

La incidencia terapéutica en la actividad del Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial de Zaragoza.

Gonzalo García Prado. Trabajador Social del Centro de Educación e Internamiento de Menores por Medida Judicial.¹

1

Resumen:

El siguiente artículo va describiendo la incidencia terapéutica en el modelo de intervención educativa dirigida a menores infractores ingresados en el único centro de internamiento por medida judicial existente en Aragón. En él se van reflejando la concepción terapéutica que ha sido necesaria implementar, en coordinación con la intervención educativa, debido a los cambios en el perfil poblacional de la institución.

Palabras claves: internamiento, intervención educativa, terapéutico, menor, delincuencia.

Abstract: the following article will describe the therapeutic effect in the model of educational intervention targeted at young offenders admitted to the detention center only by a judicial existing in Aragon. It will reflect the therapeutic concept has been necessary to implement, in coordination with the educational intervention, due to changes in the population profile of the institution.

Keys words: internment, educational intervention, therapeutic, minor, delinquency.

Fecha de recepción: 13-05-13. Fecha de aceptación: 15-06-13.

I. Introducción.

La primavera de 1943 discurría tan discretamente en los laboratorios Sandoz como había finalizado el invierno y Suiza, el lugar donde se encontraban los mismos, seguía manteniendo su eterna neutralidad mientras Europa era el escenario en el que 60 millones de personas iban a dejar sus vidas en la segunda gran guerra. Albert Hoffmann, por aquel entonces, era un prometedor investigador que indagaba en las propiedades del cornezuelo del centeno, un parásito de los cereales que generó ingentes epidemias en el

1 Para contactar, Teléfonos: 976576137 y 652499696; Correos electrónicos: gonzagarciaweb@mixmail.com; trabajosocialrefor@gmail.com



Medioevo europeo, dando lugar a terribles casos de gangrena, pero del cual se podía extraer determinados alcaloides apreciados en la industria farmacéutica. Después de cinco años de la síntesis del compuesto 25 del ácido lisérgico, Hoffmann decidió retomarlo para establecer un análisis más detallado de sus propiedades pero aquella tarde de un viernes de trabajo tuvo que ser interrumpido porque el científico comenzó a encontrarse aquejado de una intensa inquietud y un cierto mareo. Posteriormente y a lo largo de varias horas la sintomatología aumentó y afloró otra mucha más grave y acusada, formada por alucinaciones coloristas, transformaciones de la realidad, y una intensa vivencia de extrañeza; su conclusión científica a todo ello era que estaba sufriendo un claro brote esquizofrénico. Sólo el transcurrir de las horas, y de la disipación del efecto del LSD-25, permitió corregir el diagnóstico del científico para llegar a la conclusión de que su salud mental seguía tan intacta como al principio de haber entrado en su laboratorio y que un elemento extraño había sido el causante del primer viaje alucinatorio en el que se embarcaría toda una generación.

Es curioso como el ser humano tiende constantemente a necesitar estructuras de referencia para interpretar la realidad, de tal modo que si se nos presenta algo desconocido, dígame un centro o institución determinada, inmediatamente rebuscaremos en el baúl de nuestra experiencia para encontrar ese algo que nos permita proyectar unas expectativas de aquello que nos va a acontecer. En definitiva el ser humano necesita de un suelo virtual sobre el cual proyectar su existencia para seguir creyendo que va caminando.

El Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial es inicialmente para los menores recién internados, para familiares de éstos y para profesionales, una incógnita con la cual deben de enfrentarse, lo que les exige ir construyendo ese suelo al que anteriormente hacíamos referencia. Y en este punto, en el de la recreación fantástica, el CEIMJ abandona su nomenclatura para pasar a ser “el reformatorio”, y ahí es donde amanece ese imaginario colectivo en el que el cine, la literatura y las miles de historias que hemos ido oyendo a lo largo de nuestra vida han ido creando un paisaje poblado de tipos violentos, vestidos con pijamas naranjas, músculos imposibles y tatuajes identificativos de bandas y otras corporaciones similares.



Este hecho, que ha sido y sigue siendo constatable clínicamente, es un hándicap; de hecho, nos sitúa a los profesionales que intervinimos en él en las antípodas del escenario adecuado para implementar una intervención, llámese educativa o terapéutica. El desmontar todo ese aparataje ficticio se va consiguiendo con el peso de la realidad que los protagonistas de la escena van viviendo, pero no por ello se disuelve de la misma manera una cruda realidad, en la que un menor cuya trayectoria vital, generalmente, ha estado encuadrada en un sistema socio-familiar donde los roles, las normas, horarios, los afectos, los referentes... difieren notablemente del ideal que propone la Ley de Infancia, donde se obliga a limitar libertad del menor a un espacio comprimido, a que sus derechos como ciudadanos queden restringidos y a que indudablemente existe una resistencia del menor a todo ello. Este es sin duda el panorama en que los profesionales nos encontramos y donde se exige que se implemente toda intervención terapéutica y educativa.

II. Presentación del CEIMJ.

El Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial (CEIMJ) es la única institución en toda la Comunidad Autónoma de Aragón dirigida al cumplimiento de las medidas judiciales de internamiento para jóvenes en aplicación a la normativa L.O. 5/2000 con respecto a la responsabilidad penal del menor.

El centro es destinado al cumplimiento de todas las medidas de internamiento por orden judicial (lo cual puede conllevar desde un fin de semana a más de 8 años) para todos aquellos individuos que durante la comisión del delito su edad comprendiese entre los 14 a 18 años, teniendo en cuenta que cuando la medida impuesta conlleve que el joven internado cumpla la mayoría de edad pueda seguir residiendo en la institución hasta los 21 años, e incluso en determinados casos más allá de esta edad.

La distribución por sexos denota que mayoritariamente los menores internados son generalmente varones variando a lo largo de los años el porcentaje su porcentaje entre el 85% al 95%.

Con respecto a la edad, la franja mayoritaria a lo largo de los años es la comprendida entre los 16 a 17 años.



Otra tendencia que hemos ido observando es el aumento de la población de origen extranjero, situándose en el año 2011 por encima del 53%. Dentro de éste grupo las nacionalidades han ido variando, pudiendo observarse como cada vez van teniendo más presencia los internos de origen latinoamericano, y por otro lado la disminución considerable del grupo denominados MENAS (menores extranjeros no acompañados) de origen magrebí.

Los delitos por los cuales son internados se estratifican en tres grandes grupos: delitos contra la propiedad (hurtos y robos), delitos contra las personas (robos con intimidación, robos con agresión, peleas...) e incumplimientos de la libertad vigilada.

El tiempo de estancia de internamiento va sufriendo variaciones a lo largo de los años pero suele rondar entre los tres y seis meses.² Durante el año 2011 se ha ido comprobando como sigue en aumento los ingresos con régimen terapéutico así como el cumplimiento de internamiento por fines de semana frente a un descenso en los internamientos de régimen cerrado.

III. El sentido del elemento terapéutico.

A través de los términos Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial (CEIMJ) se da a conocer a la población lo que antiguamente se consideraba como reformatorio, o aquí en Zaragoza, más propiamente, “el Buen Pastor”. Toda una metamorfosis de palabras, y de conceptos, para constatar, parafraseando a Bob Dylan, que los tiempos cambian y que con ellos nosotros y las instituciones. La distancia, en el tiempo, entre el antiguo Buen Pastor y el presente CEIMJ es algo innegable, al igual que también lo es la realidad de aquel momento frente al actual. Poco queda de la forma y el modo de cómo nuestros predecesores entendieron y afrontaron la delincuencia juvenil del modo y manera que hoy nosotros la entendemos. Pero con ello no queremos infiltrar un mensaje subliminal que pueda generar una idea equívoca de que nosotros, por venir después, nos creamos más modernos o más vanguardistas que ellos. Su trabajo lo entendemos como un legado de experiencia que nos sirve de referencia, y el valor fundamental del mismo radica en un modo de interpretar y actuar frente a una realidad

2 Anteriormente a 2010 se situaba alrededor de los 150 días. En 2010 era de 131 días.



determinada y concreta. Y ese diagnóstico social de aquel momento, así como la praxis realizada ha sido tan moderno o experimental como la que nosotros podamos llevar actualmente en otro escenario radicalmente distinto al que los antiguos profesionales se enfrentaron. Y sin embargo algo ha cambiado, o más bien casi todo ha cambiado. En primer lugar los menores, y también los profesionales, y es que por mucho que lo intentemos, somos hijos de nuestro tiempo, un tiempo que en el transcurrir de treinta años la actualidad es una ciencia ficción de los años 80.

Aún cuando el área terapéutica se constata como una realidad palpable en el año 2005 con el traslado del centro de reforma desde el antiguo Buen Pastor a las nuevas dependencias ubicadas en Juslibol, y se crea un espacio físico determinado y denominado como sección terapéutica, la necesidad de introducir un ámbito de influencia de una propedéutica terapéutica ya sobrelaba en las distintas intervenciones que eran llevadas a cabo en el quehacer de la actuación profesional. Hasta ese momento el modelo de intervención educativa se basaba en los clásicos pilares conductistas, entendiendo que las conductas disruptivas ocasionadas por una población juvenil, el cual presentaba un perfil muy determinado, se originaban por una falta de contención, baja tolerancia a la autoestima, inexistencia de elementos normalizadores y positivos de referencia, de un contexto sociofamiliar marginal. Esta forma de intervención alcanzaba hasta unos límites y daba respuesta eficaces a un determinado perfil de menores, sin embargo se podía comprobar cómo algunos de los menores internados vivían en un conflicto continuo y exacerbado con la institución o como los índices de reincidencia se repetían en grupos determinados, donde algunos de los cuales volvían al centro, o ya dada su condición de mayoría de edad, ingresaban en el centro penitenciario de adultos. La incorporación de nuevos profesionales, de áreas distintas a la educativa, permitió generar una nueva visión del menor, no centrándose en la conducta observable, si no ir un poco más allá e introducirse dentro de la singularidad y subjetividad del menor, y reinterpretar desde unos parámetros que irá facilitando el menor el sentido de su conducta. “La individualización de la intervención supone ajustar el tratamiento a las necesidades y factores de riesgo y protección que presenta cada menor. Si hasta ahora ha venido desarrollándose una intervención global sobre las circunstancias generales de desarrollo del menor, dando por hecho que éstas tienen una relación directa con los comportamientos que son constitutivos del delito penado, desde la Agencia intentamos



avanzar en el análisis y la comprensión de su comportamiento antisocial, entendiéndolo como resultado no sólo de factores genéricos, sino también de otros factores, tanto externos como internos, específicos y determinantes en cada individuo.

Y para ello se plantea la llegada de un nuevo menor, no como un menor delincuente más que se caracteriza por el tipo de delito que ha cometido, sino como una incógnita, a la cual deberemos de ir conociendo desde las distintas áreas de intervención del centro para poder ir ensamblando una idea general. Esta nueva perspectiva de trabajo obliga a que las estructuras rígidas con las cuales se intervenía y donde el menor era el que debía de adaptarse a ellas, ocasiona que la institución deba de ir mutando su forma de trabajar a expensas de la particularidad de cada nuevo menor”. (Biezma, 2010, p.11)

El marco jurídico que sustentan el sentido de la intervención terapéutica en un centro de internamiento judicial para menores queda encuadrado dentro de la ley orgánica 5/2000 reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Donde se expresa que el objetivo último de dicha normativa es aplicar un modelo de intervención basados en “... la reeducación de los menores de edad infractores, en base a las circunstancias personales, familiares y sociales...” (L.O. 5/2000, p. 1422). Para llevar a cabo tal fin en la disposición de motivos de la presente ley comienza a detallar las diferentes medidas que podrán implementarse, y en particular las medidas destinadas al internamiento: “...El objetivo prioritario de la medida es disponer de un ambiente que provea de las condiciones educativas adecuadas para que el menor pueda reorientar aquellas disposiciones o deficiencias que han caracterizado su comportamiento antisocial...” (LO 5/2000, p.1424). Siguiendo el texto, éste habla de que la institución tiene que generar un clima de seguridad para que el menor sea capaz de llevar un proceso psicológico normalizado.

El marco jurídico establece un objetivo final claro, pero a la vez establece un contorno sobre el cual debe de desarrollarse la intervención, es decir, establece los límites que deberán de tenerse en cuenta a la hora de trabajar, y dichos límites, no sólo se ejercen su función de barrera de la intervención, sino que son también se postulan como referentes a tener en cuenta. En este caso se explicita la necesidad de llevar a cabo todas las intervenciones en un “ambiente” propicio. Con ello queda claro que se delimita el espacio pero también lo define.



Entendemos que una institución educativa para poder ejercer su función no puede quedarse en la implementación de una estructura rígida a la que adaptarse sus internos, sino que deberá de facilitar un clima de facilitación, a medio camino entre lo educativo y lo terapéutico, donde cada una de estas dos áreas facilite el alcance de los objetivos de sus propias áreas, de las otras, así como de las comunes; y para ello entendemos que la acción terapéutica y educativa no puede restringirse a una sección determinada o particular, sino que en la medida de lo posible se extienda a toda la institución para que todos los menores puedan beneficiarse de la misma. Más allá del concepto terapéutico global, que entendemos que se busca para el centro, establecemos la necesidad de generar un área particular y determinada donde se priorice una labor primordialmente terapéutica.

La medida de internamiento terapéutica

Entre los diversos tipos de internamiento (cerrado, semiabierto, abierto...) destacamos particularmente, y por el enfoque del presente documento, el terapéutico, el cual la presente ley define su finalidad como “El internamiento terapéutico se prevé para aquellos casos en los que los menores, bien por razón de su adicción al alcohol o a otras drogas, bien por disfunciones significativas en su psiquismo, precisan de un contexto estructurado en el que poder realizar una programación terapéutica, no dándose, ni, de una parte, las condiciones idóneas en el menor o en su entorno para el tratamiento ambulatorio, ni, de otra parte, las condiciones de riesgo que exigirían la aplicación a aquél de un internamiento en régimen cerrado”. (LO 5/2000, p.1425).³

El hecho de que exista el internamiento terapéutico va dirigido en una doble acción: por un lado reconoce el sistema judicial la existencia de una problemática social donde manifiesta que una parte de los menores infractores se encuentran dentro una espiral vital desestructurada donde o bien, el consumo de psicoactivos es una constante rutinaria en sus vidas, con todos los inconvenientes que suele conllevar el consumo de drogas (riesgos sanitarios, compra de sustancias ilegales, formas de conseguirlas,

3 Posteriormente en el Título II, artículo 7, con respecto al apartado sobre la enumeración de las medidas susceptibles de ser impuestas a los menores, se vuelve a especificar en el apartado 1. d, el internamiento de carácter terapéutico.

maneras y modos de consumirlas...), o bien las conductas disruptivas que generan la trasgresión de la norma, se hayan envueltas en circunstancias donde la sospecha de la existencia de un trastorno mental, concluso o incipiente, puede dar, sino un sentido, si un significado a la existencia de dicha conducta. Pero más allá del reconocimiento del problema, el internamiento terapéutico se convierte en el instrumento más óptimo para dar respuesta a un problema que trasciende los límites de lo educativo y se adentra en el terreno de la salud mental.

Ahondando en la relación medida- carácter terapéutico la ley orgánica 5/2000 señala en su artículo 7 la doble posibilidad de "...esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo..." (LO 5/2000, p.1427). Y en el caso de que al menor se le hayan impuesto medidas de distinta naturaleza la presente ley señala la necesidad de priorizar aquella que sea carácter terapéutica frente a las demás.⁴ Más allá del internamiento la norma no pierde de vista la importancia del concepto terapéutico y por ello es capaz de instrumentalizar otras medidas que trascienden del puro carácter educativo o punitivo, reseñando la importancia de entender y aplicar una concepción de la conducta disruptiva como un hecho que exige un análisis holístico⁵ y abarca un modo de intervención que suele salirse de los cánones educativos tradicionales, de ese modo nacen los tratamientos ambulatorios, asistencias a centro de día, o condiciones determinadas (asistencia a recursos propios de salud mental) contenidas en las libertades vigiladas. Incluso, avanzando en la ley, ésta capacita al juez, si así lo viera conveniente, que el internamiento no se llevara a cabo en el centro o centros específicos para estos fines, sino que se produjera el cumplimiento de la medida en lo que llega a denominar centros socio-sanitarios.⁶

Más allá de la ley orgánica 5/2000 en 2004 aparece un Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio donde se lleva a cabo el desarrollo de la ley orgánica y de la cual resaltamos algunos conceptos que pueden ser interesantes para la materia que intentamos presentar:

El artículo 27 con respecto al internamiento terapéutico establece:

4 Artículo 47, 2. 2ª correspondiente a la LO 5/2000.

5 Esta concepción es respaldada por otros países europeos, y algunos de ellos, como Francia, se remontan a mediados del siglo pasado con su normativa Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

6 Artículo 54, 2 correspondiente a la LO 5/2000.



-Serán los especialistas del centro quienes elaboren un programa de tratamiento de la problemática objeto del internamiento.

-En el caso de que implementar un tratamiento dirigido a la deshabituación de psicoactivos y el menor se niegue a iniciarlo o lo suspenda se informará de lo sucedido al juzgado.

-Cuando sea considerado por la institución que las mayores garantías del éxito terapéutico del menor deban de concluirse en centro socio-sanitario, éstos lo explicitarán al juzgado.

Por último ésta norma reconoce la posible gravedad de algunos menores, ya sea procesalmente o circunstancial, eximiendo de la aplicación del régimen disciplinario a aquellos menores cuya medida sea terapéutica a tenor de la constancia de una "... una anomalía o alteración psíquica o de una alteración en la percepción que les impida comprender la ilicitud de los hechos o actuar conforme a aquella comprensión, mientras se mantengan en tal estado." (RD 1774/2004, p.30145).

Cambios en el perfil del menor internado.

Como referíamos en líneas anteriores, los cambios que se han ido generando a lo largo de los años, tanto en el sistema judicial de menores, como en los recursos que se han ido implementando son motivados, fundamentalmente, por un cambio en el perfil de los menores infractores:

•**Origen extranjero.** Frente a que hace una década los menores internados solían ser nacionales, desde hace ya varios años la población inmigrante extranjera llega a alcanzar porcentajes de internamiento dentro del CEIMJ muy elevados. Menores magrebíes, ciudadanos del este, principalmente rumanos, y población sudamericana o centroamericana, son los grupos más numerosos, pero a la vez puede observarse como incluso dentro de esta tendencia se dan variaciones considerables, así pues, con el nuevo contexto socioeconómico la figura del menor extranjero no acompañado de origen marroquí, ha ido diluyéndose, para dar paso a un mayor protagonismo a menores nacionales hijos de extranjeros afincados en España.



•**Consumo de drogas.** Tradicionalmente éste tipo de población ha estado relacionada con el consumo cotidiano de estupefacientes, los cuales han ido variando en función del marco espacio temporal. Actualmente se sigue observando dicha relación donde las sustancias legales (tabaco y alcohol) son las más corrientes en su uso y disfrute casi al mismo nivel que el cannabis que desde hace años se ha consolidado como la droga ilegal de mayor cotidianidad y frecuencia. Paralelamente a éstas hay un uso más esporádico y experimental de otros psicoactivos que se restringe al grupo de los estimulantes (derivados de metanfetaminas y cocaína) y en determinadas edades y contextos más degradados la inhalación de disolventes. En menor medida que los anteriores, también se ha observado consumo de fármacos psiquiátricos, y a nivel muy residual de heroína.

Más allá de la diversidad de sustancias, hemos podido constatar una diferencia significativa en la cantidad y sobre todo en el modo de consumo. Frente al tradicional uso comunal, compartido y encuadrado en situaciones festivas, cada vez es más observable el consumo de algunas de estas sustancias de forma cotidiana, en soledad y en todas circunstancias sin que sea necesaria la excepcionalidad del momento.

•**Contactos con recursos de salud mental.** Es difícil deslindar el apartado de salud mental del consumo de drogas porque en muchas ocasiones existen una concomitancia entre ambas, sin embargo en éste apartado nos parece interesante resaltar ambas áreas aún cuando, como ya veremos más adelante, es imposible hablar de una sin tocar la otra. En lo concerniente exclusivamente a salud mental hemos podido comprobar cómo cada vez es más frecuente que los menores internados presenten un itinerario de contactos con recursos de salud mental, que van, desde la mera consulta al psiquiatra infanto-juvenil de referencia, al inicio o tratamiento farmacológico, ingresos en agudos o estancias temporales en centros psiquiátricos.

•**Cambios en el status económico.** La delincuencia ha sido asociada a estratos de población cuyo nivel económico era bajo o extremadamente bajos. Individuos que desde su origen han convivido en contextos marginales donde las conductas

delictivas son modo o forma de conseguir el aporte económico. En la actualidad éste tipo de población sigue estando representada en el CEIMJ, pero también es observable otro tipo de internos cuyo delito (violencia de género, peleas, agresiones sexuales...) nada tiene que ver con el acceso a recursos económicos lo que hace que sea indiferente el status económico.

•**Variaciones en el delito.** El robo con violencia o con intimidación es el delito más corriente entre los internos del CEIMJ, pero en la última decena de años han ido apareciendo otras nuevas conductas disruptivas que también forman parte de la nueva radiografía o perfil del menor internado. Dentro de estas podemos encontrar el incumplimiento de la libertad vigilada, la violencia de género, o la violencia intrafamiliar.

•**Hijos adoptados.** Y en particular es interesante reseñar como el número de casos de menores adoptados han ido apareciendo, no en un porcentaje considerable, pero sí a lo largo del año siempre hay varios casos. Dichas situaciones muestran un perfil diferente al conocido, ya que se constata un apoyo familiar, hay un nivel socioeconómico y cultural de la familia adoptante medio o alto, no hay una tradición delincencial en la familia adoptante y el tipo de delitos suelen ir del tradicional robo con violencia o intimidación a la violencia intrafamiliar del menor hacia uno o ambos padres.

IV. La incidencia de lo terapéutico en el centro.

a. En la estructura.

a.1. Con respecto al centro en general.

La arquitectura del centro dista mucho de la capacidad de generar un ambiente agradable, facilitador de un contexto terapéutico, jerarquizando la necesidad de la contención por encima de cualquier necesidad. Éste es un hándicap con el cual los profesionales actuales tienen que lidiar día a día para limarlo en lo máximo a través de todos los demás medios que pueden ponerse en marcha: normativa, actividades, dinámica relacional, metodología de intervención, reconversión de espacios, usos de los

tiempos... Sin embargo frente a éste diseño “no facilitador” el centro actual también aporta toda una serie de ventajas que con relación al antiguo centro no ofrecía.

Por un lado está la *variedad de espacios*, lo que permite que el menor no esté constantemente referido a un mismo espacio para todo tipo de actividades, y a la vez las distintas zonas están destinadas para diferentes actividades. *Necesidad de tránsito* para dirigirse de un espacio a otro, lo que induce al movimiento y a entrar y salir de un contexto a otro. *Variedad en los elementos físicos de los espacios* (sitios cerrados, completamente abiertos, posibilidad de otear el horizonte, espacios verdes, espacio amplios, espacios recogidos, espacios públicos, espacios privados, individuales, colectivos, monocromáticos, inundados de colores o de objetos, propios de cada estación del año, ordinarios y puntuales, festivos...). *Mutabilidad de los sitios*. Otro aspecto importante del centro es permitir que el menor, tanto como individuo, como grupo, haga suyo el espacio, modificando, en función de las posibilidades, la arquitectura, o diseño, que le rodea, para que se dé una identificación entre él, o ellos, y su entorno.

a.2. Con respecto a la sección terapéutica.

En el año 2006 el centro dirigido para el cumplimiento de medidas judiciales cambia de lugar para trasladarse de las antiguas instalaciones situadas en el barrio de Valdefierro a un nuevo edificio situado en el zaragozano barrio de Juslibol. Con este cambio, no sólo surge la posibilidad de poder hacer uso de una estructura nueva, la cual permite contar con nuevos espacios, con mayor capacidad de tránsito para los menores, más posibilidades para conjugar los grupos, sino que también posibilita la creación de un espacio específicamente terapéutico. Hasta ese momento la posibilidad de contar con un área que pudiera responder a las exigencias que determinaba la ley 5/2000 en relación al cumplimiento de medidas terapéuticas no era completamente posible, cuando menos no visible, a nivel arquitectónico. En 2006 Con el aterrizaje en el nuevo centro se establece una nueva propuesta organizativa de secciones entre las cuales ya está incluida la sección terapéutica.

Inicialmente la sección se encuentra, al igual que el resto de módulos, a excepción de la sección de semiabierto, a un lado del pasillo central compartiendo el área con los servicios de salud y salud mental. Como en las secciones cerradas, está construida con

dos subsecciones (división vertical) de forma que se puedan realizar diferentes agrupaciones de menores.

La distribución inicial se estructuraba en una doble ala de la siguiente manera:

- El ala derecha dirigida para menores que acaban de ingresar o en situación de separación de grupo. En la planta baja estaba ubicada el área de salud y de salud mental donde se encontraba un despacho médico, un despacho de enfermería y sala de curas, tres despachos/habitaciones que siguen siendo utilizados para atender a menores, una zona de ocio al aire libre y cerrada para ingresos o menores en situación de separación de grupo. Sobre ella en la planta primera se encuentran seis habitaciones destinadas para menores que acaban de ingresar o en situación de separación de grupo.
- Y el ala izquierda dirigida para menores con medida de Internamiento Terapéutico. En la planta baja se encuentra una sala de estar polivalente, un aula, un office y una zona de ocio al aire libre y cerrada para menores con medida de internamiento terapéutico. Sobre dicha planta se encuentran las seis habitaciones destinadas para los menores propios de la sección.
- Para ambas alas se comparte un control de seguridad, un almacén y un despacho de educadores.

Teniendo en cuenta que la edificación en sí es inamovible, inicialmente a la hora de ubicar el área terapéutica, se pensó la necesidad de organizar la sección cerca de las salas dirigidas a salud y salud mental. Con ello lo que se pretendía es generar un paisaje cotidiano, común, donde las figuras de los técnicos no fuera una rara avis del lugar sino todo lo contrario unos elementos propios y comunes en ese contexto. La *cotidianidad* generaba un vínculo de familiaridad donde la frecuencia del encuentro entre los menores y los técnicos se traslada a lo cotidiano. Junto a ésta idea también estaba el concepto de *proximidad* y de facilitación de las salas cotidianas de residencia a las de atención sanitaria.

Otro de los aspectos a tener en cuenta fue la *proximidad a la denominada área de separación de grupo*, la cual tradicionalmente, iba dirigida a aquellos internos que hubieran ocasionados conductas muy conflictivas en la dinámica ordinaria del centro y

por tanto tenía un carácter eminentemente punitiva. A través de la experiencia pasada, y también la obtenida y recogida en instituciones totales semejantes o no a la presente, habíamos constatado que en determinados momentos algunos de estos jóvenes podían iniciar toda una escalada de conductas disruptivas, totalmente descontroladas, que precisaban de un control externo para que no se originaran situaciones peligrosas, tanto para el entorno, como para el propio joven. Ante esto habíamos observado que algunos de ellos, cuando eran expuestos a un contexto físico donde el número de estimulaciones bajaba a casi cero, se producía una mejora en el estado emocional y psíquico del interno. Ésta hipótesis nos hizo plantear la posibilidad de que el paso a separación de grupo, es decir a un contexto cero en estímulos, pudiera entenderse por parte de los menores como un instrumento de prevención e intervención reconocido por ellos, y por lo tanto pudiendo ser solicitado por propia voluntad. Evidentemente ello conllevaba la necesidad de un reconocimiento por parte del menor de su estado “crítico”, de que el paso a la otra área sería bueno para su equilibrio y directamente proporcional el menor eliminaba el matiz de castigo que suponía. Por su puesto había un elemento de voluntariedad a la hora de entrar y salir de dicha área, pero también se le trasladaba al menor la capacidad, o responsabilidad, de ser capaz de evaluar su propia situación. El hándicap era que en otras ocasiones la entrada no voluntaria de internos en estado de agitación a separación de grupo, podía dar lugar a situación de crispación en el grupo terapéutico inducido por la proximidad de un espacio a otro.

A diferencia que el resto de las secciones, el módulo terapéutico suponía ***un 50% del tamaño de cualquier otra sección***, lo que condicionaba, inicialmente el número de internos máximos que podía albergar. Esta circunstancia tampoco fue algo que ocurrió al azar, sino que desde un primer momento se consideró la necesidad de que el grupo de internos fuera reducido, en un número no superior a seis. Con ello la hipótesis de trabajo se fundamentaba en que el clima de la sección tendería a estar bajo en estímulos, con pocas interacciones, y a la vez permitía que pudiera llevarse un trabajo más personal, más individualizado.

b. En la metodología (dentro del área específicamente terapéutica).

Los centros de reclusión tradicionalmente han perseguido la “eliminación del sujeto”, entendiéndolo en sentido figurado, como la conversión del individuo en un elemento

más de una masa organizada que deja de lado sus subjetividades. Hay un proceso de inmersión donde la institución engulle a sus internos, donde el establecimiento cae con toda su inmensidad y sus habitantes pasan a un segundo plano, un lugar donde éstos deben de generar un proceso de adaptación al nuevo sistema para empezar a recoger su nuevo papel dentro de una macroestructura rígida e inamovible.

Este proceso no se restringe únicamente a las entidades judiciales de carácter punitivo, también se dan determinadas grandes empresas, en acuartelamientos militares, centros residenciales... Esta circunstancia, ajena incluso a la forma o modo de trabajo, organización de la institución es innata en éstas grandes entidades, ayudando por un lado a generar una corriente de inercia en la que es arrastrado todo el mundo, dando lugar a una cierta normalidad, pero sobre todo generando una estructura de rutina que permite orientarse al interno día a día. Pero también, ya centrándonos en los menores internados en centros de reforma, y dado el sentido de la ley 5/2000, es fácil perder la individualidad, lo singular, lo concreto de cada interno. Biezma (2010) explica muy bien cuál es el sentido y la necesidad de reconocer la individualidad de cada menor, y sobre todo apoyándose en la intervención que se le va a exigir: “Todo ello tiene un valor fundamental, no sólo en el sentido de personalizar el tratamiento sino también, y esto es mucho menos reconocido, en el de atender al hecho delictivo de forma específica, tal y como se desprende del último párrafo anterior, puesto que esas circunstancias a las que se refiere deben marcar la especificidad tanto del menor objeto de intervención como del delito que, finalmente, no es sino una actuación concreta y determinada de la persona”. (Biezma. 2010, p.11). Los sistemas y los recursos monolíticos, estancos, dan respuestas parciales, y posiblemente generales, a un tipo de población, pero se muestran ineficaces antes necesidades o situaciones que se presentan fuera de la órbita general y común de su radio de intervención, si a ello añadimos que indiscutiblemente toda la producción humana es hija de un tiempo determinado cualquier variación del contexto social provocará una incapacidad o ineficacia de los sistemas o recursos mencionados. Por ello las políticas sociales ahondan cada vez más en la necesidad de potenciar la capacidad plasmática de sus servicios, en que sean capaces de amoldarse a las nuevas idiosincrasias que presentan continuamente los usuarios de las mismas. En el caso de la justicia juvenil aún es más evidente por las transformaciones de todos aquellos elementos que rodea a la infancia y a la juventud: cambios en el modelo educativo y



formativo, transformación de las perspectivas sociales, nuevas producciones tecnológicas, cambios poblacionales, aparición de nuevos rasgos culturales, éticos, políticos o sociales...

Particularmente con la medida judicial de internamiento se hace coincidir dos elementos que anteriormente hemos referenciado, por un lado la gran institución, y por otro lado el nuevo menor como “hijo” de su tiempo y con toda su particularidad significativa. Esta sería la premisa inicial con la cual se encuentra el profesional a la hora de afrontar su trabajo frente al nuevo menor. Partiendo de las líneas anteriores a continuación vamos a desarrollar la propedéutica metodológica que generaliza la intervención educativa-terapéutica en la sección terapéutica, dejando a un lado la que pueda llevarse en otras secciones, aunque hemos de subrayar que muchas de las intervenciones que iremos desgranando son enteramente compartidas o implementadas en menores residentes en otras secciones, o incluso de forma general en otra sección.

Elementos de intervención.

La labor del educador trasciende de la acción constante como regulador de la situación o guía de los menores, su presencia ejerce la función de ***acompañamiento*** en momentos, o procesos, donde la directriz o la palabra pueden generar un efecto adverso o negativo en el menor. Para llevar a cabo dicha función el educador observa y valora la situación del menor y ejerce la función por petición expresa o implícita del menor. “... es posible pensar que el logro de un acompañamiento terapéutico se basa principalmente en la necesidad de adaptar el "setting" de acuerdo a las características e historia de cada uno” (Nivolini, 2008, p.5). Ello conlleva, como se observará más adelante, encontrarse “un paso más atrás” de la iniciativa del menor.

Generar un clima de calma. Como referíamos anteriormente el clima de las secciones terapéuticas deben de tender a ser fría, a que presente un bajo nivel de estimulación y de interacción. Partimos del hecho de que algunos de los menores viven bajo un alto grado de malestar individual que conlleva que la inundación de estímulos desencadene situaciones de riesgo para ellos mismos y para sus compañeros. Éste objetivo no solamente es proyectado en éstas secciones sino que también en el resto de las secciones, en determinados momentos, se establece como objetivo primordial cuando el equipo profesional detecta un clima de tensión continuado.

RES es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social, <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net Todos los derechos reservados. ISSN: 1698-9097.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

Adaptación de la institución. Este es casi un trabajo imposible y la experiencia y la bibliografía nos afirma que la introducción de un individuo en una gran institución se convierte en una digestión de ese individuo. Y en éste caso no es distinto. La institución cae con toda su estructura sobre el menor y él debe de adaptarse a un *modus vivendi* propio del lugar; sin embargo, las cuotas de exigencia pueden ser maleables por los profesionales, los cuales pueden alterar los tiempos, los espacios, las normas en función de la situación del menor. Esta actividad es entendible, y realizable, en la medida en que se entiendan y adapten el resto de premisas que vamos representando en éste texto. “Esto no supone dar total libertad al interno para que haga lo que quiera en todo momento, sino que las actividades podrán no realizarse siempre y cuando se considere que esto reportará un beneficio mayor a su estabilidad emocional” (FAIM, 2011,34). Entendemos que algunos de los menores que recalán en éste tipo de sección pueden atravesar etapas o momentos individuales donde introducirlos en la corriente común puede conllevar a una desestabilización de su situación, por ello hacemos un seguimiento cotidiano de su estado para ser capaces de valorar en qué punto se encuentra y así reconocer la idoneidad o no de introducir al menor en una dinámica determinada.

La escucha activa, al igual que la presencia del educador, es un elemento y herramienta de trabajo cotidiano. Es, tal vez, el componente que más se acerca a ese fin de personalizar el trabajo. A través de la escucha, participativa o no, el menor recoge que hay un interés, una acogida personal por parte del profesional. En éstos casos es importante que en el menor se genera la idea de que los profesionales tienen, por un lado un interés por aquello que pueda manifestarles, y por lo tanto le transmiten la importancia de sus palabras, y por extensión de su persona; y por otro lado se consigue una vinculación entre profesional y menor donde pueda coexistir la palabra o la ausencia de la misma.

Autorregulación. Entendemos éste concepto como instrumento especialmente vinculado al concepto de flexibilidad, donde pretendemos que los menores, en la medida de lo posible, sean capaces de reconocer su propio malestar y sean ellos los que formulen las posibles opciones para eliminar ese malestar. Con ello se pretende una triple acción: por un lado se ejercita un proceso en el cual el menor va conociendo y

reconociéndose cada vez mejor, por otro lado la necesidad de comunicar al otro su situación que no tiene porque ser reconocida y la libertad de proponer soluciones o alternativas a sus demandas.

Desconocimiento del menor. Aun cuando la experiencia es un grado no podemos convertir dicha máxima como decálogo de sabiduría, y precisamente por ello, entendemos que cada menor es un mundo diferente a cualquier otro dispuesto a mostrar su singularidad y particularidad. En este aspecto el profesional debe de colocarse sus “gafas de aumento” o hacer “uso de su microscopio” con la intención de estar abierto a comenzar a ver, comprender y reconocer la excepcionalidad de cada nuevo menor. A veces planteamos que el propio menor es un puzle a construir donde en primer lugar debemos de ir recogiendo todas las piezas para posteriormente ir encajándolas una a una.

La concesión de la iniciativa. Un punto importante que hemos observado con ésta población es el hecho de concederles la iniciativa, la de situarnos a la expectativa de su conducta. Y este elemento puede parecer paradójico porque puede entenderse como que hay una concesión total para hacer aquello que ellos quieran dentro de un centro de privación de la misma. No es éste el significado de ésta premisa. Por un lado tenemos el poder inamovible de la estructura de la institución que más allá de lo maleable que pretendamos hacerla esta cae por su propio peso y es imposible salirse de su contexto. Ello conlleva que toda su “libertad” está condicionada por esa realidad de la cual no podemos abstraernos ni los menores internados ni los profesionales. Partiendo de esta realidad, de la cual hemos de ser conscientes los profesionales, debemos de entender que cualquier movimiento y decisión de los internos está contenida en un espacio determinado. Específicamente con los menores pertenecientes a esta sección partimos, como mencionábamos en el aparatado anterior, de un desconocimiento de él y de su forma de entender, comprender y actuar en la vida, lo que nos exige no adelantarnos a su acción. No podemos imponer mecanismos generalistas que son efectivos para otros y esperar que el menor se adapte o atenga a lo que mostramos, porque por un lado perdemos la posibilidad de conocer cómo reacciona personalmente en esas circunstancias, y también porque finalmente puede ser contraproducente.



c. **En el equipo.**

No vamos a desgranar aquí los avatares, dificultades y fortalezas que puede presentar un equipo multidisciplinar en un centro de internamiento de menores por medida juvenil y sí que nos gustaría centrarnos en la idea de cómo los integrantes de éste equipo son capaces de implementar una intervención, coordinada y eficaz, con notable carácter educativo-terapéutico.

La estructura.

La estructura organizativa, grosso modo, se establece en tres elementos fundamentales a la hora de intervenir, directa o indirectamente, con los menores. Por un lado se encontraría el equipo educativo formado por el conjunto de profesionales con el rango de educador y coordinados y organizados en primera instancia por los coordinadores educativos. Por otro lado estaría el grupo integrado por todos los técnicos de las siguientes áreas: insertora laboral, psicólogos, diplomado en enfermería, psiquiatra y trabajador social. Y en tercer lugar el equipo directivo y coordinador. Paralelamente a todos ellos hay un número definido de profesionales pertenecientes a servicios residenciales, administrativos, deportivos, seguridad....

La organización del trabajo.

Por un lado la estructura del centro, como hacíamos referencia en apartados anteriores, se divide en **diferentes secciones** que en la actualidad son: una sección de acogida, otra dirigida para las medidas de semiabierto, otra de cerrado (que se divide en dos) y otra para albergar las medidas terapéuticas (que también se dividen en dos). En todas ellas el modo de intervención está regido por unos parámetros generales y comunes, pero como mencionábamos anteriormente, a la vez se tiene en cuenta su propia idiosincrasia lo que conlleva que esa intervención tenga sus propias peculiaridades frente a las otras. En particular en la sección terapéutica las características mencionadas en el apartado de metodología son especialmente remarcadas. Ello conlleva que el perfil profesional del educador debe de acercarse en sintonía con la sección más adecuada a sus características. La experiencia profesional, sumada a la formación profesional, así como a la especificidad que trasfiere todo ello a un modo de entender y trabajar del educador, le posiciona en un tiempo determinado a que su trabajo se desarrolle más eficazmente



en una sección u otra. Por otro lado la intervención, tanto del equipo directivo como el técnico no se reparte en secciones, sino que su labor se desarrolla en todas ellas.

En el día a día, y a lo largo de las semanas, se estructura una **red de reuniones y encuentros** donde los tres estamentos definidos tengan espacios de confluencia propios⁷ (reuniones de dirección, reuniones técnicas o reuniones educativas), intersectoriales (técnicas y educativas, directivas y educativas, propias de salud mental...), y generales (dirección, equipo técnico y equipo educativo). La finalidad de la mencionada red de reuniones pretende establecer un "feed-back" de información que permita conocer y situar al menor en el momento actual, sin obviar su trayectoria vital, así como su proyección de futuro. Establecer unos objetivos y modos de intervención específicos y comunes, que sean consecuentes con los criterios tomados, y que faciliten la labor de todos los profesionales intervinientes. Y por otro lado se van recogiendo el proceso de cambios que se producen a lo largo del tiempo confrontándolos con los objetivos propuestos.

En éste apartado y en referencia específica a esa labor a medio camino entre lo **educativo y terapéutica** es de especial importancia el entender y comprender que aun cuando la labor educativa tiene su campo de intervención, al igual que la terapéutica, propio, en algunos casos ambas áreas confluyen con mayor o menor intensidad e incluso en determinadas ocasiones unas solapan a las otras. En determinados perfiles de menores no es difícil aclarar el modelo de intervención que precisa el menor llegando a un acuerdo entre todos los intervinientes, sin embargo los problemas se generan cuando se ve necesaria implementar una acción metodológica que abarque ambos modos de trabajo. En estos casos sin las premisas mencionadas a lo largo de todo el artículo sería imposible llegar a entender la necesidad de implementar una acción educativa terapéutica, ni de aceptar la realidad de que ambas áreas pueden coexistir y compartir una misma zona de acción.

⁷ En ésta línea de encuentros entre los diferentes profesionales de éste tipo de instituciones Fandiño y Gude (2006) establecen entre otras claves en la intervención en un centro terapéutico de reforma las coordinaciones clínico-educativas y las supervisiones con tutores.



d. En las actividades.

A lo largo de los casi últimos diez años el número de programaciones de actividades que se han planificado y realizado en el CEIMJ son innumerables, yendo desde las clásicas programaciones deportivas, hasta talleres específicos y determinados realizados en uno o varios días. Todos ellos han ido proponiendo diversos objetivos: de relación, afrontar crisis, de divertimento, de formación, conocimiento de nuevas áreas de interés..., y evidentemente muchos de ellos conllevan un especial tinte o carácter terapéutico. Analizando a grosso modo, e incidiendo en las que especialmente tienen un marcado carácter terapéutico, podemos encontrar varios grandes grupos:

Dinámicas de grupo.

Son espacios de comunicación delimitados en el tiempo y en el espacio y armonizados a través de unas normas mínimas de respeto hacia todos los componentes. En estas sesiones los menores establecen una comunicación que se caracteriza por ser lineal y con un automático feed-back. Los temas pueden ser tanto propios y particulares como generales y comunes a todo el grupo. La participación es libre y el menor establece el grado de implicación que quiere tener en dicha sesión.

Talleres para la salud.

Se entiende por educación para la Salud “como un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiriera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva”. (FAIM, 2011). Con ello se atiende a una doble función, por un lado la puramente operativa sobre la necesidad de implementar actitudes de hábitos saludables, y por otro lado la preventiva dirigida a evitar posibles situaciones de riesgo en el futuro. Las áreas tratadas en estos talleres abarcan desde las medidas saludables básicas como la alimentación, higiene dental, el descanso, etc., a las más específicas y propias de la adolescencia: consumo de psicoactivos, sexualidad...

Talleres de relajación.

Este tipo de talleres se consolida como programación habitual en las secciones terapéuticas y tiene un carácter más esporádico en otras secciones. El objetivo final marcado es conseguir que los menores generen por sí mismos modos y formas propias

de disminuir su ansiedad. Con los presentes programas el menor reconoce en su cuerpo la existencia de una tensión muscular generada por una circunstancia vivencial, hay una consciencia de su corporeidad y de la situación, conoce y práctica ejercicios que le ayudan a contrarrestar su malestar, y además mejora y desarrolla su atención.

Talleres de creación.

A lo largo de los años hemos implementado numerosas actividades creativas con la finalidad, indudablemente, de establecer espacios y actividades que puedan ser atractivas a los menores internados. Con el tema de la creación los objetivos han sido diversos en función de la programación, del momento a realizar, del propio objetivo del organizador, del grupo al que va dirigido, del momento a realizar, de la propia actividad..., pero en general lo que se pretendía era por un lado suscitar la curiosidad y el acercamiento a un tipo de actividad totalmente desconocida para el menor y que difícilmente en otro contexto habría podido conocer. Por otro lado la demostración de que él mismo es capaz de elaborar una producción puramente personal y ser reconocida y la promoción de la imaginación y la creación. En otros momentos se ha generado un espacio concreto y determinado para todos los menores interesados para llevar a cabo toda una serie de dinámicas de arteterapia, ya estas enfocadas hacia un carácter eminentemente terapéutico.

Talleres de adquisición de habilidades sociales.

Uno de los grandes hándicaps que muestra esta población es una falta de habilidades sociales para entrar en contacto y comunicación con el sistema social normalizado, llevando a inhibirse en determinados procesos sociales normalizadores. En estos talleres se ponen en escena toda esa instrumentación social que permita iniciar o retomar la comunicación con el medio normalizado. Elementos como la empatía, los diferentes tipos y usos de comunicación, el control de los impulsos, la autoestima, el reconocimiento de los propios sentimientos... en algunos casos existe una total ausencia de los mismos o bien hay una concepción distinta y propia de realidades marginales que entran en conflicto con el medio normalizado.

Todas estas programaciones son llevadas a cabo en su mayoría por los propios profesionales del centro, y en alguna ocasión se ha pedido la intervención de



profesionales, ya sea de forma puntual o más periódica, externos a la plantilla. Dichas programaciones son planificadas por los educadores responsables de cada sección y definidas en el tiempo. Sin embargo es necesario explicitar que aunque hemos manifestado la existencia de un tiempo y un espacio determinado todas estas intervenciones nacen con una naturaleza transversal y atemporal que pretenden estar inscritas en la labor cotidiana de los profesionales del CEIMJ.

Bibliografía.

- Aichhorn, A. (2006). *Juventud desamparada*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Biezma, M^a J y Graña, J.L. (2010) *Programa Central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Agencia del comunidad de Madrid para la reeducación y reinserción del menor infractor. Madrid.
<http://www.observatoriodelainfanciadeasturias.es/documentos/f07022012130358.pdf>
- Comas, D. (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Ed. Fundación Atenea Grupo Gid.
- Fandiño, R y Gude, R. (2006). *Psicopatología infanto-juvenil en un centro terapéutico de menores*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, N^o 41/42, 35-46.
- FAIM. (2011). *Memoria del Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial*. Zaragoza.
- FAIM. (2011). *Proyecto educativo*. Zaragoza.
- Figuroa, A. (2010). *Psicopatología en menores de centros terapéuticos: datos clínicos y epidemiológicos*. Revista de Psiquiatría infanto-juvenil, n^o2, pp. 118-120.
- García, A y otros. (2011). *Trastornos de conducta. Una guía de intervención en la escuela*. Ed. Gobierno de Aragón. Zaragoza.
- García, G. (2011). *Las vivencias subjetivas de mujeres menores internadas en el Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial de Zaragoza*. Acciones e investigaciones sociales, n^o 29, pp. 131-148.
- IASS. (2009). *La intervención con los menores de edad en conflicto con la ley penal*. Ed. Departamento de Servicios Sociales y familia de Gobierno de Aragón. Zaragoza.
- Nivolini, J. (2008). *El acompañamiento terapéutico y la psicosis*. Revista de Psicoanálisis, psicoterapia y salud mental. Vol.1, n^o5, pp. 1-10.

