zona, los dispositivos de Salud Mental del Servicio Público de Salud (Unidad de Salud Mental Comunitaria –USMC-; Unidad de Salud Mental Infantojuvenil –USMIJ-), Centro Provincial de Drogodependencias, Equipo Técnico de Fiscalía, Equipos de Orientación Psicopedagógica y Equipos de Intervención Educativa de Pisos de Convivencia.

### III. EL INFORME CLÍNICO EN LA JUSTICIA JUVENIL

La emisión de informes sobre la evaluación y evolución clínica del menor es una parte fundamental del proceso judicial. En estos informes se consideran muy diversos aspectos, y aunque no tienen un carácter pericial, se contemplan aspectos sobre la implicación subjetiva del menor en el acto delictivo de cara a valorar posibles factores de riesgo o de protección de la reincidencia delictiva. Además, se refleja la situación psicológica, educativa, familiar, del entorno social del menor, y en general, de cualquier otra circunstancia que haya podido influir en el hecho que se le atribuye, y siempre a lo largo de toda la medida judicial.

Todo este proceso psicoterapéutico se refleja en distintos informes judiciales:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Informe de Valoración Psicológica en Salud Mental”</li> <li>- “Modelo Individualizado de Intervención en Salud Mental” (MII) <input type="checkbox"/> En los casos de <i>sentencia cautelar</i>.</li> <li>- “Programa Individualizado de Ejecución de Medida del Tratamiento Ambulatorio de Salud Mental” <input type="checkbox"/> En los casos de <i>sentencia firme</i>.</li> </ul>	<p>A los 20 días del inicio de la evaluación psicológica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Informe de seguimiento”</li> <li>- “Informe de Acompañamiento Psicoterapéutico”</li> </ul>	<p>Cada 3 meses.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Informe extraordinario”</li> </ul>	<p>Comunicación de incidencia en el</p>

	estado psicopatológico del menor.
- “Informe final”	Valoración global de la evolución clínica del menor.

#### **IV. FINALIZACIÓN DE LA MEDIDA JUDICIAL DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL**

La finalización del Tratamiento Ambulatorio de Salud Mental se produce en diferentes situaciones. En ocasiones se producen sustituciones de la medida por otra más restrictiva debido al incumplimiento reiterado de las obligaciones judiciales que el menor tenía impuestas. En este caso, se suele continuar el tratamiento psicológico durante la estancia en Centro de Internamiento y posteriormente, a su salida, en el reinicio de la medida de medio abierto. En otros casos se produce una finalización de la medida judicial con evolución positiva en el aspecto psicológico. Este efecto conlleva habitualmente un apaciguamiento de la angustia, la remisión parcial o total de los síntomas psicopatológicos previos, la reducción de la conflictividad y/o agresividad manifestada con anterioridad, la reducción o cese del consumo de tóxicos, una mayor aceptación de normas y límites, la mejora de las relaciones paternofiliales y una mayor adaptación al entorno escolar, social y familiar.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Andreu et al. (2002). Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.
- Boletín Oficial del Estado (2000). Ley Orgánica 5/2000 Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.
- Consejería de Salud (2006). Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Ed.: Junta de Andalucía.
- Del Barrio, V. y Aluja, A. (1988). Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo en niños y adolescentes de Spielberger -STAXI-NA.
- Derogatis y González de Rivera y Revuelta (2002). Cuestionario de los 90 Síntomas Revisado. SCL-90-R.
- López, F., Carpintero, E., Del Campo, A. et al. (2011). *Programa de menores infractores. Intervención educativa y terapéutica*. Madrid. Ed.: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento -CIE-X*. Ed.: Médica Panamericana.

- Patton et al. (1995). Escala de Impulsividad de Barrat.
- Pérez et al. (1987). Escala de Búsqueda de Sensaciones -EBS-J.
- Sanz et al. (2014). Inventario de Depresión de Beck.
- Urra, J. (1995). *Menores, la transformación de la realidad*. Madrid. Ed. Siglo XXI. pp. 189.
- Wenger, L. y Andrés-Pueyo, A. (2016). Tests personológicos y clínicos en español para evaluar adolescentes infractores. *Papeles del psicólogo*, vol. 37(2), pp. 89-106.