

MANUAL DE DINÁMICAS DE INTERVENCIÓN 2020



Programa ActualizaT

CURSO DE

HUMANIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL EN DROGODEPENDENCIAS



FINANCIADO POR:



CON LA COLABORACIÓN DE:



FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS)
C.I.F. G83500512

Dirección del Curso de Formación
Dra. María Sáinz Martín

Coordinación del Programa de Formación
M.^a Teresa Gómez Barroso

Técnica del Programa
Irene Ramos Núñez

Gestión y administración
Nieves Cáceres Álvarez

Comunicación y difusión
Hernán Díaz

Email: programas@fundadeps.org
secretaria@fundadeps.org

Web: www.fundadeps.org



www.facebook.com/fundadeps
[@fundadeps](https://twitter.com/fundadeps)



ÍNDICE

Estado de situación.....	3
Introducción.....	5
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO “EL PUERTO DE SANTA MARÍA 1” ...	7
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO “LAS PALMAS II”	25
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE BADAJOZ.....	39
Modelo de Intervención en el CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL MURCIA	53
Modelo de Intervención en el HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO. ALICANTE.....	75

ESTADO DE SITUACIÓN

La Patología Dual (PD), es la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias (TCS) con otro trastorno psiquiátrico (OTP). Esta comorbilidad es una realidad que conlleva una gran complejidad. Existe un gran desconocimiento sobre esta problemática, además con frecuencia estos casos originan resistencias en los equipos de profesionales, se les rechaza por intratables o con mal pronóstico debido a su dificultad. Es necesario considerar el tratamiento conjunto de ambos trastornos ya que entre ellos tienen influencias mutuas a nivel pronóstico. Dicha problemática debe ser estudiada y tratada en un contexto clínico, con un abordaje interdisciplinar (Casas,1997).

En la población penitenciaria existe una prevalencia de entre 50 y 70% de TCS (Baillargeon et al.,2009; Butler, Indig, Allnutt, & Mamoon,2011), mientras que para OTP puede llegar a ser de entre 11 y 42.7% (Baillargeon et al., 2009; Butler et al., 2011). Con respecto a la PD, se han encontrado prevalencias entre 6 y 43.3% (Baillargeon et al.,2010; Butler et al.,2011; Fazel & Seewald,2012; Lukasiewicz et al.,2009).

Sobre los factores de riesgo, señalan condiciones comunes en el ambiente penitenciario como poca higiene, hacinamiento, agresión entre reclusos y personal, aislamiento y falta de estimulación, lo que contribuye al empeoramiento o la aparición de trastornos psiquiátricos (Shaw et al., 2009). Si se suma a esto la alta relación entre las conductas criminales y el consumo de sustancias se puede considerar que las personas en prisión son altamente vulnerables a presentar PD.

El género también es importante en la prevalencia de la PD en esta población, siendo más común en mujeres que en hombres (Baillargeon et al.,2010; Butler et al.,2011; Villagrà et al.,2013). Las investigaciones han demostrado la existencia de diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta desarrollados por hombres y mujeres. Para el adecuado tratamiento de la PD en esta población, se recomienda contar con modelos colaborativos entre los sistemas penitenciarios y de salud ¿en coordinación con organizaciones no gubernamentales?, que contemplen la prevención y la atención conjunta de los TCS y OTP en todos los reclusos (Hartwell et al.,2013; Shackman & Price,2013).

Entre los principales obstáculos identificados se encuentran el estigma, la carga de enfermedad, las dificultades para mantener la abstinencia, la carencia de redes sociales de apoyo y las creencias sobre la sustancia o la condición de salud mental (Hartwell et al.,2013; Romero Mendoza et al.,2010); además de la falta de sostenibilidad de los servicios de salud mental en prisión (Shackman & Price,2013). Contar con herramientas adecuadas de detección y evaluación de trastornos mentales en el contexto penitenciario es una estrategia viable y pertinente para atender las necesidades de salud mental de esta población (Casares-López et al.,2011; Martin, Colman, Simpson, & McKenzie,2013).

Por este motivo durante el año 2020 se ha desarrollado un curso dirigido a profesionales sanitarios de centros penitenciarios para tratar este tema de creciente preocupación.



INTRODUCCIÓN

Este manual recoge algunas de las intervenciones y experiencias que profesionales sanitarios de distintos centros penitenciarios han realizado como parte práctica del Curso de **Humanización en el tratamiento y la atención de la patología dual en drogodependencias**, que la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) ha desarrollado con el apoyo del Ministerio de Sanidad (Secretaría de Estado de Sanidad - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) y con la colaboración del Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), dentro del marco del programa ActualizaT.

El objetivo del curso es ampliar la formación especializada en el ámbito de la prevención y la educación para la salud (Eps) de los profesionales sanitarios que intervienen con personas drogodependientes privadas de libertad en los centros penitenciarios, basando sus intervenciones en la humanización del tratamiento y la atención de l@s intern@s con patología dual y entendiendo la salud como un concepto bio-psico-social y considerando en todo momento la perspectiva de género. Con una metodología basada en la formación para la acción, el curso pretende trasladar los nuevos conocimientos en intervenciones de prevención de drogodependencias y educación para la salud en el ámbito penitenciario.

Este recopilatorio intenta precisamente resaltar las experiencias desarrolladas por los profesionales sanitarios en los centros penitenciarios en los que se desempeñan, con la pretensión de servir como material de apoyo a todas aquellas personas que desarrollan su actividad profesional en esos ámbitos y que desean trabajar la Educación para la Salud a través de actividades socio-educativas.

A través de distintas intervenciones, metodologías y experiencias realizadas con distintos colectivos de personas privadas de libertad, este documento quiere dar visibilidad y poner en valor el trabajo que realizan los/las profesionales sanitarios de Instituciones Penitenciarias en relación con la Educación para la Salud y la prevención. Se han seleccionado estas intervenciones por su gran detalle metodológico y sus buenos resultados, lo que las hacen aptas para poder ser replicadas en otros centros.

EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA COMO INDICADOR DE SALUD EN PATOLOGÍA DUAL

Jaime Cañadillas Rueda
Médico

Centro Penitenciario El Puerto de Santa María 1

ANÁLISIS DE LA REALIDAD

1. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Los procesos de evaluación precisan de indicadores que se ajusten a las características del fenómeno evaluado y en el área de la salud y asistencia clínica, el concepto tradicional de salud se centraba básicamente en la enfermedad y en la capacidad funcional del enfermo. Como resultado, los objetivos de salud eran, inicialmente, reducir la mortalidad y, secundariamente, la morbilidad; de este modo las medidas de salud tradicionales se basaban en indicadores biológicos que reflejaban la muerte, la enfermedad y la incapacidad. El concepto de salud introducido por la OMS (“estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”) se fundamenta en un marco biop-

sicológico, socioeconómico y cultural, que tiene en cuenta los valores positivos y negativos que afectan a nuestra vida, nuestra función social y nuestras percepciones. La salud es interpretada como un medio que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Es, entonces, un recurso para la vida, no el objetivo de la vida. El concepto de salud evoluciona y deja de ser la ausencia de enfermedad para transformarse en bienestar bio-psico-social. Aparecen nuevos objetivos e intereses en el área sanitaria y de promoción de la salud que van más allá de lo estrictamente biológico, para captar y valorar los factores psicosociales predictores o facilitadores de un mejor estado de salud, o las posibles consecuencias en esta misma área cuando se produce una incidencia en la salud o cuando se ha de intervenir sanitariamente ante una enfermedad.

PERSPECTIVAS DOMINIOS	ENFERMAR (biología)	PADECER (subjetivo)	SOPORTAR (carga)
Físico	Mortalidad Morbilidad Funcionalidad	Funcionamiento percibido Vitalidad Dolor	Enfermedades o disfunciones familiares por estrés
Mental	Síntomas y signos neuro-psiquiátricos	Estado de ánimo y afectividad Afrontamiento Cognición	Sentimientos Estado emocional
Social	Rol social Funcionamiento en los roles asignados	Funcionamiento social Satisfacción con los roles y los cambios de roles	Soporte social Sobrecarga familiar
Salud General	Severidad de la enfermedad Nivel de salud Expectativa de vida	Salud percibida del afectado Expectativas de salud Necesidad de servicios sanitarios Satisfacción con el tratamiento y/o dispositivos de salud	Salud percibida Necesidad de servicios sanitarios Preocupación por el futuro Costes económicos
Fuentes de información	Clínico responsable y equipos de salud	El propio sujeto	Red de cuidados (familia, amistades, etc.)

La valoración de la salud ya no puede restringirse a la utilización de indicadores clásicos basados en medidas antropométricas, fisiológicas y bioquímicas, o a indicadores epidemiológicos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida). La salud es un concepto multicomponente y ha de contemplar toda esa diversidad de elementos. No basta con valorar la enfermedad, también adquiere especial importancia el sujeto que la padece y su percepción de la misma y de sí mismo ante ella. A la hora de valorar la información sobre la salud/enfermedad, tendría igual importancia la observación de la enfermedad hecha por el clínico como la información ofrecida por el “paciente” acerca de su padecimiento y la percepción de la sobrecarga que la situación implica.

El concepto fundamental de la definición de salud dada por la OMS es la ausencia de malestar bio-psico-social, pero también, la presencia de “bienestar”, entendida como calidad de vida. Aparece un nuevo objetivo, no ya tanto la prevención de una mala salud evitable o la compensación de una salud dañada, sino mejorar la calidad de vida. Esto es especialmente importante en relación a personas con enfermedades crónicas (físicas o mentales), en los que la finalidad de las intervenciones y los cuidados de salud ha de ser el mejorar el bienestar de las personas, mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad y procurar la experiencia de una vida digna.

¿Qué se entiende por Calidad de Vida? El concepto aparece a mediados del siglo pasado en un intento de comprender la vida completa del individuo y/o del grupo social. La OMS lo define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores que vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”. Establece una serie de puntos de consenso sobre las medidas de calidad de vida, que han de ser:

1. Subjetivas: percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: valoración de diversos aspectos de la vida del individuo en los niveles físico, emocional, interpersonal, etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.

4. Registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que atraviesa la persona, el momento de la enfermedad que cursa, etc.

Es un concepto demasiado amplio como para ser considerado en todos los contextos sanitarios, por lo que en la evaluación clínica se usa lo que se denomina *Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)*. Según Shumaker y Naughton (1995), “La CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional”. Se hace especial énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia CVRS. La OMS asume un total de seis dimensiones en la CVRS: Física, Psicológica, Grado de Independencia, Relaciones sociales, Entorno y Espiritualidad.

La medición de la CVRS es importante por diferentes razones: es una valoración que supera el enfoque tradicional basado en los indicadores llamados *objetivos* (medidas fisiológicas, bioquímicas o anatómicas) o en los juicios realizados por los clínicos (síntomas y signos). Tener en cuenta lo que los pacientes perciben, sienten, interpretan o esperan de su estado de salud y de las medidas terapéuticas que se les ofertan, ofrecerá una visión mucho más amplia del proceso de salud/enfermedad. La evaluación de la CVRS en el ámbito clínico permitiría determinar la eficacia de la intervención médica; mejorar la toma de las decisiones clínicas; valorar la calidad de los cuidados, estimar las necesidades de la población y comprender las causas y consecuencias de las diferencias en salud.

Los *Trastornos por Dependencia o Abuso de Sustancias y la Patología Dual* constituyen un problema de gran magnitud en salud pública con importantes implicaciones bio-psico-sociales que comprometen de forma definitiva el estilo de vida de los afectados. Los procesos de adicción y las enfermedades relacionadas con ellos no solo afectan al área

orgánica y emocional, sino que también repercuten sobre el nivel de autonomía del individuo y sus relaciones sociales. El DSM-V entre los criterios para la “dependencia de sustancias”, además de la aparición de las características fisiológicas de tolerancia y abstinencia propias de este trastorno, menciona la aparición de una reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia y que se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia, apreciándose cómo estos criterios se asocian con la calidad de vida del sujeto. Sería lógico pensar que estos problemas desaparecerían con la disminución del consumo, pero la experiencia muestra que la sola abstinencia no produce de forma automática un retorno al funcionamiento normal físico, psicológico y social del individuo. La intervenciones terapéuticas en los pacientes que presenta dependencia de sustancias deben tener como objetivo restaurar los niveles efectivos de funcionamiento en todos los componentes que son importantes en la vida del sujeto, incluyendo las áreas física, psicológica, familiar, social, profesional, legal e, incluso, la espiritual.

Serían indicadores de evaluación en adicciones:

- La adherencia terapéutica.
- La salud percibida: física, funcional, emocional.
- La reducción del uso de drogas.
- La satisfacción y disponibilidad de servicios sanitarios.
- La salud objetiva: mortalidad, morbilidad, co-morbilidades.
- La percepción de la necesidad del uso de drogas (craving).
- La reducción de la delincuencia.
- Las preocupaciones de las condiciones económicas.
- La integración socio-laboral.
- La reducción del estigma.
- La satisfacción de las relaciones sociales.

La dependencia de sustancias se desarrolla de manera progresiva y los problemas que aparecen pueden ser, por un lado, resultado directo del consumo, pero también es nece-

sario recordar que los trastornos adictivos a menudo se acompañan de un estigma que afecta a un considerable número de facetas de la vida del consumidor. De forma paulatina se produce una fragmentación y una ruptura de las diferentes áreas de la vida del individuo, afectando no sólo al área relacionada con la salud, tanto física como psicológica, sino también a las áreas de las relaciones familiares, personales y sociales, las responsabilidades laborales, productivas y económicas y, en ocasiones, con repercusiones a nivel legal-judicial. Hay que recordar que, en muchas ocasiones, los consumidores no acuden a solicitar tratamiento por el uso de drogas en sí mismo, sino por el padecimiento o percepción de un estado de salud general, físico, psíquico o social comprometido. El logro de la abstinencia pasa a ser un medio en las intervenciones, dando prioridad a los procesos de rehabilitación y reconociendo que el objetivo principal es la mejoría de su calidad de vida, funcionalidad y reducción del estigma.

2. El estigma y su relación con el consumo de sustancias y las enfermedades mentales.

Goffman (1963) define el estigma como un atributo por el cual un individuo es clasificado y etiquetado de manera negativa. En el punto de partida, el estigma permite identificar a qué grupo social pertenece, es decir, la identidad social. Según él, existen tres tipos de estigmas. Estos se clasifican en función de donde se encuentra el objeto de estigmatización:

- En primer lugar, aquellos estigmas relacionados con el cuerpo.
- En segundo lugar, el estigma asociado al carácter, en el que se situarían los problemas relacionados con el uso de drogas.
- Por último, el estigma tribal, relacionado con la etnia, religión o nacionalidad.

Sea cualquiera de estos tres estigmas el que se asocie con un individuo, la sociedad tratará de distanciarlo o excluirlo, combinando diferentes ejes de vulneración.

Michaels, López, Rüsche y Corrigan (2012) entienden el estigma como un proceso social y cultural en el que un grupo atribuye una etiqueta a otro grupo distinto.

Sin embargo, Link y Phelan (2001) definen el estigma como un proceso en el que se en-

cuentran distintos componentes que se relacionan entre sí de la siguiente manera:

- En primer lugar, las diferencias existentes entre grupos o individuos y la atribución de etiquetas.
- En segundo lugar, el vínculo entre las diferencias negativas y la creación de estereotipos.
- Por último, la separación entre “ellos” y “nosotros” como forma de discriminación y validación del discurso negativo contra las disidencias.

Estos tres componentes son complementados por un cuarto que Link, Yang, Phelan y Collins (2004) describen como Reacciones Emocionales tanto del grupo que estigmatiza como del estigmatizado. Su relevancia reside en que este tipo de reacción permite identificar el estigma o de quién proviene.

En el contexto de las drogodependencias y la enfermedad mental, se observa que en la formación del estigma se acentúa la falta de motivación por la búsqueda de ayuda, la vergüenza, la falta de autoestima o el miedo a tener problemas con las autoridades como consecuencia de la estigmatización que sufren las personas con trastornos adictivos (Cunningham, et al., 1993; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997). Por otra parte, frecuentemente el consumo de drogas está asociado con otros estereotipos, que a su vez amplifican la experiencia del estigma, tales como el VIH, el VHC, los problemas de salud mental y la delincuencia.

El estigma no solo influye antes de iniciar un tratamiento, sino también durante su realización y después de él. Tal como expresan Mota, Noto y Santos (2014) y Arctander en Prieto (2019), las personas que sufren un trastorno adictivo son vinculadas usualmente, y de forma estereotipada, con la violencia, el narcotráfico y la prostitución sobre todo en el caso de las mujeres consumidoras. Además, se etiquetan a estas personas como responsables de su problema, asociándose con el concepto de “vicio” y la falta de voluntad, olvidando que un trastorno adictivo es un problema de salud (Mota, Noto y Santos, 2014). Asimismo, las consecuencias de dichos estigmas comportan un trato discriminatorio, una baja adhesión al tratamiento y el abandono e inicio continuo del tratamiento (Mota, Noto y Santos, 2014).

Además del estigma público, no debemos olvidar el autoestigma, que ocurre cuando las personas interiorizan los estereotipos y existe una discriminación hacia sí misma. La etiqueta estigmatizante se convierte en la definición íntegra de la persona, pasando a interiorizar el estigma en su identidad e invisibilizando a la persona y al resto de esferas que conforman su identidad. Esto conlleva la internalización de una serie de características, prejuicios y creencias estereotipadas que redundan en la exclusión social de aquellos/as que son etiquetados/as, pues la persona actúa autoexcluyéndose de ciertos ámbitos (Ariel, Gallo, Soledad y Ruth, 2016).

Según Mota, Noto y Santos (2014), conlleva una serie de consecuencias negativas para la persona consumidora que se dividen en sociales, de salud y psicológicas:

- En primer lugar, las consecuencias sociales se centran en problemas familiares, exclusión social, desempleo, y desigualdad.
- Las consecuencias a nivel de salud son el empeoramiento de la condición, la negación a buscar ayuda y la baja adhesión al tratamiento. Además, tal como apuntan Ariel, Gallo, Soledad y Ruth, (2016), las condiciones de salud comúnmente de las personas consumidoras se relacionan de forma estigmatizada con problemas de salud mental o enfermedades de transmisión sexual.
- Por último, las consecuencias psicológicas son numerosas, entre ellas los sentimientos de culpabilidad, vergüenza, ansiedad, rabia, auto-reproche, disminución de autoestima y autoeficacia. Aparece el miedo y la percepción de incapacidad de hacer un buen uso del tratamiento lo que, frecuentemente, hace que el usuario/a no encuentre motivación para recuperarse.

Una propuesta de Mota, Noto y Santos (2014) para la reducción del estigma internalizado o autoestigma es la creación de una mayor autonomía en los/las usuarios/as de drogas, generando mayor autoeficacia e implicándolos/as activamente en el proceso de tratamiento. Una segunda medida es la creación de grupos de apoyo con el que construir una motivación para llevar a cabo el tratamiento y compartir experiencias.

De acuerdo con los datos de diversas investigaciones, se ha identificado la existencia de prejuicios negativos hacia aquellas personas que tienen problemas asociados de salud mental, frecuentemente categorizándoles como personas “peligrosas” y “violentas”.

La relación que existe entre el estigma de la salud mental y el de las drogas y adicciones es demoledora. Ambas situaciones multiplican la vulnerabilidad de la persona en cuanto a la posibilidad de ser discriminada, tener menor acceso a recursos adecuados, menor red de apoyo y oportunidades socio-laborales. Tanto los problemas de salud mental como las drogodependencias se asocian de manera estereotipada a la agresividad, la violencia, la criminalidad y sobre todo a la no predictibilidad de la conducta. La combinación de ambos fenómenos redonda en una situación mayor de desprotección y de mayores barreras para la recuperación.

Los agentes implicados en los procesos de estigmatización no solo son las propias personas que sufren el estigma, sino que debemos tener en cuenta la responsabilidad y la influencia que ejercen en estos procesos aquellos/as que les rodean: la familia, los/las profesionales sanitarios/as, las personas implicadas en política tomadoras de decisiones, los/las periodistas y los medios de comunicación, entre otros.

El consumo de drogas, y las causas o consecuencias del mismo, es un aspecto que preocupa a la ciudadanía, por lo cual el análisis de la imagen mediática sobre este tema es de relevancia. La televisión, internet, radio, prensa, cine e incluso los videojuegos difunden mucha información e influyen en la sociedad y en el imaginario colectivo.

Se estima que la población recibe el 90% de la información sobre salud mental y consumo de sustancias a través de los medios y parece ser, a tenor de los resultados de varios estudios, que actúan como refuerzo de esta visión negativa en la sociedad. Muchos tienden a hacer énfasis al informar sobre acontecimientos poco comunes, pero trágicos y sensacionales involucrando a personas con problemas de salud mental. El trabajo en la sensibilización de los medios de comunicación, por lo tanto, es visto como una prioridad en la lucha antiestigma. Su papel tiene una doble vertiente. Por un lado, pueden contribuir a perpetuar el

estigma, pero, por la otra, pueden contribuir a eliminarlo, informando cuidadosamente, denunciando las situaciones de injusticia que viven las personas con problemas de consumo o los enfermos mentales, y ayudando a cambiar la percepción de la población sobre los mismos.

¿Qué podemos hacer para contribuir a la eliminación del estigma?

El *Centro para las Adicciones y Salud Mental de Canadá* (2007) ha propuesto algunas importantes recomendaciones para reducir los prejuicios y la discriminación referidos a las personas que presentan una enfermedad mental y problemas con el uso de sustancias, entre ellas:

- Conocer los hechos: informarnos sobre la magnitud real de los fenómenos.
- Ser conscientes de nuestras propias actitudes y comportamientos: todos de una u otra forma tenemos prejuicios y etiquetamos a otros.
- Elegir nuestras palabras cuidadosamente.
- No renunciar a la posibilidad de educar a otros.
- Focalizarse en lo positivo.
- Apoyar a las personas y empatizar.

3. Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) es un espacio en el cual diversas personas que comparten un mismo problema o dificultad se reúnen para intentar superar o mejorar su situación. Surgen de la idea de que toda persona, con sus habilidades y su experiencia personal, tiene una valiosa capacidad para ayudar a los demás y, por extensión, ayudarse a sí misma. Las personas que participan en los GAM lo hacen de forma voluntaria y en ausencia de un profesional dentro del grupo, aunque puede dar apoyo puntual siempre que el grupo lo solicite, de manera que son los miembros del grupo los que constituyen el espacio y es el propio grupo quien toma las decisiones por mayoría democrática (FAAUSM, 2014). Los GAM son un movimiento que se caracteriza por la existencia de reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada entre sus miembros, para ello es necesario que éstos se vean a sí mismos como equivalentes; en principio, el problema de salud común establece una equivalencia que permite dejar en segun-

do plano la diversidad individual y social de los componentes del grupo (Wituk, Shepherd, Slavich, Warren, Meissen, 2000).

El objetivo de los GAM es dar apoyo a los integrantes y llevar la situación lo mejor posible mediante:

- Conocer el trastorno mental que sufren y ofrecer un espacio para hablar sobre los problemas que comporta o las decisiones que se deben tomar.
- Resolver los problemas e incrementar la autoestima con el objetivo de tener control sobre la vida.
- Compartir experiencias.
- Comprender mejor la experiencia vivida y aprender a verbalizar y a pedir ayuda.
- Descubrir recursos personales.
- Escuchar a los/las demás participantes del grupo.
- Ayudar a otros, dar apoyo.
- Contar con un espacio de confidencialidad y confianza para expresarse con libertad sin ser juzgado/a.
- Relacionarse con otras personas que tienen las mismas dificultades. No sentirse solo/a.

Las principales funciones de los Grupos de Ayuda Mutua son (FAAUSM, 2014):

- Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes.
- El grupo proporciona apoyo emocional
- Se intercambia información, consejo y educación.
- En el grupo se favorece la reestructuración cognitiva. Se amplía el rango de percepciones alternativas a los problemas y acciones para manejarlos.
- El grupo cumple funciones de socialización y de participación en la comunidad.
- Las acciones se realizan conjuntamente. Todos los miembros son participantes activos.
- El grupo promueve sentimientos de control, autoconfianza y autoestima.

Los GAM en el campo de las adicciones y las enfermedades mentales son de relevancia, dado el estigma y autoestigma que comporta sufrir un trastorno relacionado con el uso de sustancias. No únicamente pueden contribuir

a aumentar la autoestima y autoeficacia de cada uno de los participantes, aspectos que son mermados con la interiorización de los estigmas, sino que además pueden potenciar el tejer relaciones sociales de calidad, crear espacios de confianza y seguridad y conformar en si un escenario para la recuperación.

La presencia de sustancias tóxicas (drogas), el consumo y abuso de las mismas, las adicciones, las patologías mentales y la patología dual, son hechos patentes en el interior de las prisiones. Constituyen un reto difícil y son problemas de magnitud suficiente como para plantear estrategias para intentar minimizar los daños que se puedan derivar de ellos: morbilidad, mortalidad, mayor riesgo de conductas violentas, problemas regimentales, menor adherencia a los tratamientos, descompensación de las enfermedades mentales o peor control de las mismas, mayor dificultad de intervenciones, aumento de condenas/condenas múltiples...

Además, en el medio penitenciario se dan una serie de circunstancias que hacen que haya una mayor dificultad en el abordaje de estos problemas, como por ejemplo:

- Mayor concentración de personas consumidoras activas, o que hayan consumido en algún momento de su vida, con el consiguiente riesgo de recaída.
- Mayor concentración de patología dual. Elevado porcentaje de trastornos de la personalidad.
- Mayor concentración de personas para las que el contacto con las drogas forma parte de su modo de vida (consumo, tráfico, actividad habitual en su familia o entorno cercano).
- Elevada demanda de medicación, mucha de la cual tiene perfil de droga de abuso, bien sea para consumo propio o para tráfico de la misma. Este hecho se acentúa al estar privados de libertad y tener menos accesibilidad a las drogas.
- Falta de conciencia o negación de que la medicación sin control médico es dañina. Uso de vías de administración de los fármacos por vías no recomendables.
- Falta de conciencia de enfermedad mental y de su relación con las drogas, como causa o como efecto.

- La posesión de drogas/medicamentos como elemento de poder en el patio (“monedas de cambio”, control de grupos, medio de extorsión...)
- Falta de reconocimiento de la enfermedad mental o de la dependencia por temor a ser vistos como “eslabones débiles”. En consecuencia, menor búsqueda de ayuda.
- Ausencia de la red familiar o social de apoyo de los internos.
- Mayor grado de desconfianza entre los propios internos, mayor aislamiento social, relaciones basadas en intereses secundarios. También menor confianza en el personal sanitario ya que nos ven como figuras autoritarias en los tratamientos y tomas de decisiones.
- Percepción del estigma social que supone el consumo de drogas o la enfermedad mental de forma más sesgada, al no estar en contacto con la sociedad. Dificultad para abordar el estigma.
- Uso de las drogas como medio de evasión de la condena o del malestar que supone la enfermedad.
- Tendencia a simular con finalidad de obtener ganancias secundarias.
- No consideración de la abstinencia como una meta, condicionado por largas condenas.

Estos y otros problemas se hacen más presentes en los regímenes cerrados, como en mi prisión con internos de primer grado, sujetos de elevada conflictividad y difícil abordaje, donde las miras más inmediatas están puestas en conseguir el segundo grado y salir de aquí, que en abordar los problemas.

Por otro lado, ¿hasta qué punto admiten nuestros internos de que pueden tener un problema de adicción? ¿Saben qué consecuencias pueden tener las drogas en su salud mental? ¿Conocen el concepto de patología dual? ¿Son conscientes que la enfermedad mental se puede descontrolar por falta de adherencia al tratamiento junto con el consumo de drogas? ¿Sabrían iniciar el abordaje de temas complejos como el estigma?

OBJETIVOS

1. Objetivos generales

- Evaluar la percepción personal de los internos seleccionados de mi centro penitenciario, en cuanto a mejora de calidad de vida tras el cese de un hábito tóxico.
- Evaluar la consciencia personal sobre la necesidad de ayuda en relación a problemas de salud como son la adicción a sustancias y enfermedades mentales y el estigma.

2. Objetivos específicos

- Mejorar la relación médico-paciente para favorecer una buena alianza terapéutica.
- Informar a los internos del concepto de patología dual y de las enfermedades mentales más frecuentemente asociadas o agravadas por el consumo de tóxicos.
- Hacer partícipes a los internos en el proceso terapéutico teniendo en cuenta sus expectativas, miedos, experiencias y vivencias.
- Abordar el estigma en el grupo para aprender conductas no estigmatizantes en el entorno más próximo.
- Formación de un grupo de ayuda mutua.

METODOLOGÍA

En mi lugar de trabajo (CP Puerto de Santa María 1) tratamos internos de primer grado procedentes de otros centros penitenciarios. Son una población de características especiales, de trato difícil, con un predominio claro de trastorno de la personalidad de clúster B, la mayoría de ellos tienen asociados problemas de adicción a varias sustancias. Un elevado porcentaje nos llega con múltiples tratamientos, con fármacos del mismo grupo terapéutico, en dosis altas (algunas incluso más de lo recogido en ficha técnica), a veces sin mucho sentido, a veces puestos a demanda del interno y con duraciones de tratamientos que van más allá de los fines terapéuticos. Hemos de tener en cuenta que estos internos cambian con frecuencia de centro de cumplimiento con lo que en este “viaje penitenciario” van haciendo acopio de tratamientos fruto de sus exigencias y de la falta de control de los mismos que esta situación genera. Algunas de estas sustancias tienen perfiles de drogas de

abuso como es el caso de las benzidacepinas o de los analgésicos derivados opioides, que vemos que los internos toman durante meses o años, incluso cuando ya ni presentan síntomas de ansiedad invalidante o dolor, lo que pone de manifiesto la intencionalidad más lúdica que terapéutica (de hecho muchos son sorprendidos traficando con el “excedente de tratamiento” o con todo el tratamiento que tengan pautado). Además estos internos suelen tener historial de consumo activo de drogas que mezclan con los tratamientos dando lugar a cócteles peligrosos. En mi centro intentamos reducir la polimedicación en la medida de lo posible, sobre todo de las sustancias que generan dependencia y tolerancia, además de dar consejo antidrogas, buscando conseguir la abstinencia y los beneficios de salud que la acompañan. La experiencia nos muestra cómo aquellos que lo consiguen acaban teniendo mejoría física, mejor carácter, mejores relaciones, mayor lucidez y consiguen progresar. Sin embargo son pocos los que tienen una intención firme de dejar el consumo, lo que hace que nos vean como enemigos, desconfíen, dificultándose la alianza terapéutica y cualquier tipo de intervención sobre ellos.

El grupo de trabajo estaría conformado por internos que demuestren interés en el abandono del consumo de tóxicos, así como internos del PAIEM estabilizados clínicamente, en número de 6-8 participantes, que estén dispuestos a compartir sus experiencias y vivencias, intentando formar un Grupo de Ayuda Mutua, en el que empezar a abordar los problemas de la adicción, las enfermedades mentales y el estigma que suponen.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- Presentación de la metodología, explicando conceptos como Patología Dual, las Enfermedades Mentales más frecuentemente asociadas al consumo de tóxicos, como causa o como consecuencia. Exploración de la consciencia de enfermedad de los participantes y de la necesidad de ayuda que sienten mediante la realización de los test Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (BIPQ)
- Conocer la percepción individual de cada participante en cuanto a mejora en calidad de vida tras la disminución o abandono

no del consumo mediante la realización de los test EQ-5D-5L y Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP).

- Lectura y reflexión guiada de cuentos, abordando temas como la adicción la enfermedad mental y el estigma. Los cuentos serán leídos por voluntarios del grupo.
- Videoforum. Visualización de películas de temática relacionada, con comentario posterior basado en las experiencias personales y vivencias de cada participante. Identificación en ellas de conceptos como adicción, dependencia, tolerancia, estigma, enfermedad mental, apoyo social, búsqueda de ayuda...
- Segunda realización de los cuestionarios de percepción de enfermedad para contrastar resultados tras la intervención.

La intervención se puede llevar a cabo en sesiones semanales en número variable (en función de las sesiones que puedan ocupar los cuentos y el videoforum), de duración aproximada de 1-1,5 horas. En las sesiones de videoforum hay que añadir el tiempo de visualización de la película.

RECURSOS

1. Humanos

- Personal del equipo sanitario (medicina o enfermería).
- También podría implicarse psicólogos/as; trabajadores/as sociales, con formación o manejo de los conceptos clínicos que aparecen.
- Coordinación con las áreas de Seguridad y Tratamiento para evitar problemas de incompatibilidades entre internos, solapamiento con otras actividades o intervenciones programadas...

2. Materiales

- Lugar de reunión.
- Una carpeta por participante que contenga los test fotocopados, los cuentos y un bolígrafo.
- Un ordenador portátil.
- Un protector.
- Una pantalla.

- El formato físico de las películas que se vayan a proyectar (DVD, Blue-ray). Las películas inicialmente seleccionadas son:

- Trainspotting
- Requiem por un sueño
- Leaving las Vegas
- Elling
- Para escribir amor en sus brazos.

EVALUACIÓN

Tras la realización de los cuestionarios tendremos una valoración del estado de salud autopercebida de los participantes. El número de sesiones nos orientará del grado de interés que produce la intervención, pudiendo añadir sesiones en la medida que sea necesaria. Las reflexiones e ideas que vayan surgiendo de los distintos coloquios pueden mostrarnos si ha habido cambios de actitud de los participantes, conceptos aprendidos, intenciones de cambio, propuestas para mejorar...

BIBLIOGRAFÍA

1. Iraurgi I., Trujols J., Jimñénez-Lerma J.M., Landabaso M. (2011). *Valoración del Impacto en salud de las Adicciones: Propuesta de la calidad de vida como indicador para la evaluación de resultados*. En Bobes J., Casas M., Gutiérrez M. (Eds.). *Manual de Trastornos adictivos* (2ª ed., pp. 203-211). Adamed.
2. RIOD, Hansen G., Comisión estigma RIOD. (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones*.
3. Chacón Armijo S (2015). *Estigma y drogas. "Cuidado con los volados de la esquina"*. En Rojas Jara C (Ed). *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (1ª ed., pp. 41-52). Universidad Católica del Maule. Chile.
4. Lozano Rojas O.M., Rojas Tejeda A., Pérez Meléndez C., Apraiz Granados B., Sánchez Muñoz F., Marín Bedoya A. (2007). *Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TE-CVASP): estudios de fiabilidad y validez*. Trastornos Adictivos, 9(2), 97-107.
5. Pacheco-Huergo V., Viladrich C., Pujol-Ribera E., Cabezas-Peña C., Núñez M., Roura-Olmeda P., Amado-Guirado E., Núñez E., del Val J.L., en representación del Grupo IPQ-R (2010). *Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española*. Aten Primaria, 44 (5), 280-287. www.elsevier.es/ap. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.022
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12 (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº 3*. Madrid.

ANEXO 1

CUENTOS SELECCIONADOS

TÚ GOBIERNAS TU MENTE, NO TU MENTE A TI: UN CUENTO PARA PENSAR

Un estudiante de zen, se quejaba de que no podía meditar: sus pensamientos no se lo permitían. Habló de esto con su maestro diciéndole: “Maestro, los pensamientos y las imágenes mentales no me dejan meditar; cuando se van unos segundos, luego vuelven con más fuerza. No puedo meditar. No me dejan en paz”. El maestro le dijo que esto dependía de él mismo y que dejara de cavilar. No obstante, el estudiante seguía lamentándose de que los pensamientos no le dejaban en paz y que su mente estaba confusa. Cada vez que intentaba concentrarse, todo un tren de pensamientos y reflexiones cortas, a menudo inútiles y triviales, irrumpían en su cabeza...

El maestro entonces le dijo: “Bien. Aferra esa cuchara y tenla en tu mano. Ahora siéntate y medita”. El discípulo obedeció. Al cabo de un rato el maestro le ordenó: “¡Deja la cuchara!”. El alumno así hizo y la cuchara cayó obviamente al suelo. Miró a su maestro con estupor y éste le preguntó: “Entonces, ahora dime ¿quién agarraba a quién, tú a la cuchara, o la cuchara a ti?”

Puntos para reflexionar en relación a las adicciones y la enfermedad mental:

- ¿Sientes que hay algo en tu vida que no puedes controlar?
- ¿Hay algo que te gustaría cambiar pero no sabes cómo?
- ¿Dejas de hacer cosas sin intentarlo porque piensas que no eres capaz?
- ¿Qué obstáculos encuentras a la hora de controlar tu problema?
- ¿Crees que la ayuda facilitaría que lo lograras?
- Reflexión libre.

ACUÉRDATE DE SOLTAR EL VASO: CUENTO CON MORALEJA

Un psicólogo, en una sesión grupal, levantó un vaso de agua. Todo el mundo esperaba la típica pregunta: “¿Está medio lleno o medio vacío?” Sin embargo, preguntó: – ¿Cuánto pesa este vaso? Las respuestas variaron entre 200 y 250 gramos. El psicólogo respondió: «El peso absoluto no es importante. Depende de cuánto tiempo lo sostengo. Si lo sostengo un minuto, no es problema. Si lo sostengo una hora, me dolerá el brazo. Si lo sostengo un día, mi brazo se entumecerá y paralizará. El peso del vaso no cambia, es siempre el mismo. Pero cuanto más tiempo lo sujeto, más pesado, y más difícil de soportar se vuelve.»

Y continuó: «Las preocupaciones, los pensamientos negativos, los rencores, el resentimiento, son como el vaso de agua. Si piensas en ellos un rato, no pasa nada. Si piensas en ellos todo el día, empiezan a doler. Y si piensas en ellos toda la semana, acabarás sintiéndote paralizado, e incapaz de hacer nada.» ¡Acuérdate de soltar el vaso!

Puntos para reflexionar:

- ¿Qué podría representar el vaso en tu vida?
- ¿Cuánto tiempo piensas que llevas aguantando el vaso?
- ¿Cuánto tiempo quieres aguantarlo más?
- Reflexión libre.

EL ÁRBOL QUE NO SABÍA QUIÉN ERA

Había una vez en un lugar que podría ser cualquier lugar, y en un tiempo que podría ser cualquier tiempo, un jardín esplendoroso con árboles de todo tipo: manzanos, perales, naranjos, grandes rosales,... Todo era alegría en el jardín y todos estaban muy satisfechos y felices. Excepto un árbol que se sentía profundamente triste. Tenía un problema: no daba frutos.

– No sé quién soy... —se lamentaba—.

– Te falta concentración... —le decía el manzano— Si realmente lo intentas podrás dar unas manzanas buenísimas... ¿Ves qué fácil es? Mira mis ramas...

– No le escuches. —exigía el rosal— Es más fácil dar rosas. ¡Mira qué bonitas son!!

Desesperado, el árbol intentaba todo lo que le sugerían. Pero como no conseguía ser como los demás, cada vez se sentía más frustrado.

Un día llegó hasta el jardín un búho, la más sabia de las aves. Al ver la desesperación del árbol exclamó:

– No te preocupes. Tu problema no es tan grave... Tu problema es el mismo que el de muchísimos seres sobre la Tierra. No dediques tu vida a ser como los demás quieren que seas. Sé tú mismo. Conócete a ti mismo tal como eres. Para conseguir esto, escucha tu voz interior...

¿Mi voz interior?... ¿Ser yo mismo?... ¿Conocerme?... —se preguntaba el árbol angustiado y desesperado—. Después de un tiempo de desconcierto y confusión se puso a meditar sobre estos conceptos.

Finalmente un día llegó a comprender. Cerró los ojos y los oídos, abrió el corazón, y pudo escuchar su voz interior susurrándole:

“Tú nunca en la vida darás manzanas porque no eres un manzano. Tampoco florecerás cada primavera porque no eres un rosal. Tú eres un roble. Tu destino es crecer grande y majestuoso, dar nido a las aves, sombra a los viajeros, y belleza al paisaje. Esto es quien eres. ¡Sé quién eres!, ¡sé quién eres!...”

Poco a poco el árbol se fue sintiendo cada vez más fuerte y seguro de sí mismo. Se dispuso a ser lo que en el fondo era. Pronto ocupó su espacio y fue admirado y respetado por todos.

Solo entonces el jardín fue completamente feliz. Cada cual celebrándose a sí mismo.

Puntos para reflexionar:

- ¿Piensas que no encajas en la sociedad?
- ¿Por qué?
- ¿Te da miedo de eso?
- ¿Lo has hablado con alguien alguna vez?
- ¿Sientes que los demás te dicen lo que tienes que hacer, decidiendo por ti?
- ¿Qué piensas de las etiquetas?
- ¿Crees que te etiquetan por algo? ¿Has sentido discriminación o rechazo por ello?
- ¿Has etiquetado a alguien alguna vez? ¿por qué motivo?
- Reflexión libre.

EL BAMBÚ JAPONÉS

“Hay algo muy interesante que sucede con el bambú japonés y que nos enseña una importante lección. Cuando un cultivador planta una semilla de este árbol, el bambú no crece inmediatamente por más que se riegue y se abone regularmente.

De hecho, el bambú japonés no sale a la superficie durante los primeros siete años. Un cultivador inexperto pensaría que la semilla es infértil, pero sorprendentemente, luego de transcurridos estos siete años el bambú crece más de treinta metros en solamente seis semanas.



¿Cuánto podríamos decir que tardó realmente en crecer el bambú? ¿Seis semanas? ¿O siete años y seis semanas? Sería más correcto decir que tardó siete años y seis semanas. ¿Por qué? Porque durante los primeros siete años el bambú se dedica a desarrollar y fortalecer las raíces, las cuales van a ser las que luego de estos siete años pueda crecer tanto en solamente seis semanas. Además, si en algún punto en esos primeros siete años dejamos de regarlo o cuidarlo, el bambú muere”

El bambú japonés nos enseña que no debemos desistir fácilmente de nuestros proyectos o metas.

Recuerda; si no consigues lo que aspiras, no desesperes... quizá sólo estés echando raíces.

Puntos para reflexionar:

- Reflexión libre.

ANEXO 2

TECVASP

(Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas)

Encuestador _____ Centro _____

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**. Veamos un ejemplo:

“Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza”:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

1. Has tenido dolor (físico)
2. Has tenido problemas de sueño
3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)
4. Te has sentido fatigado (cansado)
5. Has estado ansioso (nervioso)
6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido «ganas de abandonar»)
7. Te has sentido agresivo
8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)
9. Has tenido alucinaciones
10. Has tenido problemas para concentrarte («estar metido en lo que haces», no despistarte al hacer tareas, etc.)
11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o a lugares conocidos)
12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**
13. Has consumido drogas para estar bien **psicológicamente** (mentalmente)
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)
15. Has tenido personas que se han preocupado por ti
16. Crees que tu salud **psicológica** (mental) está deteriorada (mal)
17. Has tenido problemas familiares
18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)
19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas
20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas
21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)
22. Crees que tu salud **física** ha estado deteriorada

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3

BIPQ. THE BRIEF ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE. Cuestionario breve sobre percepción de la enfermedad

Para las siguientes preguntas, por favor marque con un círculo el número que corresponda a su opinión:

1. ¿En qué medida la enfermedad afecta su vida?										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)
2. ¿Cuánto tiempo cree que durará su enfermedad?										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)
3. ¿Cuánto control cree que tiene sobre su enfermedad?										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)
4. ¿En qué medida cree que su tratamiento puede ser útil para su enfermedad?										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)
5. ¿En qué medida nota síntomas o molestias por su enfermedad?										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)
6. ¿Cuánto le preocupa su enfermedad?										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)
7. ¿Hasta qué punto comprende en qué consiste su enfermedad?										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)
8. ¿Cuánto le afecta su enfermedad a nivel emocional? (por ejemplo, ¿le hace sentir enfadado, asustado, alterado o deprimido?)										
0 (no la afecta en absoluto)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (la afecta gravemente)

Por favor, indique por orden de importancia los tres factores principales que usted considere que causaron su enfermedad. Las tres causas más importantes para mí son:

1. _____
2. _____
3. _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4a

EQ5D5L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD	
- No tengo problemas para caminar	
- Tengo problemas leves para caminar	
- Tengo problemas moderados para caminar	
- Tengo problemas graves para caminar	
- No puedo caminar	
AUTO-CUIDADO	
- No tengo problemas para lavarme o vestirme	
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	
- No puedo lavarme o vestirme	
ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)	
- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas	
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas	
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas	
- No puedo realizar mis actividades cotidianas	
DOLOR / MALESTAR	
- No tengo dolor ni malestar	
- Tengo dolor o malestar leve	
- Tengo dolor o malestar moderado	
- Tengo dolor o malestar fuerte	
- Tengo dolor o malestar extremo	
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	
- No estoy ansioso ni deprimido	
- Estoy levemente ansioso o deprimido	
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido	
- Estoy muy ansioso o deprimido	
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

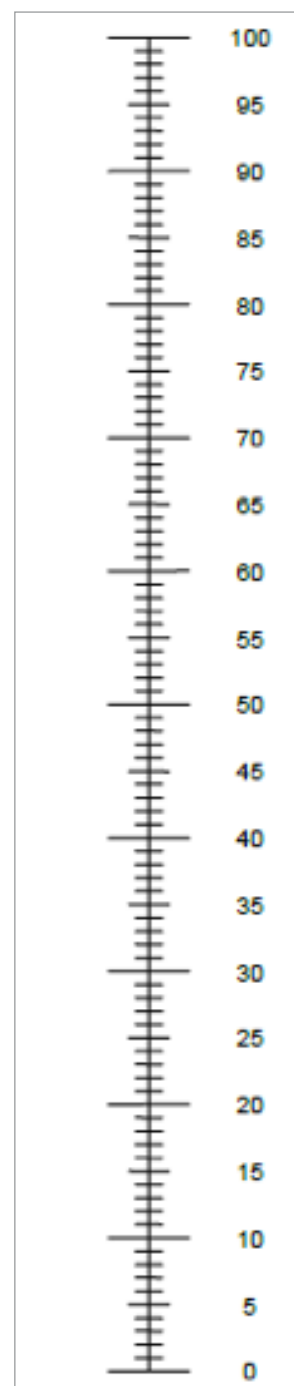
ANEXO 4b

EQ-5D-5L. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

- Nos gustaría conocer, en su opinión, lo bueno o lo malo que es su estado de salud en el día de HOY.
- La escala está numerada de 0 a 100.
- 100 representa el mejor estado de salud que usted se pueda imaginar.
- 0 representa el peor estado de salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que hay a continuación, escriba el número que ha marcado en la escala.

SU ESTADO DE SALUD HOY:

La mejor salud que usted pueda imaginar



La peor salud que usted pueda imaginar

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5

IPQ-R. SU OPINIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD

Seguidamente se exponen una serie de afirmaciones sobre la enfermedad. Marque con una X su grado de conformidad con ellas según esta escala:

1. Nada de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Completamente de acuerdo.

AFIRMACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD	1	2	3	4	5
1. Mi enfermedad durará poco tiempo					
2. Mi enfermedad durará mucho tiempo					
3. Pienso que tendré esta enfermedad el resto de mi vida					
4. Es más probable que mi enfermedad sea permanente que pasajera					
5. Mi "enfermedad" es una enfermedad grave					
6. Mi enfermedad tiene consecuencias importantes sobre mi vida					
7. Mi enfermedad no afecta demasiado mi vida					
8. Mi enfermedad afecta mucho la manera en que me ven los demás					
9. Mi enfermedad tiene serias consecuencias económicas					
10. Mi enfermedad causa dificultades a los que me rodean (familia, amigos...)					
11. Hay muchas cosas que puedo hacer para controlar mis síntomas					
12. Lo que yo haga puede hacer que mi enfermedad mejore o empeore					
13. La evolución de mi enfermedad depende de mi					
14. Tengo la capacidad de influir en mi enfermedad					
15. Mis acciones no afectarán la evolución de mi enfermedad					
16. Mi enfermedad mejorará con el tiempo					
17. Hay muy pocas cosas que se puedan hacer para mejorar mi enfermedad					
18. El tratamiento será eficaz para curar mi enfermedad					
19. Los efectos negativos de mi enfermedad se pueden prevenir (evitar) con el tratamiento					
20. El tratamiento puede controlar mi enfermedad					
21. No hay nada que pueda mejorar mi enfermedad					
22. No entiendo mi enfermedad					
23. Entiendo claramente en qué consiste mi enfermedad					
24. Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro					
25. Mis síntomas van y vienen por temporadas					
26. Mi enfermedad es muy impredecible (no sé cómo irá)					
27. Mi enfermedad mejora y empeora por temporadas					
28. Me deprimó cuando pienso en mi enfermedad					
29. Me altero cuando pienso en mi enfermedad					
30. Mi enfermedad no me preocupa					
31. Mi enfermedad hace que me sienta enfadado/a					
32. Temer esta enfermedad me produce ansiedad					
33. Mi enfermedad hace que me sienta asustado/a					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 6

CONCEPTOS

PATOLOGÍA DUAL

Coexistencia, de forma simultánea o secuencial, de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona.

- El abuso de drogas puede producir un empeoramiento de trastornos mentales previos (afectivos, trastornos de la conducta, ansiedad, depresión, trastornos psicóticos...)
- Un trastorno mental puede llevar a la persona a consumir drogas y generar un trastorno por consumo abusivo.

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS AL CONSUMO DE TÓXICOS

1. Trastornos psicóticos.
 - a. Psicosis secundarias al consumo de drogas.
 - b. Esquizofrenia
2. Trastornos afectivos.
 - a. Depresión.
 - b. Trastorno bipolar.
3. Trastornos por ansiedad
 - a. Trastorno de angustia con o sin agorafobia.
 - b. Fobias.
 - c. Trastorno obsesivo compulsivo.
 - d. Trastorno por estrés postraumático.
 - e. Trastorno de ansiedad generalizada.
 - f. Trastorno de ansiedad inducido.
4. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
5. Trastornos de la Personalidad.
 - a. Grupo A: rareza, extravagancia, desconfianza, independencia, aislamiento
 - Paranoide
 - Esquizoide
 - Esquizotípico
 - b. Grupo B: inmadurez, dramáticos, emocionales, extrovertidos, conflictivos.
 - Antisocial
 - Límite
 - Histriónico
 - Narcisista
 - c. Grupo C: miedo, inseguridad, introvertidos, dependientes.
 - Evitación
 - Dependencia
 - Obsesivo compulsivo

DEPENDENCIA

Necesidad de consumir dosis repetidas de una sustancia para encontrarse bien o no sentirse mal.

TOLERANCIA

Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de la sustancia para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas.

HÁBITOS TÓXICOS EN EL MEDIO PENITENCIARIO ANTECEDENTES PARA UNA INTERVENCIÓN

Alfredo Palomino Anguí
Enfermero I.I.P.P.

Centro Penitenciario "Las Palmas II"



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HáBITOS TOXICOS EN UN MÓDULO DE MUJERES

- ❖ El estudio parte del análisis de hábitos tóxicos previos y actuales (tabaco, cocaína ,heroína y cannabis) en el Módulo 5 de mujeres en C.P "Las Palmas II "
- ❖ Como parte de una futura intervención y conocer la realidad y su relación con las diferentes patologías o problemas derivados de su consumo y /o abuso.
- ❖ La población sobre la que se hizo fue sobre un total de 30.
- ❖ Se organizan grupos de 6 internas a las que se les explica el objeto de estudio, y se les entrega un cuestionario totalmente anónimo de realización propia que se detallará a continuación

2

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HÁBITOS TOXICOS EN UN MÓDULO DE MUJERES

- ✦ El cuestionario incluye datos personales como el sexo (para un futuro uso en Módulos masculinos) y edad.
- ✦ Se preguntaba si tenía alguna enfermedad o trastorno psiquiátrico en la actualidad (corroborado posteriormente por la Historia clínica). Algunas de ellas no tenían muy claro el concepto ni sabían exactamente el tipo de trastorno.
- ✦ El siguiente ítem era la pregunta sobre hábito tabáquico, en el que se les preguntaba sobre si en la actualidad fumaban (si/no) y el número de cigarrillos/día.
- ✦ Pasando posteriormente al apartado de “otras sustancias”: cannabis, heroína y cocaína . Con los siguientes apartados:
 - Antecedentes de consumo : si/no.
 - Edad de inicio.
 - Fecha de último consumo.

3

En primer lugar se analiza el total de porcentaje/número sobre el total de internas que han consumido las sustancias relacionadas anteriormente.

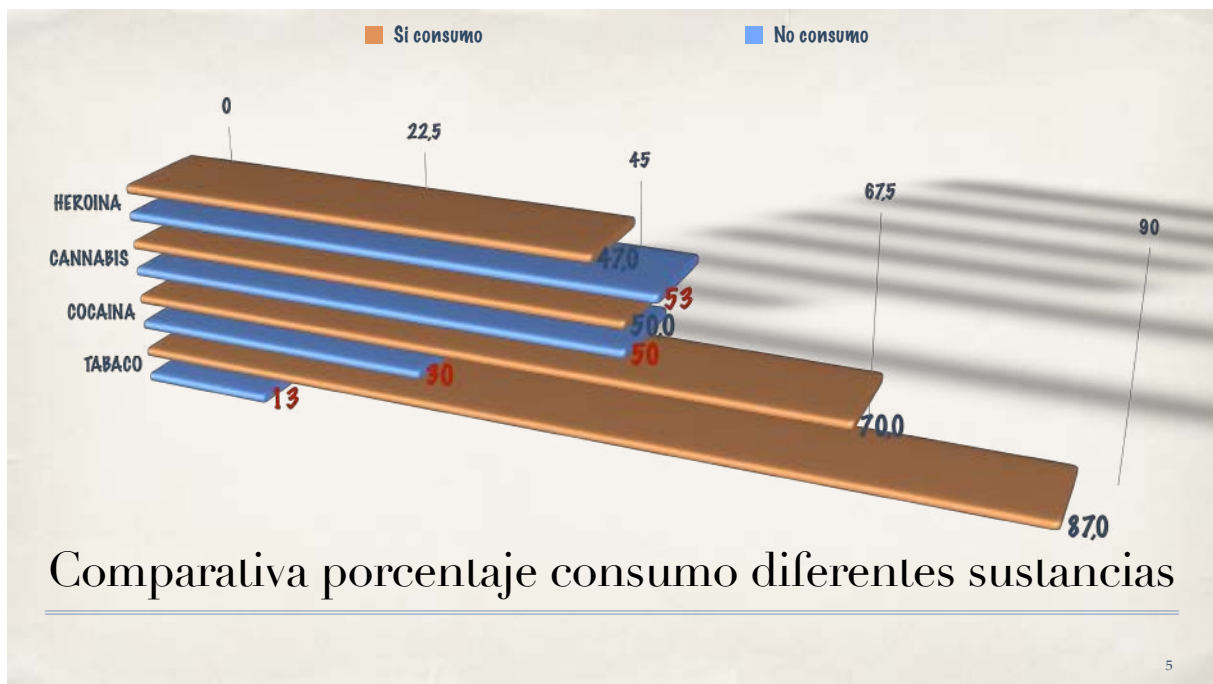
Ordenadas de mayor a menor porcentaje de consumo aparece la heroína como sustancia menos consumida (47 %)y el tabaco como la más consumida(87 %).

Respecto al cannabis el porcentaje llega al 50 %.

Reseñar el alto porcentaje de consumo de cocaína , un 70% del total declaran haber consumido en algún momento esta sustancia en cualquiera y múltiples formas de consumo.

En la diapositiva siguiente se muestra gráfica comparativa.

4



EDAD MEDIA INICIO HABITOS R/C TOTAL CONSUMIDORAS

- ❖ La edad media de la población estudiada ($n=30$) se situaba en los 39,9 años.
- ❖ El intervalo se situaba entre la mas joven, 20 años y la mayos con 65 años.
- ❖ Destacar la edad temprana de inicio de habito tabáquico (13,11 años) y la de consumo de cannabis (14,5 años).
- ❖ Cocaína y heroína se sitúan alrededor de los 20 años (19,4 y 20,5 respectivamente).

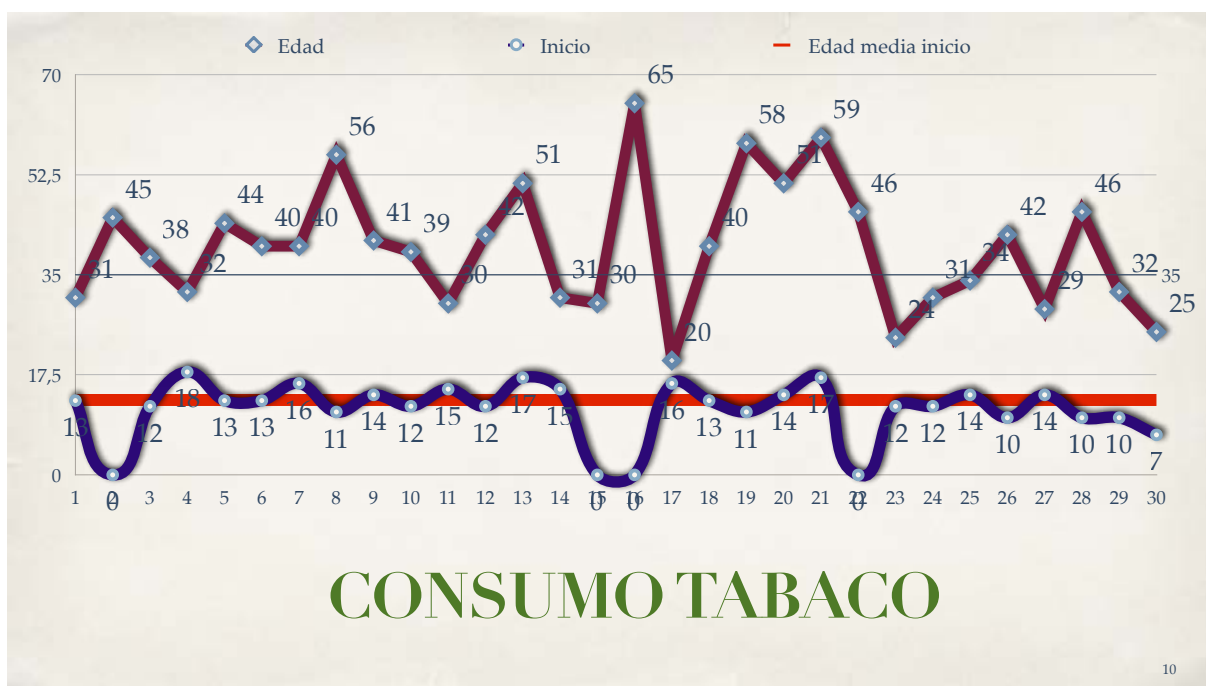
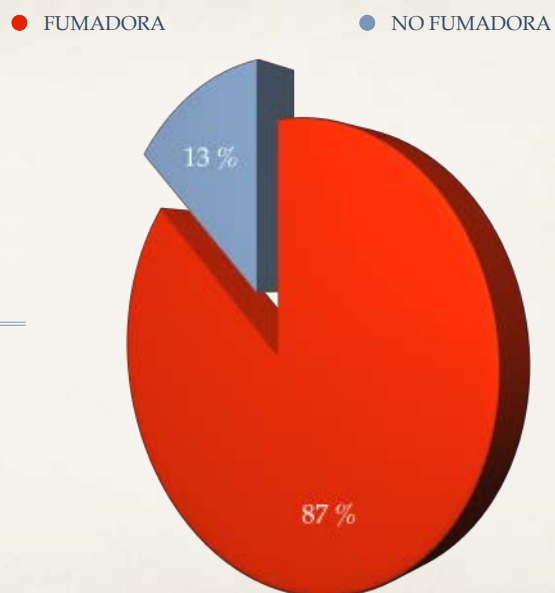
Comparativa edad inicio diferentes hábitos tóxicos y total consumidoras , por media de edad en el inicio de consumo . n = 30



HABITO TABÁQUICO

- ❖ Como ya se ha comentado, la edad media de inicio es de 13,11 años y resulta significativo el porcentaje de consumo declarado. De un total de 30 mujeres (100 %), 27 son consumidoras habituales (87 %) y 3, no (13%).
- ❖ Reseñable la edad de comienzo entre la más precoz (7 años) y las más tardía (18 años)

Porcentaje hábito tabáquico.

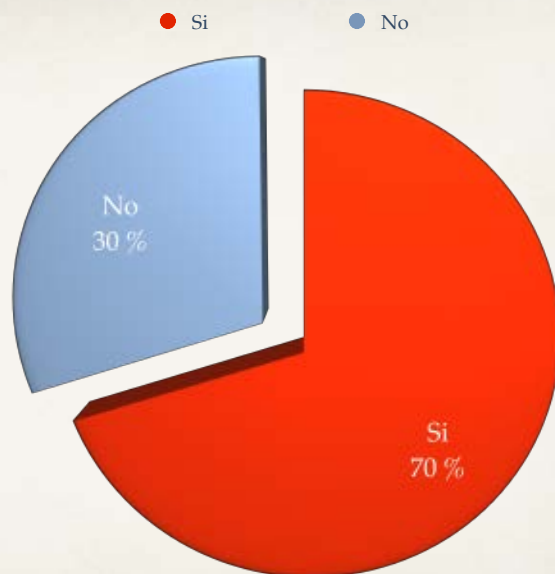


CONSUMO COCAÍNA

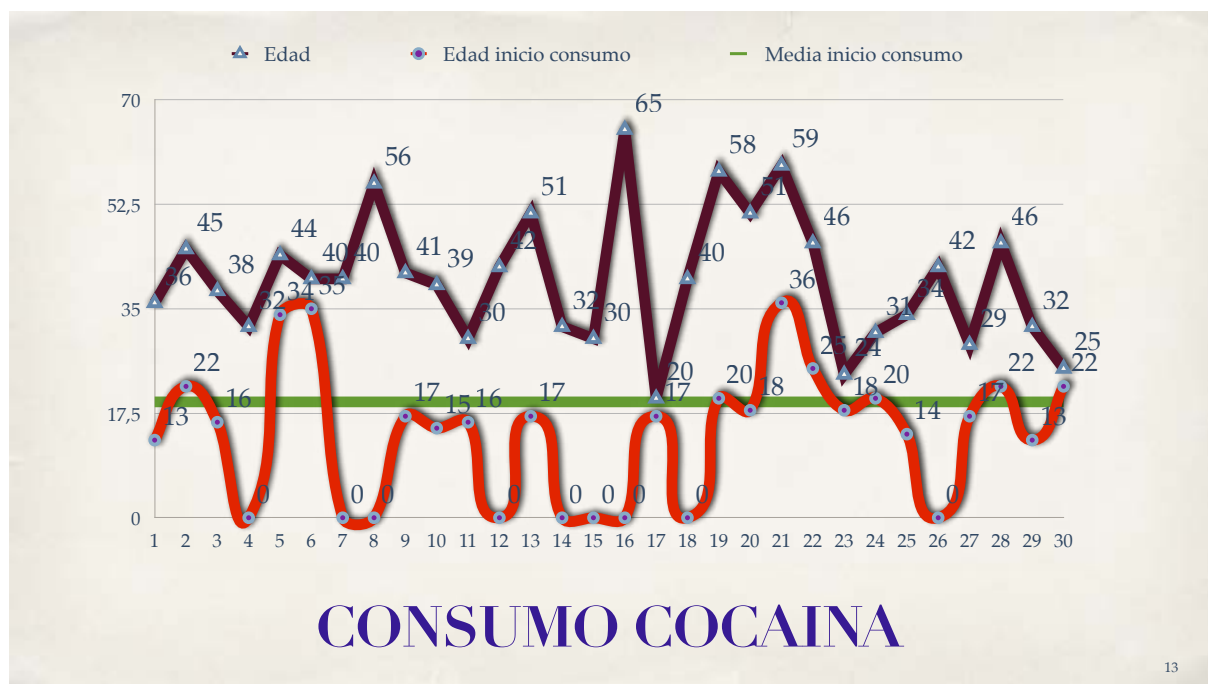
- ❖ Como ya se ha comentado, la edad media de inicio es de 19,4 años y resulta significativo el porcentaje de consumo declarado. De un total de 30 mujeres (100 %), 21 son consumidoras habituales o han sido consumidoras (70%) y 9, no (30%).
- ❖ Reseñable la edad de comienzo entre la más precoz (13 años) y las más tardía (35 años).

11

Porcentaje consumo cocaína.



12



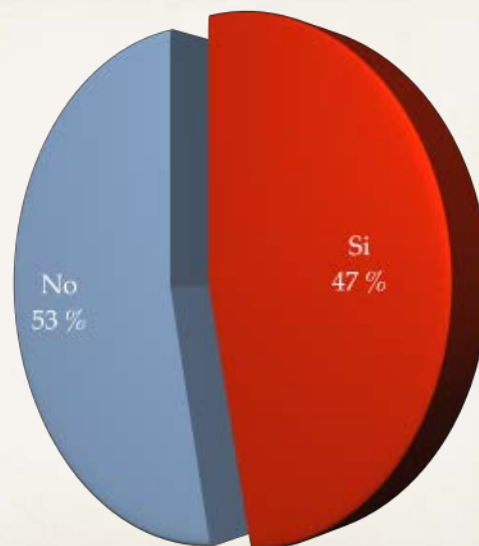
13

CONSUMO HEROINA

- ❖ Como ya se ha comentado, la edad media de inicio es de 20,5 años y NO resulta digno de reseña el porcentaje de consumo declarado. De un total de 30 mujeres (100 %), 14 son consumidoras habituales o han sido consumidoras (47 %) y 16, no (53%).
- ❖ Reseñable la edad de comienzo entre la más precoz (13 años) y las más tardía (41años).

14

Porcentaje consumo Heroína



15



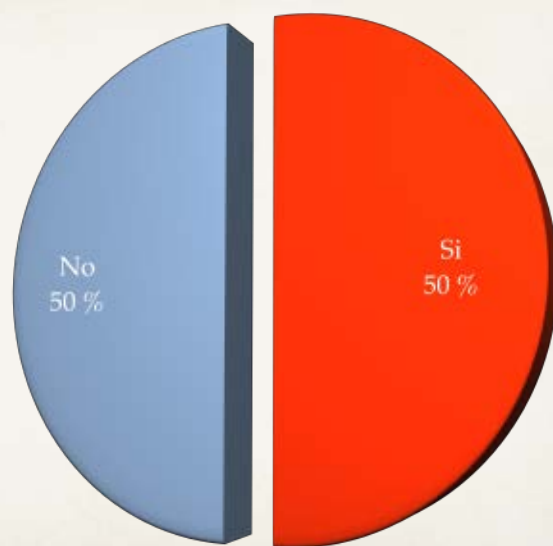
16

CONSUMO CANNABIS

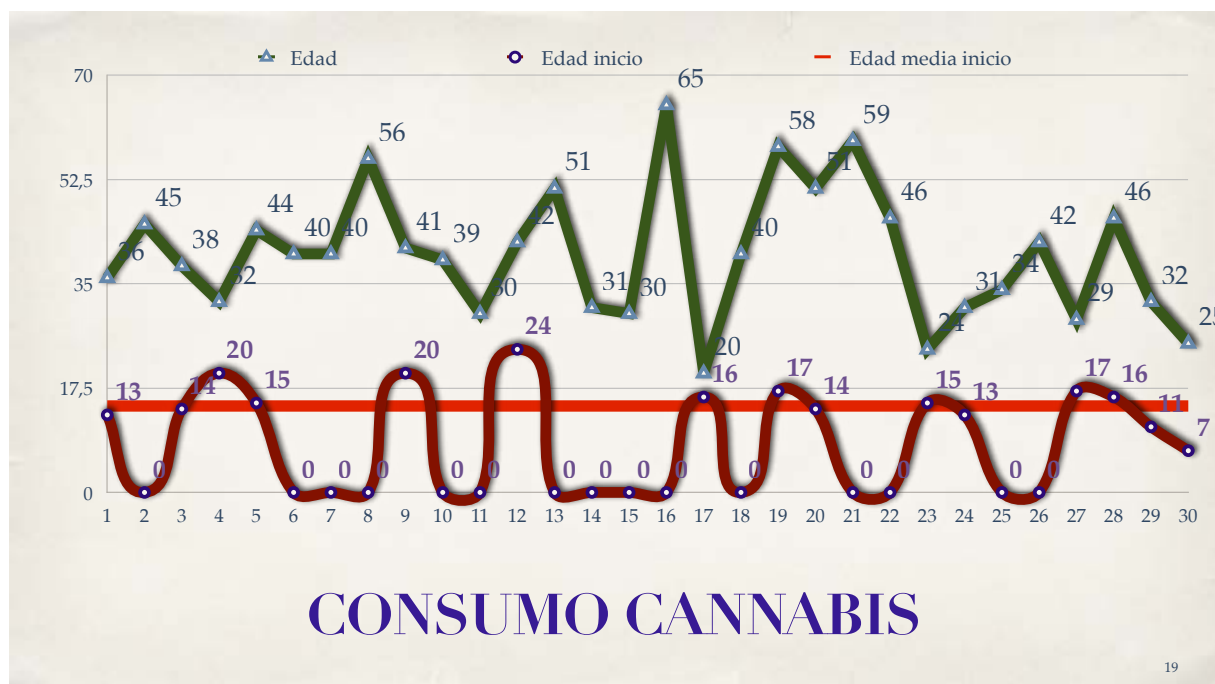
- ❖ Como ya se ha comentado, la edad media de inicio es de 14,5 años y respecto al porcentaje de consumo declarado. De un total de 30 mujeres (100 %), 15 son consumidoras habituales o han sido consumidoras (50 %) y 15, no (50%).
- ❖ Reseñable la edad de comienzo entre la más precoz (7 años) respecto a la más tardía (24 años).

17

Porcentaje consumo Cannabis



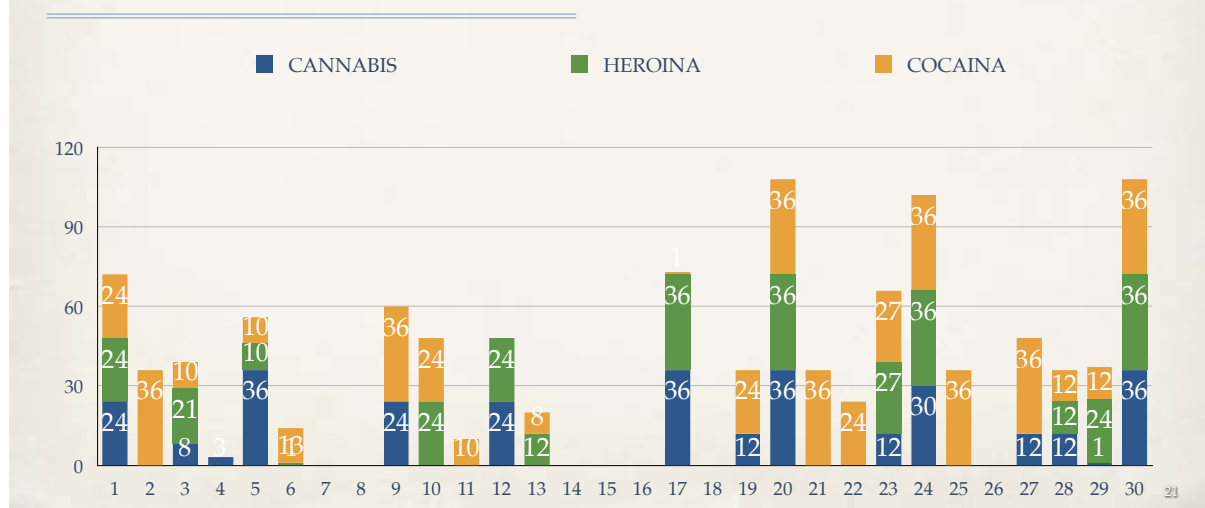
18



Fecha ultimo consumo diferentes sustancias (excepto tabaco), expresado en meses.

- ❖ El tiempo desde el último consumo, reflejado en meses, supone que , en la mayoría de los casos no ha habido consumo dentro del periodo en el que estaban en la prisión. Aunque en un porcentaje medio coincide el consumo, sobre todo de heroína, dentro del periodo de condena.
- ❖ Fecha más corta, un mes. Fecha más lejana , por encima de tres años coincidiendo en algunos casos con la entrada de cumplimiento de pena .

Fecha ultimo consumo diferentes sustancias (excepto tabaco), expresado en meses.



A modo de conclusión:

- ❖ En el gráfico siguiente se puede ver la relación entre el porcentaje de cada una de las drogas consumidas, en este caso , cocaína, heroína y cannabis y porcentaje de enfermedad / trastorno psiquiátrico.
- ❖ Hay que sumarle otros factores como son , factores hereditarios, ambientales, sociales, etc...para establecer conclusiones y poder establecer una relación mas profunda entre los resultados y los distintos factores de riesgo asociados.
- ❖ A partir de los resultados obtenidos se abren otras posibilidades para intervenciones futuras.

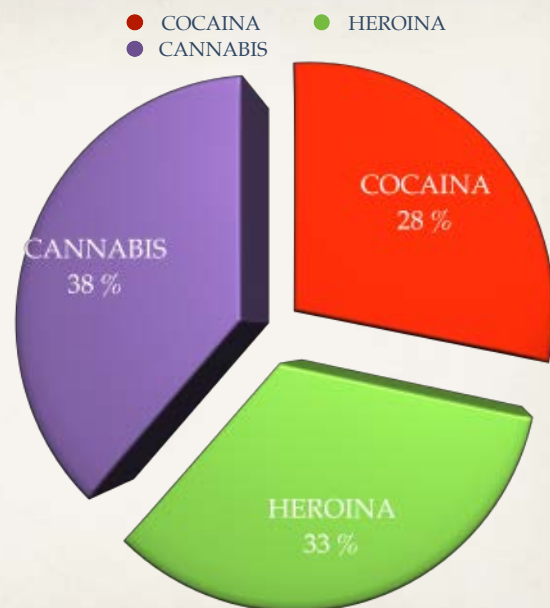
22

A modo de conclusión:

- ❖ El gráfico sólo muestra la relación del consumo de una sola droga y el porcentaje de trastorno detectado.
- ❖ Hay que tener en cuenta que en número elevado de la muestra, el consumo no se limitaba a una sola sustancia, sino que en algún caso eran todas sin excepción.
- ❖ Los datos ponen de manifiesto la realidad en la población penitenciaria a la que tratamos. Un 30 % del total se puede decir que son pacientes psiquiátricos o padecen algún trastorno mental.

23

**Porcentaje de Enf
psiquiátrica
(declarada) en relación
al consumo de
diferentes sustancias.**



24

Proyecto de intervenciones inmediatas según resultados obtenidos .

Teniendo en cuenta los antecedentes encontrados y los resultados obtenidos y en colaboración con la psicóloga responsable del Módulo 5, se pretende comenzar a primeros de año un programa de deshabituación.

Empezando con el de mayor porcentaje encontrado, tabaquismo . Se ampliará con test específicos para ver si hay dependencia o no u otro tipo de problema relacionado con el tabaquismo.

Más adelante se profundizará en el tipo de tratamientos psicótopos para ver la dependencia/ porcentaje de Benzodiazepinas por ser el mayor grupo terapéutico relacionado con sobredosis y/o problemas de dependencia según se ha observado en la práctica diaria .

HÁBITOS TÓXICOS EN EL MEDIO PENITENCIARIO

EDAD:

SEXO:

¿ Padece algún trastorno o enfermedad psiquiátrica en la actualidad ? Si () No ()

1. HÁBITO TABAQUICO :

¿ Fuma en la actualidad ? Si () No ()

Edad de inicio :

2. OTRAS SUSTANCIAS

•

CANNABIS : Si () No ()

Edad de inicio :

Fecha último consumo (meses):

HEROÍNA : Si () No ()

Edad de inicio:

Fecha último consumo (meses):

COCAÍNA : Si () No ()

Edad de inicio

Fecha último consumo (meses):

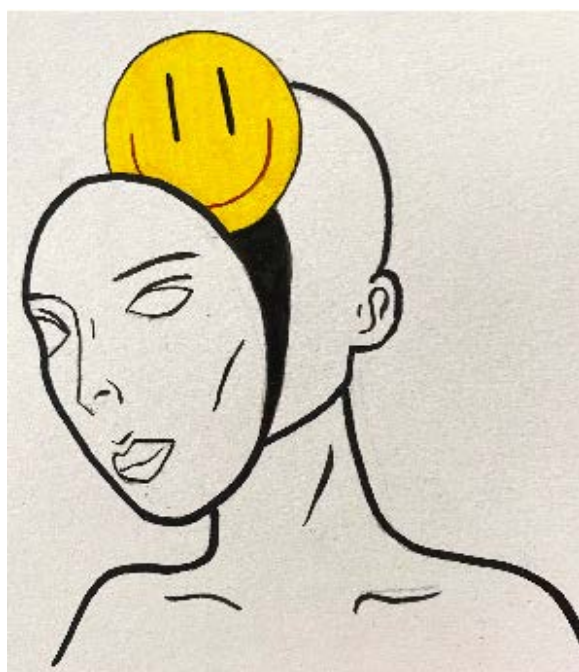
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

SI ABRO MI MENTE, ESCAPAN LAS SOMBRAS.

Isabel Fernández Martínez

Alejandra Molano Gutiérrez

Centro Penitenciario de Badajoz



ANÁLISIS DE LA REALIDAD

El policonsumo en los Centros Penitenciarios asociado a una Enfermedad mental es cada vez más frecuente. El perfil del interno que cumple una condena ha cambiado en los últimos años. Al sufrimiento individual de estar privado de libertad con las connotaciones que esto presenta, se asocia ahora una patología difícil de gestionar por el interno, y difícil de abordar por el equipo sanitario y el resto de trabajadores del centro. No estamos hablando

de internos que presentan el hábito de la adicción a sustancias como el cannabis, la heroína, la cocaína, el alcohol,... sino de personas que o bien presentan un trastorno mental de base, o bien, dicho consumo ha contribuido a mermar sus facultades mentales hasta el punto de no poder discernir el origen de la misma. Esto nos plantea que el abordaje de internamiento, tiene que ser multidisciplinar, para poder cubrir sus necesidades. La reincidencia es el principal problema que tenemos que salvar, para ello hay que concienciar a la población reclusa del origen y la consecuencia de éste. Si conseguimos que internalicen el sufrimiento de ellos y de las víctimas que están a su lado, familiares y amigos, para evitar el consumo, haciéndoles ver, que agrava el trastorno mental de base si lo padecen, o lo provoca, si no lo padecen, es muy probable que puedan continuar el tratamiento en libertad, que acudan a Centros de Salud Mental, que consigan hacer terapia, que visiten Centros Externos de ayuda al drogodependiente, CEDEX, centros sociales. En definitiva, que les ayudemos a ser mejores personas.

El modelo de atención al paciente que cumple penas privativas de libertad debe estar basado en un análisis por un lado del estudio de la salud mental al ingreso, del consumo de drogas, de la comorbilidad que asocia ambos problemas, para poder disponer de programas terapéuticos que permitan proporcionarles la ayuda necesaria durante su internamiento, para una integración social en su puesta en libertad.

Por otro lado, también se pueden encontrar puntos de vista que afirman que los tratamientos dirigidos a las personas con problemas de drogodependencia se deberían iniciar desde el primer momento en el que el individuo es consciente de que tiene una dependencia a sustancias que son perjudiciales para él/ella y, a partir de entonces, planificar una estrategia individualizada que se adapte a cada persona, manteniendo una cadena de actuación que haga seguimiento del usuario en todo momento, desde el diagnóstico y la desintoxicación hasta la reinserción social completa, a nivel familiar, laboral, comunitaria...

En cuanto a los tipos de deshabituación, se pueden clasificar principalmente de dos formas: sin apoyo farmacológico (deshabitación psicológica) y con apoyo farmacológico (con antagonistas opiáceos y con adyuvantes); en el caso del tratamiento con fármacos, estos se proporcionan con la intención de mejorar las posibilidades del mantenimiento de la abstinencia, así como favorecer una estabilidad emocional que ayudaría en el proceso, el más destacado es el PMM, Programa de Mantenimiento con Metadona.

Por otro lado, los tratamientos de deshabituación también se pueden encontrar catalogados de formas más amplias, en la cual encontramos: el apoyo farmacológico, programas libres de drogas, programas de atención a la psicopatología dual, programas de seguimiento de la evolución de los usuarios con VIH y otras patologías infecciosas y programas de deshabituación residenciales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca del 1% de la población sufrirá alguna enfermedad mental grave a lo largo de su vida, si nos centramos en la población reclusa, al 30% le han diagnosticado algún trastorno mental en la vida. Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. Y, además, por ser etiquetados como enfermos mentales sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social, dando lugar a lo que denominamos "estigma mental".

OBJETIVOS

1. OBJETIVOS GENERALES

El interno debe ser capaz de identificar que tiene un trastorno mental, que se agrava con el consumo de drogas, o bien al contrario, que su adicción a las drogas produce una alteración de la conducta, causa muchas veces de violencia tanto de heteroagresividad como de auto-agresividad. La psicosis inducida por drogas genera un malestar en el individuo y debemos conseguir que sean capaces de discernir que el consumo les provoca una exclusión social, problemas familiares, de pareja, de convivencia y por supuesto de criminalidad, dadas las conductas violentas.

Hemos detectado que un porcentaje importante de las conductas violentas son producidas en el núcleo familiar, los padres, cuando no han podido independizarse, o sus parejas e hijos cuando viven independientes. Conductas que vemos luego son aprendidas por los menores convivientes, y repetidas en el futuro por los mismos.

Llegado a este punto, que aún no han ingresado en los centros penitenciarios, por lo que aún no tienen la condición de internos, sino pacientes, detectamos la falta de iniciativa de éstos por solicitar ayuda en la Red sanitaria, pocos acuden a Centros de Salud Mental sino es para solicitar tratamientos de benzodiacepinas para paliar el consumo, o para tratar sus problemas de ansiedad.

El éxito en su rehabilitación garantizará la reducción del riesgo de reincidencia de sus comportamientos antisociales, y debido a la relación entre consumo y delincuencia se puede entender que proporcionar un adecuado tratamiento para las drogodependencias, así como una reeducación integral, reduciría las posibilidades de reincidencia, ya que se estaría eliminando el problema base. La deshabituación psicológica tiene como objetivo que la persona drogodependiente pueda enfrentarse a la abstinencia, para ello es necesario entrenar las habilidades necesarias que le ayuden a prevenir, rehusar las drogas y crear un entorno que sea facilite el no consumo. La dependencia psicológica es uno de los obstáculos más difíciles de tratar, puesto que muchas de las personas drogodependientes son consumidoras desde hace mucho tiempo, tienen facilidad de acceso a las drogas y encuentran en ellas

un estímulo reforzador inmediato; es por esto que habituarse a nuevas conductas y reforzadores, que no estén ligadas al consumo, junto con el apoyo social, son fundamentales para conseguir la deshabituación psicológica.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dotar al interno de habilidades para evitar las recaídas. Para ello debemos garantizar que el interno durante su estancia en prisión pueda contar con la ayuda especializada de profesionales de la Salud, que nos podamos coordinar de forma que mantenga interconsultas:

- Con el Psiquiatra: para conseguir un diagnóstico, no es lo mismo una Psicosis inducida por drogas, que etiquetar de por vida al paciente como “Esquizofrenia”.
- Psicólogo: Un análisis de la conducta.
- Cruz Roja: mediante terapias de apoyo a drogodependientes.
- Médicos: la consulta a demanda o derivada por los otros profesionales, que garantizamos el tratamiento adecuado, observamos la evolución y su asistencia continuada.
- Enfermeros: mediante el reparto del tratamiento, la educación y control, y buena custodia del mismo para que no se haga mal uso.
- Educadores: en módulos terapéuticos realizan charlas, talleres, una ayuda para su integración en la sociedad. Será de gran ayuda también otros profesionales, juristas, y por supuesto el cuerpo de funcionarios en la educación de los mismos.

La intervención que se realiza en la fase de deshabituación no farmacológica tiene que centrarse en la parte psicológica, educativa-ocupacional y social. El análisis funcional de la conducta, el desarrollo de estrategias de solución de problemas, mejorar la capacidad de autocontrol y habilidades sociales, etc., son estrategias encaminadas a dotar al interno/a de los recursos que necesitan.

Los programas de prevención y sensibilización, son fundamentales, debido al alto porcentaje de consumo de drogas de las personas internas en prisión, se considera fundamental actuar en relación a la percepción que se tiene de las drogas, es por esto que los programas de prevención tienen un gran peso en los tratamientos de drogodependencias.

Para ello hemos manejado y proporcionado información sobre las drogas, debemos evitar el inicio del consumo, reducir el consumo, educar para la salud, cambiar actitudes relacionadas con el consumo, dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones usuales de incitación al consumo, y mejorar la competencia individual y social. Creemos que los programas y actividades destinados a la sensibilización sobre a las drogas son la base fundamental para promover un cambio en la actitud y la percepción de los internos frente a estas sustancias; con ello se pretende prevenir los consumos y las consecuencias derivadas de estos.

Debemos dotar a los internos de habilidades, la asertividad es una de ellas, hay que saber decir NO. Esto supone muchas veces cambiar las relaciones sociales, incluso las familiares, si de ellas se deriva el problema.

La tolerancia a la frustración, trabajar la autoestima, la percepción de la realidad, las consecuencias de nuestros actos, por acción o por omisión. Muchos de ellos saben del placer que les proporciona el consumo, y por supuesto la abstinencia de ello, pero es conveniente manejar los actos que se derivan del consumo, para que las conductas se eviten y no se repitan. Debemos mostrarles la cruda realidad, que afronten que muchas veces la enfermedad se asocia al consumo, que el cuadro psicótico en conjunto, con los delirios y alucinaciones que les ocasionan tanto malestar se pueden evitar.

METODOLOGÍA

Hemos escogido para nuestro programa, a un grupo de internos que son consumidores de drogas, y que han desarrollado un trastorno mental asociado a las mismas.

En nuestro Centro Penitenciario trabajamos con el PAIEM, pero hay internos que no tienen etiquetado una patología mental. No son esquizofrénicos, ni bipolares, ni presentan depresión mayor recurrente... son pacientes que han acudido a nosotros buscando ayuda porque se han dado cuenta, que el consumo, ya sea de alcohol, de cannabis, de heroína o mezcla(heroína y cocaína) les ha llevado a estar en prisión. Nos vamos a centrar sobre todo en un grupo de pacientes que han desarrolla-

do una Psicosis relacionada con el consumo y/o a veces, la de privación de estas drogas. Pacientes que presentan delirios y alucinaciones, tanto uno, como otras, generan gran malestar en el paciente, que mientras consume no se da cuenta que es la ingesta de drogas lo que produce estos síntomas. Alucinaciones auditivas, oyen voces, voces que a veces reconocen como de un familiar fallecido, y otras veces, son extrañas, éstas quizás más graves, voces imperativas que les dicen que realicen alguna acción porque de no hacerlo, les va a pasar algo a algún familiar. Tenemos muchos casos, pacientes que la voz les dice que se auto-lesionen, o que agredan a una persona en concreto, “paranoias”, con consecuencias imprevisibles, y siempre generando un malestar tremendo en la persona que las padece. Alucinaciones visuales, ven sombras, no las definen muy bien, o ven objetos moverse que transforman mentalmente en algún ser conocido.

Adaptándonos al protocolo COVID-19 en prisiones, los grupos han sido muy reducidos. Para ello hemos trabajado con un total de 8 internos, aunque en dos sesiones diferentes. Hemos dividido el grupo en dos, con 4 internos en cada intervención, el aula ha sido la escuela del módulo, un lugar amplio y con distancia de seguridad, y ventilación de la misma.

Cada sesión, y por los motivos señalados, ha sido de 45 minutos, y previamente, para la selección de los mismos, hemos pasado un cuestionario que anexamos al final de la memoria.

La idea era que fuera interactivo, por lo que ha sido como una especie de taller. Durante la charla grupal (4 internos por grupo), hemos intentado que expresen sus sentimientos, inicialmente se mostraron tímidos, recatados, escépticos, y reservados, pero después de la segunda sesión, los cambios han sido notorios, y muy significativos, alentadores y hemos agradecido su sinceridad, y que puedan abrir y expresar sus emociones.

No obstante, antes de los talleres, nos hemos reunido de forma individual con cada uno de ellos, era importante transmitirles confianza, para una buena inclusión.

RECURSOS

1. HUMANOS

En el Centro Penitenciario de Badajoz, el curso ha sido realizado por una médico y una enfermera. Hemos intentado que los talleres sean dos veces por semana, y para que los internos se familiarizaran con las dos, el martes lo impartía la médico, y el jueves la enfermera. No hemos dividido las funciones, hemos creído que ambas podíamos impartirlo atendiendo a unas premisas previas, y así intercambiamos nuestras experiencias.

El abordaje no obstante sí era diferente en función de las tareas que cada una tiene asignada por el trabajo diferente que realizamos. De esta manera, la médico abordaba más el aspecto de la indicación del tratamiento, y la enfermera, de el buen uso y tomas según las pautas indicadas.

2. MATERIALES

Iniciábamos el taller con la premisa de la “motivación”, y de que se puede cambiar si queremos. Antes de los talleres y de forma individualizada hemos hablado con cada uno de ellos, queríamos que nos contaran cómo eran sus “voces”, qué les decían, para iniciar la valoración personal, donde registramos los antecedentes personales, de consumo, delictivos, sociales, y así saber cómo podemos trabajar. Los internos que presentan psicosis inducida por drogas o por la privación de las mismas tienen muy buena evolución una vez que se diagnostica y trata, y lo mejor de todo, es que si no vuelven a consumir no tiene porqué pasarles de nuevo. Esa es nuestra meta, que entiendan cómo se han sentido, que abracen sus miedos, y de la misma forma, los dejen ir.

En la primera sesión se les ha proporcionado el material necesario para poder abordar en conjunto, los talleres que vamos a impartir. Hemos pasado dos encuestas, una sobre consumo de drogas, y su trayectoria desde el inicio, así valoraremos el tipo de consumo, y cómo seguramente ha variado con los años. La segunda encuesta es sobre salud mental, queremos saber qué saben o qué piensan que saben sobre la salud mental, los trastornos y sus secuelas.

En la segunda sesión hemos comenzado a trabajar con imágenes, éstas representan sen-

timientos, hábitos, valoración familiar, de pareja, de violencia.

En la tercera sesión, hemos estado presente con cada grupo la médico y enfermera, para la proyección de una película que hemos creído apropiada dado que analiza bastante bien los trastornos mentales, y la humanización de los mismos.

La película elegida para la proyección durante una de las sesiones fue: Nise (2015) una película brasileña acerca de los paradigmas más recientes de la psiquiatría, basada en un trato humano a los pacientes con los trastornos mentales más graves. La doctora Nise da Silveira intenta que los internos con esquizofrenia de su centro médico sean vistos como personas, algo que le sirve para ganarse las enemistades de sus colegas. El trabajo de Nise da Silveira sobre terapia ocupacional y la comprensión del proceso psicótico a través de imágenes del inconsciente dio origen, a exposiciones, películas, documentales, audiovisuales, cursos, simposios, publicaciones y conferencias.

En el resto de sesiones hemos trabajado los programas de prevención y sensibilización en el tratamiento de las drogodependencias con el material que les hemos proporcionado.

EVALUACIÓN

Hemos hecho un análisis del proceso de interacción con los internos durante los talleres desde el inicio del programa de intervención en función de unas metas a medio umbral.

La idea era que pudieran entender lo que representa una enfermedad mental asociada al consumo de sustancias, y el daño que una adicción provoca en la conducta de una persona que es mentalmente inestable, y por otro lado, en el grupo de internos que iniciaron un consumo de sustancias a edades tempranas, el resultado a largo plazo de dicha adicción a nivel cerebral, de forma que ha provocado una enfermedad mental. Fijaron después de varios días el concepto de Patología Dual.

No ha sido fácil, les costó inicialmente identificar que tenían un doble problema, pero las charlas proporcionadas durante los talleres, contribuyó a demostrarles que la presencia de ambas patologías (Enfermedad mental y adicción) generan un peor pronóstico en la evolución y tratamiento.

Las patologías más frecuentes asociadas, eran Trastornos Afectivos y de Ansiedad, Trastorno Límite de la Personalidad, y Trastorno Antisocial, junto a las adicciones más frecuentes, alcohol, tabaco, cannabis y la mezcla que ahora llaman (heroína y cocaína).

Se facilitó durante los talleres estrategias de afrontamiento del problema, tanto emocionales como cognitivas, hemos trabajado mucho el apoyo familiar y lo que representa el rechazo de las conductas de riesgo, la dificultad para la reinserción social, la búsqueda de empleo, y no perder la oportunidad de mantenerlo. Es muy importante que crean que existe un apoyo por parte de los Equipos de Salud Mental, y que tanto dentro de prisión, como en su puesta en libertad, pueden seguir un tratamiento y una terapia de apoyo, para que “el estigma” de enfermo mental desaparezca.

Dado que la motivación ha sido la principal técnica que hemos utilizado, el análisis que podemos hacer después de las 8 sesiones realizadas, ha sido muy positivo, y lo hemos visto reflejado cuando le hemos pedido a título personal, que valoren la intervención durante estas sesiones. Decidimos que no era necesario pasar una encuesta de satisfacción con preguntas pre-establecidas, sencillamente, en un folio en blanco, que expresaran con sus propias palabras qué ha cambiado en su forma de ver el problema que presentan, y si creen que es posible cambiar, que evalúen los factores de riesgo que predisponen al consumo, tanto de sus relaciones sociales, cómo de su estilo de vida, para evitar las recaídas.

Hemos leído sus notas, en casi todas hablan de su familia, por su familia, por sus padres, creen que tienen que dejar de consumir, por sus hijos, aunque saben que va a ser difícil. Impresionó especialmente cómo decían tener miedo a la libertad, a recaer en el consumo, porque en prisión dicen, lo tienen todo hecho, y hay que seguir unas normas, pero en la calle, las reglas las ponen ellos.

Ha sido muy gratificante la experiencia de trabajo, como sanitarias, por el vínculo que hemos establecido con los internos, y creemos que la interacción ha sido de doble sentido. Han trabajado mucho, y muy bien, historias conmovedoras con mucha carga emocional que nos ha hecho entenderlos un poco más. Nos quedamos con lo mejor de cada uno de ellos y con el cariño que hemos recibido.

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
2. Delegación del Gobierno sobre el plan nacional de drogas.(2008)
3. Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Fundamentos neurobiológicos del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales.
4. Patología Dual: Fundamentos clínicos y terapéuticos. Carlos Roncero. Miguel Casas.
5. Manual de Psicofarmacología Clínica. Octava Edición. Alan F.Schatzberg. Charles de Batista.
6. Drogas y Enfermedad Mental. Un estudio sobre Esquizofrenias y Psicosis tóxicas. Jimeno Bulnes, Natalia. Universidad de Valladolid.
7. La intervención precoz en la Psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la Psicosis. Jane Edwards y Patrick. D.MacGorry 2004.
8. Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (ed) (2007). Aspectos Psiquiátricos del consumo de cannabis. Madrid.
9. Planes de Tratamiento Para la Psicoterapia de las Adicciones. Arthur E.Jongsma.
10. Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los internados en IIPP.ESDIP.(2016)
11. Programa de Atención Integral al Enfermo Mental. PAIEM(2009).
12. Programa PUENTE EXTENDIDO. Salud Mental en penas y medidas alternativas. (2018) Secretaría General de IIPP.
13. Stop al estigma de la salud mental. Antonio Ramos Bernal.(2009).

ANEXO 1

ENCUESTA SOBRE LA SALUD MENTAL

1. ¿Qué es la enfermedad mental?
 - A) Un proceso degenerativo del cerebro que disminuye la capacidad de la persona.
 - B) Un trastorno de la salud que provoca cambios en la forma de pensar, el estado de ánimo y la conducta de una persona.
 - C) Una enfermedad hereditaria.
2. ¿A quién puede afectar la enfermedad?
 - A) A cualquier persona sin importar su edad, cultura, sexo u origen.
 - B) A personas de familias desestructuradas.
 - C) Las personas con más formación tienen menos probabilidades de contraer esta enfermedad.
3. ¿Cuál de estas alteraciones no es una enfermedad mental?
 - A) Síndrome de Down.
 - B) Trastorno de la personalidad.
 - C) Anorexia.
4. La enfermedad mental
 - A) Es una enfermedad como cualquier otra.
 - B) No es una enfermedad propiamente dicha.
 - C) Es una discapacidad genética.
5. Una persona con enfermedad mental
 - A) Puede llevar una vida normal.
 - B) Es imposible que pueda llevar una vida normal.
 - C) Depende de la enfermedad.
6. La enfermedad mental
 - A) Es para toda la vida
 - B) No tiene tratamiento.
 - C) Se puede tratar.
7. La enfermedad mental
 - A) Afecta solo al enfermo mental.
 - B) No afecta a las personas cercanas, ya que la sociedad diferencia el problema del enfermo mental del entorno en el que se encuentra.
 - C) Afecta también a las personas cercanas a ellos, especialmente sus familias.
8. Cuando te relacionas con una persona con enfermedad mental, ¿cómo reaccionas?
 - A) Te mantienes un poco a distancia.
 - B) Te asusta.
 - C) No te afecta.

9. Una persona diagnosticada con enfermedad mental grave
- A) Solo puede trabajar en centros especiales de empleo o talleres protegidos especialmente diseñados para ellos.
 - B) Puede trabajar en empresas ordinarias si cuenta con los apoyos necesarios.
 - C) Con una enfermedad mental grave y permanente no se puede trabajar.
10. ¿Consideras que una persona con una enfermedad mental es peligrosa?
- A) Si, para terceras personas.
 - B) Depende de la enfermedad.
 - C) No, hay personas que son más peligrosas que los enfermos mentales.
11. La medicación
- A) Puede evitar el descontrol y descompensación de un enfermo mental.
 - B) No pueden evitar la peligrosidad de los enfermos mentales.
 - C) No existe un tratamiento para la enfermedad mental.
12. Crees que una persona con enfermedad mental
- A) Debe contar a todo el mundo que es un enfermo mental.
 - B) Lo mejor es que no se lo cuente a nadie.
 - C) Sólo cuando sea necesario, como cualquier otra enfermedad.
13. Si vas en el tranvía y ves a una persona hablando sola y diciendo incoherencias, que haces
- A) Te retiras, por si acaso se mete contigo.
 - B) Mantienes la normalidad.
 - C) Piensas que ese tipo de personas deberían estar encerradas o, por lo menos controladas, porque pueden causar problemas.
14. Si a un conocido tuyo le diagnostican una enfermedad mental
- A) Tratas de alejarte.
 - B) Mantienes un contacto superficial.
 - C) Tratas de mantener la relación y ayudarlo.
15. ¿Cuál crees que es el motivo por el que la enfermedad mental causa rechazo?
- A) Existe una falta de información sobre lo que es enfermedad mental en la población en general.
 - B) Porque un enfermo mental puede ser peligroso.
 - C) Porque es una enfermedad muy grave.
16. ¿Qué imagen dan los medios de comunicación de las personas con enfermedad mental?
- A) Dan un tratamiento correcto de la enfermedad mental.
 - B) Existe una imagen negativa de ellos, ya que normalmente salen en el apartado de sucesos, (esquizofrénico agrede..., persona con trastorno mental ataca..., etc.).
 - C) Existe una imagen positiva, ya que dan informaciones sobre actividades de integración de este colectivo.

17. ¿Cuál es el principal obstáculo para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?
- A) Generan situaciones de rechazo y la gente cree que una persona con esquizofrenia no puede llevar una vida normal y trabajar.
 - B) No suelen tener la formación adecuada.
 - C) La situación de paro les impide la incorporación al mercado de trabajo.
18. ¿Dónde crees que debe estar una persona con enfermedad mental?
- A) En un psiquiátrico cerrado.
 - B) En la comunidad, pero con tratamiento.
 - C) No pueden estar en la comunidad, tiene que estar controlados, por lo menos en un psiquiátrico, aunque sea abierto.
19. Las enfermedades mentales
- A) Las tienen las personas con debilidad de carácter.
 - B) Se desarrollan consecuencia de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.
 - C) Solo las desarrollan las personas que consumen drogas.
20. La enfermedad mental
- A) Es un producto de la imaginación.
 - B) Son afecciones reales que causan sufrimiento.
 - C) Se da en los países ricos y no en los pobres, ya que en buena parte es una consecuencia del consumo.
21. Las enfermedades mentales
- A) Son raras.
 - B) Son muy comunes.
 - C) Pueden ser contagiosas en algunos casos.
22. Las personas con enfermedad mental
- A) Pueden casarse y tener hijos.
 - B) No pueden, ya que su enfermedad les impide mantener relaciones normales.
 - C) Lo mejor es que sólo se relacionen con otros enfermos mentales.
23. ¿En una reunión en la que hay una persona con enfermedad mental se empieza a alterar con motivo de la conversación, que haces?
- A) Te apartas, ya que todos los enfermos mentales son peligrosos y no se sabe cómo reaccionarán.
 - B) Permaneces tranquilo, tratas de rebajar la tensión y evitar el estrés.
 - C) Rebatir los argumentos lógicamente y con firmeza, ya que por el hecho de que sea un enfermo mental no tienes que darle la razón o callarte tus argumentos.

ANEXO 2

FORMULARIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Iniciales de reconocimiento: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Situación Judicial: _____

Nivel Estudios: _____

Situación Laboral: _____

Tabaco: _____

Alcohol: _____

Cannabis: _____

Heroína: _____

Cocaína: _____

Heroína+Cocaína: _____

Extasis: _____

Benzodiacepinas: _____

Metadona: _____

Anfetaminas: _____

Alucinógenos: _____

Otros opiáceos: _____

Inhalables: _____

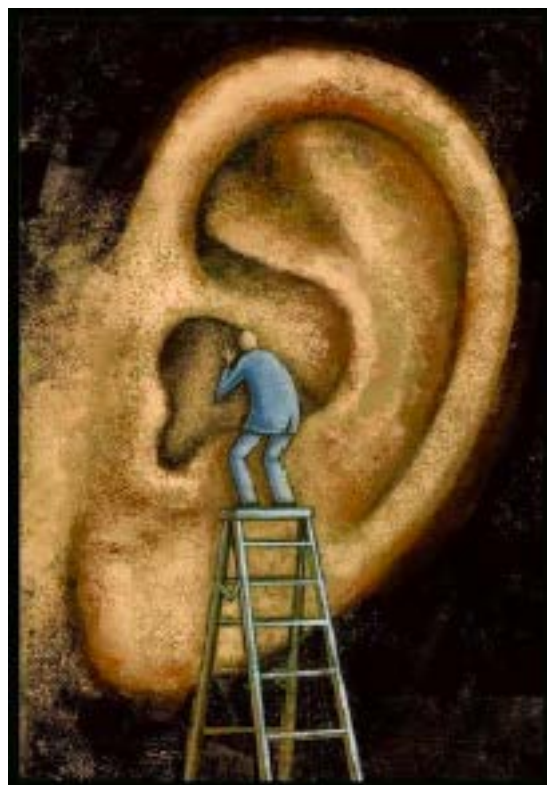
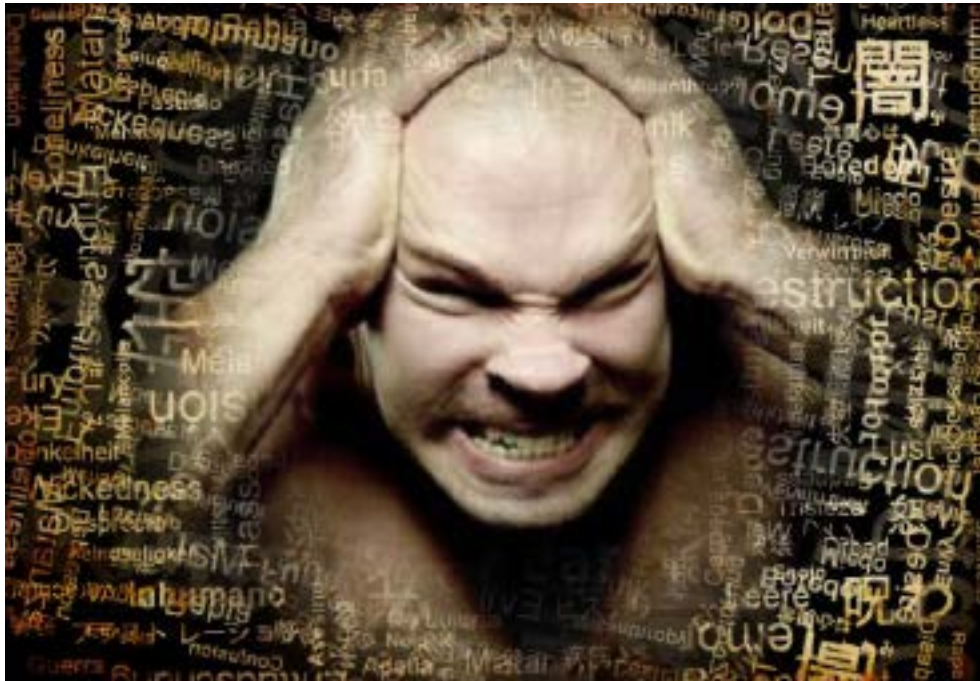
ANEXO 3

FOTOS UTILIZADAS EN LOS TALLERES

→ PADRES



→ VOCES



→ DROGAS



→ EMOCIONES



→ FAMILIA



PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL

“LA VERDAD TE HACE LIBRE”

Carmen Gordo Gámiz

Centro de Inserción Social Murcia

ANÁLISIS DE LA REALIDAD

Desde la apertura de este Centro de Inserción Social (CIS) en Murcia en el año 2010, el Equipo Multidisciplinar (EM) de nuestro centro viene realizando actividades de Educación para la Salud (EpS) tanto en sesiones grupales como de manera individualizada en consulta (ya desde la entrevista inicial al ingreso en el CIS, feedback durante el reparto de medicaciones, consultas a demanda por los residentes vía instancia, o incluso telefónicas en estos últimos meses de pandemia por la COVID-19), con la finalidad de favorecer la adherencia y vinculación terapéutica, estableciendo una relación de aceptación y confianza con el penado y familia.

La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud (EpS) como “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud”.

Se trata de un instrumento que sirve tanto a la cura y la rehabilitación, como a la prevención y promoción de la salud.

Si bien en años pasados se venían realizando talleres grupales por varios integrantes del EM (Equipo Multidisciplinar), en el momento actual que nos encontramos por la COVID-19, centraremos nuestra intervención en la EpS individual para salvaguardar el buen estado de salud y evitar posibles contagios por realizar dichas actividades en espacios cerrados

y/o abiertos sin poder asegurar las distancias de seguridad.

Sabemos que el consumo de drogas ilegales está muy extendido en el medio penitenciario, y que, aún más de cara a la reinserción social, una de nuestras principales obligaciones que tiene el EM en los CIS, es potenciar estos tratamientos para la deshabituación con la finalidad de, por un lado, evitar posibles reingresos en prisión (delincuencia funcional: unos comportamientos o delitos que sirven al individuo para un fin: la droga o, dicho de otra manera, una delincuencia que está en función de un estado de dependencia o enfermedad: la toxicomanía), y por otra parte, debemos velar por la salud e integridad de nuestros internos (art.1 de la **Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979**, recoge el principio constitucional estableciendo que Instituciones Penitenciarias tienen como fin “la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados” y en su art. 59, define “el tratamiento penitenciario como conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados”. Añade el mencionado artículo que “el tratamiento pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la ley penal, así como de subvenir a sus necesidades”.

En referencia a la observación de los consumos de dichas sustancias ilegales en nuestro CIS, podemos afirmar que en los últimos me-

ses han descendido (principalmente cocaína), coincidiendo con este periodo de pandemia por la COVID-19 que ha dado lugar a medidas pasivas para control de la expansión del virus, como son el confinamiento y el aislamiento domiciliario (generándose conjuntamente a éste una mayor imposibilidad de acceso a estas drogas).

A diferencia de los Centros Penitenciarios de régimen ordinario, durante la entrevista inicial en el CIS, los residentes (así llamados a los penados en tercer grado en los CIS), sí muestran en la mayoría de los casos voluntad y predisposición al abandono de consumo de drogas e incluso proponen el descenso de medicación psicotrópica prescrita ya de cara a la reinserción social. Esta “voluntad” de participación en el programa se debe en gran parte a que el mantenimiento en tercer grado de clasificación es insostenible ante un consumo activo e incumplimiento del PIT (Programa Individual de Tratamiento) que la Junta de Tratamiento implanta a cada penado al ingreso en un centro penitenciario.

Por tanto el mantenimiento en este grado de clasificación es esencial para poder seguir avanzando y acceder a otros beneficios como pueden ser la Libertad Condicional (LC) u otras modalidades de tercer grado como son 86.4TL (pulsera telemática) o tercer grado art. 83 (salida laboral, atención familiar...con un horario más ampliado autorizado para permanecer más horas fuera del CIS cada día).

Nuestro programa de intervención trata de reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de los usuarios de drogas ilegales y, en general, los efectos socio sanitarios nocivos derivados de dicho consumo.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Disminución y abandono de consumo de tóxicos en internos incluidos en “Programa Puente”.
- Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Toma diaria de la medicación prescrita correctamente.

- Seguimiento por parte de su Centro de Salud Mental (según corresponda).
- Inserción sociofamiliar y laboral.

METODOLOGÍA

Comenzaremos por describir a los residentes con los que vamos a trabajar.

Se trata de penados incluidos en el “Programa Puente de Mediación Social en Enfermedad Mental para Centros de Inserción Social”. Este programa es la continuación del PAIEM (en régimen ordinario) pero ya adecuado a la vida en semilibertad. La principal función con este Programa Puente es coordinar a las diferentes administraciones implicadas para que el enfermo mental sobre el que ha recaído una responsabilidad judicial tenga disponibles todos los recursos a los que tiene derecho para continuar su recuperación fuera de la institución penitenciaria.

Para entrar a formar parte de este programa el conjunto de profesionales que configuran la “Unidad Puente”, que son parte del equipo multidisciplinar del CIS, proponen a unos candidatos que están diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG) (Anexo I) y reúnen una serie de requisitos:

- Internados en centros penitenciarios en fase de reincorporación social para beneficiarse posteriormente de régimen abierto en un CIS y posterior libertad condicional, con una valoración favorable de la JT y que necesiten una atención integral y un apoyo a la rehabilitación psicosocial en la red comunitaria de salud mental.
- Que presenten déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial y les dificulte cubrir sus necesidades de autocuidados, de apoyo y supervisión para la vida en comunidad.
- Voluntariedad del usuario. Ante la negativa expresa del usuario, se debe tratar de reconducir hacia la aceptación, por el propio beneficio del paciente.
- No deben presentar patrones de comportamiento agresivo o peligroso para sí mismo ni para los demás (conductas disruptivas), ni problemas graves de consumo de drogas por toxicomanías o alcohol. En este caso, se debe tratar de reconducir,

valorando de nuevo al paciente una vez controlado el problema.

Esta propuesta de inclusión es aprobada por la Junta de Tratamiento (JT) en sesión ordinaria. La participación en este programa será uno de los ítems que integren el PIT cuyo cumplimiento es esencial para el mantenimiento en tercer grado de clasificación según el Reglamento Penitenciario.

Una vez incluidos en dicho Programa Puente, cada penado firma el “Contrato terapéutico del Programa Puente” y se archivará junto con el resto de documentación en su expediente regimental (Anexo 5).

El perfil de destinatario al que va dirigido este programa es: hombre o mujer con diagnóstico de TMG que esté cumpliendo una pena privativa de libertad y clasificado en tercer grado (en sus diferentes artículos), segundo grado art. 100.2 del RP o Libertad Condicional.

No existe un número máximo de penados participantes en este programa. Si bien es cierto que la lógica nos dice que todos los incluidos en este programa van a recibir una atención integral ya que los recursos humanos y materiales son suficientes y así lo garantizan.

Quiero apuntar la figura de “Tutor” en este Programa Puente. Se trata de un profesional que forma parte de la “Unidad Puente” y que se responsabiliza del acompañamiento del enfermo en este proceso de reinserción y supervisa los avances y retrocesos durante su proceso asistencial. El tutor es mediador entre el enfermo y todas las administraciones y agentes sociales involucrados durante la reinserción del interno.

No hay limitación de número de penados por Tutor Puente, siempre y cuando se garantice esta atención individualizada y completa.

A día de hoy nos centraremos en los residentes de los cuales soy tutora en este Programa Puente, y que a su vez están diagnosticados de “Patología Dual.” Se trata de tres penados que participan en este Programa Puente de un total de once que se incluyen en nuestro programa.

Se trata de tres hombres con edades comprendidas entre 35 y 47 años; ninguno de ellos incluido en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). La totalidad de nuestros seleccionados tienen prescripción psicotrópica

facultativa desde su ingreso en prisión (un mínimo de un fármaco y un año con dicho tratamiento). Ninguno de ellos está en TDO (Tratamiento Directamente Observado) ni tampoco ha tenido ningún episodio de sobredosis en nuestro Centro. El delito de la totalidad de los tres penados seleccionados para nuestro programa de EpS está relacionado con el consumo de drogas (delincuencia funcional).

En esta ocasión y debido a las circunstancias especiales en las que vivimos, hemos optado por llevar a cabo el tratamiento individualizado para respetar al máximo las medidas higiénicas y de protección frente a la infección por la COVID-19. En concreto hemos realizado reuniones en sesiones individualizadas tras el reparto diario de medicación al regreso de permiso de fin de semana y/o de permiso ordinario. La duración máxima ha sido de cuarenta minutos por consulta y las hemos realizado durante tres meses consecutivos. Dichas consultas han acontecido en la oficina del Hall del CIS que cuenta con iluminación suficiente y con las adaptaciones pertinentes según el protocolo de protección frente a la COVID-19 (mamparas de protección, dispensador de hidrogel, ventanucos para la renovación del aire del habitáculo e higiene del mismo tres veces al día). Estas reuniones persiguen ayudar a estos pacientes a tomar sus propias decisiones y ser responsables de sus actos, al mantenimiento de la persona en su entorno y lograr una participación activa en los recursos comunitarios, reduciendo el estigma y la discriminación; al logro de unas condiciones de vida que favorezcan que la persona desempeñe roles sociales valiosos y ajustados a sus propias características y a su entorno concreto. Este proyecto persigue establecer un Plan Individualizado de Rehabilitación para las personas con TMG, con un proceso de recuperación pero a la vez con una atención integral donde todos los servicios, recursos y programas implicados en la intervención colaboren de forma coordinada, complementaria y en red. Aunque en este Programa Puente colaboran organismos externos al CIS (Tercer Sector) realizando numerosas actividades, centraremos nuestra intervención en la EpS individual en las que hemos llamado sesiones de **“La verdad te hace LIBRE”**.

Hemos abordado los siguientes temas:

- Abstinencia/consumo de drogas ilegales durante dichos permisos.
- Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.
- Revisiones con el facultativo en su CSM si ha acontecido.
- La dinámica familiar fuera del CIS.
- Actividades realizadas para el fomento de un estilo de vida saludable como son actividades deportivas.
- Otras actividades realizadas en el CIS como son: lecturas individuales, asistencia a la escuela en el CIS, ocupación del tiempo durante la estancia de lunes a jueves en nuestro centro.
- En tiempos pasados sin COVID-19, se han realizado salidas para actividades culturales que posteriormente hemos comentado, pero no es nuestro caso actual.
- Beneficios de la abstinencia y cumplimiento de tratamiento médico.
- Dificultades o situaciones de riesgo de consumo que se hayan presentado.
- Evaluación por parte del paciente de cada consulta realizada.

Asimismo tanto el *educador, psicóloga y trabajadora social* han realizado entrevistas individualizadas a nuestros residentes diana al regreso de dichos permisos.

Por norma general los residentes disfrutan de cuatro días de permiso ordinario enlazados con el fin de semana, con lo que en este programa de intervención, hemos realizado un mínimo de tres sesiones individualizadas con parte de los componentes de la Unidad Puente (Enfermera, Educador, Psicólogo y Trabajadora Social), y añadida una sesión semanal con la Tutora de estos tres residentes, sumando un total de veinticuatro sesiones individuales. Los días de la semana asignados para cada uno han sido:

- Tutora / Enfermera: lunes.
- Educador: martes
- Psicóloga: miércoles
- Trabajadora Social: jueves.

Estas sesiones se han dado entre el 17 de agosto y el 19 de noviembre de 2020 (un trimestre).

Una vez recabada toda la información, la hemos trasladado a las hojas de registro de seguimiento del “Programa Puente de Mediación Social en Enfermedad Mental para Centros de Inserción Social” (Anexo 2).

A nivel de la Historia Clínica Digital (OMI 360º), ha sido imposible registrar esta información puesto que no recoge el “Programa Puente” como programa de intervención, solamente registra el PAIEM.

RECURSOS

HUMANOS

Denominado “*Unidad Puente*” (parte del Equipo Multidisciplinar que participa en este programa de intervención).

- Subdirectora de Tratamiento CIS (coordinadora del programa).
- Enfermera CIS (tutora).
- Psicóloga CIS.
- Trabajadora Social CIS.
- Educador CIS.
- Jurista CIS.
- Funcionario de vigilancia.
- Maestro.

MATERIALES

Hojas de papel en blanco y bolígrafo para tomar notas ambos participantes de la sesión.

EVALUACIÓN

La evaluación de las sesiones realizadas quedan plasmadas en las hojas de evaluación del “Programa Puente de Mediación Social en Enfermedad Mental para Centros de Inserción Social” (Anexo 3).

Recogemos datos de evaluación individuales como son las habilidades para el autocuidado y discapacidades (autocuidado, autonomía personal, autocontrol, relaciones interpersonales, funcionamiento cognitivo, medicación y tratamiento).

En nuestro grupo de actuación, los tres participantes obtuvieron una evaluación “aceptable” (autocuidados, autonomía personal, funcionamiento cognitivo, medicación y tratamiento) “no” (heteroagresividad, autole-

siones, riesgo de suicidio, aislamiento) y “antecedentes” en adicciones (Anexo 3 anverso).

En cuanto a la evaluación del Programa Individualizado de Rehabilitación, solamente uno tuvo un consumo puntual de cocaína (entrando a partir de ese momento en programa de deshabitación de drogas), manteniendo la abstinencia los dos participantes restantes y durante los tres meses de realización del programa (mantenimiento en programa de “prevención de recaídas” de drogas).

Para el control de consumos de tóxicos realizamos un multitest con orina del residente en el que se miden umbrales mínimos de restos de metabolitos de las diferentes drogas resultando positivo si alcanza dichas concentraciones mínimas detectadas en dichas tiras reactivas. Los datos los recogemos en un modelo propio de nuestro CIS “control de tóxicos en orina”.

(Anexo 4: “control de tóxicos en orina” propio de nuestro CIS).

La totalidad de la muestra mantiene su adherencia al tratamiento psicotrópico sin aumentar la dosificación del mismo y acuden con regularidad a las revisiones con su CAD de referencia correspondiente aportando los informes favorables de seguimiento a la Junta de Tratamiento y al Servicio Sanitario del CIS.

De ellos, uno de ellos ha conseguido un empleo y los otros dos continúan en búsqueda activa del mismo. La totalidad cuenta con buena relación y apoyo familiar.

Ninguno ha necesitado interno de apoyo (el llamado interno de apoyo de PPS en régimen ordinario), aquí en el CIS denominado “apoyo socio sanitario”.

El seguimiento y evaluación se realiza cada tres meses que así es como se estipula en el programa al que se adhieren dichos residentes sobre los que estamos realizando nuestra intervención de EpS “La verdad te hace LIBRE”.

Ninguno sale del programa ya que aún siguen cumpliendo condena aquí en el CIS. (Ninguna libertad definitiva, ni regresión de grado, así como ningún abandono voluntario del programa ni expulsión del mismo por mostrar patrones de comportamiento incompatibles con el programa).

CONCLUSIONES

La experiencia en estos tres últimos meses con residentes incluidos en el “Programa Puente de Mediación Social en Enfermedad Mental para Centros de Inserción Social”, ha resultado muy satisfactoria y con una evaluación muy positiva y optimista de cara al futuro de reinserción socio laboral.

Si bien es cierto que atribuyo buena parte de este éxito a las limitaciones de movilidad y de aislamiento domiciliario que venimos realizando para combatir esta COVID-19. El número de residentes en el CIS también ha disminuido para mantener al máximo las medidas de seguridad y de higiene como son: un solo penado por celda (un residente por habitación), y la salida de muchos residentes en artículo 86.4 TL, han favorecido el éxito en esta última evaluación del programa, ya que con un mismo número de profesionales Unidad Puente hemos podido realizar estas sesiones con continuidad y estrecho seguimiento a los participantes pudiendo detectar cualquier indicio de debilidad que pueda desencadenar una recaída en el consumo o adherencia al tratamiento.

El EpS “*La verdad te hace libre*” que he elaborado, es un programa que he puesto en práctica REAL tal y como se ha descrito, siendo los casos descritos reales. Por ello puedo concluir también que pese a estar limitados para realizar terapias grupales, me quedo con una gran satisfacción personal por el éxito en este último trimestre y confío en que cuando toda esta pandemia finalice, se potencie aún más el refuerzo para la prevención de recaídas de todos los organismos (Tercer Sector) que colaboran con nuestra institución para mantener en la abstinencia a nuestros pacientes puente con “Patología Dual”.

Por el contrario, el hecho de que nuestro programa informático de Historia Clínica Digital (OMI 360º) no recoja el “Programa Puente” para registrar todos los datos de control, seguimiento y evaluación de estos pacientes, supone un retroceso en el avance de actualización continuada de la historia clínica de cada paciente. Dicho programa solamente recoge el PAIEM y da a entender que el tratamiento con estos pacientes finaliza una vez que progresan a tercer grado o ingresan en un centro para tratamiento a través del art. 182 de RP.

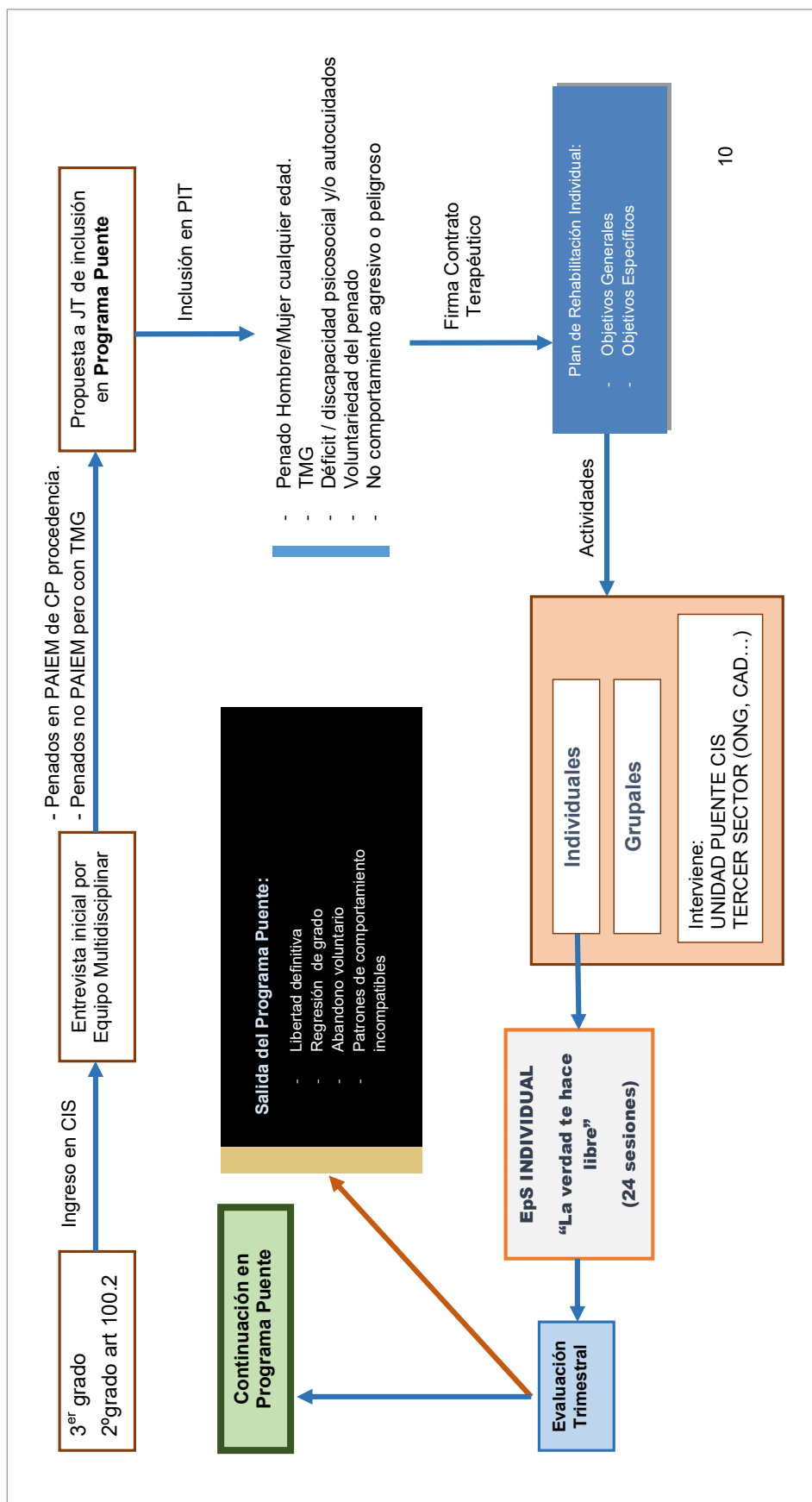
Es por ello que he sugerido vía correo electrónico al soporte de historia clínica digital, que se incluya dicho “Programa Puente” en nuestra historia clínica, ya que esta última fase la considero la más importante para evitar posibles recaídas futuras y refuerza la abstinencia tan perseguida por todos los participantes en estos programas de intervención: profesionales y pacientes. Recordemos que los CIS son también Centros Penitenciarios y debemos disponer de todos los recursos que sean asequibles para la institución para poder guiar a estos penados hacia la reinserción social en las mejores condiciones posibles.

Por último agradecer tanto al Equipo Directivo, a la Junta de Tratamiento y a todo el EM de mi centro las facilidades y el apoyo dado para poder llevar a cabo mi EpS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección general de Coordinación Territorial y Medio Ambiente SGIP (2011). Instrucción 3/2011. *Plan de Intervención general en materia de drogas en la institución penitenciaria*.
2. Fundación de Educación para la Salud (FUNDADESP), (2018). Manual de dinámicas de intervención 2018. Modelo de Intervención en Andalucía.
3. Fundadesp, (2020), *Temario Curso de Humanización en el Tratamiento y la Atención de la Patología Dual en Drogodependencias*.
4. Gobierno de Navarra. *Manual de Educación para la Salud* (2006).
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Intervención sobre drogodependencias en Centros Penitenciarios*, Madrid, 2012.
6. Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM). Documento interno* (2013).
7. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Programa Puente de Mediación Social* (2014) Documento interno.

ESQUEMA RESUMEN DEL PROGRAMA PUENTE EN CIS INTERVENCIÓN Eps “La verdad te hace libre”



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL PAE

EJE 1: SALUD/AUTOCUIDADOS

OBJETIVO GENERAL

Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Prevenir y controlar las patologías asociadas e/o inducidas por el consumo de drogas para mejorar la calidad de vida.

CONTENIDOS A TRABAJAR

- Prevención y promoción de la salud.
- Conocimientos sobre salud / autocuidados en:
 - Sustancias de consumo y sus efectos/consecuencias.
 - Enfermedades relacionadas con el consumo: prevención y síntomas.
 - Valoración Conducta control consumo.
 - Valoración Consecuencias consumo.
 - Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable.
- Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento.
- Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico.
- Cumplimiento de pautas adecuadas: farmacológicas, no farmacológicas.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

- Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión.
- Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud.
- Realización de técnicas diagnósticas especialmente relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas más prevalentes.
- Planificación, desarrollo y evaluación, junto a otros especialistas y profesionales, de programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el paciente.
- Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.
- Ayudar a priorizar los objetivos.
- Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las sustancias tóxicas y tabaquismo.
- Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.
- Evaluar el nivel actual de conocimientos.
- Proporcionar información sobre la enfermedad, si procede.
- Explorar lo que ya ha hecho para controlar síntomas/enfermedad.
- Instruir sobre cambios de estilo de vida para controlar proceso/evitar complicaciones.
- Coordinación entre el equipo del Centro y los recursos externos.
- Dirección, colaboración o participación en programas de EPS.

- 
- Utilización de métodos de educación para la salud.
 - Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general.
 - Refuerzo de las conductas de auto-cuidado de hábitos de salud.

INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)

- Entrevista motivacional individual.
- Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2013).
- Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC 2009).
- Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC 2009).
- Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información.
- Auto-registros.
- Vacunas.
- Realización prueba de tuberculina o PPD.
- TDO/TDS.
- Intervención en Grupos Terapéuticos:
 - Grupos de acogida/inicio.
 - Educación para la Salud.
 - Prevención de recaídas.

ANEXO 1

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

DETECCIÓN DE POSIBLE ENFERMEDAD MENTAL

Si se detecta que algún residente tiene alguna de las características que figuran a continuación, se ruega lo ponga en conocimiento del Equipo Multidisciplinar del Programa Puente de Mediación Social de su centro.

- ✓ Manifestar que percibe o escucha cosas que los demás no son capaces de experimentar (“voces que le hablan”).
- ✓ Un sentido de sí mismo exageradamente engrandecido (“creer tener habilidades especiales” o “haber hecho grandes descubrimientos”, etc.).
- ✓ Lenguaje incoherente o disgregado o escasamente comprensible.
- ✓ Manifestar conductas extrañas sin sentido aparente o desorganizado.
- ✓ Apariencia extraña, mímica y contacto interpersonal fuera de la normalidad, por ausencia o por exceso.
- ✓ Elevada impulsividad, apenas puede estar quieto, se enfada, amenaza o se irrita con enorme facilidad. No se adapta a la vida de los módulos.
- ✓ Grave deterioro en el cuidado personal: aseo y celda.
- ✓ Haber cumplido una medida de seguridad en Centro Especial.
- ✓ Historial de tratamiento psiquiátrico o de ingresos en unidades psiquiátricas de hospitalización.
- ✓ Informes de fuentes externas o familiares que revelen tratamiento psiquiátrico más o menos prolongado en el tiempo.
- ✓ Recibir prestación económica o algún tipo de pensión por tener reconocida algún tipo de minusvalía psíquica.

ANEXO 2 (anverso)

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

Centro Inserción Social:

Nombre y apellidos del interno:

Fecha:

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES

1.- Autocuidados:

- higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse)
- higiene de la celda
- hábitos de alimentación
- cuidado de sus cosas personales

☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable

☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente

☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente

2.- Autonomía personal:

- manejo del dinero
- utilización de los recursos del centro
 - profesionales
 - actividades
- autonomía en libertad
 - para coger transportes
 - para ir al trabajo o a consulta médica
- capacidad para realizar trámites burocráticos

☐ Aceptable
☐ Frecuente
☐ Frecuente

☐ Deficiente
☐ Poco frecuente
☐ Poco frecuente

☐ Muy deficiente
☐ No
☐ No

☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable

☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente

☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente

3.- Autocontrol:

- manejo de situaciones de ansiedad o estrés
- heteroagresividad (física y/o verbal)
- autolesiones
- riesgo de suicidio
- adicciones

☐ Aceptable
☐ No
☐ No
☐ No
☐ No

☐ Deficiente
☐ Antecedentes
☐ Antecedentes
☐ Antecedentes
☐ Antecedentes

☐ Muy deficiente
☐ Actual
☐ Actual
☐ Actual
☐ Actual

4.- Relaciones interpersonales:

- red social en el centro (amigos, compañeros)
- red social en libertad (familia, amigos)
- interés para participar en actividades grupales
- aislamiento

☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ No

☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Antecedentes

☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Actual

5.- Funcionamiento cognitivo:

- capacidad para hablar
- claridad del habla
- capacidad para iniciar conversaciones
- capacidad de atención y percepción
- capacidad en la resolución de problemas

☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable

☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente

☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente

6.- Medicación y tratamiento:

- conciencia de enfermedad
- actitud ante el tratamiento
- responsabilidad en la toma de medicación

☐ Aceptable
☐ Aceptable
☐ Aceptable

☐ Deficiente
☐ Deficiente
☐ Deficiente

☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente
☐ Muy deficiente

ANEXO 2 (reverso)

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

Nombre y apellidos del interno:

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION - PIR

1.- OBJETIVOS

GENERALES:

ESPECÍFICOS (concretos, priorizados, temporizados y formulados en términos de conducta):

2.- ACTIVIDADES

	DENOMINACIÓN	PROFESIONAL	HORAS-SEMANA
ACTIVIDAD Nº 1			
ACTIVIDAD Nº 2			
ACTIVIDAD Nº 3			
ACTIVIDAD Nº 4			
TOTAL HORAS-SEMANA			

☐ NO

3.- INTERNO AUXILIAR DE APOYO:

☐ SÍ Nombre y apellidos.....

PROFESIONAL DE REFERENCIA (o TUTOR):

4.- SEGUIMIENTO:

Fecha de la próxima evaluación multidisciplinar:

En MURCIA, a

2020.

Fdo.: El Coordinador

ANEXO 3

EVALUACIÓN

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL	
FICHAS DE EVALUACIÓN	1 – 5
CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL	AÑO: TRIMESTRE:

1.- EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL

COORDINADOR/A		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN *
MIEMBROS COMPONENTES		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN *

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, Servicio Autonómico de Salud, ONG/Entidad (indicar nombre),....

2. RELACION DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL (1)

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	ART. CLASIF.	DELITO	CONDENA	PERCIBE PRESTACIÓN	% MINUSVAL	PARTICIPA PROGRA. (2)
TOTAL INTERNOS							

(1) En esta relación de residentes deben incluirse todos aquellos que presenten un TMG con independencia de que estén o no incluidos en el Programa Puente de Mediación Social.

(2) Indicar **SI**, si están incluidos en el Programa Puente de Mediación Social

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL	
FICHAS DE EVALUACIÓN	2 – 5
CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL	AÑO: TRIMESTRE

3.- ATENCIÓN CLÍNICA, REHABILITACIÓN Y REINCORPORACIÓN SOCIAL

RESIDENTES EN EL PROGRAMA			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
Nº INTERNOS CON UNO O MÁS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL			
TRASTORNOS PSICÓTICOS			
TRASTORNOS AFECTIVOS			
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD			
PATOLOGÍA DUAL			
OTROS DIAGNÓSTICOS *			
TOTAL INTERNOS EN PROGRAMA PUENTE			

Aportar información del TOTAL TRIMESTRE de entradas y salidas en el PROGRAMA, indicando las causas de las salidas (por traslado, por libertad, por otra causa: especificar cuál).

EVOLUCIÓN TRIMESTRAL			
ENTRADAS EN PROGRAMA			
SALIDAS DE PROGRAMA (BAJAS)		CAUSAS DE SALIDA	
		Por traslado a otro CP	
		Por libertad	
		Otra	especificar

* Otros diagnósticos: No considerar entre ellos las toxicomanías.

MINUSVALÍA PSÍQUICA ACREDITADA

CASOS NUEVOS DE RESIDENTES DETECTADOS EN EL CIS QUE HAN ACREDITADO													
SU CONDICIÓN DE MINUSVALÍA PSÍQUICA													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

RESIDENTES CON CERTIFICADO DE MINUSVALÍA PSÍQUICA PRESENTES EN EL CIS, TRIMESTRE...3°..... AÑO...2020			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
NÚMERO DE INTERNOS			

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL	
FICHAS DE EVALUACIÓN	3 – 5
CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL	AÑO: TRIMESTRE:

ACTIVIDADES

Se recogerán todos los datos de participación de los internos con enfermedad mental en las distintas actividades. Se deberá remitir de forma separada la información de cada actividad, utilizando para ello el número de tablas que sean necesarias.

A) ACTIVIDADES EN LAS QUE LOS ENFERMOS PARTICIPAN

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	TALLERES DE MANEJO ANSIEDAD Y DE RELACIONES SOCIALES											
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS						PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FORMACION ESCOLAR											
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS						PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL	
FICHAS DE EVALUACIÓN	4 – 5
CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL	AÑO: TRIMESTRE:

B) SALIDAS A LA COMUNIDAD

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han participado en salidas a la comunidad según modalidad.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SALIDAS CULTURALES Y OCIO													
SALIDAS FAMILIARES*													
SALIDAS POR ESTUDIO													
SALIDAS POR TRABAJO													
SALIDAS PARA TRATAMIENTO*													

* Indicar las salidas para tratamiento a un centro de día o similar.

C) PERMISOS TERAPÉUTICOS

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han salido de permiso terapéutico.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

*"PERMISOS ORDINARIOS":4/DIAS AL MES JUNTO CON SU FIN DE SEMANA

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL	
FICHAS DE EVALUACIÓN	5 – 5
CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL	AÑO: TRIMESTRE:

D) DERIVACIONES A CENTROS COMUNITARIOS

Informar los casos de internos con enfermedad mental que acceden a un **centro comunitario para continuar la asistencia y tratamiento**, según la situación penal-penitenciaria:

- a) Medida de seguridad de **internamiento** en centro psiquiátrico **no penitenciario**, conforme al artículo 101 del Código Penal.
- b) Medida de seguridad de sumisión a **tratamiento externo** en centro médico o establecimiento de carácter socio-sanitario, conforme al artículo 105.1.a) del Código Penal.
- c) Libertad con derivación a Centro Socio-Sanitario de las CC.AA.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO NO PENITENCIARIO													
-													
LIBERTAD CON DERIVACIÓN A CENTRO SOCIOSANITARIO DE LAS CC.AA.													

4.- ONGs - ENTIDADES

Aportar los datos relativos a las ONGs-Entidades que forman parte de la red social en la comunidad, de apoyo a enfermos y a sus familiares, y que intervienen de forma activa en el desarrollo del Programa.

NOMBRE DE LA ONG - ENTIDAD

ANEXO 4

MODELO DE ANALÍTICA DE TÓXICOS EN ORINA EN EL CIS

	MINISTERIO DEL INTERIOR	SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS CENTRO INSERCIÓN SOCIAL GUILLERMO MIRANDA MURCIA
---	------------------------------------	---

RESIDENTE: _____ FECHA: ____/____/____

RESULTADOS (RODEAR LO QUE PROCEDA):

CONTROL DE TÓXICOS EN ORINA

COC - Cocaína	Positivo	Negativo
AMP- Anfetamina	Positivo	Negativo
THC - Cannabis	Positivo	Negativo
MTD - Metadona	Positivo	Negativo
OPI- Opiáceos	Positivo	Negativo
BZO - Benzodiazepinas	Positivo	Negativo

CONTROL DE ALCOHOL EN AIRE EPIRADO

ALC - Alcohol Valor ____ mg/dl

SE NIEGA A REALIZAR LA ANALÍTICA:	SI	NO
--	-----------	-----------

EL RESIDENTE ABAJO FIRMANTE		
Acepta resultados: SI NO		
FIRMA	FIRMA	FIRMA
RESIDENTE	JEFE DE SERVICIOS	DUEÑO

EL RESIDENTE NO QUIERE FIRMAR ESTE INFORME	
FIRMA	FIRMA
FUNCIONARIO	JEFE DE SERVICIOS

Ctra. Mazarrón Km 3, 30120
El Palmar (Murcia)
TEL: 968886627
FAX: 968880575

ANEXO 5

CONTRATO TERAPÉUTICO PROGRAMA PUENTE

ANEXO II

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

CONTRATO TERAPEUTICO

Centro Inserción Social:

Fecha:

Yo,.....
con NIS nº..... y D.N.I. nº....., acepto de
forma voluntaria ser incluido en el Programa Puente de Mediación Social.

Me comprometo a:

- Cumplir las indicaciones, aceptar las orientaciones y pautas de intervención consensuadas con el Equipo Multidisciplinar del Programa
- Facilitar cualquier dato para poder ser usuario/a del programa con el fin de llevar a cabo el seguimiento oportuno.
- Colaborar en mi proceso de recuperación participando en los programas y actividades que se consensúen en mi plan individualizado de rehabilitación (PIR)
- Realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en mi persona, tratando de lograr un bienestar físico y mental.
- Guardar secreto de los temas personales que se puedan tratar a lo largo de la intervención.
- Autorizar a que mis datos personales – los estrictamente necesarios – sean cedidos a aquellas entidades con competencia en la materia, con la finalidad de favorecer mi rehabilitación psicosocial.

El Equipo Multidisciplinar del Programa Puente se compromete a:

- Ofrecer una mediación y coordinación entre el ámbito penitenciario, los recursos de salud mental comunitarios y los juzgados, con un acompañamiento y seguimiento individualizado.
- Mejorar la vinculación y adherencia con la red de recursos de Salud Mental en la comunidad para una derivación a los Servicios Sociales especializados residenciales y de rehabilitación psicosocial.
- Realizar la derivación de la intervención a través de la entidad del Tercer Sector correspondiente e incrementar su participación.
- Facilitar la mediación para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de la familia.
- Evitar situaciones de riesgo de institucionalización, de exclusión social y de reincidencias en delitos.
- Promover el acceso a la formación e integración laboral.
- Dar cumplimiento a lo dispuesto en la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal.

Quedo informado de que el incumplimiento por mi parte de alguna de las anteriores obligaciones supondrá la posibilidad de baja en el programa y la comunicación inmediata de la misma a los responsables del seguimiento judicial-penitenciario al que me encuentro sometido.

Tras ser informado del programa y previo al momento del alta en el mismo firmo, junto al Coordinador del Programa, el presente documento.

En, a de de 2....

Usuario/a

Coordinador del Programa Puente

Fdo:

Fdo:

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA EN TIEMPOS DE ADVERSIDAD

Convertir la amenaza en oportunidad

Carlos E. Monera Olmos

Médico del Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Alicante

ANÁLISIS DE LA REALIDAD

El tiempo de incertidumbre que estamos soportando por la infección del COVID19 tiene su trascendencia en las cárceles españolas. Los permisos, las comunicaciones familiares en todas sus modalidades, especialmente el “vis a vis”, han quedado restringidas o anuladas para prevenir y evitar contagios. Los internos han visto mermadas sus comunicaciones con personas queridas produciéndoles un malestar emocional obvio porque suponían un tiempo anhelado para “cargar las pilas”. También se han menoscabado las actividades culturales y socioeducativas por el acceso limitado a los Centros Penitenciarios de personas de ONGs y también por las dificultades para entrevistarse los profesionales con las familias. No obstante, este tiempo de adversidad ha potenciado la tecnología y las Direcciones de los Centros Penitenciarios han autorizado las “videollamadas” para que, con generosidad, el interno pueda comunicarse con las personas autorizadas.

El programa de Intervención que proponemos trata de establecer, junto con el paciente de Patología Dual, un plus humanitario a la comunicación, elemento esencial de la alianza terapéutica, con **el soporte de la videollamada, a tres bandas: paciente, sanitario y familia**, con el objetivo último de establecer un cauce de comunicación permanente, cálido y accesible donde se informe, a la persona autorizada por el interno, de sus logros en mate-

ria de salud en un sentido amplio, también de sus dificultades y, en un marco de optimismo, preparar el futuro en libertad. De este Proyecto de intervención quedará después un cauce de comunicación accesible entre la familia y el sanitario en beneficio del fin último de su estancia en Prisión, la rehabilitación del paciente, además de la relación empática que se pueda establecer.

OBJETIVOS

Objetivos Generales: son los fines últimos que se pretenden conseguir.

1. Mejorar la comunicación e información a la familia por parte del sanitario
2. Mejorar la accesibilidad
3. Preparar el puente asistencial extrapenitenciario

Objetivos Específicos:

1. Realizar entrevistas empáticas con el paciente y su familia
2. Mejorar el clima de confianza con el paciente: humanizar la relación terapéutica
3. Disminuir la agresividad vs impulsividad frecuente en estos pacientes

METODOLOGÍA

1. Identificar los participantes, con un perfil de: pacientes con patología dual.

2. La intervención es individual, dos sesiones por cada paciente, 15 pacientes.
3. Solicitar su participación y su autorización expresa (firmada) para informar de su estado de salud a la persona que determine (habitualmente un familiar de primer grado)
4. Solicitar al familiar de referencia su aceptación en la participación de las actuaciones
5. Solicitar el permiso de la Dirección del Centro.
6. Concretar dónde se van a realizar las vídeollamadas y los medios materiales necesarios.
7. Concretar día, hora y paciente para conectar con cada familia. **Cronograma***.
8. Comunicar con la familia aproximadamente 15 minutos.
9. Conversación semiestructurada donde se compartan los siguientes aspectos, no necesariamente por este orden:
 - a. Presentaciones
 - b. Estado general del paciente: patologías, tratamientos, analíticas, alimentación.
 - c. Actividades de Educación para la Salud en que participa, calidad de vida.
 - d. Expectativas de futuro, programa puente, conexión con asistencia extrapenitenciaria.
 - e. Ruegos, quejas, miedos, preguntas del familiar: fase de escucha activa.
 - f. Intervenciones libres del paciente si lo desea.
 - g. Modo de conectar con el sanitario para establecer una comunicación fluida.
 - h. Cuestionario de evaluación
10. La entrevista, con las autorizaciones pertinentes, puede ser grabada en vídeo y ser utilizada con fines formativos
11. Al final se realizará una evaluación de la eficacia de la entrevista con un breve cuestionario de calidad percibida y trato, en formato audio grabado si se puede.
12. Despedida y concretar la disponibilidad de atención futura

RECURSOS

Humanos

1. Paciente y médico a un lado de la línea. Familiar o persona designada por el paciente al otro lado de la línea.
2. Psicóloga del Centro otro profesional como invitado con autorización del paciente.
3. Funcionaria encargada de las comunicaciones

Materiales

1. Teléfono Móvil soporte de la vídeollamada
2. TV con SMART TV. No es preciso, pero mejora la imagen y la comunicación.

EVALUACIÓN

5 preguntas.

1. ¿Le parece suficiente y adecuada la información recibida sobre el estado de salud?
2. ¿Le parece que en este Centro se cuida bien al paciente desde el punto de vista sanitario?
3. ¿Le parece adecuado el trato humano que recibe?
4. ¿Considera que la comunicación fluida y rápida con el profesional sanitario le da tranquilidad?
5. ¿Quiere añadir algo sobre esta experiencia de comunicación?

BIBLIOGRAFÍA

La contenida en la parte teórica.

ANEXOS

- A1. Autorización Dirección
- A.2 Autorización paciente y familia
- A.3 Cuestionario de Evaluación
- A.4 Presentación Power Point

ANEXOS

A1. Autorización Dirección

A2. Autorización paciente y familia

A3. Cuestionario de Evaluación

A4. Presentación Power Point

*CRONOGRAMA

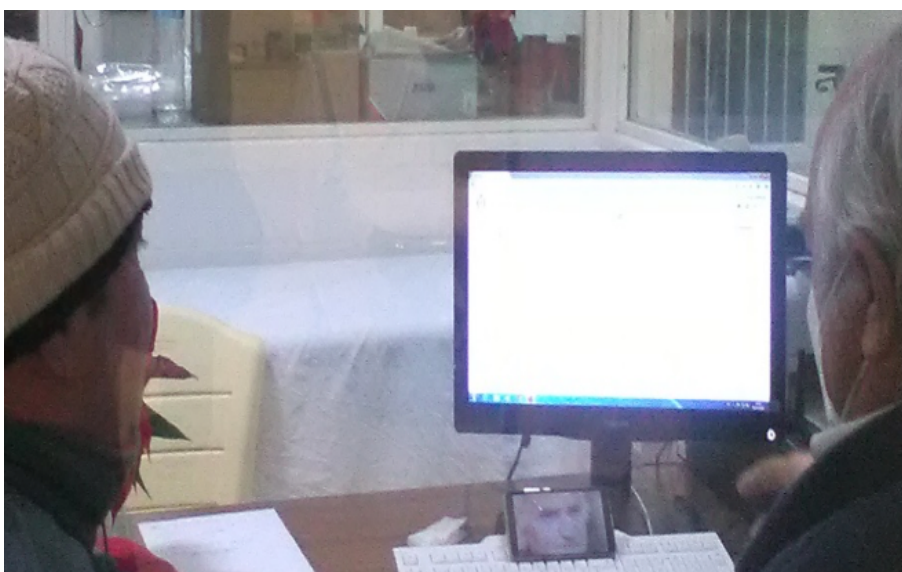
Las sesiones de comunicación pueden comenzar a partir del 1 de diciembre. Ya se cuenta con la autorización de la Dirección, de los pacientes y de las familias.

Alicante 26 de noviembre 2020

CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN

	NOMBRE	SEXO (m/v)	EDAD	PATOLOGÍA DUAL	OBJETIVOS PROPUESTOS EN LA ENTREVISTA	Referencia	ENTREVISTA en videollamada
1	V.V.O.	M	37	Heroína. Cocaína. Anfetaminas. Cannabis. Trastorno Límite de Personalidad.	- Conciencia de enfermedad - Recursos sociales - Prevención de recaídas - Apoyo familiar	Hermana	01.12.2020
2	I.M.I.	M	34	Politóxicos. Metadona. Alcohol. Trastorno de personalidad no especificado.	- Adherencia al tratamiento - Mejorar relaciones con su madre - Seguimiento de patologías orgánicas crónicas graves	Madre	01.12.2020
3	R.B.P.	M	36	Cannabis. Trastorno Límite de Personalidad.	- Recursos sociales externos - Apoyo familiar - Centro residencial	Madre	05.12.2020
4	S.F.M.	M	47	Cannabis. Cocaína. T. Esquizoafectivo.		Madre	05.12.2020
5	M.L.B.	M	43	Alcohol. Cannabis. Trastorno Límite de Personalidad.		Hija	Diciembre-enero
6	V.G.M.	M	30	Cannabis. Cocaína. Psicosis no especificada.		Madre	Diciembre-enero
7	J.S.B.	V	48	Politóxicos. Trastorno orgánico personalidad.		Hermana	Diciembre-enero
8	F.F.C.	V	46	Alcohol. Anfetaminas. Cannabis. Cocaína. Trastorno ideas delirantes.		Esposa	Diciembre-enero
9	A.R.A.	V	40	Cannabis. Esquizofrenia paranoide.		Madre	Diciembre-enero
10	J.J.S.	V	49	Cannabis. Alcohol. LSD. Esquizofrenia paranoide.		Hermana	Diciembre-enero
11	P.L.P.	V	74	Alcohol. Trastorno orgánico de personalidad.		Hijo	Diciembre-enero
12	E.G.S.	V	33	Cannabis. Trastorno esquizoafectivo.		Madre	Diciembre-enero
13	D.A.C.	M	29	Politóxicos. Esquizofrenia indiferenciada.		Tutor	Diciembre-enero
14	J.M.B.	V	47	Alcohol. Cocaína. Cannabis. Trastorno Ideas Delirantes.		Madre	Diciembre-enero
15	M.M.A.	M	51	Alcohol. Cannabis. Trastorno Bipolar.		Hija	Diciembre-enero
16	A.D.A.	M	32	Alcohol. Cannabis. Cocaína. Esquizofrenia indiferenciada.		Madre	Diciembre-enero
17	D.M.Z.	V	54	Alcohol. Cannabis. Cocaína. Tabaquismo. Esquizofrenia paranoide.		Madre	Diciembre-enero

FOTOS



Deseamos y confiamos que esta guía sirva como modelo y herramienta de trabajo para poder replicar las distintas experiencias expuestas y propuestas por algunos de los profesionales que han participado en esta edición del **Programa ActualizaT**.

Este año debido a la situación de pandemia mundial que estamos viviendo, algunos de los trabajos realizados no han podido implementarse en los distintos centros. Por este motivo, se han presentado proyectos de intervención con la idea de poder ponerlos en práctica y ejecutarlos más adelante.

Tanto los proyectos presentados como las intervenciones que han podido ser ejecutadas y puestas en práctica han sido tremendamente interesantes y han sabido centrarse en la problemática real y las necesidades existentes dentro del ámbito penitenciario y además con gran creatividad e innovación.

Desde **Fundadeps** queremos agradecer el esfuerzo mostrado y felicitar por la enorme dedicación y motivación.

Muchas gracias.