



ARRMI
Agencia para la Reeducación
y Reinserción del Menor Infractor

PROGRAMA ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN POR DIFICULTADES EN SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL



TERESA DE CALCUTA
Centro de Reeducación y Reinserción
de Menores Brisa de Tago, Madrid



**Comunidad
de Madrid**



El **“Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual”** es el resultado de la colaboración establecida entre la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI), perteneciente a la Consejería de Presidencia, Justicia y Administración Local, y el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales “Teresa de Calcuta”, gestionado por la Asociación GINSO.

Equipo ARMMI: Luis González Cieza, Miriam Pintado Romero, Nieves Alonso Plaza, M^a Teresa García Membrives.

Equipo CEMJ “Teresa de Calcuta”: Carlos Benedicto Duque, David Roncero Villareal, Elena Serrano Aguirrezábal, Cristina P. Argüeso Gutiérrez, Carmen López Moreno, M^a Teresa Infante Cano.



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

Comunidad de Madrid

Realiza:

Consejería de Presidencia, Justicia y Administración Local

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor

Archivo electrónico en formato PDF

Edición: septiembre 2025

ÍNDICE

1	Presentación.....	6
2	Fundamentación.....	7
3	Necesidades del menor infractor con problemas de salud mental y/o discapacidad intelectual	11
4	Objetivos del programa	14
5	Destinatarios y criterios de inclusión.....	16
6	Contexto de intervención	20
6.1	Organización de los grupos educativos	21
6.2	Programa de Clasificación Interior	21
6.3	Equipos profesionales.....	26
6.4	Recursos materiales.....	26
7	Metodología.....	27
7.1	Referentes teóricos	27
7.2	Principios metodológicos	31
7.3	Estrategias Metodológicas	33
8	Proyectos y talleres específicos de acción terapéutica y educativa.....	36
8.1	Sistema de Créditos	36
8.2	Grupos terapéuticos de apoyo.....	42
8.3	Taller de Apoyo Escolar y formación básica.....	47
8.4	Asambleas.....	49
8.5	Salidas Programadas de carácter terapéutico	52
8.6	Taller de Arteterapia.....	55
8.7	Taller ocupacional de Horticultura	59
8.8	Taller ocupacional de Edición y Diseño Gráfico	63
8.9	Taller de autonomía personal	66
8.10	Jornadas de convivencia familiar	70
9	Referencias.....	72

1 PRESENTACIÓN

El Programa de Atención por Dificultades en Salud Mental y Discapacidad Intelectual es un proyecto que nace a instancias de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI) en colaboración con el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales “Teresa de Calcuta”, gestionado por la Asociación “GINSO”.

Este programa surge de la necesidad de proporcionar una respuesta específica de atención integral para aquellos menores infractores que se encuentran cumpliendo una medida judicial de internamiento y que presentan dificultades graves en su capacidad de adaptación asociadas a problemas de salud mental y/o a una discapacidad intelectual.

Por todo ello, este programa está dirigido fundamentalmente a los menores infractores que cumplen medidas de internamiento terapéutico por salud mental según el Artículo 7, d) de la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (en adelante LORPM 5/2000), aunque también se amplía a otros menores con medidas de internamiento no terapéutico que, tras la valoración del Equipo Técnico, se decide que precisan de una intervención más especializada en función de sus problemas de salud mental o discapacidad intelectual.

2 FUNDAMENTACIÓN

La prevalencia de los problemas de salud mental entre los menores infractores es una cuestión que ha sido ampliamente abordada en diversos estudios internacionales. Si bien las cifras que presentan dichos estudios muestran una alta variabilidad, existe un acuerdo en afirmar que la tasa de prevalencia de los trastornos mentales es superior entre los menores infractores que entre la población general de adolescentes (Penner, et al, 2011; Teplin et al., 2013; Underwood y Washington, 2016).

Esta realidad puede deberse a diferentes causas, ya que la relación entre los trastornos mentales y la conducta delictiva supone una interacción compleja. Por una parte, es indudable que el contacto con el Sistema de Justicia Juvenil conlleva una mejora en la capacidad de detección de estos problemas, pero no es menos cierto que puede existir una influencia recíproca entre ambos factores. En algunos casos, la existencia de determinados trastornos mentales en conjunto con otras circunstancias negativas, podría ser un factor de riesgo para la comisión de actos antisociales y, por otra parte, el paso por el sistema de justicia juvenil también podría tener repercusiones emocionales a corto plazo en los menores.

Por todo ello, el Sistema de Justicia Juvenil debe atender a las dificultades en salud mental de los menores infractores, debiendo aprovecharse la oportunidad que supone la medida judicial para la detección y el tratamiento de los trastornos mentales atendiendo al Principio de Superior Interés del Menor que inspira la LORPM 5/2000.

La medida judicial debe ser considerada como una oportunidad para el tratamiento porque en ocasiones encontramos problemas de salud mental no detectados y también porque, cuando sí han sido detectados, habitualmente en esta población hay una falta de adherencia a los tratamientos pautados. Por tanto, debemos aprovechar tal oportunidad para identificar aquellos casos no descubiertos, establecer un proceso de evaluación completo que clarifique los determinantes funcionales y el diagnóstico clínico, iniciar un tratamiento ajustado a las necesidades particulares de cada caso, fomentar una mayor

conciencia de problema, generar un vínculo terapéutico adecuado y establecer conexión con otros recursos de la red de salud mental, así como aumentar la comprensión e implicación de las familias.

Según diferentes estudios (Colins et al., 2010; Teplin et al., 2006), los trastornos mentales que más frecuentemente aparecen entre los menores infractores son los Trastornos de la conducta y del control de impulsos, seguidos por Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastornos de ansiedad y también del estado de ánimo.

Los Trastornos de la conducta y del control de impulsos están esencialmente relacionados con la conducta delictiva, ya que muchos de los criterios diagnósticos son a su vez conductas que pueden ser consideradas antisociales. También se suele encontrar un porcentaje elevado de TDAH, en la medida que la impulsividad que conlleva este diagnóstico puede propiciar el comportamiento infractor de las normas. Con respecto a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, se encuentran especialmente trastornos adaptativos que cursan con ansiedad o ánimo depresivo, relacionados con vivencias y situaciones traumáticas.

Por otra parte, los trastornos psicóticos aparecen en mucha menor medida, aunque merecen una especial consideración por las consecuencias devastadoras que estos trastornos pueden tener para la persona, por la imprevisibilidad de su comportamiento y por la necesidad de establecer protocolos especiales y urgentes de actuación.

Por último, hay que señalar que los trastornos de personalidad no suelen aparecer diagnosticados en los estudios de menores infractores, por evidentes razones relacionadas con la edad de los sujetos, ya que no es conveniente realizar este diagnóstico antes de los 18 años. Sin embargo, hay que señalar que en nuestra experiencia, ya en etapas próximas a la edad adulta se observan no en pocos casos, rasgos de personalidad que orientan al desarrollo de un posible trastorno de personalidad en etapas evolutivas próximas. A este respecto, señalar que los trastornos de personalidad que más se encuentran entre la población infractora adulta son los del Clúster B, especialmente Trastorno antisocial de la personalidad y Trastorno límite de la personalidad (Young et al., 2018) y también del Clúster

A, rasgos paranoides, esquizoides y, en menor medida, esquizotípicos (González-Guerrero, 2007).

Por otra parte, encontramos que las necesidades de tratamiento de estos menores que presentan problemas de salud mental no son ni mucho menos uniformes, sino que también existe una elevada variabilidad en este aspecto. Algunos menores pueden experimentar un trastorno sólo temporalmente y precisar únicamente de una atención de urgencia; otros pueden funcionar bien a pesar de sus síntomas y otro pequeño grupo serán los que presenten una funcionalidad limitada y podrán tener necesidades crónicas de atención clínica.

Con respecto a la discapacidad intelectual, según diferentes estudios (Tort et al., 2016), existe un porcentaje mayor de personas con discapacidad intelectual en el ámbito penitenciario que en la población general, aunque también en esta cuestión las cifras ofrecen una alta variabilidad, dada la heterogeneidad de las muestras. También en la población de menores infractores los jóvenes con discapacidad intelectual tienen una mayor representación que en la población general de adolescentes (Zhang et al., 2011).

Según el DSM 5 (APA, 2014), la discapacidad intelectual es un trastorno del neurodesarrollo que incluye limitaciones en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo, de tal manera que la persona con discapacidad intelectual no puede alcanzar un suficiente nivel de autonomía personal en diferentes áreas de la vida cotidiana. Actualmente se pone el énfasis en la capacidad de adaptación, de tal manera que la gravedad de la discapacidad intelectual se valora no tanto según el cociente intelectual, sino según el funcionamiento adaptativo de la persona en su medio.

Los menores infractores con discapacidad intelectual tienen un mayor riesgo de haber sufrido abuso o maltrato por parte de sus padres y de haber sido víctimas de otros tipos de violencia, tendiendo a ser más vulnerables y a presentar historias de vida más traumáticas que los menores sin discapacidad intelectual (Slayter, 2016). Dadas estas condiciones de vida más adversas, las personas con discapacidad intelectual son más proclives a presentar también otros problemas de salud mental (Dias et al., 2013). Por otra parte, Zhang et al.

(2011) afirma que estos menores infractores que presentan discapacidad intelectual, en comparación con los que no la presentan, tienden a cometer delitos más graves y tienen un riesgo mayor de reincidencia, por lo que las necesidades de intervención son más intensas.

La LORPM 5/2000 contempla dos medidas judiciales específicas para atender a los menores que presentan “anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de realidad”; tales medidas son el Tratamiento ambulatorio y el Internamiento terapéutico (en régimen cerrado, semiabierto o abierto). El criterio legal para aplicar las medidas terapéuticas de salud mental (“anomalía o alteración psíquica”) es ciertamente un criterio amplio y general. Como hemos visto, una gran parte de menores infractores presenta algún tipo de problema de salud mental y/o discapacidad intelectual, pero la gravedad de dichas dificultades y las necesidades de intervención son muy heterogéneas. Por ello, corresponde a los técnicos especialistas en la materia, orientar qué menores se beneficiarían de una medida terapéutica atendiendo a las circunstancias específicas de cada caso. Sin embargo, si bien son los técnicos los que orientan e informan acerca de las dificultades del menor y sus necesidades de tratamiento, es el Juez de Menores quien impone la medida judicial al menor atendiendo a criterios técnicos, pero también a otros criterios jurídicos.

De esta manera, debemos distinguir entre el tipo de medida judicial que al menor le ha sido impuesta y el programa de intervención diseñado por la Entidad Pública que se encarga de ejecutar dichas medidas judiciales. Los programas de intervención que se apliquen en los Centros de Ejecución de Medidas Judiciales, siempre ajustándose a los límites que marca el tipo de medida judicial y el régimen de internamiento impuesto, deben estar dirigidos hacia el objetivo último de conseguir la efectiva reinserción y el superior interés del menor. Para ello, los programas de intervención deben atender a dos cuestiones fundamentales para cumplir adecuadamente con su cometido, siguiendo lo expuesto por el modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad de Andrews y Bonta (2010): a) que los objetivos establecidos

estén orientados a la minimización de las necesidades criminógenas (principio de Necesidad); y b) que las actividades programadas sean las más adecuadas para dar cumplimiento a dichos objetivos atendiendo a las características del propio menor (principio de Responsividad).

Por todo ello, independientemente de la naturaleza de la medida judicial de internamiento que les haya sido impuesta, aquellos menores que presentan graves problemas de adaptación derivados de dificultades por salud mental y/o discapacidad intelectual precisan de actividades y estrategias de intervención específicas, así como de ajustes en los programas de tratamiento generales que se llevan a cabo durante la medida judicial, para maximizar la eficacia de la intervención y alcanzar eficazmente los objetivos últimos de reeducación y reinserción.

3 NECESIDADES DEL MENOR INFRACTOR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y/O DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El perfil de los menores infractores con problemas de salud mental y/o discapacidad intelectual que cumplen medidas judiciales de internamiento es muy heterogéneo, lo que conlleva necesidades de intervención muy distintas en cada caso. De esta manera, uno de los pilares básicos en los que necesariamente debe sostenerse el tratamiento es en que éste sea lo más individualizado posible. No obstante, a pesar de esta heterogeneidad, la experiencia en el trabajo con estos menores permite que se puedan extraer algunas características que suelen aparecer de manera frecuente:

- **Dificultades para consolidar aprendizajes y rutinas.** En comparación con otros menores infractores, estos menores suelen tener un ritmo de aprendizaje más lento, más dificultades para adquirir hábitos y consolidar rutinas. Precisan más tiempo para comprender los contenidos de las actividades, necesitando ayuda para poder estructurarlos adecuadamente.

- **Déficits graves en la autonomía personal.** Déficit en la asunción de responsabilidades, como pueden ser dificultades para manejarse autónomamente en el control de sus recursos económicos, para encontrar un empleo, o para utilizar el transporte público. Este tipo de dificultades se encuentran especialmente en menores con discapacidad intelectual.
- **Impulsividad.** Muchos de los trastornos mentales diagnosticados en los menores infractores tienen el denominador común de la impulsividad. Estos menores presentan una tendencia extrema a responder rápidamente y sin reflexión ante los diferentes estímulos que se les presentan, lo que les lleva a cometer errores persistentes.
- **Fracaso en la regulación emocional.** En una gran parte de los trastornos psicológicos, especialmente en los trastornos de personalidad, existe algún tipo de déficit en la regulación emocional. En estos menores, habitualmente el déficit que se encuentra es la utilización de estrategias disfuncionales o ineficaces para regular sus propias emociones, lo que hace que tengan una percepción de falta de control sobre sus estados emocionales.
- **Riesgo de autolesiones.** En base a sus dificultades para regular sus emociones, estos menores en ocasiones pueden utilizar las autolesiones como un mecanismo disfuncional de regulación emocional en situaciones de frustración.
- **Patrón de agresión fundamentalmente reactivo.** La agresión reactiva es la que está motivada por una reacción defensiva ante la percepción de un estímulo amenazante, estado estrechamente relacionada con la impulsividad y la falta de regulación emocional. Está acompañada de una reacción emocional de ira y suele relacionarse con sesgos cognitivos en la percepción de situaciones interpersonales. Es más probable encontrar este tipo de agresión reactiva que otros patrones de agresión más fría o instrumental.

- **Inestabilidad en la consecución de logros.** Dados los problemas en la capacidad de autorregulación, la inestabilidad emocional y la elevada impulsividad en el afrontamiento de dificultades, estos menores pueden tener muchas dificultades no solo para alcanzar sus objetivos, sino también para conservar los logros. De ahí que su trayectoria en cuanto a su adaptación al centro sea muy irregular.
- **Historia de fracasos.** Muchos de estos menores tienen una percepción de fracaso al no haber conseguido adaptarse a los entornos sociales, académicos, laborales... en los que han participado. Si bien algunos de los menores infractores el fracaso en entornos adaptativos ha derivado en la vinculación a otros entornos antisociales, en el caso de algunos de los menores infractores con dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual, tampoco han conseguido ser aceptados en estos entornos antisociales, por lo que fracasan doblemente en ambientes adaptativos y desadaptativos. Esto puede derivar en una muy baja autoeficacia percibida y la adopción de una actitud de indefensión aprendida ante los nuevos retos y oportunidades.
- **Rechazo y desconfianza en las intervenciones terapéuticas.** Es habitual encontrar menores que, o bien no han tenido contacto con el sistema de salud mental, o bien acarrear una larga historia de tratamientos psicológicos o psiquiátricos, con fracasos terapéuticos y/o baja adhesión a la intervención. No es extraño, por tanto, que los menores hayan adquirido una visión negativa y hostil de los profesionales de la salud mental, pensando que éstos no pueden ofrecerle una ayuda eficaz. En tales casos, abordar las resistencias para conseguir una vinculación más adecuada con los profesionales que de referencia se convierte en un objetivo fundamental.
- **Justificación de su comportamiento negativo en base a su diagnóstico.** En otras ocasiones, sin embargo, puede observarse cómo el menor se ha acomodado en un modo disfuncional de afrontamiento. El menor puede haber asumido su diagnóstico psiquiátrico como *causa* de su conducta, justificando sus

comportamientos negativos como si éstos emanaran directamente del trastorno que tiene diagnosticado. Esta actitud dificulta gravemente el cambio y la adquisición de nuevos repertorios comportamentales.

- **Problemas en la adherencia al tratamiento farmacológico.** En los casos en los que los menores tienen prescrita una pauta psicofarmacológica, se suele encontrar una escasa responsabilización de la misma. Se aprecia un déficit en cuanto a la comprensión de sus problemas de salud mental y al papel que la medicación psiquiátrica desempeña dentro de un programa de tratamiento. Es habitual que los menores intenten acudir a la medicación psiquiátrica para suplir las carencias en su capacidad de autocontrol, buscando la sedación y la desconexión con la realidad ante las dificultades, y abandonándola de manera repentina cuando presentan un estado de ánimo más positivo.

4 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Las metas primordiales del Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual son fundamentalmente dos: disminuir en los menores el riesgo de comisión de nuevos delitos y mejorar su inclusión social.

La disminución del riesgo de reincidencia a través de un proceso de reeducación y reinserción eficaz debe considerarse esencial, ya que este programa de intervención se enmarca dentro de Sistema de Justicia Juvenil. Minimizar la probabilidad de aparición de nuevas conductas infractoras debe ser en todos los casos la meta más relevante y el eje sobre el que deben pivotar las diferentes intervenciones realizadas. Sin embargo, como se ha expuesto anteriormente, estos menores pueden llegar a estar doblemente estigmatizados por su condición de menores infractores y de personas con un trastorno mental y/o una discapacidad intelectual. Es por ello que se potencia que los menores, en la medida que sus circunstancias lo permitan, participen de recursos comunitarios con los

apoyos y ayudas que se consideren necesarias, trabajando activamente por desmontar los estigmas sociales a los que se puedan enfrentar.

Teniendo en cuenta estas metas, los objetivos generales del programa son los siguientes:

- Detectar a los menores infractores que presentan graves problemas de adaptación en el cumplimiento de las medidas judiciales de internamiento, en función de dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual.
- Evaluar de manera completa a estos menores, incluyendo diagnóstico clínico y valoración funcional.
- Rehabilitar de manera integral a estos menores abordando las diferentes áreas afectadas.
- Conseguir una adaptación positiva al Centro de Ejecución de Medidas Judiciales de los menores durante el transcurso de la medida judicial.
- Favorecer la reincorporación social de los menores tras la medida de internamiento.
- Promover la continuidad de cuidados especializados, en función de su trastorno mental o discapacidad intelectual, tras la medida de internamiento.
- Favorecer la reintegración del menor en su entorno familiar.

Para alcanzar estos objetivos generales, y en relación con las necesidades detectadas en estos menores, se han establecido los siguientes objetivos específicos:

- Generar un vínculo terapéutico con los profesionales.
- Conseguir una adecuada adhesión a la intervención profesional.
- Aumentar la introspección y la conciencia de problema, adquiriendo un mayor conocimiento sobre su trastorno mental y / o sobre su discapacidad intelectual.
- Responsabilizarse de su pauta de tratamiento farmacológico, en caso de que el menor la precise.
- Promover la educación para la salud y la necesidad de autocuidado.
- Mejorar la regulación emocional y el autocontrol en el afrontamiento de emociones negativas.
- Mejorar el repertorio de habilidades sociales.

- Desarrollar hábitos y rutinas adaptadas.
- Mejorar las funciones ejecutivas: planificación, inhibición, toma de decisiones.
- Promover el desarrollo de hábitos de limpieza, aseo personal, orden e higiene.
- Adquirir una formación académica y profesional acorde a sus intereses, capacidades y posibilidades.
- Adquirir competencias y hábitos prelaborales.
- Establecer una conexión con otros recursos de la red de salud mental y otras redes de apoyo en el medio abierto que permita un seguimiento posterior cuando finalice la medida judicial.
- Aumentar la implicación de las familias, haciéndolas participes de su programa de rehabilitación.

5 DESTINATARIOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los menores a los que va dirigido este programa son aquellos menores infractores que se encuentran cumpliendo una medida judicial de internamiento y que presentan *dificultades graves en su capacidad de adaptación asociadas a problemas de salud mental y/o a una discapacidad intelectual*.

Dada esta premisa, existe un triple criterio para incluir a los menores en este programa, un criterio *judicial*, un criterio *clínico* y un criterio *funcional*.

- En relación con el *criterio judicial*, un menor debería participar en el programa cuando se le haya impuesto una medida de internamiento terapéutico por salud mental, mientras se encuentre cumpliendo la misma.
- En cuanto al *criterio clínico*, se entiende que un menor es susceptible de participar en este programa cuando presente un diagnóstico de trastorno mental grave. Con trastorno mental grave se hace referencia a patologías que, por definición, causan una importante disfunción en la vida familiar, social, escolar o laboral y que plantean necesidades específicas, como pueden ser los trastornos psicóticos, disociativos, trastornos bipolares y trastornos graves de personalidad.

- El *criterio funcional* indica que un menor debería ser derivado al programa cuando, aun no cumpliéndose el criterio anterior, presente una grave disfunción en las áreas de funcionamiento global (social, educativa, personal o familiar) asociada a cualquier trastorno mental que se le haya diagnosticado y/o a una discapacidad intelectual.

Así, los supuestos en los que un menor habría de ser derivado al programa están especificados en los siguientes Criterios de Inclusión (el menor deberá cumplir al menos uno de los siguientes criterios):

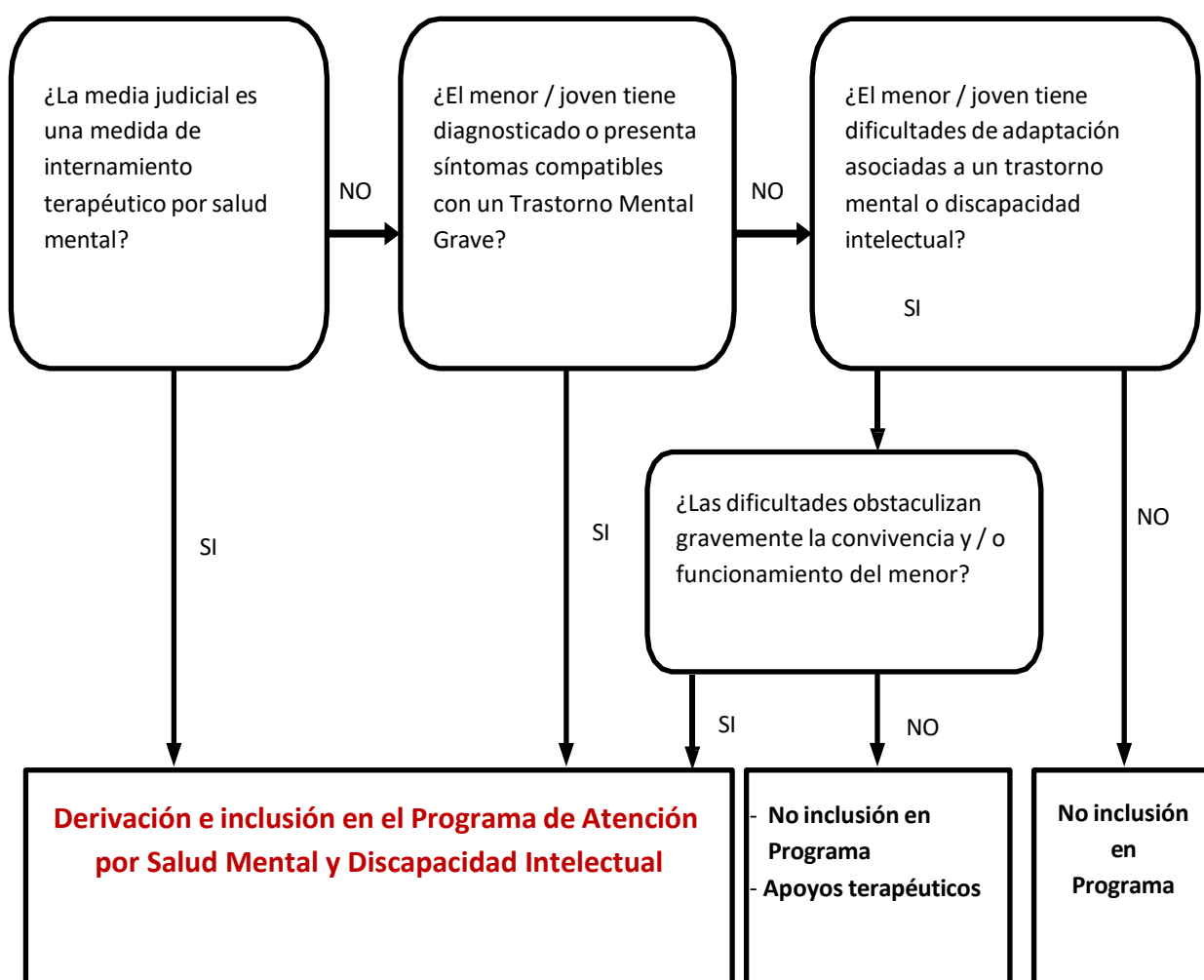
1. En todos los casos en los que el menor se encuentra cumpliendo una medida de internamiento terapéutico por salud mental.
2. Cuando el menor presenta diagnóstico de trastorno mental grave.
3. En los casos en los que el menor presente dificultades de adaptación asociadas a un trastorno mental.
4. Cuando el menor presenta una discapacidad intelectual, siempre y cuando la misma afecte significativamente a su capacidad de adaptación.

Asimismo, han de establecerse unos Criterios de Exclusión, que serían los siguientes:

1. Cuando no se detecta ninguna alteración psicopatológica actual o pasada, aunque el menor pueda tener problemas graves de adaptación institucional.
2. Cuando se detecta una sintomatología en salud mental leve y congruente con la conducta antisocial que no afecta gravemente a su funcionamiento.
3. Cuando el diagnóstico es exclusivamente de trastorno del comportamiento y este trastorno se presenta sin comorbilidad alguna.
4. Cuando el menor presenta algún tipo de discapacidad intelectual, pero es capaz de adaptarse favorablemente a la medida de internamiento con apoyos mínimos.
5. Cuando un menor derivado al programa consigue una mejora significativa en su sintomatología, ajustándose mejor a una intervención fuera del programa.

Dados estos criterios de inclusión y exclusión, la derivación al programa será automática cuando el menor esté cumpliendo una medida terapéutica por salud mental. En caso contrario, la derivación deberá partir de una propuesta del Equipo Técnico del Centro en el que el menor se encuentra cumpliendo la medida judicial, sustentada en una evaluación previa a nivel psiquiátrico, psicológico, social y educativo.

Fig. 1. Diagrama de derivación



En función de lo expuesto, la detección y evaluación de los casos es fundamental, especialmente en los momentos iniciales de la medida judicial, de tal manera que pueda darse la respuesta apropiada a cada menor lo antes posible.

Así, en los primeros momentos tras el ingreso del menor, se deben detectar aquellos menores de alto riesgo que requieren de una intervención urgente o que precisarán una evaluación más pormenorizada. Lo más relevante es valorar el riesgo de suicidio y el riesgo de provocar daño en otros.

Algunos indicadores de trastorno mental que serían signos de alarma y precisarían la comunicación urgente al psicólogo / psiquiatra serían:

- Alteraciones en la percepción. El menor refiere que percibe cosas que los demás no son capaces de percibir (por ejemplo, como voces que le hablan)
- Alteraciones en el contenido del pensamiento. Imagen personal excesivamente engrandecida (afirma que tiene habilidades especiales, que ha hecho un gran descubrimiento, que es alguien importante...), manifiesta ideación extremadamente suspicaz (por ejemplo, refiere que hay un complot contra él).
- Alteraciones en el curso del pensamiento. Mantiene un lenguaje confuso, desorganizado o incoherente.
- Alteraciones en el comportamiento, llevando a cabo comportamientos extraños o altamente desorganizados y desajustados.
- Alteraciones en la esfera interpersonal. El contacto interpersonal es altamente inadecuado, bien por exceso o por ausencia.
- Alteraciones en los hábitos básicos. Se aprecia un grave deterioro en el cuidado personal (higiene y aseo personal o de su habitación).
- Alteraciones en el estado de ánimo. Lleva a cabo autolesiones y / o manifiesta ideas autolíticas, ideas de muerte o de vacío.

Ante situaciones de emergencia, se valorará la aplicación de procedimientos y protocolos de supervisión y acompañamiento u otras actuaciones recogidas en el “Protocolo de Prevención e Intervención de Conductas Autolesivas y/o de Suicidio (PPICAS)” (Documento interno ARRMi, 2022).

En los casos en los que la gravedad de la situación psicopatológica del menor no puede ser abordada desde el Centro, se realiza la derivación a unidad hospitalaria, donde el menor permanece hasta la estabilización del cuadro psicopatológico y el alta médica.

6 CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

El Programa de atención por dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual se lleva a cabo en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales “Teresa de Calcuta”. Este programa es de aplicación integral, por lo que los menores que participan en el programa residirán en unos Grupos Educativos determinados. De esta manera, se facilitará la aplicación de estrategias comunes de tratamiento y se proporcionarán figuras educativas de referencia más estables. No obstante, los menores que participen en el programa también realizarán diversas actividades (formativas, deportivas, prelaborales, etc.) con el resto de los menores que están internados en el centro, con la finalidad de promover la inclusión social de los menores integrantes del programa.

6.1 ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS EDUCATIVOS

En el Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual se utilizan tres grupos educativos de los 14 que existen en el CEMJ Teresa de Calcuta. En estos tres grupos educativos se pueden albergar a un total de 24 menores, aunque si fuera necesario, se podría ampliar el número de plazas para cubrir la posible demanda que pueda haber. Se considera primordial establecer grupos educativos de tamaño pequeño (máximo 8 menores) para atender a las necesidades de supervisión que estos menores presentan.

Los grupos educativos se estructuran en base a las necesidades educativo-terapéuticas y al nivel de autonomía que presentan los menores, intentando que la configuración de dichos grupos sea equilibrada.

6.2 PROGRAMA DE CLASIFICACIÓN INTERIOR

El Programa de Clasificación Interior y el establecimiento de diferentes fases educativas permiten establecer objetivos secuenciados y comunes para los distintos periodos del internamiento. Además, sirve como estímulo en el proceso de desarrollo personal del menor. Cada fase educativa tiene asignadas una serie de limitaciones y privilegios, aunque éstos podrán ser flexibles en función de las necesidades terapéuticas del menor.

Se establecen cuatro fases educativas, cada una de ellas con unos objetivos diferenciados.

6.2.1 FASE EDUCATIVA INICIAL

Es la fase que se asigna por defecto a los menores que ingresan en el centro y que directamente son incluidos en el programa, bien porque tengan una medida de internamiento terapéutico por salud mental, bien porque su situación psicopatológica sea tan grave que imposibilite desde el primer momento la convivencia en un grupo educativo ordinario.

Esta fase se mantiene hasta que se diseña el Programa Individualizado de Ejecución o el Modelo Individualizado de Intervención, según el caso.

Los objetivos en esta fase educativa son los siguientes:

- Proporcionar una acogida al menor.
- Detectar los riesgos a corto plazo y señales de alarma.
- Determinar el riesgo de autolesiones y/o de suicidio.
- Tener un primer contacto y comunicación con la familia.
- Coordinar con los recursos externos, haciendo especial hincapié en los recursos de salud mental con los que el menor haya tenido contacto previo, o de los que estuviera participando antes del ingreso.
- Realizar una evaluación y diagnóstico preliminar, dentro del proceso de evaluación psicosocial completa.
- Ajustar la pauta psicofarmacológica, en caso de que el menor la precise.

En esta fase se tratará fundamentalmente de proporcionar a los menores un primer entorno seguro, facilitándole el tránsito de la vida en el exterior a la vida en el Centro y facilitando la integración con el resto de los menores del grupo educativo.

Por otra parte, es importante establecer un protocolo de actuación en los primeros momentos del internamiento enfocado a detectar si es necesario activar algún tipo de medida de carácter urgente. La situación de internamiento en estos menores puede ser un estresor importante que pueda afectar negativamente a su cuadro psicopatológico. Por tanto, en estos primeros momentos hay que observar si la situación clínica del menor hace necesaria la adopción de medidas específicas y extraordinarias, como puede ser la activación del “Protocolo de Prevención e Intervención de Conductas Autolesivas y/o de Suicidio (PPICAS)”. En determinadas circunstancias, cuando hay una importante descompensación psicopatológica que debe ser abordada desde un dispositivo sanitario, puede ser incluso necesario el traslado del menor a una Unidad Hospitalaria para su valoración de cara a un posible ingreso.

Durante los 20 días que puede prolongarse esta fase, el menor tendrá una participación progresiva en las actividades que se llevan a cabo en el grupo educativo, en función de su situación psicopatológica y su adaptación a la vida en común.

6.2.2 FASE EDUCATIVA DE ADAPTACIÓN

Son asignados a esta fase educativa aquellos menores que tienen importantes dificultades comportamentales, marcados déficits en sus repertorios de habilidades adaptativas básicas o síntomas que interfieren significativamente en el funcionamiento diario y en la integración grupal, por lo que requieren una supervisión más exhaustiva.

Podrán ser asignados a esta fase tras la valoración realizada por la comisión de Orientación en la fase inicial o podrán ser asignados menores procedentes de fases educativas de mayor autonomía en caso de que muestren una involución en los objetivos programados en su Programa Individualizado de Ejecución o en su Modelo Individualizado de Intervención.

Los objetivos fundamentales de esta fase educativa son:

- Adquirir habilidades y repertorios de conducta suficientes para mantener una convivencia adecuada.
- Adquirir unos hábitos básicos de alimentación, higiene, sueño...
- Estabilizar el cuadro psicopatológico que el menor presenta.

En esta fase educativa se atiende especialmente a la estabilización comportamental y emocional, trabajando habilidades básicas de autorregulación, asertividad, solución de conflictos interpersonales, asunción de las normas o capacidad para demorar las recompensas.

Cobra especial importancia en esta fase educativa el Programa de Control de Contingencias que se detalla más adelante, ya que proporciona un sistema de refuerzos para ir modelando en los menores comportamientos socialmente adaptados.

Los criterios para progresar a una fase educativa de mayor autonomía serán, por tanto, la capacidad del menor para regular su conducta de tal manera que pueda establecer una convivencia adecuada con sus iguales y sea capaz de ajustar su conducta al sistema normativo del centro.

6.2.3 FASE EDUCATIVA DE PRECONSOLIDACIÓN

Son asignados a esta fase educativa los menores que tienen adquiridos unos recursos básicos de autocontrol y autonomía personal, por lo que presentan una mejor adaptación comportamental a las rutinas del centro.

Pueden ser asignados directamente desde la fase educativa Inicial o cuando alcancen los objetivos de la fase educativa de Adaptación. Regresarán también a esta fase educativa aquellos menores que se encuentren en la fase educativa de Consolidación y experimenten un retroceso en los objetivos propuestos en su Programa Individualizado de Ejecución, sin que la situación sea tan grave como para tener que retroceder a una fase educativa de Adaptación.

En esta fase educativa se trabajan objetivos más sofisticados con los menores. En relación

con la conducta delictiva, se trabajan los factores de riesgo asociados al delito desde la adopción de una actitud responsable con su comportamiento. Igualmente, en cuando al trastorno mental y / o discapacidad intelectual, se profundizará en la conciencia de problema y la adhesión al tratamiento, así como aquellos factores determinantes más relacionados con su cuadro psicopatológico. Se trabajará también en la interiorización de los hábitos y rutinas comportamentales instauradas en la fase educativa anterior.

Por otra parte, se intentará que el menor tenga contacto con los recursos a los que va a tener que acudir cuando finalice la medida de internamiento, responsabilizándose de su tratamiento.

6.2.4 FASE EDUCATIVA DE CONSOLIDACIÓN

El trabajo que se realiza en esta fase educativa es el mantenimiento y la generalización de los logros alcanzados, así como la preparación para el proceso de desinternamiento, intensificando la coordinación con los recursos en medio abierto.

Se abordarán los procesos de prevención de recaídas, promoviendo un afrontamiento cada vez más amplio en el entorno natural del menor, siempre que sea posible. Por otra parte, se intensificarán los contactos con los recursos a los que va a tener que acudir al finalizar la medida de internamiento.

En esta fase educativa se tendrá una especial atención a la autonomía del menor, intentando que sea capaz de desenvolverse en entornos normalizados por sí mismo, con los menos apoyos posibles.

6.3 EQUIPOS PROFESIONALES

El equipo profesional del programa de atención por dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual es un equipo multidisciplinar que está compuesto por:

- 2 psicólogas
- 2 trabajadoras sociales
- 3 educadores – tutores
- 1 psiquiatra
- 12 educadores

Otros miembros del personal del Centro que también participan en la atención a los menores que encuentran en el Programa son: un médico, dos enfermeras, los diferentes monitores de talleres, monitores deportivos y el profesorado del Centro Regional de Enseñanzas Integradas (CREI) “Sagrado Corazón de Jesús”.

La supervisión del Equipo Multidisciplinar se lleva a cabo por los Coordinadores de Educadores, el Jefe de Equipos Técnicos, los Subdirectores del Centro y, en última instancia, por parte del Director del Centro.

6.4 RECURSOS MATERIALES

Dado que el Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual es un programa semi-independiente integrado en el CEMJ “Teresa de Calcuta”, cuenta con todas las instalaciones y los recursos del Centro.

Así, los menores que integran el Programa pueden participar de los siguientes talleres, que son comunes para todos los menores internos en el Centro:

- Talleres ocupacionales:
 - Taller de torneado artesanal de madera.
 - Taller de policromía, dorado y restauración.

- Taller de modelado, escultura y decoración.
 - Taller de jardinería.
 - Taller de mantenimiento integral de edificios.
 - Taller de encuadernación.
 - Taller de automoción.
 - Taller de imprenta.
 - Taller de diseño gráfico.
- Talleres socioculturales:
- Taller de radio.
 - Taller de baile.
 - Taller de música.
 - Biblioteca.

Por otra parte, los menores también pueden utilizar las siguientes instalaciones:

- Aulas de formación (una por cada grupo de convivencia).
- Pistas deportivas (1 polideportivo, 1 pista de fútbol-7, pistas de baloncesto, fútbol y voleibol).
- Salón de actos.
- Piscina al aire libre.
- Espacio de convivencias, con mesas y barbacoa.
- Pista americana.
- Jardines.
- Huerto.

7 METODOLOGÍA

7.1 REFERENTES TEÓRICOS

El Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual parte de la premisa de que la salud mental no es simplemente la ausencia de un trastorno mental, sino que abarca también un componente de “bienestar mental” y adaptación al entorno; por ello, hay que trabajar con los menores con el objetivo de que éstos recuperen el propósito de su vida y adquieran un rol activo en la misma. Esto encaja con el denominado paradigma de la Recuperación (*recovery*) en la intervención en salud mental, el cual supone no centrarse en “la enfermedad”, sino en la persona. Se trata de reconocer a la persona con trastorno mental como el absoluto protagonista de su proceso terapéutico y de crecimiento personal (Rosillo et al., 2013).

Las características de este modelo de Recuperación, según Ozamiz et al. (2014), son las siguientes:

- Visión holística del individuo, centrándose en la persona y no sólo en los síntomas.
- La recuperación tiene un carácter de proceso, no es un fin ni una meta.
- Importancia de las redes de apoyo social. Necesidad de contar con la ayuda de profesionales, amigos, familia...
- Promoción del crecimiento personal abordando las múltiples y diferentes áreas de funcionamiento.
- Desarrollo de la resiliencia, la resistencia ante la adversidad y el estrés.
- Fomento de la participación del individuo en la sociedad.

Para trabajar en esta recuperación integral del individuo, el Programa se sustenta en una intervención basada en la Rehabilitación Psicosocial.

La Rehabilitación Psicosocial tiene el objetivo de ayudar a la persona con dificultades en salud mental y discapacidad intelectual a adquirir las capacidades, competencias y habilidades necesarias para desarrollar su vida en sociedad de una manera autónoma. No sólo se trata sólo de reducir el impacto del problema en la vida de la persona, sino también de potenciar sus recursos personales en conexión con el entorno en el que vive (Florit, 2006). Así, debe atenderse tanto al tratamiento de los déficits como a la promoción de los recursos de la persona, y todo ello de una manera integrada y complementaria. Mientras que el tratamiento farmacológico (en los casos en que sea necesario) puede reducir la sintomatología del cuadro psicopatológico. A través de la rehabilitación psicosocial se refuerzan las capacidades personales y sociales para poder funcionar de una manera adaptada y progresivamente más autónoma en su comunidad.

Por otra parte, dado que este Programa está dirigido a menores con problemas de salud mental y discapacidad intelectual que han cometido actos delictivos, también se sigue el planteamiento metodológico del Modelo RNR (Riesgo-Necesidades- Responsividad), elaborado por Andrews y Bonta (2010), el cual es una de las propuestas más actuales y relevantes para la intervención psico-social con menores infractores.

Este modelo teórico plantea que la conducta infractora de los jóvenes se produce por la interacción de diversos factores de riesgo y protección, los cuales incluyen variables personales y ambientales. Los factores de riesgo pueden diferenciarse en factores estáticos y factores dinámicos. Los factores de riesgo estáticos hacen referencia a aspectos de la historia de la persona que no pueden ser modificados mediante una intervención; los factores de riesgo dinámicos, sin embargo, se refieren a variables personales o ambientales que sí son susceptibles de cambio mediante una intervención. Son estos factores de riesgo dinámicos los que deben constituir los objetivos de la intervención, por lo que reciben la denominación de “necesidades criminógenas”. Estos autores clasifican las necesidades criminógenas en diversas áreas: factores familiares, factores personales, factores culturales, asociación con iguales delincuentes, y actitudes y valores pro-delictivos (Andrews y Bonta, 2010).

Según estos autores, los tres principios fundamentales en los que se basa la intervención de su propuesta teórica son los siguientes:

- Principio de Riesgo. Las personas con un mayor nivel de riesgo requerirán intervenciones más intensivas.
- Principio de Necesidad. Los factores de riesgo dinámicos que están directamente conectados con el comportamiento delictivo, serán los objetivos de los programas de intervención.
- Principio de Responsividad. Es necesario ajustar las intervenciones a las características y circunstancias propias de cada menor, para que dichas intervenciones sean efectivas.

El principio de Responsividad justifica especialmente la aplicación de este Programa en el ámbito de la justicia de menores. Las características diferenciales de los menores con problemas de salud mental y discapacidad intelectual hacen necesario ajustar las intervenciones a su nivel de comprensión y a sus ritmos de aprendizaje, entre otros factores. Según Roncero et al. (2020), la reducción del riesgo de reincidencia al finalizar la medida judicial (medido a través del cambio en la puntuación total de la herramienta de gestión del riesgo PREVI-A), era significativamente menor entre los menores infractores a los que se les había diagnosticado un trastorno mental antes del ingreso que entre el resto de los menores. El mismo tipo de intervenciones que son eficaces para la mayoría de los menores infractores, no lo serán tanto para los menores con problemas de salud mental y discapacidad intelectual, sino que habrá que diseñar otros métodos alternativos y complementarios a los tradicionales para conseguir los mismos fines.

7.2 PRINCIPIOS METODOLÓGICOS

Los principios metodológicos que rigen el trabajo en el Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual son los siguientes:

- **Capacitación y Resiliencia:** Para que los menores puedan ejercer de una manera responsable su autonomía, hay que proporcionarles oportunidades de aprendizaje y mejora desde un enfoque positivo. Entendemos la capacitación como el proceso de adquisición de competencias (personales, sociales y profesionales) que les sirvan para desenvolverse de manera autónoma en la vida cotidiana. La adquisición de competencias propicia el tener experiencias de éxito, lo que redundará en un sentimiento de mayor autoeficacia. Es de destacar que muchos de los menores que integran el programa han sufrido en el pasado experiencias traumáticas que han afectado a su desarrollo psicosocial, o se encuentran inmersos en ambientes altamente desfavorables. Así, fomentar la capacidad de crecimiento en circunstancias adversas se erige como una competencia primordial. Para ello, además de minimizar los factores de riesgo, es necesario atender y estimular los factores de protección que presentan los menores, tanto los factores de fortaleza personal como los factores compensadores del entorno social y familiar.
- **Responsabilización:** Tener dificultades en salud mental o una discapacidad intelectual no implica necesariamente dejar de ser responsable de los propios actos. En muchas ocasiones estos menores tienden a extremar su locus de control externo, utilizando su diagnóstico como una excusa o justificación. Entendemos el proceso terapéutico y rehabilitador como un proceso de responsabilización a través del cual los menores van siendo conscientes de su capacidad para tomar decisiones y para manejar aspectos fundamentales de su vida.
- **Individualización:** Dado el perfil heterogéneo de estos menores, es importante proporcionar una atención diferenciada e individual en función de las características de cada menor.

- **Multidisciplinariedad:** La labor diaria en el Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual se realiza conjuntamente por profesionales de diferentes disciplinas (psiquiatra, psicólogos, trabajadoras sociales, educadores, maestros, monitores, médico, enfermeras) que trabajan conjunta y organizadamente para dar una respuesta a los problemas de carácter complejo que conlleva la intervención con estos menores. Este trabajo conjunto implica una necesidad de comunicación continua dentro de las estructuras y órganos de toma de decisiones formalmente establecidos.
- **Trabajo en red:** Desde el Programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual se centraliza y se dirige la intervención durante el internamiento en el centro, pero se mantiene un contacto constante con otros recursos terapéuticos, socio-comunitarios, formativos... que puedan suponer un apoyo a la intervención. Se considera importante que el menor pueda vincular con otros profesionales durante el cumplimiento de la medida de internamiento para fomentar la adhesión a la intervención especializada una vez dicha medida finalice.
- **Intervención transversal:** La intervención terapéutica con los menores que participan en el programa no se circunscribe únicamente a los espacios formales, sino que los espacios informales de aprendizaje cobran una importancia fundamental. Cualquier actividad dentro de la vida cotidiana se considera una oportunidad potencial de crecimiento personal y de desarrollo de competencias y habilidades.
- **Importancia de la familia:** El trabajo con la familia, cuando la hay, es fundamental, ya que estamos interviniendo con adolescentes. La familia tiene una responsabilidad en la solución de los problemas que tenemos que abordar con el menor, por lo que contar con su colaboración es sumamente importante. En muchos casos, las dificultades existentes se extienden a todo el núcleo familiar, por lo que deberían tener una participación activa en el proceso terapéutico. En el caso de los menores con dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual, además de los aspectos generales de la intervención familiar con menores infractores, es necesario trabajar

también la comprensión del trastorno mental del menor, la adherencia al tratamiento y la orientación en la búsqueda de recursos y apoyos específicos.

7.3 ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

Con el objetivo de llevar a la práctica diaria los principios metodológicos anteriormente citados, se plantean a continuación una serie de estrategias de funcionamiento:

7.3.1 ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS.

- **Grupos de convivencia específicos dentro del centro:** El programa de atención por dificultades en salud mental y discapacidad intelectual es un programa de atención integral. Esto implica que los menores que participan en el programa residen en grupos educativos específicos dentro del Centro. A través de la configuración de grupos educativos específicos se consigue que se pueda adaptar y flexibilizar el funcionamiento, así como ajustar el nivel de exigencia a sus posibilidades. También permite que el personal educativo se mantenga constante a lo largo de la medida judicial, lo que posibilita una mayor vinculación entre los menores y los profesionales de atención directa.
- **Grupos de convivencia reducidos:** Los grupos de convivencia dentro del Programa tienen un máximo de 8 menores, aunque en la fase de Adaptación el número de menores se reduce aún más. Tener grupos de convivencia reducidos permite realizar una labor más individualizada y flexibilizar las actividades en función de las características de cada menor.
- **Mayor ratio de personal:** Dado que el número de menores en cada grupo educativo es más reducido, el número de menores por educador disminuye, pudiendo así establecerse unos vínculos más estables y proporcionar la atención individualizada que los menores precisan.

7.3.2 ESTRATEGIAS TRATAMENTALES.

- **Integración de los menores que participan en el Programa en actividades con otros menores que no participan en el mismo:** El hecho de que existan grupos de convivencia específicos no significa que los menores que participan en el Programa deban estar aislados de los demás. Por el contrario, se fomenta la participación conjunta con el resto de los menores del Centro en determinadas actividades (deportivas, formativas o de ocio).
- **Adaptación de las distintas actividades al nivel de autonomía y comprensión de los menores:** Como ya se ha expuesto, los menores que integran el Programa participarán de las actividades comunes al resto de menores (deportivas, formativas, recreativas, culturales, de ocio y tiempo libre, talleres prelaborales). No obstante, estas actividades podrán adaptarse a las necesidades de los menores en caso necesario, bien en cuanto al contenido, a su duración o al nivel de exigencia.
- **Proyectos, talleres y acciones específicas:** Además de la participación en las actividades generales del Centro, se implementan proyectos, talleres y acciones concretas diseñadas para dar respuesta a las necesidades específicas de estos menores.
- **Aplicación de contingencias de manera sistemática:** Como se ha señalado anteriormente, los menores y jóvenes con dificultades en salud mental y / o discapacidad intelectual pueden tener problemas para adquirir nuevos repertorios comportamentales y para aprender de la experiencia. En este Programa se maneja la aplicación de contingencias de una manera sistemática, tanto las consecuencias positivas como las negativas. Para ello se ha diseñado un Programa de Control de Contingencias mediante el cual se pueden moldear los comportamientos adaptativos y extinguir progresivamente los desadaptativos, haciendo uso de reforzadores de diferente valor y de aplicación muy próxima a las conductas que se quieren alcanzar. Por otra parte, la aplicación de contingencias debe ser flexible e individualizada en función de las capacidades del menor, primando la obtención de

reforzadores en plazos de tiempo reducidos para potenciar la autoeficacia y mantener una motivación positiva. Por otra parte, cuando se determina que un menor tiene alteradas las capacidades cognitivas y volitivas se suspende la aplicación del Régimen Disciplinario previsto en el Real Decreto 1774/2004 regulador de la LORPM 5/2000, previa comunicación al Juzgado, utilizando otras estrategias educativas más inmediatas, proporcionadas y eficaces para moldear la conducta del menor.

- **Reunión diaria del equipo de intervención:** El cambio de turno es un espacio de intercambio de información entre los trabajadores que terminan su turno de trabajo y los que lo comienzan. En este Programa cobra especial importancia el cambio de turno de la mañana a la tarde, ya que se utiliza como una reunión diaria a la que asisten todos los profesionales que integran el Programa y se repasa de manera individualizada cada uno de los casos, valorando su actitud, comportamiento, estado emocional y otras circunstancias relevantes. Por otra parte, se utiliza este espacio para coordinar las acciones a realizar y tomar decisiones relevantes de manera conjunta, en las que puede participar todo el equipo educativo y técnico. En el caso de los menores que integran el Programa es imprescindible que haya una coordinación diaria entre todos los profesionales, ya que la elevada variabilidad comportamental y emocional de estos menores hace que sea necesario que todos los profesionales estén al corriente de las vivencias diarias que pueden afectar a su conducta, así como que comprendan los mecanismos psicológicos que subyacen al funcionamiento interpersonal de cada menor. Por otra parte, mantener unas acciones educativas coherentes entre todos los profesionales que los atienden es fundamental para proporcionar una sensación de seguridad en los menores.
- **Inclusión de la figura del psiquiatra como parte del equipo técnico:** Dada la naturaleza de las dificultades de los menores que integran el Programa, éstos son atendidos por el psiquiatra del Centro, en coordinación con los Servicios de Salud Mental comunitarios en caso de que el menor ya estuviera derivado. El punto de vista del psiquiatra a la hora de planificar la intervención tiene una evidente

relevancia con estos menores. Así, el psiquiatra participa de las reuniones del Equipo Técnico y de las Comisiones de Orientación como un miembro más, y asiste periódicamente a los cambios de turno, para establecer una comunicación y coordinación fluidas.

8 PROYECTOS Y TALLERES ESPECÍFICOS DE ACCIÓN TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA

Las necesidades específicas de los menores infractores con dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual se atienden, bien adaptando los talleres y actividades generales, bien mediante talleres específicos. A continuación, se exponen los talleres, actividades y acciones que son de aplicación exclusiva en el Programa.

8.1 SISTEMA DE CRÉDITOS

La dificultad para consolidar los logros y la falta de constancia en la evolución para cumplir con los objetivos propuestos en su Programa Individualizado de Ejecución implica la necesidad de aplicar un sistema de control de contingencias que sirva de apoyo y motivación a los menores para estimular la adhesión a la normativa y al tratamiento que se sigue desde el Centro, reforzando de una manera lo más inmediata posible aquellos comportamientos y actitudes que se consideran adecuados.

El Sistema de Créditos que se presenta a continuación se basa en las técnicas de economía de fichas, adaptado a las peculiaridades del contexto de convivencia que supone la medida judicial, y tiene el objetivo de aumentar y consolidar conductas y actitudes adaptadas, así como reducir o eliminar las problemáticas o desadaptadas.

El método consiste, en primer lugar, en determinar y especificar una serie de conductas y actitudes que se desean fomentar, otorgando una serie de puntos (que se denominarán “Créditos”) por su cumplimiento, con los que posteriormente se podrá acceder a determinados beneficios o reforzadores.

Las conductas y actitudes que se fomentarán serán comportamientos que supongan una adaptación a la normativa del Centro, así como aquellas que fomenten las relaciones interpersonales positivas, el rendimiento en las actividades y los hábitos saludables. También se promoverán otras actitudes positivas en cuanto al programa de tratamiento e intervención específico que se lleva a cabo, la relación con su familia y la responsabilidad en los recursos externos, si los hubiera.

Los menores deben conocer claramente cuáles son las conductas objeto de reforzamiento y los créditos que pueden conseguir con ellos, así como el valor de los reforzadores, teniendo un valor más alto en créditos aquellos reforzadores con son más valorados.

El Sistema de Créditos, está pensado para estimular determinados comportamientos a través de reforzadores extrínsecos, por lo que será especialmente útil en las fases iniciales, cuando los menores no tienen interiorizados los hábitos y conductas adecuadas y precisan de un nivel mayor de motivación externa. Sin embargo, el objetivo último es que los menores interioricen la conveniencia de mantener tales comportamientos y actitudes sin necesidad de la intervención externa, por lo que progresivamente deberán ir tomando más valor e importancia los reforzadores sociales y verbales, a fin de promover finalmente una motivación más intrínseca y una orientación al logro.

8.1.1 REGISTROS DE OBSERVACIÓN Y ASIGNACIÓN DE CRÉDITOS.

Son objeto de asignación de créditos los comportamientos y actitudes que supongan una adaptación a la normativa del Centro y aquellos que fomenten una adecuada convivencia grupal.

El Equipo educativo junto con el Educador-tutor valorará diariamente diversos ítems que corresponderán al funcionamiento cotidiano del menor en el grupo de convivencia. En la Ficha de Créditos (Anexo 2) se valorarán positivamente ítems correspondientes a competencias básicas (higiene y aseo personal, limpieza de espacios propios y comunes, comportamientos en la mesa), actitudes personales (seguir indicaciones, paciencia en las esperas, tratar con respeto al adulto y compañeros, resolver conflictos), actividad formativa, deporte y talleres (esfuerzo, colaboración positiva con compañeros y cuidado del material) y otras bonificaciones (ausencia de créditos negativos). Por otra parte, además de los créditos positivos, habrá otras conductas que pueden suponer una penalización, recogidas en el Anexo 3.

Para computar los créditos, al final del día, con toda la información que se tenga del menor, el Educador-tutor (o en su defecto otro miembro del personal educativo) asignará los créditos oportunos. Con respecto a los créditos positivos, se asignará un número de créditos en cada área teniendo en cuenta la valoración global del funcionamiento del menor. Posteriormente, se señalarán las conductas que el menor haya realizado y que supongan una penalización.

El número final de créditos al día que un menor obtiene es el número de créditos positivos menos las penalizaciones. De esta manera, el cómputo global del día puede resultar negativo. Al final de cada semana se sumarán todos los créditos obtenidos por el menor (que también puede dar un resultado positivo o negativo). Así pues, el máximo de Créditos individuales que pueden obtenerse cada día es de 21 créditos, sin contar las bonificaciones. Semanalmente el total máximo de Créditos individuales que pueden obtenerse será de 147 créditos, sin contar las bonificaciones.

8.1.2 ADMINISTRACIÓN DE REFORZADORES.

La asignación de créditos y las fichas de registro quedan guardadas en las correspondientes carpetas y es el educador-tutor en la tutoría semanal con cada menor el que les explique los créditos obtenidos, en qué ha fallado y en qué ha destacado positivamente.

Los menores obtienen beneficios individuales y grupales. Los beneficios individuales son asignados por el tutor en común acuerdo con cada menor (Anexo 4). Cada beneficio tiene un coste en créditos, que habrá que restar de la cuenta de cada menor. Hay que considerar que los beneficios se administran con proporcionalidad y se disfrutan priorizando la disponibilidad del Centro y teniendo en cuenta una serie de requisitos que deberá cumplir el menor.

Un menor no puede disfrutar de un Beneficio individual si:

- Se considera que no mantiene una actitud adecuada (bien sea por haber obtenido créditos negativos en ese día, porque se haya adoptado alguna acción disciplinaria, o por circunstancias análogas).
- Ha cometido una falta disciplinaria grave, o una acción sancionada con entre 10 y 20 créditos negativos, en los 3 días previos.
- Ha cometido una falta disciplinaria muy grave en los 7 días previos, o una acción sancionada con más de 30 créditos negativos, en los 7 días previos.

Por otra parte, se podrá proponer un premio o beneficio grupal, a instancias del equipo educativo; por ejemplo: ir al polideportivo, pista verde, gimnasio, cine y palomitas, comida o cena especial, barbacoa, un día de cena o comida con refresco... el equipo educativo establecerá las condiciones para que los menores puedan acceder. En todo caso, cuando se disfrute el beneficio grupal, no podrá acceder a él un menor que:

- Se considera que no mantiene una actitud adecuada (bien sea por haber obtenido créditos negativos en ese día, porque se haya adoptado alguna acción disciplinaria, o por circunstancias análogas).
- Ha cometido una falta disciplinaria grave, o una acción sancionada con entre 10 y 20 créditos negativos, en los 3 días previos.
- Ha cometido una falta disciplinaria muy grave en los 7 días previos, o una acción sancionada con más de 30 créditos negativos, en los 7 días previos.

8.1.3 CRÉDITOS Y FASES DEL PROGRAMA DE CLASIFICACIÓN INTERIOR DEL CENTRO.

Los créditos obtenidos semanalmente son una guía para regir las progresiones y retrocesos de fase educativa.

8.1.3.1 ASIGNACIÓN DE FASE EN LA COMISIÓN INICIAL.

En la comisión inicial se deberá asignar la fase de Adaptación o Preconsolidación teniendo en cuenta el número de Créditos conseguidos en las primeras semanas. Se asignará al menor la Fase de Preconsolidación en la Comisión Inicial si se cumplen las siguientes condiciones (deberá cumplirse todas):

- Existe acuerdo favorable de la Comisión de Orientación.
- El menor alcanza un mínimo de 200 Créditos en los primeros 15 días.
- El menor no ha tenido graves problemas de adaptación que se hayan traducido en la apertura de expedientes disciplinarios Graves o Muy Graves durante el periodo inicial.

8.1.3.2 PROGRESIÓN A LA FASE DE PRECONSOLIDACIÓN.

El objetivo fundamental durante la fase de Adaptación es que los menores desarrollen hábitos básicos y habilidades esenciales para la convivencia, por lo que los criterios para progresar a la fase de autonomía intermedia serán fundamentalmente criterios comportamentales.

Un menor podrá progresar a la Fase de Preconsolidación cuando se cumplen las siguientes condiciones (deberán cumplirse todas):

- Existe un acuerdo favorable por parte del Equipo Técnico.
- El menor alcanza un mínimo de 100 Créditos por semana durante tres semanas consecutivas.
- Durante los últimos 30 días el menor no ha tenido expedientes disciplinarios muy graves (en caso de agresión o no regreso, el plazo se aumenta a 50 días)
- En los últimos 15 días no ha tenido expedientes disciplinarios graves.

8.1.3.3 PROGRESIÓN A LA FASE DE CONSOLIDACIÓN.

Un menor deberá progresar a la fase educativa de consolidación si está avanzando en los objetivos propuestos en su Programa Individualizado de Ejecución, observándose una mejora general en todas las áreas de funcionamiento.

No obstante, es un requisito para progresar a esta fase que:

- Exista un acuerdo favorable por parte del Equipo Técnico.
- El menor esté consiguiendo los créditos suficientes para mantenerse en la fase de preconsolidación durante al menos 8 semanas.
- Que no haya sido objeto de expedientes disciplinarios graves en los últimos 15 días (evidentemente, tampoco expedientes disciplinarios muy graves, ya que éstos supondrán el retroceso inmediato a la fase de menor autonomía, como se indica en el apartado siguiente).

8.1.3.4 RETROCESO A FASES EDUCATIVAS DE MENOR AUTONOMÍA.

Si un menor en la fase de Preconsolidación o en la fase de Consolidación no alcanza los 100 créditos semanales de manera reiterada, puede proponerse su retroceso a la fase educativa de Adaptación o Preconsolidación respectivamente, teniendo en cuenta la situación específica de cada menor.

No obstante, el Equipo Técnico puede proponer el retroceso de fase educativa en cualquier momento, por causas técnicas o disciplinarias. Un menor que comete una Falta Muy Grave retrocede a la fase de Adaptación de manera inmediata.

8.2 GRUPOS TERAPÉUTICOS DE APOYO

Los Grupos de Ayuda Mutua son espacios en el cual diversas personas que comparten un problema o dificultad similar se reúnen para intentar mejorar su situación. En estos grupos las personas se dan apoyo mutuo para hacer frente a las dificultades que presentan.

Los menores infractores con dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual se enfrentan a situaciones problemáticas a diario y muchos de ellos, como se ha expuesto a lo largo del presente documento, proceden de entornos multiproblemáticos y presentan historias de victimización. El hecho de que los menores se reúnan para compartir experiencias o necesidades tendrá beneficios evidentes, ya que fomentará una verdadera empatía y se fomenta la vinculación entre los integrantes del grupo desde una posición de igual a igual.

No obstante, tal y como señala Gibbs et al. (1996), existen una serie de dificultades de los programas basados exclusivamente en la ayuda mutua con jóvenes con comportamiento antisocial:

- La falta de voluntariedad.
- Los valores antisociales de oposición a la autoridad.
- Las propias limitaciones de los participantes que facilitan la utilización de

recursos no constructivos ante las dificultades, como la agresión.

Por todo ello, en el entorno de internamiento en el que nos encontramos, se considera importante que estos grupos terapéuticos cuenten con una figura facilitadora que sea capaz de modelar los procesos de comunicación entre los participantes, así como de guiar la sesión hacia objetivos relevantes. Así, los grupos de apoyo terapéutico que se llevan a cabo en el Programa de Atención por Dificultades en Salud Mental y/o Discapacidad Intelectual suponen un “grupo de ayuda mutua guiada”.

El grupo terapéutico de ayuda permite conseguir una serie de beneficios, tales como:

- Permite realizar a los terapeutas un diagnóstico más profundo, ya que los menores recrean sus dificultades en la interacción, exponiendo sus patrones de comportamiento y formas de pensar.
- Confronta a la persona con los problemas que antes era incapaz de reconocer y, al revelarlos, se siente más aliviada.
- Los menores, cuando están en el grupo terapéutico de apoyo aceptan con mayor facilidad sus reacciones, ya que las observaciones provienen del grupo, no de una figura de autoridad como la que representa el terapeuta.
- En ocasiones, les es más fácil afrontar un problema determinado, ya que en la sesión el menor encuentra apoyo y comprensión en el grupo, e incluso puede llegar a identificarse con algunos miembros que le ayudan a solventarlo. Así, se afianzan los lazos de ayuda entre los menores.
- Les permite poner sus dificultades en perspectiva al compararlas con los problemas que afrontan los demás y darse cuenta de que no es la única persona que sufre.
- Los menores aprenden modelos de comportamiento alternativos y más asertivos, que son motivados por el propio grupo.

8.2.1 OBJETIVOS

Los objetivos generales de los grupos terapéuticos de ayuda son:

- Mejorar la salud mental de los menores infractores participantes a través del refuerzo, ayuda y comprensión de los iguales.
- Descubrir, profundizar y mejorar aspectos de uno mismo desde este contexto social.

Los objetivos específicos son:

- Aumentar el nivel de autoconocimiento y autoconciencia.
- Promover el intercambio de experiencias, vivencia y sentimientos entre los participantes.
- Aumentar la comprensión empática de otros menores que se encuentran en una situación similar.
- Proporcionar apoyo emocional a los otros participantes.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas cotidianos.

8.2.2 ACTIVIDADES

Se realiza una sesión grupal de una hora con una periodicidad semanal en la cual cada psicóloga, acompañada del psiquiatra, reúne a los menores que tiene asignados. Todos los participantes se reúnen en círculo y se establece la sesión con el siguiente orden:

1. Presentación de un nuevo miembro (si procede).
2. Breve recordatorio de lo abordado en la sesión anterior.
3. Repaso con los participantes de lo vivido durante la semana, cómo se han sentido o si les ha ocurrido algo que quieran compartir.
4. Selección del tema a abordar durante la presente sesión. Los terapeutas tendrán preparada alguna dinámica o tema en relación con la sesión anterior para facilitar el inicio en caso de que ningún participante quiera aportar nada en el inicio. Estas

dinámicas y actividades van dirigidas a trabajar habilidades sociales y emociones fundamentalmente mediante role-playing, expresión corporal, estrategias de comunicación verbal y no verbal, cuentos, relatos y películas.

5. Desarrollo del contenido y participación de los menores. En esta parte, los terapeutas mantienen un rol mediador y poco directivo, interviniendo lo mínimo necesario para centrar el tema, para distribuir los turnos de palabra o para garantizar el buen clima.
6. Conclusiones de lo abordado en la sesión y cierre.

Se establecen una serie de reglas con los participantes que serán de obligado cumplimiento. Si algún participante no las cumple, podrá ser expulsado del grupo durante esa sesión. Las reglas son las siguientes:

- La asistencia es obligatoria, pero la participación es voluntaria.
- Se deben respetar todas las opiniones sin ofrecer juicios negativos ni despreciar la opinión del otro.
- Se solicita y se respeta el turno de palabra.
- Los temas que se tratan en la sesión no se hablan fuera de ella, es decir, se respeta y garantiza la privacidad de lo que se aborde en sesión.

8.2.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Todos los menores que participan en el programa podrán asistir al grupo de apoyo terapéutico. Las sesiones estarán atendidas por la psicóloga y el psiquiatra. Se lleva a cabo en un espacio amplio, habitualmente el salón de actos, donde todos pueden ponerse en círculos, en asientos cómodos. Los materiales que se utilizan pueden ser variables en función de las necesidades de cada sesión particular.

8.2.4 EVALUACIÓN

Se ha diseñado una ficha de evaluación (Anexo 5), donde se recoge en cada sesión la participación de cada menor, la adecuación de sus aportaciones y la iniciativa a la hora de participar.

8.3 TALLER DE APOYO ESCOLAR Y FORMACIÓN BÁSICA

Los menores que integran el Programa constituyen una población bastante diversa, aunque suelen tener como factor común un gran desfase curricular respecto a su edad cronológica, así como una desmotivación hacia las actividades formativas y de apoyo escolar. Por este motivo se plantea realizar un taller de formación básica para que estos menores adquieran unos conocimientos generales mínimos, a través de una metodología motivadora, que les permitan ser capaces de poder hacer frente a situaciones de la vida cotidiana de una forma independiente y autónoma.

8.3.1 OBJETIVOS

El objetivo general de este taller es adquirir conocimientos teórico-prácticos que faciliten la inclusión social bajo la propia responsabilidad e implicación personal. Para ello se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar el nivel de lectoescritura y comprensión lectora como instrumento esencial para el aprendizaje del resto de áreas.
- Desarrollar hábitos de lectura.
- Conocer y utilizar de manera apropiada la lengua castellana.
- Desarrollar competencias matemáticas básicas e iniciarse en la resolución de problemas que requieran la realización de operaciones elementales de cálculo, conocimientos geométricos y estimaciones, siendo capaces de aplicarlos en situaciones de la vida cotidiana.
- Conocer los aspectos fundamentales de las Ciencias de la Naturaleza, las Ciencias

Sociales, la Geografía, la Historia y la Cultura.

- Adquirir hábitos de estudio y trabajo.
- Adquisición de habilidades para la gestión del trabajo en equipo.
- Aumentar la motivación hacia el aprendizaje académico.

8.3.2 ACTIVIDADES

Este taller se plantea desde una metodología activa y participativa, que facilite la interacción, que fomente la responsabilidad sobre el aprendizaje, que asegure la motivación, favorezca la adquisición de nuevas actitudes, posibilite el desarrollo de habilidades y potencie la evaluación como un proceso de retroalimentación continua. Para estos propósitos, la metodología que mejor se adapta es la del Aprendizaje por Proyectos.

La metodología del Aprendizaje por Proyectos indica que tales proyectos deben buscar actividades con un propósito que esté fundamentado en los intereses de los menores y en los temas de cultura general. Estos ambientes de aprendizaje en entornos colaborativos implican la utilización de actividades de diversa naturaleza (vídeos, experimentos, construcción de objetos, investigación...). Este proceso permite que los menores vivan juntos el alcance de sus logros, tanto individuales como colectivos, creando una comunidad de aprendizaje. Por otra parte, el desarrollo de proyectos también permite a cada menor trabajar y adquirir habilidades según su propio ritmo.

La estructura de las sesiones se detalla a continuación.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00-9:30	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea
9:30-11:00	Vocabulario y presentación del tema	Conocimiento del medio y ámbito social	Lectura comprensiva	Matemáticas	Juegos
11:00-11:30	DESCANSO				
11:30-13:30	Proyecto grupal	Proyecto grupal	Proyecto grupal	Proyecto grupal	Presentación proyectos

8.3.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Este taller se llevará a cabo de lunes a viernes en horario de 9:00 a 13:30. Los destinatarios serán aquellos menores que integran el Programa, que tienen carencias en educación básica y que no estén matriculados en algún curso de educación formal. La aplicación de este programa podrá aplicarse a menores matriculados en la educación formal durante los periodos vacacionales.

Los espacios más adecuados para llevar a cabo este taller serán la sala común del grupo educativo, el aula, el polideportivo y los patios, según las necesidades de la actividad que se vaya a desarrollar.

Se llevará a cabo un proyecto de aprendizaje de manera trimestral.

Los recursos materiales que se utilizan, necesarios para el buen desarrollo de la actividad, son los siguientes:

- Material fungible (Pizarra, reproductor audiovisual, fotocopias individuales de las actividades, material escolar como lápices, rotuladores, folios, etc., globos, distintos tipos de papel, tubos de plástico, botellas de plástico de varios tamaños).
- Material para proyectos que se irá solicitando según necesidades, como, por ejemplo: engranajes y piezas de aglomerado, para realizar la maqueta de los movimientos de la Tierra. Juegos (Dixit, Jungle Speed, Dobble, Ritmo y bola).

8.3.4 EVALUACIÓN

Este taller se evalúa mediante la cumplimentación de un registro de actitudes y comportamientos. La valoración cuantitativa será 1: nunca, 2: pocas veces, 3: a veces, 4: con frecuencia, 5: siempre. El registro de observación se encuentra en el Anexo 6.

8.4 ASAMBLEAS

La asamblea es una herramienta metodológica de carácter pedagógico y terapéutico, así como un instrumento fundamental de participación que permite analizar los problemas existentes en la convivencia diaria, así como buscar medios para su solución que partan de las ideas propuestas por los propios menores.

A través de la asamblea se favorece la vida cooperativa en lugar del enfrentamiento, entendiendo la cooperación como el eje fundamental de la convivencia. Además, supone un encuentro constructivo entre los menores y el equipo educativo donde, cada uno desde su rol, trabajan en colaboración para plantear ideas en la solución de conflictos, evaluar conjuntamente la evolución del grupo y proponer nuevos objetivos y metas.

Por otro lado, la asamblea es un espacio horizontal que tiende a equiparar a todos los menores en el afrontamiento de los problemas, distribuyendo la responsabilidad de su solución a todos por igual.

La posibilidad de contar con todos los puntos de vista posibles, bajo la guía del personal educativo, favorece la aparición de nuevas soluciones creativas y promueve la responsabilidad personal individual en el compromiso por el cumplimiento de los acuerdos a los que se ha llegado.

También podemos encontrar otros beneficios terapéuticos en la utilización de las asambleas grupales. Entre estos beneficios se pueden destacar la confrontación de las distorsiones cognitivas de los menores por el resto del grupo, el modelado de habilidades sociales adecuadas, la puesta en práctica de estrategias cognitivas de análisis y solución de problemas, y el aumento de autoeficacia percibida, la autonomía, la empatía y la autoestima.

8.4.1 OBJETIVOS

Los objetivos generales de las asambleas son:

- Crear un espacio abierto para la expresión de las propias opiniones.
- Fomentar la participación, la cohesión grupal, favoreciendo la convivencia.
- Adquirir rutinas y habilidades adaptativas de solución de conflictos.

Así mismo, los objetivos específicos son los siguientes:

- Aprender a construir soluciones consensuadas ante las dificultades.
- Desarrollar las habilidades de comunicación para expresar asertivamente las ideas.
- Aumentar la comprensión empática del punto de vista de los demás.
- Aumentar la responsabilidad personal y el compromiso con las soluciones que se determinen grupalmente.
- Mejorar la capacidad de autoevaluación crítica.
- Aumentar la motivación por progresar en el cumplimiento de los propios objetivos.

8.4.2 ACTIVIDADES

Se realizan asambleas ordinarias en el grupo de convivencia y también asambleas generales con todos los menores del Programa. La asamblea general se concibe como un espacio en que puedan ampliarse más aún los puntos de vista ante las cuestiones tratadas. El hecho de que estén reunidos los menores de las diferentes fases educativas tendrá una doble función. Por una parte, servirá para que los menores procedentes de las fases educativas de mayor autonomía se erijan como modelos de conducta de cara al resto de menores; por otra parte, también aumentará la motivación de los menores procedentes de las fases de menor autonomía por progresar en sus objetivos.

La asamblea ordinaria se desarrolla a través de la siguiente rutina de actividades:

- Lectura del acta de la asamblea anterior para recordar temas tratados.
- Proposición de tema a abordar en la asamblea actual.
- Resumen de lo tratado y fijación de objetivos para la semana.
- Ruegos y preguntas

Por otra parte, la asamblea general se desarrolla a partir del siguiente guion:

- Lectura del acta de la asamblea anterior para recordar temas tratados.
- Proposición de tema a abordar en la asamblea actual.
- Dinámica grupal de para fomentar el proyecto educativo trabajado en el periodo establecido.
- Puesta en común, mediación y resolución de eventuales de conflictos entre iguales.
- Resumen de lo tratado y fijación de objetivos para la semana.
- Ruegos y preguntas.

8.4.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

En las asambleas ordinarias participan todos los menores del grupo de convivencia y en las asambleas generales, todos los menores del Programa. Se realizan asambleas ordinarias una vez por semana, con una duración de una hora cada una. Igualmente se desarrolla una asamblea general al mes, teniendo una duración de una hora y media. En la asamblea ordinaria se realiza en las dependencias del grupo educativo, mientras que la asamblea general, en el Salón de Actos del Centro. Los educadores del turno de tarde y los tutores de los grupos participan y guían las asambleas ordinarias y generales. En la asamblea general también está presente otro miembro adicional del equipo técnico.

8.4.4 EVALUACIÓN

La evaluación de las asambleas se realizará de forma continua por parte de todas las partes implicadas, tanto los profesionales como los menores. Por parte de los profesionales se valorará en nivel de participación, implicación y adecuación de los menores, a través de los instrumentos que se utilizan para valorar el comportamiento diario del menor.

Por parte de los profesionales, se valorará cualitativamente la eficacia de la actividad para la resolución de conflictos grupales y para favorecer la cohesión grupal, recogiendo propuestas de mejora para introducir las modificaciones oportunas, en caso de que se valore necesario.

De cara a facilitar el desarrollo de las asambleas y la continuidad en los temas abordados, se dejará constancia de cada una de ellas cumplimentando el acta que se recoge en el Anexo 7, debiendo señalar los participantes, los temas que se han tratado y los compromisos adquiridos.

8.5 SALIDAS PROGRAMADAS DE CARÁCTER TERAPÉUTICO

Concebimos las salidas programadas de carácter terapéutico como las salidas de los menores del espacio físico del centro, destinadas a realizar una actividad grupal que tiene un fin directamente relacionado con los objetivos terapéuticos programados en el Programa Individualizado de Ejecución de cada menor.

Las salidas programadas son una parte importante del programa de rehabilitación de los menores que integran el Programa de Atención por Dificultades en Salud Mental y / o Discapacidad Intelectual en la medida que suponen una generalización a contextos naturales de habilidades previamente aprendidas, suponiendo una oportunidad de integración social y comunitaria.

Son múltiples los beneficios que estas salidas pueden proporcionar a los menores del Programa. Entre los beneficios más destacados podemos señalar los siguientes:

- Proporcionan un alto grado de satisfacción y realización personal, siendo altamente motivantes para los menores, pudiendo utilizarse estas salidas como refuerzo positivo a los logros conseguidos por los menores.
- Favorecen la socialización de los menores, reintegrando a éstos en su comunidad.
- Dotan de sentido para los menores algunos entrenamientos que antes podían rechazar.
- Mejoran las expectativas de los menores respecto a su proceso de reinserción.
- Permiten evaluar de manera más precisa la evolución de los menores.
- Permiten entrenar múltiples capacidades de los menores ya que, al ser actividades altamente motivantes, se crean unas condiciones privilegiadas para el aprendizaje con reforzamiento inmediato.
- Facilitan el desarrollo de una buena relación terapéutica con los profesionales.
- Promueven el autocuidado del menor y favorece la adhesión a la intervención.

8.5.1 OBJETIVOS

Los objetivos generales de estas salidas son los siguientes:

- Facilitar el contacto progresivo con la comunidad.
- Motivar a los menores en su proceso de resocialización y aumentar la adherencia hacia la intervención.
- Generalizar los aprendizajes de los menores a contextos naturales.

Para ello, se han desarrollado los siguientes objetivos específicos:

- Promover la autonomía personal, entrenando en el contexto natural habilidades de la vida cotidiana (manejo del transporte público, manejo de situaciones imprevistas, uso de recursos comunitarios...).
- Desarrollar valores prosociales (empatía, cooperación, tolerancia, generosidad, ayuda mutua, solidaridad...).
- Conocer recursos de ocio saludable.
- Adquirir habilidades adaptativas de relación interpersonal en situaciones de interacción con otros miembros de la comunidad.
- Promover la cohesión grupal.

8.5.2 ACTIVIDADES

Se realizan salidas programadas de carácter terapéutico el menos una vez al mes, siempre y cuando haya un grupo suficiente de menores en condiciones de poder disfrutarlas.

Para seleccionar el destino de las salidas se aceptan propuestas que provengan de cualquier miembro del equipo educativo y técnico, así como de los propios menores. Todas las propuestas se tomarán en consideración y se decidirá su inclusión final por consenso entre los miembros del equipo técnico. Para poder ser seleccionadas, las salidas programadas tienen que responder a los objetivos terapéuticos previamente señalados.

8.5.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Podrán participar todos los menores que se encuentren en la fase educativa de Consolidación y también aquellos que se encuentren en la fase educativa de Preconsolidación, cuando el Equipo Técnico lo considere beneficioso para el menor.

Adicionalmente, para participar de estas salidas programadas, los menores deberán cumplir los requisitos para la concesión de permisos establecidos en el artículo 45 del Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Todo el equipo profesional del Programa está implicado en el proceso de propuesta y selección de estas salidas programadas de carácter terapéutico. Los menores estarán acompañados en todo momento durante el transcurso de las salidas por al menos un miembro del Equipo Educativo o Técnico.

8.5.4 EVALUACIÓN

Se evalúa cada salida realizada por parte del personal que haya acompañado a los menores, valorándose el aprovechamiento general de cada menor a través del interés y comportamiento mostrado. Para ello, se cumplimentará la ficha que figura en el Anexo 8.

8.6 TALLER DE ARTETERAPIA

La arteterapia consiste en emplear la creación artística para resolver los conflictos personales o psicológicos. Las actividades arteterapéuticas integran diversas disciplinas, como la pintura, la danza, la música, la dramatización o la escultura.

La actividad artística es un instrumento importante en el desarrollo de estrategias y recursos adaptativos, ya que integran diferentes dimensiones del ser humano. Resulta especialmente potente en ámbitos en los que el lenguaje verbal se muestra insuficiente, como una actividad de apoyo a otras estrategias terapéuticas.

Se parte de la idea de que todas las personas tienen la capacidad de crear, siendo la actividad artística un impulso innato de los seres humanos que estimula las capacidades del individuo, promueve el autoconocimiento, desarrolla la creatividad y facilita la expresión de sentimientos y pensamientos.

Para beneficiarse de la arteterapia no se precisa tener ninguna aptitud artística, ya que no se persigue un fin estético sino terapéutico. Lo más importante de la arteterapia no es el producto final, sino el proceso de creación y cómo a través de este proceso la persona consigue expresar y comunicar su mundo interior.

Los menores que participan en el Programa de Atención por Dificultades en Salud Mental y Discapacidad Intelectual, como se ha expuesto en este documento, presentan en muchos casos vivencias anteriores de victimización que no han sido gestionadas de manera adecuada, así como dificultades en la expresión ajustada de emociones y sentimientos. Por estas razones, se considera que la arteterapia es una herramienta valiosa para complementar otras actividades terapéuticas en la medida que facilita a los menores en abordaje de sus conflictos de una manera distinta, menos directa y menos invasiva a través de la creación de un espacio que promueve la libertad creadora.

8.6.1 OBJETIVOS

El objetivo general del taller de arteterapia es:

- Promover el bienestar personal y la resolución de conflictos personales a través de la creación artística.

Los objetivos específicos de este taller son:

- Potenciar la capacidad creativa.
- Aumentar el autoconocimiento.
- Facilitar la expresión de sentimiento, emociones y pensamientos.
- Promover vías alternativas para canalizar emociones negativas.
- Mejorar el autocontrol.
- Aumentar la autoestima.
- Aumentar la tolerancia a la frustración.
- Mejorar la flexibilidad cognitiva.

8.6.2 ACTIVIDADES

Para llevar a cabo esta actividad, se colabora con el Master Universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión social, que se lleva a cabo en la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad Autónoma de Madrid. Desde estas instituciones se proporcionan arteterapeutas que están cursando dicha formación, siendo éstos los responsables del diseño y la aplicación del taller, junto con los educadores tutores de los grupos de convivencia implicados.

Se realiza un taller grupal con una duración de una hora y media y una frecuencia semanal. Los grupos, que tienen un máximo de 10 participantes, se configuran en función de las necesidades terapéuticas y de los diferentes perfiles de los menores.

Los arteterapeutas dirigen las sesiones, mientras que los educadores tutores que se encuentran acompañando refuerzan la intervención y se encargan de mediar y resolver los posibles conflictos que puedan aparecer en el transcurso del taller.

La programación concreta de actividades depende de los arteterapeutas y puede variar cada año. En todo caso, esta programación se comunica previamente a los responsables del Centro, debiendo ser aprobada antes del inicio del taller.

Además del taller semanal, se establece una coordinación también semanal con el resto del equipo educativo y terapéutico a partir de la participación en la reunión del cambio de turno del día que aplican el taller. Por otra parte, se establece una reunión mensual de coordinación de casos con el equipo técnico de los menores que participan en el taller.

8.6.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Participan en este taller todos los menores que están incluidos en el Programa. Los recursos humanos con los que se cuenta son los arteterapeutas que proceden del Master universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social, así como los educadores tutores de los grupos educativos que participan.

El taller se desarrolla en un espacio amplio y multifuncional, preferentemente el salón de actos del Centro.

Los materiales a utilizar son amplios y varían en función de la actividad (papel continuo, diversos tipos de pintura, pinceles, arcilla, cartón, tinta china, lienzos, material reciclado...).

8.6.4 EVALUACIÓN

La evaluación de esta actividad se realiza mediante una memoria de actividades que los arteterapeutas realizan a lo largo del desarrollo del taller. Esta memoria se presenta al final del taller a los responsables del Centro.

Se realiza igualmente una reunión final de evaluación con los equipos técnicos de los menores que han participado, en la cual los arteterapeutas exponen los logros del taller, dificultades, evolución del grupo y evolución de cada participante.

8.7 TALLER OCUPACIONAL DE HORTICULTURA

La horticultura es la ciencia y el arte de cultivar frutas, vegetales, flores y plantas ornamentales, involucrando todos los procedimientos necesarios para que las plantas fructifiquen (Davis, 1998). El ser humano desde sus comienzos utiliza la naturaleza para su supervivencia por lo que los fundamentos de esta disciplina muestran la conexión que experimenta el ser humano al entrar en contacto con la naturaleza (Peña, 2011).

Desde la terapia ocupacional existen una gran cantidad de programas que cuentan con huertos y jardines, siendo numerosos los beneficios que tal actividad puede proporcionar. A este respecto, Sempik et al. (2003) realizaron un trabajo de análisis de diferentes proyectos terapéuticos que utilizaban la horticultura, concluyendo que esta actividad utilizada como terapia en jóvenes contribuía a mejorar la capacidad de atención y a disminuir los episodios de agresividad.

El trabajo con plantas requiere que la persona se desempeñe dentro de un ambiente abierto y que se vincule con otro ser vivo adoptando un rol de cuidador en un contexto rico en estímulos sensoriales naturales; por otra parte, requiere flexibilidad para asumir diversos roles, planificar y desplegar habilidades motoras, siendo además una experiencia creativa que genera sentimientos de autoeficacia (Herrera, 2017).

Según Peña (2011), los beneficios de la Terapia Hortícola u Horticultura Educativa Social y Terapéutica Son tanto cognitivos, como psicológicos, físicos y sociales, pudiéndose destacar los siguientes:

- Cognitivos:
 - Estimulación de la memoria.
 - Mejora de la concentración y aumento de la capacidad de atención.
 - Desarrollo de la capacidad creativa.

- Psicológicos:
 - Mejora del estado de ánimo.
 - Disminución de la ansiedad y del comportamiento conflictivo.
 - Desarrollo de la autoestima y del sentimiento de logro.
 - Mejora en el manejo de la frustración y de la ira.
 - Desarrollo de la paciencia y responsabilidad.
- Físicos:
 - Incremento de la motricidad fina y gruesa y la coordinación mano-ojo.
 - Estimulación sensorial completa.
 - Adquisición de hábitos alimenticios saludables.
- Sociales:
 - Aumento de la participación e interacción social.
 - Mejora de la cohesión del grupo.
 - Estímulo de patrones de funcionamiento social.

En el Programa de atención por dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual se desarrolla esta actividad creando un espacio al aire libre donde desarrollar las tareas y actividades necesarias para la ejecución, mantenimiento y disfrute de una huerta.

8.7.1 OBJETIVOS

Los objetivos generales de este taller son los siguientes:

- Aprovechar el huerto como un recurso terapéutico en la intervención con los menores.
- Desarrollar una actividad que retroalimente el esfuerzo, a la vez que sea motivadora y agradable para los menores.

- Acercar la naturaleza a los menores potenciando el encuentro de los mismos en situaciones favorecedoras de la comunicación y el intercambio interpersonal.
- Facilitar la adquisición de hábitos de vida saludable.

Asimismo, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Tomar conciencia de la necesidad y la importancia de la agricultura, las plantas y del mundo vegetal en nuestras vidas, respetándolo como seres vivos que son.
- Conocer los diferentes productos agrícolas, su procedencia y sus características.
- Conocer las técnicas básicas de siembra y cultivos.
- Aprender a respetar el calendario de siembra.
- Fomentar el trabajo en equipo, donde cada uno aporte los conocimientos y habilidades para sacar adelante este proyecto común y siendo partícipes de la organización de las diversas labores del huerto.
- Potenciar el desarrollo de la responsabilidad y desarrollar actitudes de iniciativa y solidaridad.
- Conocer el uso de las herramientas y utensilios necesarios para la realización de nuestro trabajo, valorando su mantenimiento y cuidado.

8.7.2 ACTIVIDADES

Las actividades que se desarrollan en este taller son:

- Preparación del terreno:
 - Eliminar malas hierbas.
 - Remover la tierra y mezclarla con sustrato (mantillo) para aportar más nutrientes y obtener unas condiciones óptimas para el cultivo.
 - Elaboración de surcos, lomos y eras para adaptar la siembra y el plantado de cada una de las especies a cultivar.
 - Siembra y plantado de semillas y bulbos.

- Mantenimiento de la huerta una vez hecha la siembra y el plantado:
 - Realizar las labores de limpieza de malas hierbas, hojas...
 - Realizar arreglos de desperfectos que se puedan ocasionar.
- Riegos:
 - Dependiendo de la demanda debido a las condiciones meteorológicas, establecer horarios de riego periódico del huerto.
- Recolección:
 - Respetando el grado óptimo de maduración y tamaño para la recogida de cada uno de los productos.
- Actividades complementarias:
 - Clases teóricas sobre alimentación, reproducción y función de relación de las plantas.
 - Visualización de videos didácticos sobre horticultura.
 - Realización de carteles informativos y divulgativos relacionados con el mundo agrícola.
 - Construir un espantapájaros.
 - Realización de un calendario con fechas de siembra, plantado, riegos y recolección.

8.7.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Se habilita un espacio específico para ser utilizado como huerto. Participan en el taller de horticultura todos los menores que integran el Programa y están implicados todos los profesionales de dicho programa, si bien un educador se encarga de coordinar la actividad, preparar los contenidos y desarrollar las actividades diarias del proyecto.

Con respecto a los recursos materiales, se utiliza material fungible (arenas, mantillo, bolsas de basura) y no fungible (azadas, azadones, palas, cepillos de barrendero, rastrillos, picos, mangueras, botas).

8.7.4 EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto se realiza de forma continua a lo largo de todas las fases del proyecto y por parte de todos los implicados, tanto los profesionales como los menores.

Por parte de los profesionales, se valora el nivel de interés e implicación de los menores. Por parte de los menores, se indaga en el grado de satisfacción con la actividad. Se recogen propuestas de mejora por ambas partes de cara a introducir innovaciones y modificaciones para el siguiente año.

8.8 TALLER OCUPACIONAL DE EDICIÓN Y DISEÑO GRÁFICO

La realización de una revista tiene como objetivo fundamental convertirse en un instrumento de participación y expresión para los menores que integran el Programa de atención por dificultades en salud mental y/o discapacidad intelectual. Igualmente se erige en un elemento motivador y una vía para el aprendizaje formal e informal.

Se pretende que todos los menores del Programa participen en la elaboración de esta revista, aunque teniendo en cuenta las competencias y habilidades de cada uno a la hora de asignar las tareas específicas. De esta manera, el trabajo conjunto de los menores dirigido a un objetivo común, tangible y que además se puede difundir, actúa como un elemento cohesionador que además pone en valor las diferentes cualidades individuales de cada uno de los menores.

Los beneficios que pueden obtenerse en el diseño y creación de una revista pueden concretarse en los siguientes:

- Proporciona oportunidades para ahondar en información relevante acerca de diversos temas de interés (académicos, actualidad, etc.).
- Sirve como aprendizaje práctico del uso adecuado del lenguaje (ortografía, gramática).

- Proporciona un canal de expresión y difusión de las propias ideas, emociones, opiniones, valores...
- Fomenta la cohesión grupal estableciendo un objetivo común.
- Refuerza y pone en valor las cualidades personales de cada participante.
- Aumenta la autoeficacia percibida.
- Estimula la creatividad.
- Mejora las habilidades de trabajo en equipo y aumenta la responsabilidad compartida.

8.8.1 OBJETIVOS

Los objetivos generales que se pretenden conseguir son:

- Conocer el proceso de elaboración y difusión de un medio de comunicación como es la revista.
- Establecer un canal de aprendizaje y desarrollo de competencias personales que resulte motivador para los menores.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Fomentar la iniciativa y la creatividad.
- Potenciar la autonomía y la responsabilidad compartida.
- Aumentar la autoeficacia percibida.
- Conocer los diferentes programas de edición y diseño que pueden utilizarse.
- Conocer las diferentes partes que componen una revista.
- Fomentar el trabajo en equipo, donde cada uno aporte los conocimientos y habilidades propios para el logro del objetivo común.
- Mejorar la competencia lingüística a través de la expresión escrita.
- Aprender las diferentes técnicas periodísticas.

8.8.2 ACTIVIDADES

Los menores se implican en todos los procesos de creación de una revista, desde la parte más creativa a la parte más técnica, según sus capacidades e intereses. Los menores proponen contenidos y luego se editan y maquetan en el taller de imprenta del Centro, donde también participan.

Finalmente, la revista se imprime y se distribuye por todos los grupos educativos del Centro.

8.8.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Participan en la elaboración de la revista todos los menores que están incluidos en el Programa, aunque la participación no es obligatoria, sino incentivada. Todos los profesionales están implicados, si bien un educador se encarga de coordinar la actividad, preparar los contenidos y diseñar las actividades diarias del taller. Se habilitan diferentes espacios en función de las tareas a realizar, como los grupos de convivencia y el taller de imprenta del centro. La revista tiene una periodicidad semestral, aunque esta periodicidad puede modificarse en función de la producción y el material que vayan aportando los menores.

Los recursos materiales son material fungible (papel, lápices, bolígrafos, rotuladores, cartulinas) y material no fungible (ordenadores, impresoras, software de diseño gráfico).

8.8.4 EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto se realizará de forma continua a lo largo de todas las fases del proyecto y por parte de todos los implicados, tanto los profesionales como los menores.

Por parte de los profesionales, se valorará el nivel de interés e implicación de los menores. Por parte de los menores, se indagará en el grado de satisfacción con la actividad. Se recogerán propuestas de mejora por ambas partes de cara a introducir innovaciones y modificaciones para el siguiente año.

8.9 TALLER DE AUTONOMÍA PERSONAL

El Programa de Atención por Dificultades en Salud Mental y Discapacidad Intelectual que se lleva a cabo en el CEMJ “Teresa de Calcuta”, tiene como finalidad proporcionar una respuesta específica de atención integral a aquellos menores infractores que se encuentran cumpliendo una medida judicial de internamiento y que presentan dificultades graves en su capacidad de adaptación asociadas a problemas de salud mental o a una discapacidad intelectual. De esta manera, a través del diseño e implementación de diversas actividades y proyectos en el Centro, se debe dar una respuesta completa y exhaustiva a las necesidades más importantes que estos menores puedan presentar.

Una de las necesidades más habituales que suelen presentar en mayor o menor medida los menores infractores con problemas de salud mental y/o discapacidad intelectual (especialmente éstos últimos) son los déficits en la gestión de su autonomía personal. Es decir, estos menores pueden tener dificultades para manejarse autónomamente en el control de sus recursos económicos, para encontrar un empleo, para utilizar el transporte público, para hacer uso de los recursos comunitarios, para llevar a cabo una higiene personal adecuada o para realizar de manera eficiente las tareas propias del hogar... En definitiva, en todas las habilidades y competencias necesarias para gestionar por sí mismos los aspectos básicos de la vida cotidiana.

En el desarrollo de estas competencias, además de las dificultades personales que estos menores pueden presentar, hay que sumar otras dificultades contextuales que también merman las oportunidades de desarrollar habilidades adaptativas y de autonomía. En muchas ocasiones, encontramos menores con altos niveles de institucionalización previa, ya que además de la medida judicial, algunos de ellos han tenido otros ingresos en centros especializados de carácter sociosanitario o incluso en unidades psiquiátricas. De esta manera, la institucionalización contribuye a aumentar las carencias en su autonomía personal y los pueden llevar a adoptar una actitud más dependiente en la gestión de su vida cotidiana. También es importante señalar que, no en pocas ocasiones, la medida

judicial marca un punto de inflexión en su proceso evolutivo cuando los menores cumplen la mayoría de edad durante el periodo de internamiento. Esto supone un cambio en cuanto a las exigencias sociales a las que se van a enfrentar, de tal manera que no desarrollar las correspondientes habilidades adaptativas y de autonomía en esta etapa podría suponer un déficit difícilmente subsanable en momentos posteriores, abundando en el riesgo de permanecer en una situación de exclusión social durante la edad adulta.

Por todo lo expuesto, las carencias en estas destrezas para la vida dificultarán gravemente el desenvolvimiento social, por lo que uno de los objetivos más importantes que han de proponerse en el tratamiento de estos menores infractores con problemas de salud mental y/o discapacidad intelectual es la promoción de la autonomía personal. Así, la capacitación de estos menores para que puedan llevar a cabo una vida más independiente y autónoma será una parte fundamental de su proceso de reinserción social. De ahí la necesidad de abordar estas habilidades de manera específica y estructurada a través del proyecto que a continuación se detalla.

8.9.1 OBJETIVOS

El objetivo general que este proyecto persigue es:

- Conseguir que los menores alcancen el máximo nivel de autonomía personal posible en su vida cotidiana, atendiendo a sus limitaciones y aprovechando sus potencialidades.

Los objetivos específicos son los que se exponen a continuación:

- Adquirir hábitos básicos de higiene personal.
- Adquirir pautas de alimentación saludable.
- Responsabilizarse de la toma de medicamentos y otros cuidados médicos.
- Aprender a hacer un uso enriquecedor del tiempo libre y de ocio.
- Aprender a usar de manera eficiente el transporte público.

- Diseñar itinerarios de movilidad para desplazarse en zonas urbanas.
- Desarrollar habilidades para la limpieza y mantenimiento del hogar.
- Aprender fundamentos de nutrición y cocina básica.
- Gestionar un presupuesto doméstico.
- Conocer los diferentes recursos sociales y de salud de la red comunitaria.
- Aprender a realizar trámites básicos con la administración.
- Aprender a realizar trámites básicos de carácter financiero.
- Diseñar un currículum vitae.
- Conocer diferentes herramientas y recursos relacionados con la inserción laboral.
- Desarrollar habilidades para realizar una entrevista de trabajo.
- Desarrollar hábitos para el mantenimiento del empleo.
- Comprender los documentos relacionados con la esfera laboral (nóminas y contratos de trabajo).
- Aprender a utilizar herramientas y recursos informáticos como ayuda en la gestión de las diferentes esferas de la autonomía personal.
- Generalizar los aprendizajes que se realicen en el Centro a situaciones reales de la vida cotidiana.

8.9.2 ACTIVIDADES

Este taller se divide en cinco bloques:

- **Higiene y salud.** En este bloque se trabajan aspectos del aseo personal, uso de ropa, ejercicio físico, alimentación saludable, uso de medicamentos y relaciones sanas con iguales.
- **Vida en el Hogar.** En este bloque se trabajan aspectos de la limpieza de la casa (hacer la cama, limpiar el polvo, organizar el armario, limpiar el baño, reparto de tareas domésticas); cuidado de la ropa (doblar y planchar ropa, poner lavadoras); cocina (poner el horno, usar microondas, poner lavavajillas, usar vitrocerámica); compra (presupuesto de compra, donde comprar y qué comprar); gestión del dinero (abrir una cuenta de banco, domiciliar recibos); y gastos del hogar (suministros del hogar, fianzas, compra de coche).

- **Transporte público.** En este bloque se trabaja la orientación, el uso de transportes públicos, planificación de rutas, interpretación de planos y uso de aplicaciones de movilidad.
- **Gestiones con la administración.** En esta área se trabajan las gestiones en diferentes recursos, como bandos, centros de salud, centros de salud mental, centros bases de atención a la discapacidad, gestión documental, declaración de la renta, impuestos, seguridad social y contactos con servicios sociales.
- **Empleo.** En este bloque se trabaja el conocimiento del SEPE, realizar un curriculum vitae, comprensión e interpretación de nóminas, modalidades de contrato, preparación de entrevistas de trabajo, recursos de búsqueda de empleo y el empleo protegido.

Estas actividades se desarrollan en sesiones de una hora, dos veces por semana, teniendo el taller una duración de 6 meses. La metodología es flexible, adaptando la comprensión de los conceptos utilizados a las características de los menores.

8.9.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Todos los menores del Programa participan de este programa. Aunque las habilidades de la vida cotidiana las tengan en diferentes niveles de desarrollo, se potenciará la cooperación entre los menores, pudiendo aquellos que las tienen más desarrolladas servir de soporte a aquellos menores que tengan más necesidades.

El tutor del grupo educativo se encarga de la aplicación del programa, si bien puede contar con otros miembros del equipo educativo, técnico, médico... para reforzar determinadas sesiones.

8.10 JORNADAS DE CONVIVENCIA FAMILIAR

La participación de las familias en el proceso terapéutico de los menores tiene una gran importancia dentro de todas las actividades que se realizan en el Centro, como figura en los principios metodológicos del programa.

Una forma de aumentar la participación de las familias y que conozcan la intervención que se hace en el Centro, se plantean estas jornadas periódicas de convivencia familiar, en la que las familias de los menores pueden entrar al Centro y compartir un tiempo con sus hijos en un entorno terapéutico.

8.10.1 OBJETIVOS

El objetivo general de estas jornadas de convivencia familiar es:

- Promover un acercamiento informal en el entorno del Centro de los menores con sus familias.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Aumentar la implicación de las familias en la intervención que se lleva a cabo con los menores.
- Dar a conocer a las familias las instalaciones donde los menores viven y hacen las actividades.
- Presentar a las familias al equipo profesional del Programa.
- Proporcionar un entorno distendido donde se pueda dar a la familia un feedback sobre la evolución de los menores.

8.10.2 ACTIVIDADES

Se realiza una jornada de convivencia familiar por semestre. Se contacta con las familias de los menores para ofrecerles la posibilidad de acudir al Centro. Se precisa el consentimiento de ambas partes (familia y menor). Los familiares que entran al Centro serán un máximo de dos y deberán estar previamente autorizados por la Dirección del Centro a mantener visitas con los menores.

El horario en el que se realiza esta jornada es de 14:00 a 16:00 y las actividades que se realizan siguen el siguiente orden:

- Entrada de las familias.
- Recepción por parte de un miembro de la Dirección o Subdirección del Centro. Durante toda la visita estarán acompañados del personal educativo y técnico que participa en el Programa.
- Bajada de los menores y encuentro con sus familias.
- Ruta guiada con todos por las instalaciones más representativas del Centro.
- Cada familia va al grupo de convivencia de su hijo y allí, el menor les enseña su habitación, pudiendo compartir un tiempo con ellos en estas dependencias.
- Encuentro general de todos en el salón de actos.
- Finalización de la jornada y cierre.

8.10.3 PARTICIPANTES, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Todos los menores que se encuentran en el Programa y que tienen familia pueden participar, siempre y cuando ambas partes estén de acuerdo y las familias estén autorizadas a disfrutar de visitas. Todos los profesionales que participan en el Programa de Atención por Salud Mental y/o Discapacidad Intelectual participan en estas jornadas.

8.10.4 EVALUACIÓN

Una vez finalizada la jornada, se reporta a la Dirección del Centro un informe donde se detalla el desarrollo de la actividad, participantes, incidencias y valoración general.

9 REFERENCIAS

- Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor
- ARMMI (2022). *Protocolo de Prevención e Intervención de Conductas Autolesivas y/o de Suicidio (PPICAS)*. Documento interno ARMMI.
- Andrews, D.A. y Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5rd ed.)*. LexisNexis Matthew Bender.
- American Psychiatric Assotiation - APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª Ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., van den Brink, W., Doreleijers, T., Broekaert, E. (2010). Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 255-263
- Davis, S., (1998). Development of the Profession of Horticultural Therapy. In Simson, S., Straus, M. (Eds.) *Horticulture as Therapy Principles and Practice* (pp. 3-17). Food Products Press.
- Dias S., Ware S., Kinner S. y Lennox, N. (2013) Physical health outcomes in prisoners with intellectual disability: a cross-sectional study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(12), 1191-1196.
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223-244.
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., y Goldstein, A. P. (1995). *The EQUIP Program: Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach*. Research Press
- González Guerrero, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, “modus

operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 19-39.

Herrera, C. M. (2017). Horticultura como medio de intervención: una mirada ecológica desde la terapia ocupacional. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*, 17(2), 169-174.

Ozamiz, J.A., Markez, I. y Ortiz, A. (2014). Propuestas de un modelo de recuperación en salud mental. *Norte de salud mental xii*, 48, 89-94

Penner, E.K, Roesch, R. y Viljoen, J.L. (2011). Young offenders in custody: An international comparison of mental health services. *International Journal Of FOrensic Mental Healt*, 10. 215-232.

Peña, I. (2011). Terapia Hortícola-Horticultura Educativa Social y Terapéutica. *Autonomía personal*, 4, 32–41.

Roncero, D., Benedicto, C. y González, L. (2020). Riesgo de reincidencia delictiva en menores infractores con trastorno mental. En J. Sanmarco, V. Marcos, Gancedo Y. y Seijo, D. (Eds.), *Libro de Actas - XII Congreso (Inter)nacional de Psicología Jurídica y forense*. (24-27). Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.

Rosillo, M., Hernández, M. y Smith, S.P. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.

Sempik, J., Aldridge, J., y Becker, S. (2003) *Social and therapeutic horticulture: Evidences and messages from research*. Loughborough University.

Slayter, E.M. (2016). Foster Care Outcomes for Children with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities* 54(5), 299–315.

- Teplin, L. Abram, K., Washburn, J., Welty, L., Hershfield, J., Dilcan, M. (2013). *The Northwestern Juvenile Project*. Washington, DC: Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Mericle, A. A., Dulcan, M. K., y Washburn, J. L. (2006). *Psychiatric disorders of youth in detention. Juvenile Justice Bulletin*. Washington, DC: Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Tort, V., Dueñas, R., Vicens, E., Zabala, C., Martínez, M. y Romero, D.M. (2016). La discapacidad intelectual y el ámbito penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(1), 25-33.
- Underwood, L., y Washington, A. (2016). Mental Illness and Juvenile Offenders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(2), 228.
- Young, C., Habarth, J., Bongar, B., y Packman, W. (2018). Disorder in the Court: Cluster B Personality Disorders in United States Case Law. *Psychiatry, psychology, and law: an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law*, 25(5), 706–723.
- Zhang, D., Barrett, D.E., Katsiyannis, A., y Yoon, M. (2011). Juvenile Offenders with or without Disabilities: Risk and Patterns of Recidivism. *Learning and Individual Differences* 21(1), 12-18.

