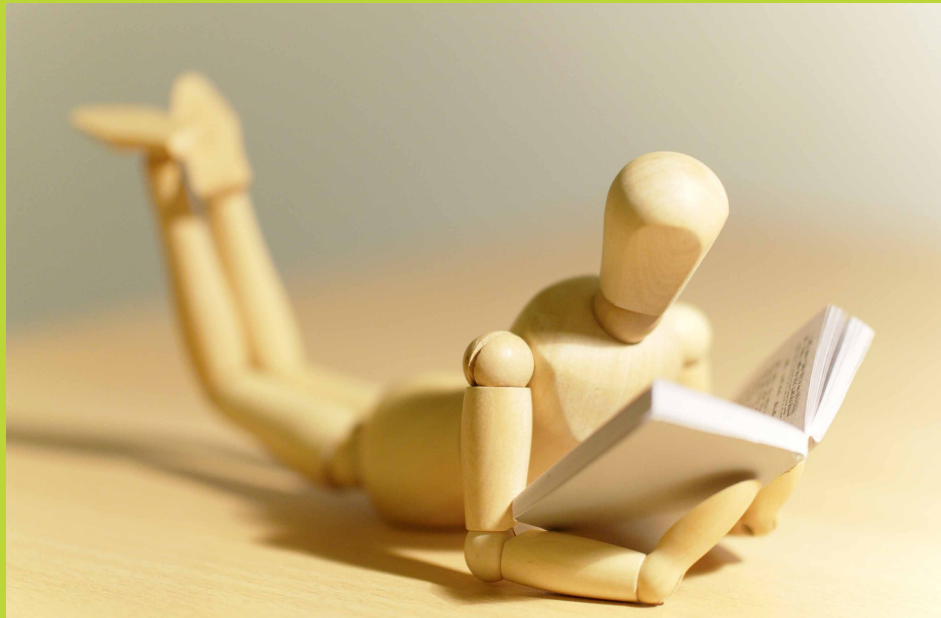


MANUAL DE DINÁMICAS DE INTERVENCIÓN 2022



Programa ActualizaT 2022

CURSO DE

OPORTUNIDADES DE MEJORA TERAPÉUTICA EN ADICCIONES Y PATOLOGÍA DUAL



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
Irene Ramos Núñez

Técnica del Programa
Teresa Gómez Barroso

Gestión y administración
Sara Salem Revilla

Comunicación y difusión
Hernán Díaz

Apoyo Técnico en la evaluación del Programa
Marcela Gracia Leiva

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

Web: www.fundadeps.org



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

Edición
2022



ÍNDICE

Estado de situación.....	3
Introducción.....	5
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE MANSILLA DE LAS MULAS (LEÓN)	7
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO “OCAÑA II”	19
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO “LAS PALMAS I”	23
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE CÓRDOBA	29
Modelo de Intervención en el PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ENFERMOS MENTALES (PAIEM).....	41

ESTADO DE SITUACIÓN

La Patología Dual (PD) es la coexistencia o comorbilidad de un trastorno por consumo de sustancias (TCS) con otro trastorno psiquiátrico (OTP) en un mismo período de tiempo (Fernández-Miranda et al., 2021). La importancia de esta comorbilidad radica no solo en su alta prevalencia si no también en su gravedad clínica y social, y en su difícil manejo por parte de los profesionales sociosanitarios(as) (Pascual-Pastor et al., 2017). Los(as) pacientes con PD se caracterizan por tener una gravedad psicopatológica y social más alta, muestran más recaídas y re-hospitalizaciones, y peor adhesión a los tratamientos. A la vez que poseen mayores tasas de exclusión social, menor ayuda a los dispositivos de salud y peor pronóstico comparativamente con los pacientes no duales (Márquez-Arrico y Adan, 2013). En general, existe un desconocimiento sobre esta problemática y cómo abordarla. Con frecuencia estos casos originan resistencias en los equipos de profesionales, se les rechaza por intratables o con mal pronóstico debido a su dificultad. De hecho, se ha encontrado que las actitudes negativas hacia las personas con un diagnóstico dual se asocian a la falta de conocimiento, poca confianza, acceso limitado a capacitación y recursos inadecuados para tratar efectivamente a las personas con este diagnóstico (Avery et al., 2013; Wheeler et al., 2014).

Una serie de estudios respaldan el hecho que en la población penitenciaria las personas tienen peor salud en comparación con la población general, con una prevalencia particularmente alta de enfermedades mentales y uso de sustancias (Snow et al., 2021). En prisiones de la Unión Europea se ha encontrado que aproximadamente una tercera parte de los hombres adultos son consumidores de drogas y, en el caso de España la cifra es del 50% (Ruiz y Santibañez, 2014). Un estudio más reciente indica que la prevalencia del consumo de sustancias en población penitenciaria en España es de 46,8% en los hombres y de 65,1% en las mujeres, y que el diagnóstico de patología dual es de alrededor de un 45,5%, siendo más frecuente en mujeres (Villagra et al., 2019). De hecho, se ha reportado que alrededor de un 60,6% de mujeres de población penitenciaria son consumidoras en el momento de ingresar a prisión (Añños, 2017).

Las situaciones que rodean los problemas de salud mental y los efectos del consumo de sustancias representan limitaciones o dificultades en la persona y en sus procesos de reinserción social, para lo cual es importante la identificación temprana y los consecuentes diagnósticos. Sobre los factores de riesgo se ha descrito que el abuso físico/sexual, obteniendo mayor peso en el caso de las mujeres (Villagra et al., 2019), así como factores asociados al ambiente penitenciario como la poca higiene, el hacinamiento, la agresión entre reclusos y personal, el aislamiento y la falta de estimulación pueden contribuir al empeoramiento o la aparición de trastornos psiquiátricos (Shaw et al., 2009).

Entre los principales obstáculos en el abordaje de la PD 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). La literatura 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 esta población (Hartwell et al., 2013; Shackman & Price, 2013). Se enfatiza el trabajo coordinado con el equipo asistencial de diferentes áreas (medicina, enfermería, psiquiatría, psicología, social, etc.) (CSM, 2020) como una estrategia viable y pertinente para atender las necesidades de salud mental de esta población (Casares-López et al., 2011; Martín et al., 2013).



Todo esto muestra la necesidad de implementar programas socioeducativos que aborden de forma integral estas cuestiones, que vayan más allá de una atención medicalizada o de corte exclusivamente psicológica/psiquiátrica. Por ello durante el año 2022 se propone aportar en la formación en conocimientos y habilidades clínicas para el abordaje de la PD actualizada, basada en la evidencia y de calidad mediante un curso dirigido a profesionales sociosanitarios(as) de centros penitenciarios para tratar este tema de creciente preocupación.

INTRODUCCIÓN

Este manual recoge algunas de las intervenciones y experiencias que profesionales socio sanitarios de distintos centros penitenciarios han realizado como parte práctica del **Curso de Formación On-line de “Oportunidades de mejora terapéutica en adicciones y patología dual”**, que la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) ha desarrollado, en el año 2022, 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 socio sanitarios que intervienen con personas con drogodependientes con PD privadas de libertad en los centros penitenciarios. En el curso se actualizan conceptos relacionados con el consumo y patología dual, género y patología dual, herramientas de prevención y educación para la salud, y de reinserción social de los internos/as, que sean de utilidad para reforzar programas de intervención dirigidos a la EpS. Durante el curso se aplica el modelo de salud bio-psico-social y una perspectiva de género. Este curso pretende trasladar los nuevos conocimientos y metodologías para la prevención de drogodependencias y EpS en el ámbito penitenciario.

Este recopilatorio intenta precisamente resaltar las experiencias desarrolladas por los profesionales socio sanitarios(as) 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 EpS 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 de Instituciones Penitenciarias en relación con la Educación para la Salud y la prevención de PD. 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.

TALLER DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Beatriz García Álvarez. Trabajadora Social

Iris Malvido Lago. Psicóloga

Centro Penitenciario de Mansilla de las Mulas (León)

INTRODUCCIÓN

Las diferentes encuestas que se realizan de forma periódica desde el PND (Plan Nacional sobre Drogas) ponen de manifiesto que el consumo de sustancias dentro de los centros penitenciarios es especialmente elevado, siendo la problemática de mayor incidencia dentro de las prisiones españolas. El uso abusivo de drogas tiene un impacto no sólo sobre los propios internos afectados, sino también sobre la salud y bienestar de la sociedad española en general. Es por ello, que en las últimas décadas se han desarrollado diferentes modelos dirigidos a abordar esta problemática específica que han derivado en programas de intervención que van desde el marco de reducción de daños (*como son los Programas de intercambio de Jeringuillas*) hasta aquellos dirigidos a la abstinencia y deshabituación a sustancias (*Programas de Tratamiento y Deshabituación*).

En los últimos años, además, se ha observado una modificación del perfil de consumidores de sustancias tóxicas, aumentando el porcentaje de casos de politoxicomanía tanto dentro como fuera de Instituciones Penitenciarias, así como, un incremento sustancial dentro de los centros penitenciarios del número de personas con diagnóstico de patología dual. Es por ello que se hace necesaria una actualización en la formación de los profesionales que trabajamos con este colectivo de cara a mejorar las intervenciones grupales e individuales con este grupo.

Para entender la intervención propuesta en este trabajo se debe tener en cuenta la idiosincrasia del centro penitenciario de León y el funcionamiento del circuito terapéutico desde el marco de módulos de respeto. Es por ello, que procederemos a un breve resumen del contexto en el que se desarrollan las sesiones propuestas.

Los módulos de respeto nacen en 2001 en el CP de Mansilla de las Mulas (León) como unidades de separación interior y tienen como ejes fundamentales la voluntariedad del internx y la aceptación de las normas del módulo que regulan cuatro áreas de intervención: área personal, área de cuidado del entorno, área de las relaciones interpersonales y área de actividades. El objetivo de estos módulos es generar un clima de convivencia homologable en cuanto a normas, valores, hábitos y formas de interacción al de cualquier colectivo social normalizado.

Dentro de este contexto, el circuito terapéutico del centro se organiza en dos módulos de respeto de diferentes niveles de exigencia, el módulo 5, de exigencia media, dirigido a la toma de conciencia sobre problemática tóxica y a la motivación al cambio, y el módulo 6, de exigencia alta, concebido como un espacio libre de drogas, orientado a la abstinencia y adquisición de herramientas que permitan el mantenimiento de esa abstinencia dentro y fuera de prisión y la gestión en su caso de posibles recaídas. Por supuesto no se puede obviar que hay personas con problemática tóxica que no entran dentro de

este circuito terapéutico (*la mayor parte de ellas conviven en módulos ordinarios de baja exigencia*), en estos casos la intervención va dirigida por un lado, a la reducción de daños y por otro, a motivar e incentivar el paso al circuito terapéutico.

Para la realización de este taller nos hemos centrado en lxs usuarixs de módulo 6 (*módulo de respeto de alta exigencia*) por dos motivos, el primero es el módulo con un mayor porcentaje de internos de patología dual (*identificados y en tratamiento*) y por otro, encaja dentro de la intervención que se está realizando con ellos en la sesión semanal con la psicóloga del módulo. La idea es incluir este bloque de intervención “Promoción de la Salud mental” dentro del programa del módulo y mantenerlo (*y en su caso, actualizarlo*) en las siguientes ediciones.

En resumen, utilizando el marco de los módulos de respeto y a través de la formación adquirida durante el curso se busca diseñar una intervención multidisciplinar (*en este caso, trabajadora social y psicóloga*) dirigida a aumentar el nivel de conocimiento sobre problemas de salud mental, potenciar la comprensión y aceptación de la enfermedad mental, deconstruyendo mitos y prejuicios, al tiempo que se dan pautas y herramientas para generar un espacio (*modular*) más salvable, dónde las personas con enfermedad mental se sientan incluidas y respetadas y puedan desarrollarse plenamente y las personas sin diagnóstico de enfermedad mental entiendan que es y cuestionen sus propios prejuicios, y dónde todos adquieran unas pautas de autocuidado que permitan mejorar la calidad de vida del módulo y la salud mental individual de las personas convivientes.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Mejorar el respeto y la aceptación de la enfermedad mental dentro del módulo, abordando los conceptos de salud mental y enfermedad mental y cuestionando los mitos y estigmas presentes, al tiempo que se dan pautas específicas de cuidados (*tanto para uno mismo como de los demás*), empoderando a las personas con problemas de salud mental y responsabilizando a todo el módulo de

la creación de un espacio seguro y de una red social de apoyo dónde todas las personas puedan desarrollarse de forma plena sin sentirse discriminadas.

Objetivos específicos

- Entender el concepto de Salud Mental, Enfermedad Mental y Patología dual.
- Ayudar a entender la enfermedad mental y fomentar la comprensión y el respeto hacia las personas con patología dual.
- Abordar el estigma y cuestionar lo que sabemos sobre la enfermedad mental.
- Mejorar las herramientas de comunicación y fortalecer el desarrollo de redes de apoyo.
- Enseñar estrategias específicas para servir de apoyo a personas con problemas de salud mental.
- Potenciar las herramientas individuales de cuidado y autocuidado.
- Generar una red social de apoyo dentro del propio módulo.

POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo es población penitenciaria con problemática tóxica que se encuentra actualmente en proceso de deshabituación. Las personas incluidas en el taller conviven en módulo de respeto de alta exigencia y participan en el programa de drogas del centro penitenciario. Se trata de un grupo mixto, dónde se incluyen hombres y mujeres, si bien las mujeres conviven en diferente módulo, el módulo 7, organizado como un módulo de respeto de alta exigencia, con carácter mixto.

Un tercio de la población objetivo a la que va dirigida este taller tiene patología dual (*14 de 35 personas*), encontrando alta comorbilidad entre consumo de sustancias tóxicas con trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos.

METODOLOGÍA

El formato utilizado fue el de taller grupal, que incluye una primera parte psicoeducativa, dónde se utilizan preguntas abiertas para facilitar el debate y la participación, y una parte de trabajo en grupo, con ejercicios

prácticos y dinámicas para interiorizar mejor los conceptos abordados.

El curso se desarrolló en el módulo 6 (*módulo terapéutico*) el 13, 15 y 20 de junio, constando de 3 sesiones de una hora y media cada una, todas ellas en horario de mañana.

RECURSOS

Materiales

- Las sesiones se desarrollaron en la sala del módulo. Como material de apoyo se contó con una pizarra y tizas. Así mismo se utilizaron fotocopias, bolígrafos, y proyector para ver el cortometraje.

Personales

- Una trabajadora social y una psicóloga. La trabajadora social lleva el programa ser mujer en el centro y la psicóloga el programa de drogas y el departamento mixto del centro. A su vez, las dos profesionales llevan conjuntamente el programa de régimen cerrado, organizado también como módulo de respeto, así como el módulo de aislamiento, para aquellos internos, que por razones de clasificación (91.3) y/o falta de habilidades mínimas de convivencia no están capacitados en el momento actual para ser derivados al módulo de respeto para primeros grados.

SESIÓN 1. Salud mental, estigma y mitos

Resumen sesiones anteriores (*gestión emocional*) y planteamiento de la idea de cómo una buena higiene emocional es la base para una buena salud mental.

Introducción del concepto de salud mental. Se plantea al grupo la pregunta **¿Qué es la salud mental?** Y se anotan las respuestas en la pizarra.

Utilizando las definiciones realizadas, se enlaza las propuestas recogidas en la pizarra con la definición de salud mental planteada por la OMS [*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*] y la definición propuesta por la asociación americana para la salud mental [*La salud mental está determinada por cómo nos sentimos respecto de nosotros mismos,*

con los demás y por cómo respondemos ante las exigencias de la vida diaria]. Se hace hincapié en la idea de bienestar biopsicosocial y se valora el nivel de aceptación.

Se propone la siguiente idea *“aunque no todo el mundo tiene una enfermedad mental, todas las personas tenemos un cerebro que debe ser atendido de la misma forma que atendemos nuestra salud física. Parte de atender nuestro cerebro es cuidar el espacio en el que vivimos y que las personas que convivimos en él nos sintamos incluidas y seguras para expresarnos y aprender”*.

Una vez consensuada una definición de salud mental se pregunta al grupo **¿Qué es la enfermedad mental?**

Recogiendo las ideas en la pizarra. Se introduce a debate las siguientes preguntas: **¿Puede una persona con enfermedad mental tener una vida plena?, ¿Nos daríamos cuenta si una persona con enfermedad mental vive entre nosotrxs?** La principal función durante este proceso es moderar las preguntas y cuestionar posibles mitos.

Se visualiza el cortometraje facilitado durante el curso (en el módulo 3.1: Herramientas de intervención para la prevención):

<https://youtu.be/JHsQo2CVtd4>

En grupos de 5-6 personas se contestan las siguientes preguntas: **¿Qué pasa en el vídeo?, ¿cómo te ha hecho sentir?, ¿cómo creéis que se sentía la mujer que tenía enfermedad mental durante la discusión?, ¿cómo os sentiríais vosotrxs si estuvierais en su lugar?** Se comparten las respuestas y se debate un poco sobre ellas si hay falta de consenso.

Se introduce el concepto de prejuicio y estigma. **“¿Qué es un prejuicio?, ¿Qué es un estigma?”**

Se busca transmitir la siguiente idea: *“El estigma hace referencia a la atribución de cualidades negativas que afectan a un determinado colectivo. Le atribuimos una serie de características y pasan a ser vistas, pensadas y tratadas en base a una serie de prejuicios que no tienen base en una información veraz y objetiva”*.

¿De qué emoción creéis que nace el estigma? Se explica que el estigma es parte de nuestro sistema de creencias, y está fuertemente arraigado, por lo que es resistente a

la argumentación lógica. Los medios de comunicación contribuyen muy poderosamente a su mantenimiento. El desconocimiento, la ignorancia también mantienen el estigma. Afecta de forma muy negativa a las posibilidades de tratamiento y propicia el rechazo a pedir ayuda.

Cuando hay prejuicios y estigma es más fácil que reproduzcamos conductas de discriminación hacia las personas con enfermedad mental. El estigma social implica que es la sociedad la que reproduce los prejuicios y discriminación hacia las personas con enfermedad mental.

¿Y qué es el autoestigma?”. Señalar que el autoestigma hace que nos comportemos lo que se espera de nosotros. Se pone el ejemplo de la profecía autocumplida.

Tras un breve debate sobre estos conceptos, se hace un ejercicio grupal sobre “mitos y realidades en la salud mental” (anexo 1). Una vez finalizado este ejercicio comparten las respuestas con todo el grupo y para los mitos que han sido detectados se generan alternativas de pensamiento (*reestructuración cognitiva*).

Evaluación de la sesión: ¿ha resultado interesante el tema? ¿Cuáles pueden ser las conclusiones?

Para facilitar las conclusiones y cerrar la sesión se pueden incluir las siguientes ideas: *los estigmas y autoestigmas son construcciones sociales y por tanto pueden ser modificadas. Se menciona la teoría de la transformación cognitiva y como se puede construir una identidad no delictiva, dónde la enfermedad mental o las drogas no nos defina, una identidad resiliente, orientada al cumplimiento de la norma y a la mejora de los espacios comunes. Se señala que el estigma viene de la emoción del miedo (el miedo a lo desconocido).*

SESIÓN 2. Salud mental y drogas. Patología dual

Se les pide que realicen un breve resumen de la sesión anterior y se les pregunta qué influencia puede tener el consumo de drogas sobre la salud mental.

Se introduce el concepto de Patología Dual: **¿Qué es la patología dual?**

Se explica la Patología dual como la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias.

¿Por qué es común que estos trastornos se presenten al mismo tiempo?

Aunque los trastornos por consumo de drogas se presentan comúnmente con otros trastornos mentales, eso no significa que uno cause el otro, aunque uno haya aparecido antes que el otro. De hecho, puede ser difícil establecer cuál se presentó primero y por qué. Sin embargo, los estudios sugieren tres posibilidades para esta comorbilidad común:

1. Existencia de factores de riesgo comunes (*biopsicosociales*) que pueden contribuir tanto a la enfermedad mental como al trastorno por consumo de drogas: factores genéticos, trauma, estrés mantenido en el tiempo, entre otros.
2. Enfermedad mental como factor de riesgo para el trastorno por consumo de sustancias. Se aprovecha para explicar la hipótesis de la automedicación.
3. El consumo de drogas como factor de riesgo a la hora de desarrollar una enfermedad mental.

Se aborda la modificación a nivel neurológico que supone el consumo de diferentes sustancias tóxicas y cómo las drogas pueden funcionar de disparador a la hora de desarrollar determinadas enfermedades mentales. Se pone de manifiesto la evidencia científica relacionada entre el consumo de determinadas sustancias con determinados trastornos mentales: alcohol y cuadros depresivos, cannabis y esquizofrenia y cuadros psicóticos, cocaína y ansiedad...

Se mantiene una explicación dinámica que permita la interrupción y planteamiento de preguntas, al tiempo que se refuerza la siguiente idea: *Si existe un trastorno mental de base y se tiende al consumo, aumenta la probabilidad de agravarlo. Si no existe cuadro previo puede desencadenarlo.*

Diferencias de género

El consumo de drogas ilegales, alcohol y tabaco está más mucho más extendido entre hombres que entre mujeres. Sin embargo, el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides está más extendido entre mujeres

¿Por qué creéis que puede ser esto? ¿Puede tener que ver con las etiquetas de las que hablábamos ayer?

Se explican que las diferencias en cuanto a roles pueden estar explicando estas diferencias en el consumo: los hombres por normal general ocuparían los espacios públicos, de carácter recreativo, donde está bien visto tomarse algo con las amistades, o incluso el consumo de determinadas drogas al hacer negocios, donde el uso de ciertas drogas va ligado, incluso, al concepto de masculinidad. Mientras las mujeres ocuparían espacios privados, más orientados a los cuidados, a la maternidad y relacionados con los espacios domésticos.

¿Y qué pasa con la mujer consumidora tiene más o menos estigma que el hombre? ¿Por qué?

No cumplir con el rol genera mayor estigma y acarrea una mayor penalización social, ya que la mujer consumidora rompe con los roles normativos genéricos designados para las mujeres (*buena esposa, buena madre, buena hija*), el ir en contra de lo que se espera de ella, genera mayor incomprensión y pierden más rápidamente el apoyo social inmediato (*mayor pérdida de vínculos familiares*).

¿Si está mal visto porque creéis que una mujer puede empezar a consumir? Se recuerdan los modelos de refuerzo positivo y negativo en el mantenimiento de la adicción y se señala que 2/3 mujeres reconocen iniciar el consumo para reducir el malestar, frente a los hombres que mayoritariamente inician el consumo para obtener placer.

Por lo tanto, se sienten más incomprendidas y suelen tener menor red de apoyo, esto podría explicar otro factor de riesgo que tienen las mujeres con problemática tóxica, que es la bidependencia. ¿Alguien me sabría decir que es esto?

Se explica que las mujeres tienden también a relaciones de bidependencia con otras personas adictas (*40% conviven con una pareja consumidora*), lo que compromete en muchas ocasiones la permanencia en los tratamientos y se pregunta por qué creen que sucede esto. Para abordar esta cuestión se recuerdan conceptos ya trabajados en otras sesiones sobre el amor romántico y los roles tradicionales femeninos.

Se realiza el juego “carrera de las oportunidades” (anexo 2)

Evaluación de la sesión: ¿ha resultado interesante el tema? ¿Cuáles pueden ser las conclusiones?

Para facilitar las conclusiones y cerrar la sesión se incluyeron las siguientes ideas: *No todos nacemos ni tenemos las mismas oportunidades en la vida. Hay cosas que dependen de nosotros y otras muchas que no. Hoy hemos estado hablando de cuestiones externas que no dependen de nosotros, sin embargo, también hay factores internos que pueden hacer que ganemos posiciones a la hora de alcanzar una meta. Cómo decidimos afrontar las situaciones difíciles y las decisiones que tomamos pueden hacer que alcancemos la meta aunque vayamos más lentos. Es importante entender y tratar con respeto a los demás para ayudarlos a seguir avanzando en el camino (o al menos no ser un obstáculo en el mismo).*

SESIÓN 3. Empoderamiento y corresponsabilidad

Resumen de la sesión anterior e introducción de los conceptos de Empoderamiento y Corresponsabilidad.

Se pregunta al grupo **¿Qué es el empoderamiento?**. Se ponen ejemplos de hombres y mujeres empoderadas y que tuvieron impacto social en diferentes ámbitos y se hace hincapié en la idea de que el empoderamiento es un proceso de puesta en valor, que implica desarrollar confianza y seguridad en nuestras capacidades y potencial, y en la importancia de nuestras acciones y decisiones para afectar nuestras vidas positivamente.

Una vez conseguida una definición se lanza la siguiente cuestión **¿Qué es el empoderamiento dentro de prisión (dentro de un módulo de respeto)?** Buscando una definición grupal que tenga en cuenta la toma de decisiones responsable y orientada a la convivencia.

Se desarrollan las ideas de responsabilidad individual y colectiva y se profundiza en el concepto de corresponsabilidad.

¿Cómo puedo ayudar a una persona con enfermedad mental?

Se introduce el concepto de Red de apoyo social. *¿Qué es una red de apoyo social?, ¿Qué esperas de tu red de apoyo social?, ¿Quién puede ser tu red de apoyo social?, ¿Se puede generar en el módulo una red de apoyo social?*. Se destaca la importancia de redes sociales no convencionales (como el apoyo que puede proporcionar el tercer sector y el apoyo que se genera dentro de un módulo de respeto) *“¿Cómo puedo generar una red de apoyo dentro de prisión? ¿Y fuera de prisión?”*.

Se busca que salgan las siguientes ideas *“Una red de apoyo sólida implica identificar con quién podemos acudir en caso de tener una dificultad tanto a nivel emocional, social, económico, salud”*. Destacando la importancia del apoyo no solo material, sino también emocional.

En esta sesión se van a realizar diferentes ejercicios para favorecer el conocimiento de los compañeros y el desarrollo de habilidades que permitan una mejor comunicación y cohesión social.

Vamos a trabajar la atención y el contacto visual, se explicará antes de iniciar los ejercicios cómo mirar a los ojos a otra persona y observarla hace que la comunicación sea mucho más fluida, expresando seguridad en uno mismo. Se introduce el concepto de escucha activa y realiza el ejercicio recogido en el anexo 3.

Se finaliza la sesión con unas actividades de rol playing sobre habilidades básicas de hacer y aceptar cumplidos, la capacidad de disculparse (anexo 4) y la capacidad de comunicar sentimientos y emociones de manera asertiva (anexo 5).

Evaluación de la sesión: ¿ha resultado interesante el tema? ¿Cuáles pueden ser las conclusiones?

Para facilitar las conclusiones y cerrar la sesión se incluyeron las siguientes ideas: sentirse escuchadas, entendidas y respetadas es un factor de protección de salud mental, en el módulo podemos contribuir a crear un espacio seguro, donde prime nuestra salud mental y aprendamos a decir lo que pensamos y lo que sentimos de una manera asertiva. Se señala la importancia de aprender estas habilidades para poder utilizarlas una vez

en libertad para generar espacios en los que nos sintamos escuchados y queridos, construyendo nuevas relaciones sociales y afectivas que puedan servir de puntos de inflexión a nivel estructural: nuevo trabajo, nuevas rutinas, nueva red de apoyo social... (Teoría del control social).

RESULTADOS

La participación en el taller de los internos seleccionados se midió en base a la asistencia y la implicación en las diferentes actividades. Señalar en este sentido que el 100% de los participantes realizaron las actividades, entregaron las tareas e intervinieron al menos una vez en público o en grupo. Funcionando las terapeutas como facilitadoras. De manera puntual alguna de las personas participantes tuvo que salir a realizar alguna actividad (*judiciales, dentista, médico*), pero ninguna perdió una sesión completa por lo que a la vuelta se encargaba a uno o varios compañeros la realización de un resumen explicativo.

La valoración de las sesiones se realizó cada día mediante el establecimiento de conclusiones y resumen de cierre, observando un alto grado de entendimiento de los temas trabajados, y, donde, a pesar de haber tenido bastante debate durante las sesiones (*principalmente en relación a los mitos de salud mental*) se llegaron a consensos muy interesantes. Las personas que no participaban en las conclusiones, eran las encargadas de realizar el resumen de inicio de sesión, para poder evaluar el nivel de comprensión e interiorización de lo que se estaba trabajando en la mayor muestra posible. Mediante una valoración interjueces se ha llegado a la conclusión de que el taller ha tenido un adecuado nivel de aceptación y un elevado nivel de participación.

CONCLUSIONES, VALORACIÓN PERSONAL Y LIMITACIONES ENCONTRADAS

En términos generales valoramos muy positivamente el curso y consideramos que es de gran utilidad en nuestra práctica profesional. Nos parece fundamental la actualización continua de las profesionales que trabajamos

en el marco de instituciones penitenciarias y la posibilidad de contactar con expertos para resolver dudas e intercambiar opiniones. Recibimos con mucho interés tanto las ponencias como los materiales complementarios.

Nuestra idea es continuar trabajando en materia de salud mental, promoviendo la toma de conciencia y potenciando la corresponsabilidad grupal y el empoderamiento a través del entrenamiento en herramientas de cuidado y autocuidado en el marco de los módulos en los que trabajamos. En esta línea, nuestro siguiente objetivo es la adaptación de los contenidos trabajados en el módulo terapéutico a la realidad de primeros grados, dónde contamos con un número muy elevado de internos con patología dual *(y con un nivel de desestructuración, falta de apoyo y desajuste psicosocial mucho mayor)*. Señalar además que el taller de salud mental desarrollado en esta memoria constaba inicialmente de cinco sesiones, sin embargo, debido a la limitación temporal del curso y a la imposibilidad de realizarlo en tiempo, decidimos reducirlo a tres sesiones. Nues-

tra intención es continuar durante esta y la próxima semana trabajando en materia de salud mental y completando las dos sesiones restantes *(centrándonos ahora en estrategias de potenciación de salud mental y autocuidado)*.

La mayor limitación con la que nos hemos encontrado y que queremos señalar es la imposibilidad de realizar el curso en horario laboral, ya que estaba supeditado a las necesidades del servicio, con lo que disponer de tiempo para la visualización de los vídeos, lectura de artículos, realización de actividades y desarrollo del taller, implicaba acumular trabajo, generando altos niveles de estrés, y en la mayoría de los casos no era compatible con el desempeño habitual de las tareas que tenemos encomendadas, obligándonos a sacrificar nuestro tiempo de conciliación y tiempo de ocio y tiempo libre, fuera del horario laboral, para conseguir completar los estándares establecidos. Esta limitación ha condicionado el desarrollo del curso y los objetivos que en un primer momento nos habíamos planteado.

ANEXO 1

MITOS Y REALIDADES EN LA SALUD MENTAL

OBJETIVO

Desmontar mitos y generar pensamientos alternativos sobre la enfermedad mental, la salud mental y la patología dual.

RECURSOS MATERIALES

35 fotocopias del anexo para el participante (anexo 1.1) y bolígrafos por si alguien olvida traer el suyo.

ANEXO 1.1. PARA EL PARTICIPANTE

Debate con tu grupo sobre cada una de las frases que aparecen a continuación y decide si son mito o realidad. Si hay discrepancias con alguna y no se puede llegar a consenso pon un interrogante.

- Tener un problema de salud mental no es algo extraño.
- Las personas diagnosticadas con enfermedad mental son más violentas e imprevisibles que aquellas que no lo tienen.
- Es mejor contratar a una persona que no tiene una enfermedad mental porque va a cumplir mejor su trabajo.
- El porcentaje de mujeres con Patología Dual es más alto que el porcentaje de hombres.
- Una parte importante de las personas (*casi un 50%*) no explican lo que les ocurre o bien porque les han discriminado o bien porque tienen miedo a ser discriminados.
- Las personas con trastornos mentales no deberían tener hijos.
- La discriminación es la fuente principal de las personas con salud mental, en algunas ocasiones incluso más que los propios síntomas del trastorno mental.
- Las mujeres sufren mayores niveles de sobrecarga en las tareas de cuidado (*de hijos, de personas mayores dependientes...*) y mayores niveles de exclusión laboral, con rentas mucho más bajas, lo que genera mayor nivel de estrés lo que explicaría porque tienen mayores problemas de salud mental.
- Un trastorno mental es incurable.
- Las mujeres sufren mayor estigma cuando consumen drogas y/o sufren un trastorno mental.
- Los hombres no se ponen casi nunca tristes, lo que hace que sean menos vulnerables a desarrollar depresión.
- Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben.
- Ir al psiquiatra y al psicólogo es de locos.
- La persona es así, no puedo hacer nada para ayudarla.
- Las tasas de paro son más altas dentro del colectivo de personas con patología dual.
- España lidera en la OCDE en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

ANEXO 1.2. PARA LAS TERAPEUTAS

Tras responder las frases en grupos pequeños, se pondrá en común en el grupo grande lo que se ha contestado, haciendo que razonen su respuesta. Se incorporan en este anexo algunos datos que pueden ser interesantes a la hora de desmontar determinados mitos.

Para cada uno de los mitos, grupalmente se creará una frase alternativa objetiva.

- 
- Según la OMS 1/4 personas tendrán algún problema de salud mental durante su vida.
 - Las personas con enfermedad mental no son más violentas, de hecho son más propensas a ser víctimas de delitos *(10 veces más)*.
 - Más del 20% de los españoles presentará un trastorno mental a lo largo de su vida. El 10,5% de los españoles sufrirá un episodio de salud mental. El 9,4% presentará un trastorno de ansiedad. Por lo tanto es probable que trabajes o hayas trabajado con alguna persona que tiene o ha tenido problemas de salud mental.
 - Las personas con TM pueden tener hijos y llevar vidas completamente normalizadas.
 - La mayoría de las personas se recuperan después de un tratamiento adecuado, algunas personas tienen un trastorno crónico, pero eso no significa que no puedan tener vidas normalizadas *(como pasa con otras dolencias como por ejemplo las cardiovasculares)*.
 - Si puedes ayudar a una persona con EM, la familia, las amistades son una pieza clave *(escuchando, haciendo compañía, acompañando...)*.

ANEXO 2

CARRERA DE LAS OPORTUNIDADES

OBJETIVO

Tomar conciencia de los diferentes obstáculos que pueden existir y que no dependen de nosotros y reflexionar sobre como podemos lidiar con ellos.

RECURSOS MATERIALES

No requiere de material específico, pero sí de la disponibilidad del patio del módulo para poder realizar la actividad.

Se pone a las personas participantes en línea de salida y se les explica que se van a ir leyendo unas frases y que si cumplen lo que dice esa frase pueden dar un paso adelante.

- Mis padres no están divorciados.
- Nadie de mi familia cercana consume drogas.
- Ninguno de mis progenitores tiene una enfermedad mental.
- No he estado expuesto a la violencia, agresión o trauma en la infancia.
- Ninguna persona de mi familia ha entrado en prisión.
- Tengo al menos una persona de mi familia que me apoya y con la que hablo habitualmente.
- Tengo al menos un amigo que me apoya y con el que hablo habitualmente.
- Tengo al menos un amigo cercano que no consume drogas (*y con el que hablo habitualmente*).
- Mi pareja no es consumidora ni ha entrado nunca en prisión.
- Nací en España.
- Nací hombre.
- Soy heterosexual.
- Si no tengo trabajo, seguiría teniendo dinero (*tengo una pensión, o me lo podría ingresar mi familia o alguna amistad*).
- Cuando salga de prisión tengo un sitio donde vivir.
- No tengo ningún trastorno mental.
- No tengo ninguna discapacidad intelectual ni física.
- Tengo más de un año cotizado antes de entrar en prisión si soy menor de 30, o cinco años si soy mayor de 31.

Se pone a las personas participantes en línea de salida y se les explica que se van a ir leyendo unas frases y que si cumplen lo que dice esa frase pueden dar un paso adelante.

ANEXO 3

CAPACIDAD DE DISCULPARSE

(ser conscientes de los errores cometidos y reconocerlos)

En muchas ocasiones las personas internas dicen lo siento para evitar un castigo o consecuencia negativa, es un modo de arreglar su error.

Es fundamental que desarrollen la empatía y vayan más allá de las simples palabras, lo siento. El juego consiste en comprender qué es lo que hemos podido hacer mal, qué consecuencias han podido tener nuestros actos y cómo éstos han afectado a los demás. De este modo se trata de hacerle entender el sentido emocional de sus disculpas y desarrollar su empatía.

A través de una divertida y sencilla dinámica facilitaremos la reflexión sobre las disculpas y el sentido de decir lo siento, basándonos en nuestra capacidad de ponernos en el lugar del otro.

OBJETIVOS

- Desarrollar la empatía y capacidad de ponerse en el lugar del otro.
- Fomentar la responsabilidad.

MATERIALES DEL JUEGO

Ficha dinámica sobre el perdón, cartulinas y material para escribir.

EXPLICACIÓN

Muchas veces pedimos perdón a las personas que nos rodean, a veces entendemos por qué pedimos disculpas y otras veces lo hacemos por costumbre.

Es importante aprender a disculparse y comprender cómo se sienten los demás, una disculpa no es la palabra que digamos, sino la capacidad de ponernos en el lugar del otro y entender como le hemos podido perjudicar.

Ahora vamos a aprender a pedir perdón, a decir lo siento pero de verdad. Y para ello antes de pronunciar las palabras vamos a pensar en lo que hemos hecho. Estos serán los pasos a seguir cuando comprobemos que por nuestros actos a alguien le pasa algo:

1. Pienso en lo que he hecho y me pongo en el lugar del otro.
2. Me acerco y le preguntó: ¿Estás bien?
3. Me doy cuenta de las consecuencias de mis actos y pido perdón.
4. Le preguntó si puedo hacer algo para ayudarle *(por ejemplo, darle un abrazo)*.
5. Agradezco que acepte mis disculpas.

A continuación, reflexionamos sobre nuestros actos y las diferentes situaciones en las que hemos tenido que disculparnos. Para ello completamos en la ficha los pasos, recordamos situaciones en las que hayamos pedido disculpas y completamos la ficha. Puede servirnos para situaciones futuras. Finalmente cada uno coge una cartulina y escribe en ella sus maneras de pedir perdón, donde anotaremos formas que van desde decir lo siento, a dar un abrazo o ayudar a la otra persona.

ANEXO 4

TEATRO DE LAS EMOCIONES

En muchas ocasiones las personas internas dicen lo siento para evitar un castigo o consecuencia negativa, es un modo de arreglar su error.

OBJETIVOS

- Fomentar el conocimiento sobre las emociones, identificarlas y reconocer su expresión.
- Favorecer el desarrollo de la educación emocional .

MATERIALES

Tarjetas que contengan el nombre de las emociones.

DESARROLLO DEL TEATRO

Colocamos a los participantes en círculo y les explicamos lo siguiente: “Vamos a preparar un teatro de emociones, los personajes que tenemos que representar son las diferentes emociones: alegría, tristeza, miedo, sorpresa, enfado, amor y aversión. Para ello vamos a repartir unas tarjetas, cada uno de vosotros tendrá una tarjeta y en ella aparecerá la emoción que le corresponde como papel en esta obra de teatro”.

Repartimos las tarjetas, cuando cada uno tenga su tarjeta, deberán agruparse aquellos que tengan la misma emoción (*todos los que tengan alegría, todos los que tienen miedo, etc. ...*). Una vez hechos los grupos, tendrán que preparar el papel y la puesta en escena.

CADA GRUPO TIENE QUE PREPARAR

- En una cartulina tienen que dibujar la emoción que les corresponda y hacer una máscara.
- Elaborar un sonido y movimientos (*pueden ser pasos, bailes etc. ...*) característicos de cada emoción.
- Desarrollar un diálogo, donde se presenten como emoción (*ej., Soy el miedo...*), tienen que explicar cuando se sienten así (*ej., aparezco cuando...*), cuentan como se manifiesta (*ej., hago que te comportes...*), que es lo que se siente (*ej., te sientes...*).

Les dejamos tiempo para que preparen la puesta en escena, y cuando todo este desarrollado cada grupo representará su función.

COMPARTIR ESPACIOS

PROYECTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL EN EL MEDIO PENITENCIARIO

M.^a Elena García-Bravo Coronado. Psicóloga

Pedro Antonio Martínez Sánchez. Jefe Servicio Médico

Centro Penitenciario “Ocaña II”

INTRODUCCIÓN

En el trabajo final del curso se pretende describir diferentes acciones que se han desarrollado dentro de un Proyecto que hemos implementado en el Centro Penitenciario Ocaña II, llamado **“SIN PREJUICIOS”**, nombre elegido por los propios participantes, con el que se pretende luchar contra el estigma, empoderar y facilitar una vida con sentido a las personas con psicosis y adicción a sustancias que cumplen condenas privativas de libertad en los centros penitenciarios.

La visión pesimista y clásica sobre la psicosis como trastornos de mal pronóstico, definiendo la esquizofrenia habitualmente como un trastorno cerebral grave, asociado a la morbilidad y mortalidad (Guloksuz y Van Os, 2018), ha influido en el tratamiento y la esperanza que los profesionales tenemos en la recuperación de las personas que han sido diagnosticadas de dicha “enfermedad”.

Si añadimos el efecto que el estigma tiene sobre estas personas, la desesperanza sobre su posible recuperación aumenta. Esto afecta a que no en pocas ocasiones nos encontremos, en el ámbito penitenciario, muchos profesionales que prefieran emplear sus esfuerzos en otro colectivo menos estigmatizado, pensando que su labor tendrá un mayor impacto.

También observamos como los internos que están incluidos en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM), tienen un acceso menor a ciertos servicios,

trabajos y actividades en los centros por los prejuicios que existen en relación a la salud mental, quedando finalmente aisladas o por el contrario manifestando comportamientos inadaptados que confirmaría los prejuicios existentes.

Es frecuente, ver a lo largo de los años de experiencia como profesionales penitenciarios, como personas con patología dual van quedando aisladas y esto tiene consecuencias en el deterioro y la falta de apoyo social, impidiendo que disfruten de los mismos derechos, no ya que la población general, sino del resto de población reclusa.

La necesidad hacia un cambio de terminología con una menor carga de prejuicios que ayude a desarrollar una visión más amplia de la persona que sufre, no reduciéndola a síntomas, sino observar como la psicosis afecta a su capacidad funcional debe centrar nuestros esfuerzos para conectar a la persona consigo misma, con sus valores y guiar la recuperación (Díaz-Garrido, J.A. et al. 2021).

Son estas las razones que nos han llevado a realizar encuentros entre internos con patología dual y personal de vigilancia, guiados y moderados por nosotros como miembros del equipo multidisciplinar de salud mental del centro, con la finalidad de compartir experiencias sobre buenas prácticas en salud mental y contribuir a la des estigmatización.

OBJETIVOS

El **objetivo general** que persigue el proyecto es contribuir a la recuperación de las personas con patología dual que cumplen condena en los centros penitenciarios.

La recuperación se refiere a construir una vida satisfactoria y con significado, tal como lo defina cada persona, haya o no síntomas o que los problemas sean continuos o recurrentes. (Shepherd, G. et al.2008)

Los **objetivos específicos** serían los siguientes:

- Luchar contra las falsas creencias y prejuicios que existe en relación a las personas con problemas de salud mental.
- Ayudar a comprender los problemas de salud mental desde una mirada distinta y empática.
- Favorecer la reflexión de los profesionales e internos para permitir que puedan poner en duda sus propias actitudes probablemente estigmatizadoras hacia las personas con problemas de salud mental.
- Ayudar a las personas con patología dual a afrontar y superar las consecuencias del estigma y autoestigma en el medio penitenciario.

METODOLOGÍA

Descripción de los participantes

- Los participantes serán todos aquellos integrantes de PAIEM que estén motivados para participar, independientemente del nivel y el personal de vigilancia que trabaje en contacto directo con internos con patología dual que voluntariamente quiera participar.

Procedimientos para combatir el estigma

- En este proyecto hemos seguido los tres tipos de estrategias más habituales para combatir el estigma como son la información, el contacto y las actividades protesta (Corrigan y Gelb, 2006).

1. Para la **información** hemos realizado cinco sesiones grupales de 50 minutos de duración los días 13, 17, 20, 24 y 27 de mayo, donde se ha elaborado material sobre mitos y realidades con

relación a las personas que padecen problemas de salud mental para luego distribuirlos por el centro.

2. Con relación al **contacto**, se han mantenido tres encuentros de 60 minutos los días 19, 26 de mayo y 2 de junio, entre funcionarios de vigilancia e internos con patología dual donde se ha reflexionado sobre los mitos que existe con relación a la salud mental.

Han participado un total de 10 internos y 5 funcionarios de vigilancia que habitualmente realizan servicio en el módulo de enfermería en la unidad de patología dual.

Las sesiones han transcurrido de la siguiente forma:

- En primer lugar, respondían a tres preguntas en relación a los mitos más comunes sobre personas con problemas de salud mental en el medio penitenciario.
 - ¿Crees que las personas con esquizofrenia son mas peligrosas que el resto?
 - ¿Las personas con problemas de salud mental no podrán trabajar?
 - ¿Si un interno tiene esquizofrenia debe vivir en enfermería siempre?
- Y posteriormente intercambiaban experiencias sobre estos y otros mitos, como, por ejemplo:
 - Las personas con trastorno mental son intelectualmente inferiores al resto.
 - Las personas con trastorno mental no se pueden recuperar.
 - No hay nada que se pueda hacer para ayudarles.

Los participantes aportaban relatos en primera persona para acercar su realidad al personal de vigilancia, y estos hacían preguntas, compartían reflexiones y experiencias propias. Por último, después de la sesión se realizaban las mismas preguntas, obteniendo un cambio significativo en las respuestas, indicando que la intervención había sido eficaz para dis-

minuir las falsas creencias en relación con la salud mental.

3. Para finalizar, como acción **protesta**, se realizó una charla de 40 minutos el día 7 de junio, dirigida a toda la población reclusa que voluntariamente quisiera acudir, asistiendo un total de 23 internos de diferentes módulos. La charla fue impartida por nosotros y dos internos con experiencia propia en salud mental, contando en primera persona en que consiste sufrir el estigma y que ha supuesto para ellos, con el objetivo de hacerles reflexionar.

RESULTADOS

Si nos centramos en los profesionales que han participado agradecen haber podido acercarse a una realidad hasta ahora ajena que les ha cambiado la forma de intervenir con personas con problemas de salud mental.

El testimonio de los internos que han participado indica que están satisfechos y motivados, habiendo contribuido a hacer de la prisión un lugar más amable y respetuoso con las diferencias. Lo que más han valorado ha sido tener un medio donde puedan expresarse sin censura y que no se les invalide. Y también poder decidir de forma activa sobre su recuperación. Valoraban muy positivo los encuentros con funcionarios de vigilancia porque les acercaba a un colectivo desde otra perspectiva.

Como retos futuros, nos gustaría contar con más profesionales que quieran colaborar, y recursos de la red, no sintiendo que estamos aislados. Poder llevar a cabo más actividades de contacto entre colectivos.

OPINIÓN PERSONAL

Entendemos que estos proyectos son necesarios para favorecer la recuperación de las personas con patología dual.

Intervenir a diferentes niveles es importante ya que el contexto marca de manera decisiva su evolución y en el medio en el que nos encontramos aún tiene un mayor impacto este tipo de intervención.

Destacamos la importancia del trabajo interdisciplinar para garantizar el éxito en actuaciones y tratamiento que se realicen desde las diferentes áreas que participan como son vigilancia, tratamiento y sanidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrigan, P. y Gelb, B. (2006). Tree programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 393-398.
2. Díaz-Garrido J.A., Laffite Cabrera, H. & Zúñiga Costa, R. (2021). *Terapia de Aceptación y Compromiso en la Psicosis*. Ediciones Pirámide.
3. Guloksuz, S. y Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229-224.
4. Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). Hacer de la recuperación una realidad. Descarga libre en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/hacer-de-la-recuperacion-una-realidad>.

TALLER GRUPAL PARA LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS A PARTIR DE LA VIVENCIA DE LOS PACIENTES

Nieves Cal Araguas. Psicóloga

Ana Martín Pascual. Trabajadora Social

Centro Penitenciario "Las Palmas I"

INTRODUCCIÓN

En los diferentes módulos que hemos ido abordando a lo largo del curso de patología dual, la familia aparece de manera continua como un agente fundamental en la comprensión e intervención con este tipo de pacientes. Existen numerosos artículos, manuales específicos y distintas escuelas terapéuticas que trabajan con las familias tanto en patología mental como en adicciones. Así, disponemos del concepto de psicoeducación familiar y de los grupos de apoyo familiar en prácticamente la totalidad de dispositivos terapéuticos, incluso existen intervenciones terapéuticas específicas hacia el grupo familiar desde la terapia familiar sistémica y sus distintos desarrollos. Conforme avanzábamos en el curso, nos resultó especialmente sugerente el enfoque aportado en el módulo 5 sobre las experiencias acerca del grupo operativo con su intervención mensual de naturaleza familiar. En nuestro centro penitenciario el grupo de patología dual con el que trabajamos de manera más intensa desde la fase dos del Programa de Atención Integral al Enfermo mental carecemos de una intervención específica dirigida a la familia, en el sentido de una intervención estructurada en la que se trabaje de manera conjunta con los internos y con sus familias. Se pueden identificar problemas de codependencia, sobreprotección, comportamiento recriminador, con los que sería necesario trabajar. Además, las familias suelen manifestar una incapaci-

dad para controlar la situación cuando están fuera. Las familias de internos con patología dual plantean que el problema de salud mental no diagnosticado o no tratado convenientemente dificulta mucho la relación de sus familiares con las sustancias psicoactivas y el manejo institucional del mismo (dispositivos terapéuticos no especializados) así como las exigencias y límites familiares. Desde el trabajo con las familias se detecta un sentimiento de elevada impotencia e indefensión por parte de algunas familias, de necesidad de comprender y aprender a relacionarse de una manera constructiva y de apoyo con sus familiares. Entendemos que es necesario preparar a todo el grupo familiar para el retorno del interno a su comunidad.

Siguiendo con la fundamentación de la intervención, integrando los diferentes aprendizajes del curso, nos pareció necesario, evaluar las necesidades sociales y familiares de los internos favoreciendo el empoderamiento de los mismos en su proceso de recuperación con una estrategia de intervención que les permitiera construir sus propias necesidades de diálogo familiar y social. A raíz del visionado y del aprendizaje generado en los módulos cuatro y cinco específicamente se nos ocurrió la posibilidad de desarrollar un taller con los internos en el que valorásemos el apoyo social percibido por parte de éstos en su familia y con respecto a sus amigos y el entorno próximo al que accederán a la salida en libertad y decidimos abrir un espacio de reflexión y de debate en el que a través de

dinámicas y ejercicios pudiéramos establecer cuáles eran las necesidades y prioridades que tenían los internos a la hora de establecer un nexo o un puente entre su experiencia y su aprendizaje terapéutico en el medio penitenciario y sus familias con el objetivo de generalizar lo aprendido a, al menos, vincular ambos mundos desde su propia competencia psicológica.

El material bibliográfico y audiovisual manejado para inspirar la intervención ha sido el visionado de todas las unidades del curso. Especialmente nos hemos centrado en los contenidos de la Unidad 4 sobre Reinserción. Y la sugerencia del grupo operativo de Rodrigo Bilbao en la Unidad 5 sobre Experiencias.

Además, realizando una búsqueda complementaria sobre el tema nos basamos e inspiramos en un documento muy práctico de la Fundación Amigo sobre el papel de la familia en el consumo de sustancias, el Manual para familiares de Enfermos de Patología Dual de la Fundación Hospital Provincial de Castellón, un artículo sobre Espacio Grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental (Vallejo Jiménez, 2006) y decidimos incorporar como instrumento de medida para establecer el punto de partida de la intervención y evaluar a medio plazo la misma, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) que puede ser de especial interés para las personas con trastorno mental grave a la hora de planificar y aplicar estrategias de intervención sobre las redes sociales del colectivo y teniendo en cuenta su percepción de los apoyos sociales. Así, se considera que por sus propiedades psicométricas, el EMAS, es una herramienta óptima para guiar las intervenciones dirigidas a incrementar la percepción de los apoyos recibidos procedentes de amigos, familia y otras personas relevantes. Se parte de que en la reconstrucción de los proyectos personales de las personas atendidas se debe tener en cuenta las áreas involucradas en los procesos de recuperación tales como el empoderamiento, el control sobre la propia vida, las relaciones interpersonales, la inclusión social, la reconstrucción de una identidad positiva, la superación del estigma y de la discriminación. En esta escala se recogen los dos tipos de apoyo que pueden darse en las estructuras sociales con las que las personas se vinculan. Por un lado se distingue entre apoyo

instrumental en el que las relaciones establecidas son medios para conseguir algo que se necesita y los expresivos o emocionales a través de los cuales el individuo puede mostrar sus sentimientos, expresar sus frustraciones y buscar la comprensión a sus problemas.

También el concepto de acompañamiento ha contribuido a enriquecer la perspectiva de nuestra intervención.

OBJETIVOS

Los objetivos de la intervención serían los siguientes:

- Como objetivo general se trata de favorecer un proceso de reflexión en el que se puedan determinar sus necesidades de apoyo y comunicación, así como el descubrimiento de aquellas áreas en las que aumentar la atención y establecer objetivos de enriquecimiento concretos y supervisables mediante acompañamiento.
- Un primer objetivo específico sería evaluar las necesidades de los internos en relación a sus apoyos sociales y familiares de manera sencilla y objetiva disponiendo así de una herramienta de evaluación que permita conocer la eficacia de las intervenciones.
- Generar una conciencia en los internos de la importancia de trabajar de una manera clara y directa estas necesidades con su familia vinculando así la experiencia interna penitenciaria con el exterior pudiendo establecer avances y estrategias concretas para los permisos, progresiones y libertades.
- Fomentar la autonomía personal, la autodeterminación y el empoderamiento en el proceso de toma de decisiones.
- Aumentar el autoconocimiento y la formación de su identidad social y, al mismo tiempo, trabajar con la empatía hacia sus compañeros, entorno y familia.

METODOLOGÍA

- Para la realización de la intervención específica se ha utilizado como base la existencia de un grupo previo con el que se lleva tiempo interviniendo, de internos con patología dual dentro de la es-

estructura del PAIEM. Hemos seleccionado a 5 internos por motivos de temporalidad para la realización de este Taller grupal comprometiéndonos con el resto del grupo a narrar la experiencia y los resultados derivados de este Taller.

- La actividad se ha desarrollado durante el jueves 16 de junio, el viernes 17 de junio y el lunes 20 de junio. Las sesiones han tenido una duración de 1,5 -2 horas.
- La metodología utilizada ha consistido en la administración de un Cuestionario de Apoyo Social Percibido y la utilización de diferentes ejercicios de dinámicas de trabajo tales como la Rueda de la Vida en la que se evalúa el grado de satisfacción y sentimiento de plenitud con respecto a una serie de áreas en la que se observa de manera visual e intuitiva el desarrollo diferencial de las esferas vitales y que favorece el análisis, la reflexión, la comunicación y el trazado de un plan con el desarrollo de objetivos personales a corto plazo y una conciencia de la necesidad de equilibrar los diferentes aspectos de la vida siendo realista y concreto en la evaluación de los mismos. También se han utilizado dibujos, tormentas de ideas e incluso han sido capaces de elaborar un cartel informativo para sus familias.

RESULTADOS

En nuestra intervención la evaluación de resultados a partir del cuestionario de evaluación del apoyo social percibido no es en este momento posible ya que la intervención a evaluar todavía no ha tenido lugar, por lo que la valoración de los resultados de la intervención vamos a realizarla de manera cualitativa a partir de lo observado y vivido en el contexto de la propia intervención. La posibilidad de realizar un taller sobre necesidades de intervención, comunicación y afrontamiento de conflictos en la familia fue vivida por los internos como algo muy estimulante y motivador. Tanto en los primeros momentos al sugerirles la participación como durante las intervenciones fueron especialmente participativos generando ideas, experiencias, y en general, respondiendo de una manera muy proactiva a todo lo planteado. En pri-

mer lugar, me gustaría hacer referencia a los resultados obtenidos en el cuestionario. La mayor parte de los internos sienten y perciben un apoyo social bastante elevado si bien se encuentra concentrado en una o dos personas. En cuanto a la familia, la implicación suele ser de la figura materna generando una puntuación muy elevada de apoyo por parte de esta figura de referencia si bien esta ayuda se valora fundamentalmente en el plano instrumental y en menor medida en el apoyo emocional. En cuanto al apoyo de los amigos, los integrantes del grupo consideran que no disponen de amigos, especialmente en situaciones de adversidad, sintiéndose en esos casos abandonados e incluso utilizados.

En cuanto a la dinámica de la rueda de la vida ha arrojado datos muy interesantes y les ha ofrecido una posibilidad de darse cuenta de aquellas áreas de su vida que tienen especialmente no atendidas tales como el amor, la diversión, la formación y el trabajo, así como el desarrollo personal. Cada uno de ellos fue capaz de identificar objetivos concretos de desarrollo de aquella esfera de actividad que le resultase más interesante comenzar a aumentar y expandir. Se plantearon asimismo la conveniencia de comunicar a las personas importantes para ellos los descubrimientos hechos a partir de este trabajo y los objetivos que se habían propuesto.

Finalmente, trabajamos con la visualización de un puente que había que cruzar entre su experiencia penitenciaria y los descubrimientos que estaban haciendo para vincularlos con el exterior y con su vida familiar y social. Se trabajó desde la empatía de la perspectiva de la familia y de las dudas e inquietudes que pudieran surgir de ellos. Así, se sacaron temas como el perdón, el agradecimiento, el miedo a la recaída, la necesidad de relatar lo vivido, la conciencia de sentirse más valiosos y queridos cuando están en prisión, la percepción de que las familias prefieren que estén aquí debido a su mayor estabilización y al control de la abstinencia y de la drogodependencia, surgieron experiencias de darse cuenta de la impotencia que sienten sus familias, necesidad de responder a las necesidades que tiene su familia de conocerles, de saber cómo ayudarles, del descubrimiento de su identidad negativa, del peso de las etiquetas que sienten.

Agustin

ESCALA METODODIAGNOSTICA DE APOYO SOCIAL (MEDIASO-EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica en cuántas de cada una de ellas estás experimentando una reacción.

1	2	3	4	5	6	7
Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado
1. Hay una persona que me causa cuando estoy en una situación difícil.	1	2	3	4	5	6
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6
3. Mi familia realmente quiere ayudarme.	1	2	3	4	5	6
4. Si alguien de mi familia se acerca a mí siento emocional que me siento.	1	2	3	4	5	6
5. Existe una persona que realmente se preocupa de mi bienestar para mí.	1	2	3	4	5	6
6. Mis amigos realmente tienen de verdad.	1	2	3	4	5	6
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	6
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6
11. Mi familia se encuentra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6

Alexis

ESCALA METODODIAGNOSTICA DE APOYO SOCIAL (MEDIASO-EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica en cuántas de cada una de ellas estás experimentando una reacción.

1	2	3	4	5	6	7
Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado	Tras haberse despertado
1. Hay una persona que me causa cuando estoy en una situación difícil.	1	2	3	4	5	6
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6
3. Mi familia realmente quiere ayudarme.	1	2	3	4	5	6
4. Si alguien de mi familia se acerca a mí siento emocional que me siento.	1	2	3	4	5	6
5. Existe una persona que realmente se preocupa de mi bienestar para mí.	1	2	3	4	5	6
6. Mis amigos realmente tienen de verdad.	1	2	3	4	5	6
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	6
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6
11. Mi familia se encuentra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6

AYUDENME A SENTIRME BIEN.

LES QUIERO MUCHO, ESTARÉ SIEMPRE EN EL CORAZÓN DE USTEDES.

ALAS, ESTOY ABANDONADO DE LA CÉLULA Y NO PUEDO IR A LA CALLE.

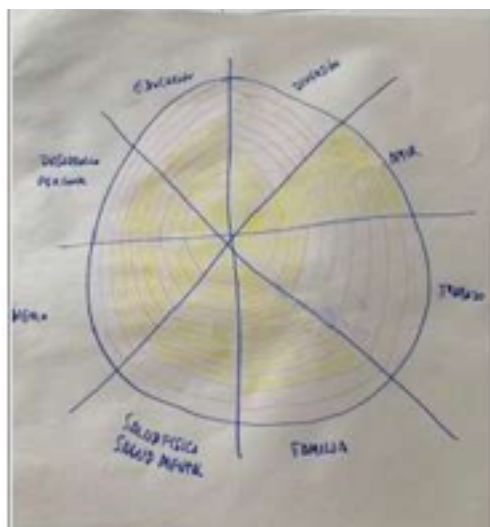
QUIERO PASAR TIEMPOS BUENOS Y FELICES.

- ENTENDERME

- SACARME LOS PAJUITOS DE LA CORTA

- AYUDARME A NO RECAER

- QUE RECONOZCA COMO SOY



VALORACIÓN DEL APRENDIZAJE

El desarrollo de esta intervención ha supuesto para el equipo una posibilidad de integrar aspectos muy básicos y esenciales de la intervención con pacientes duales que si bien siempre nos habían preocupado no nos habíamos resuelto a desarrollar la manera de abordarlos de manera conjunta. A partir de los conceptos desarrollados en el curso vislumbramos y nos atrevimos a desarrollar una experiencia en la que respetando los valores y las necesidades de los usuarios pudiéramos encontrar la manera de dirigir una intervención hacia sus familias y su entorno social. Para nosotras, este taller de profundización en sus necesidades sociales y afectivas y en

la determinación de objetivos concretos en estas áreas a través del diálogo con ellos y a partir de sus propias ideas e inquietudes, supone un primer paso en la posibilidad de desarrollar a través de un grupo operativo o de un grupo conjunto multifamiliar y multisistema una intervención más global y que se extienda y generalice más allá de los muros de la prisión. La satisfacción e implicación de los internos ha sido muy significativa y consideramos que en ello tiene mucho que ver el sentirse implicados en el proceso desde la base del proyecto y el vincular de una manera profunda sus tomas de conciencia en el medio comunitario cerrado con su grupo de referencia natural.

MEMORIA DE INTERVENCIÓN CON INTERNOS QUE PRESENTA PATOLOGÍA DUAL

“PROGRAMA DÚAL”

M.ª Paz Pérez Pérez. Trabajadora Social

M.ª Ángeles Parra Sánchez. Psicóloga

Centro Penitenciario de Córdoba

JUSTIFICACIÓN

Las personas privadas de libertad tienen una mayor incidencia de consumo de drogas y de problemas asociados que la población general. Los Centros Penitenciarios son espacios en los que se realizan prácticas de riesgo donde se requiere de intervenciones específicas. Apoyados por diversos organismos internacionales y nacionales, en este contexto se aboga por la implementación de Programas de reducción de daños, formación y prevención siguiendo el Principio de Equidad, el cual expone que las personas privadas de libertad tienen derecho a la misma atención sanitaria, así como en materia de adicciones, que el resto de la ciudadanía.

Según estudios epidemiológicos existe entre un 15% y un 80% de concomitancia entre consumo de drogas y trastorno mental.

En concreto, la Epidemiologic Cathment Area (Regier et al., 1990) señala que el 37% de las personas con trastorno por consumo de alcohol presentaba otro trastorno. A su vez, el 53% de los pacientes que presentan trastorno por consumo de otras sustancias padecían otro trastorno mental, siendo los trastornos más habituales los trastornos de ansiedad, los afectivos y los esquizoides. Este estudio también da cuenta de que el riesgo de padecer un trastorno mental era 4,5 veces mayor en pacientes consumidores de alcohol.

Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental

y de atención al drogodependiente (Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babín, F. (2013). La muestra fue de 837 participantes (208 de la red de Salud Mental y 629 de la red de Drogodependencias). Los resultados pusieron de manifiesto 517 (61,8%) pacientes con patología dual (un 36,1% en la red de salud mental y un 70,3% en la red de drogas).

Estudio de Fernández-Miranda et al., (2021). Se tomó una muestra aleatoria de pacientes en tratamiento por TCS u OTM en diferentes Comunidades Autónomas (N=1783). Se extrajo una alta prevalencia de OTM en aquellos en tratamiento en redes de adicciones por TCS (71%). En redes de salud mental un 68,9% presentaba TCS (50%, exceptuando tabaco) en las personas en tratamiento por diagnósticos de OTM.

Respecto a la Prevalencia en el **Ámbito Penitenciario**: la magnitud de las necesidades en la población penitenciaria es alarmante, ya que se calcula que el 45% de las personas encarceladas cumplen el perfil de patología dual, que implica tanto un abuso de sustancias como un trastorno de salud mental.

Datos recientes de las BJS indican que aproximadamente el 37% de los presos y el 44% de los reclusos de las cárceles, habían sido diagnosticados previamente con un trastorno de Salud mental (Bronson y Berzofsky, 2017). El consumo de sustancias es aún más frecuente ya que aproximadamente dos tercios de los reclusos de las cárceles y más de la mitad de los presos también informan

de un trastorno por consumo de sustancias (Bronson, Stroop, Zimmer y Berzofsky, 2017; Karberg y James, 2005), lo que supone un importante reto de tratamiento de la comorbilidad para el sistema de justicia penal.

En el ámbito del **Centro Penitenciario de Córdoba**, el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (*referido únicamente a internos con trastorno mental grave*) incluye 43 internos/as. Así mismo esta cifra se incrementa si hacemos alusión a todos los internos con trastorno mental, incluyendo especialmente trastornos de personalidad, pudiendo llagar hasta el 78% de la población reclusa actual.

Entre los internos incluidos en el P.A.I.E.M., según los datos que obran en nuestros protocolos profesionales, el 93% ha tenido consumo abusivo de alguna sustancia (*alcohol, hashís y cocaína principalmente*), presentando por otro lado un consumo de desordenado y arbitrario de psicofármacos.

Partiendo de estas premisas, planteamos una intervención en la que inicialmente valoraremos el posicionamiento actual de la población receptora del programa ante la enfermedad mental y el consumo de tóxicos, de tal modo que en el desarrollo de las sesiones, y una vez aplicadas las pruebas iniciales, trataremos de sensibilizar, formar e informar a los internos participantes, para promover un cambio en su actitud, conducta y hábitos de vida saludables. Para ello volveremos a aplicar los cuestionarios una vez finalizadas las sesiones de intervención.



OBJETIVOS

Los programas de reducción de daños en prisión están destinados a personas con consumo activo y a las que están en proceso de rehabilitación.

Los **objetivos** son: reducir los efectos negativos del consumo de drogas (*sobredosis, enfermedades de transmisión sanguínea y sexual, etc.*) con la implementación de los mismos servicios y programas que en la comunidad así como la prevención *motivación y consolidación de factores positivos* en aquellos internos en proceso de rehabilitación.

OBJETIVOS GENERALES

- Dar a conocer qué es la enfermedad mental.
- Explicar el concepto de patología dual.
- Promover hábitos de vida saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar conciencia de enfermedad entre los participantes.
- Promover la adherencia al tratamiento entre los internos con enfermedad mental.
- Dar a conocer la interacción negativa que se produce cuando se combina la medicación con el consumo de tóxicos.
- Promover hábitos de vida saludables y evitación de situaciones de riesgo.

METODOLOGÍA

La metodología de las sesiones estará dividida en una primera parte donde se hará una exposición teórica y una segunda, donde se realizarán dinámicas grupales.

El programa va dirigido a una pequeña muestra de 9 internos que presentan patología dual y que se encuentran ubicados en el Módulo 11 del Centro Penitenciario de Córdoba, donde se encuentran ubicados la mayor parte de los internos con enfermedad mental grave.

La duración aproximada de las sesiones será de 2 horas, en horario de mañana, de 09:30 a 11:30 horas y se impartirán en el Departamento Sociocultural.



SESIÓN 1

TALLER GRUPAL: LA ENFERMEDAD MENTAL

1. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Presentación del grupo y los terapeutas.
- Explicar los conceptos de Salud Mental y de Enfermedad Mental.

Objetivos específicos:

- Conocer a otros internos con enfermedad mental.
- Disponer de un espacio para hablar sobre enfermedad mental con otros internos que han pasado por lo mismo.
- Desmontar mitos sobre la enfermedad mental.

2. TEMPORALIZACIÓN

La sesión se celebró el 6 de junio en una de las aulas del Departamento Sociocultural del Centro con una duración de 2 horas, de 09:30 a 11:30. Se convocó a 9 participantes.

3. METODOLOGÍA

Exposición teórica

Presentación del grupo y de los terapeutas. Hicimos una breve presentación de las terapeutas, así como de los objetivos generales de la intervención y específicos de la sesión.

A continuación explicamos los conceptos de Salud y de Enfermedad Mental que utiliza la OMS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como “*un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”.

Es importante entender los problemas de salud mental como una parte de nuestra vida y una circunstancia más de la persona, y no como un elemento que anula el resto de nuestras capacidades.

Asimismo, la OMS define la Enfermedad mental como *una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo*.

Es importante saber que los problemas de salud mental se pueden tratar para lograr la recuperación o permitir que la persona pueda tener una mejor calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas presenta o presentará un problema de salud mental a lo largo de su vida.

Asimismo, datos recientes de la BJS indican que aproximadamente que el 37% de los presos y el 44% de los reclusos de las cárceles habían sido diagnosticados previamente con un trastorno de salud mental (Bronson y Berzofsky, 2017).

A continuación, procedimos a las presentaciones de los miembros del grupo. Pedimos a los internos que se presentaran y que nos contaran el diagnóstico de su enfermedad mental, cuando y cómo se dieron cuenta de que tenían un problema y si a día de hoy eran capaces de identificar cuándo se estaban iniciando los primeros síntomas de la misma, así como de pedir ayuda (*la mayoría de los participantes estaban diagnosticados con Trastornos psicóticos o Trastornos bipolares*). La mayor parte de los mismos reconocieron que en estos momentos eran capaces de identificar los síntomas de la Enfermedad mental.



A continuación, les planteamos una serie de mitos sobre la Enfermedad mental y abrimos un debate con cada uno de los puntos siguientes:

- No existe forma de ayudar a la gente que padece alguna enfermedad mental.
- Las personas con enfermedades mentales son violentas e imprevisibles.
- Las enfermedades mentales se manifiestan en personas con un carácter débil.
- Una persona que ha sufrido una enfermedad mental jamás se recuperará completamente.
- Los desórdenes mentales son enfermedades aisladas, ya que casi nadie las padece.
- Las personas que sufren este tipo de enfermedad no pueden disfrutar de una vida plena.

Finalizamos la sesión haciendo una ronda de emociones sobre cómo se habían sentido durante la misma.

Conclusión: la sesión fue muy gratificante, pues los internos dispusieron de un espacio donde ser escuchados y plantear sus dudas y preocupaciones en torno a la enfermedad mental con profesionales formados al respecto, así como con otros participantes que habían pasado por situaciones similares.

SESIÓN 2

TALLER GRUPAL: EL CONSUMO DE TÓXICOS Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD MENTAL

1. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Explicar el concepto de patología dual.
- Fomentar la adherencia al tratamiento.

Objetivos específicos:

- Que los internos comprendan la relación que existe entre enfermedad mental y consumo de tóxicos.
- Que entiendan la importancia de tomarse la medicación correctamente.
- Explicarles las consecuencias de tomar su medicación de manera combinada con la ingesta de tóxicos.

2. TEMPORALIZACIÓN

La sesión se celebró el 8 de junio en una de las aulas del Departamento Sociocultural del Centro con una duración de 2 horas, de 09:30 a 11:30. Se convocó a 9 participantes.



3. METODOLOGÍA

Exposición teórica

Comenzamos la sesión haciendo un recordatorio del taller anterior. Para ello pedimos un voluntario entre los asistentes que, con la ayuda de sus compañeros, explicó brevemente qué era para él la enfermedad mental, así como algunos de los mitos que acompañan a la misma.

A continuación, explicamos el concepto de Patología dual como la presencia simultánea de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias.

Hicimos una ronda entre los participantes para que nos contaran en sus casos concretos si existía una coexistencia de ambos trastornos y si recordaban cuál de ellos se dio primero. La mayor parte de los internos coincidió en afirmar que primero empezaron a consumir tóxicos, especialmente cannabis y cocaína y con el tiempo aparecieron los síntomas de la enfermedad mental. En dos de ellos, sin embargo, la enfermedad mental se desarrolló primero, incluso contaron que algunos de los miembros de su familia también presentaban enfermedad mental.

Posteriormente les planteamos si estaban tomando medicación y si creían que esta les ayudaba a sentirse mejor. Pudimos comprobar que todos ellos estaban tomando medicación, cinco de ellos en TDO y a dos ellos además se les inyectaba un antipsicótico una vez al mes aproximadamente. En lo que respecta a como les hacía sentir la medicación

otro lado, los participantes elaboraron una lista de pensamientos positivos. Así cada participante, inició su pequeña lista de emociones y pensamientos positivos ante situaciones de crisis.

Los participantes identificaron en esta área situaciones de estrés como enfados en el ámbito familiar, frustraciones laborales, recibir malas noticias de su familia, falta de peculio, soledad, ansiedad por el futuro incluso la propia enfermedad. Por otro lado pusieron en valor positivo a las reuniones familiares, el pensamiento de que todo puede salir bien, el valor del sentirse respetado y querido, desvalorizar los fallos propios como proceso del aprendizaje, (*no pasa nada si se falla*), y emociones tales como el amor, la ilusión, la esperanza, también fueron valorados.

Algunos anotaron que sería buena técnica positiva practicar relajación, escuchar música positiva, respiración controlada y evocar en la memoria situaciones placenteras, así como visualizarlas en el futuro.

Finalizamos con la información y motivación para acudir a centros especializados (*tanto salud mental como adicciones*). El valor de la terapia grupal, de acudir a un centro dónde se sientan comprendidos y encuentren una zona de confort dónde poder acudir con sus especialidades.

- **Salud Social:** del igual modo, esta parte de la sesión versó sobre grupos de riesgo, situaciones de riesgo y grupo de iguales; identificando posteriormente situaciones, personas y lugares que nos hacen sentir bien; viniendo a completar la lista anterior.

Los participantes coincidieron en la necesidad de escoger bien el grupo de iguales y evitar antiguas relaciones, especialmente grupo de consumo. Identificaron relaciones de pareja tóxicas y lugares que suponían un riesgo para el consumo y la salud mental. Posteriormente enumeraron personas y lugares que pueden hacer sentir bien (*madres, sobrinos, amigos de la infancia, la playa, el campo, película favorita,*), así como

el valor de sentirse valorado y útil socialmente (*posibilidad de ayudar a algún familiar en su día a día o algún tipo de entidad*) y añadieron la posibilidad de acudir a un centro dónde conocer a personas con similares características.

- **Salud Física:** Cada participante expuso cómo es su día a día (*comida, aseo, deporte, etc.*) Identificando entre tod@s las acciones positivas y negativas y nuevamente elaborando unas pautas de vida saludables acordes a las posibilidades, gustos y aficiones de cada participante.

Los usuarios del programa identificaron como primer factor una mala alimentación basada en el abuso de la comida rápida (*tipo McDonald*), justificando este consumo en la inmediatez y la economía (*valoramos en grupo el coste de una alimentación sana para una familia vs alimentación "basura"*), cada uno elaboró alimentos favoritos y saludables. El sedentarismo apareció como el segundo factor (*la mayoría de ellos no suelen practicar ningún tipo de actividad física ni hobby al aire libre*); respecto al aseo la mayoría estaban de acuerdo en el deterioro y abandono físico en épocas de consumo activo y salud mental descompensada. Entre todos acordamos cual sería una buena de higiene personal. Finalmente, el grupo decidió incluir en este aspecto que una buena salud física también sería la propia imagen y el cuidado de ésta.

Acabando así nuestra lista e invitando a llevarla siempre consigo, ayudando al mantenimiento en abstinencia y apoyo para las situaciones de estrés y craving.

Conclusión: los internos refirieron haber reflexionado sobre su forma de vida, haber aprendido a reconocer aquellas cosas/acciones/situaciones con valor negativo y les motivó reconocer aquellas otras situaciones, emociones y hábitos positivos que puede hacer útil en su proceso de deshabituación, mantenimiento en abstinencia y gozar de buena salud mental.

TEMPORALIZACIÓN/CRONOGRAMA

La sesiones se realizaron del 6 a 10 de junio en una de las aulas del Departamento Sociocultural del Centro con una duración de 2 horas, de 09:30 a 11:30. Se convocó a 9 participantes.

ELABORACIÓN DE PROYECTO	SELECCIÓN USUARI@S	REALIZACIÓN PROGRAMA			ANÁLISIS DE RESULTADOS	ELABORACIÓN MEMORIA
En base a la teoría y experiencias conocidas en el curso. Elaboración de programa acorde a las necesidades detectadas en nuestra práctica profesional.	Entrevistas motivacionales para inicio del programa con la población seleccionada	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Valoración de las pruebas iniciales y finales. Elaboración de datos.	Recolección de datos y Elaboración Final.
30 mayo- 2 junio	3 junio	6 junio	8 junio	10 junio	13-15 junio	15-20 junio

RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS

RECURSOS HUMANOS

Ha sido puesto elaborado y puesto en práctica por dos Técnicas del Centro Penitenciario de Córdoba participantes en el Programa P.A.I.E.M:

Nombre	Profesión	Funciones y Tareas
M. ^a Ángeles Parra	Psicóloga	Elaboración del Proyecto y valoraciones iniciales Entrevistas previas de selección. Desarrollo y puesta en práctica de las sesiones Valoración de los resultados.
M. ^a Paz Pérez	Trabajadora Social	

RECURSOS MATERIALES

Se ha realizado utilizando los materiales propios del centro (*ordenador, pizarras, mesas, sillas...*), dotando a la población participante del material necesario.

Para la realización de las sesiones se han consultado páginas web, dispositivos móviles, etc., seleccionando imágenes, guía, proyecciones PowerPoint y vídeos.

EVALUACIÓN

N.º de Usuarios	9 internos del módulo 11 (<i>uno de ellos se ausentó media en la sesión 2 por haber sido requerido para entrevista con agentes judiciales</i>). Todos usuarios del Programa PAIEM, siendo todos hombres y en edades comprendidas entre los 32 y 46 años.
N.º de Sesiones	Aunque se habían planteado 3 sesiones inicialmente, los propios participantes solicitaron podernos reunir posteriormente para establecer pautas y objetivos comunes de deshabitación tanto individuales como de grupo (<i>sesiones que se realizarán a finales del mes de junio</i>).
N.º de Profesionales	2 (<i>psicóloga y trabajadora social</i>), aunque se ha contado con la colaboración de los técnicos del área sociocultural.
Evaluación de los participantes	VER ANEXOS.

CONCLUSIONES

TEST INICIAL

1. **¿Cuánto crees conocer tu Enfermedad Mental?**
 - 6 de ellos se posicionaron en 5 puntos, 2 en 3 puntos, 1 se posicionó en 1 y tan sólo 1 lo hizo en 7 puntos.
2. Ante la pregunta **¿Crees que existe relación entre la Enfermedad Mental y el consumo de drogas?** (siendo 1 la puntuación más negativa)
 - 5 de ellos se posicionaron en 6 puntos, 2 en 4 puntos 1 en 8 puntos y otro en 2 puntos.
3. **¿Cuánto crees conocer el término Patología Dual?** (siendo 1 la puntuación más negativa)
 - Todos ellos se situaron en puntos entre el 1 y el 4, no existiendo ninguna puntuación mayor de ésta.
4. **Con respecto al Consumo de Drogas, indica la que más se aproxime a tu consumo actual:**
 - a) No he consumido desde hace más de 12 meses. (solo 1 de ellos se posicionó en este punto)
 - b) He consumido los últimos 6 meses
 - c) Consumo puntualmente pero no he logrado dejarlo. (5 de ellos se posicionaron aquí)
 - d) El consumo es algo habitual. (3 de ellos en este punto)
5. **Cómo te posicionas con respecto a tu consumo:** (puedes marcar tantas como necesites)
 - a) Creo que mi consumo afecta a mi enfermedad mental de forma negativa (6 se posicionaron aquí)
 - b) Creo que me ayuda a controlar mi enfermedad mental (5 marcaron esta opción)
 - c) El consumo no me ayuda, pero no puedo dejarlo (8 marcaron ésta)
 - d) Creo que si lo dejara me sentiría mejor (7 marcaron ésta)
6. **Con respecto al tratamiento de Salud Mental:** (puedes marcar tantas como necesites)
 - a) No tengo tratamiento (ninguno)
 - b) Creo que es necesario y muestro responsabilidad con él (solo 1 marcó esta opción)
 - c) A veces lo intercambio por otras sustancias (6 reconocieron realizar esta actividad)
 - d) Creo que mi estabilidad no depende de él (3 se identificaron con esta opción)
7. **Indica cómo te sientes respecto a estas afirmaciones:**
 - Creo que el consumo de drogas afecta a mi estabilidad mental
Nada (1) Algo (2) Bastante (3) Mucho (3)
 - Estoy motivado al cambio
Nada (2) Algo (4) Bastante (2) Mucho (1)
 - Conozco recursos para dejar de consumir
Nada (3) Algo (6) Bastante Mucho
 - Conozco pautas de vida saludables relacionadas con la Salud Mental
Nada Algo Bastante Mucho
 - Necesito un cambio y necesito ayuda
Nada Algo Bastante Mucho

TEST Y VALORACIÓN FINAL

1. **¿Cuánto crees que conoces ahora de tu Enfermedad Mental?**
- 7 valoraron con 8, 1 con 9 y 1 con 10.
2. **¿Crees que existe relación entre la Enfermedad Mental y el consumo de drogas?**
- Frente a las puntuaciones obtenidas en el test inicial, 8 participantes dieron 7 y 2 de ellos dieron 10.
3. **¿Conoces qué es la Patología Dual?** (siendo 1 la puntuación más negativa)
- Los participantes que inicialmente se había posicionado en puntuaciones bajas o muy bajas. Puntuaron 6 de ellos con 8, 2 con 9 y 1 con 10.
4. **Con respecto al Consumo de Drogas, indica la que más se aproxime a tu consumo actual:**
 - a) Tras las sesiones he aprendido a conocer mi consumo y como este afecta a la salud (Todos marcaron esta opción)
 - b) No he conocido nada nuevo (1 marcó esta opción)
 - c) Creo que mis conocimientos han aumentado algo, pero no lo suficiente (3 marcaron esta opción)
 - d) Ha sido motivador para el cambio (7 marcaron esta opción)
5. **Cómo te posicionas con respecto a tu consumo:** (puedes marcar tantas como necesites)
 - a) Me planteo iniciar un proceso de deshabituación (7 están en esta situación)
 - b) Creo que es necesario que realice un programa de deshabituación (8 marcaron esta necesidad)
 - c) Continuaré consumiendo (2 continuarán consumiendo)
 - d) Reduciré mi consumo (3 plantean esta posibilidad)
6. **Con respecto al tratamiento de Salud Mental:** (puedes marcar tantas como necesites)
 - a) Entiendo su importancia (8 la señalaron)
 - b) Me ha aportado información nueva. (7 la señalaron)
 - c) No tiene importancia con respecto a mi bienestar (ninguno la marco)
 - d) Estoy motivado para darle mayor importancia (los 9 se sintieron motivados hacia algún cambio)
7. **Indica cómo te sientes respecto a estas afirmaciones:**
 - Creo que el consumo de drogas afecta a mi estabilidad mental
Nada Algo (1) Bastante (3) Mucho (5)
 - Estoy motivado al cambio
Nada Algo (1) Bastante (5) Mucho (3)
 - Conozco recursos para dejar de consumir
Nada Algo Bastante (5) Mucho (4)
 - Conozco pautas de vida saludables relacionadas con la Salud Mental
Nada Algo (1) Bastante (5) Mucho (3)
 - Necesito un cambio y necesito ayuda
Nada Algo (2) Bastante (4) Mucho (3)

En general, valora la información/formación recibida.

1	2	3	4	5	6	7 (1)	8 (3)	9 (3)	10 (2)
---	---	---	---	---	---	-------	-------	-------	--------

Valórate a ti con respecto a la motivación actual.

1	2	3	4	5 (1)	6 (1)	7 (3)	8 (1)	9 (2)	10 (1)
---	---	---	---	-------	-------	-------	-------	-------	--------

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La comparativa entre los pre tests y post tests ha puesto de manifiesto cómo los participantes, a lo largo de las sesiones de intervención, han incrementado su conocimiento y sensibilidad sobre la Enfermedad mental, la relación entre consumo de tóxicos y enfermedad mental, así como el concepto de patología dual, tal y como se pone de manifiesto en las tres primeras preguntas del cuestionario.

Con respecto al consumo de tóxicos, si bien antes de iniciar las sesiones los participantes admitían un consumo habitual o puntual en la mayor parte de los casos, después de la intervención admiten que el consumo puede afectar a su salud y se encuentran motivados para iniciar alguna pauta de cambio, en la mayor parte de los casos.

Asimismo, si bien antes de la intervención buena parte de los participantes creen que se sentirían mejor si dejaran de consumir, no se plantean en estos momentos dejarlo. No obstante, a lo largo de las sesiones de intervención, la mayor parte de los internos se encuentra en una fase de acción o de contemplación respecto a recibir un tratamiento de deshabituación.

En lo que respecta al tratamiento de la Enfermedad mental, si bien todos ellos tienen medicación prescrita, 6 reconocen inicialmente, a través del cuestionario, haber intercambiado su medicación por otras sustancias (*cuándo se les preguntó en el desarrollo de la sesión si habían recurrido a esta práctica, solo 1 se atrevió a reconocerlo abiertamente, frente a los 6 que llegaron a admitirlo con el anonimato de los test*).

Asimismo, después de la intervención se vio incrementada la conciencia sobre la importancia de tomarse la medicación correctamente.

Igualmente, los participantes también han adquirido una mayor sensibilización sobre los recursos para dejar de consumir, la necesidad de adquirir hábitos de vida saludables, introduciendo cambios en sus vidas, disminuyendo o abandonando el consumo y entendiendo la relación que existe entre el mismo y la salud mental.

En consecuencia, podemos afirmar en términos generales, que en base a los datos obtenidos, se han logrado los objetivos de la intervención terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. AIVL & CAHMA. (2015). *Needle & Syringe Programs in Prisons – An International Review*. Australia: AIVL & CAH
2. Wright, N., Bleakley, A., Butt, C., Chadwick, O., Mahmood, K., Patel, K., & Salhi, A. (2011). Peer health promotion in prisons: a systematic review. *International journal of prisoner health*, 7(4), 37-51.
3. Patología Dual. Protocolos de intervención. Adolescentes. GOTI ELEJALDE, Javier, ROSA DÍAZ HURTADO y Celso ARANGO.-Editorial: EdikaMed, 2013, Barcelona., 2013
4. *Tratado sobre patología dual Gonzalo ...* [et al.] Haro Cortés MRA Ediciones. 2010
5. *El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones* (GSMP). Actividades y funcionamiento
6. *Esquizofrenia y dependencia a tóxicos. Programa de Educación para la Salud dirigido a familiares de enfermos con Patología Dual*. Angulo Atucha, Nerea Universidad de Zaragoza, E. U. de Enfermería de Huesca, 2016
7. *Patología dual y trastornos de la adicción: un reto para el Trabajo Social*, Herrero Matia, Alicia. Universidad de Valladolid, 2020.
8. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babin, F. (2013). *Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente*. *Adicciones*, 25(2), 118-127. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/59/58>
9. Fernández-Miranda, J. J., Fontoba-Díaz, J., Díaz-Fernández, S., & Pascual-Pastor, F. (2021). *Concurrencia de trastorno por consumo de sustancias y de otro trastorno mental en personas en tratamiento por alguno de ellos en España*. *Adicciones*. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1692>
10. Ortega, O.G. *ESTILO DE VIDA SALUDABLE*. www. Cedro.cu/bibli/l/ Pdf
11. *Estilo de vida saludable y su relación con la mente*. Azita Ojani Astaraki. Psicóloga. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Estilo_de_vida_saludable_y_su_relacion_con_la_mente_A._Oja_ni.pdf

ANEXO 1

TEST DE VALORACIÓN INICIAL

1. ¿Cuánto crees conocer tu Enfermedad Mental? *(siendo 1 la puntuación más negativa)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Crees que existe relación entre la Enfermedad Mental y el consumo de drogas? *(siendo 1 la puntuación más negativa)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Cuánto crees conocer el término Patología Dual? *(siendo 1 la puntuación más negativa)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Con respecto al Consumo de Drogas, indica la que más se aproxime a tu consumo actual:

- a) No he consumido desde hace más de 12 meses
- b) He consumido los últimos 6 meses
- c) Consumo puntualmente pero no he logrado dejarlo
- d) El consumo es algo habitual

5. Cómo te posicionas con respecto a tu consumo: *(puedes marcar tantas como necesites)*

- a) Creo que mi consumo afecta a mi enfermedad mental de forma negativa
- b) Creo que me ayuda a controlar mi enfermedad mental
- c) El consumo no me ayuda, pero no puedo dejarlo
- d) Creo que si lo dejara me sentiría mejor

6. Con respecto al tratamiento de Salud Mental: *(puedes marcar tantas como necesites)*

- a) No tengo tratamiento
- b) Creo que es necesario y muestro responsabilidad con él
- c) A veces lo intercambio por otras sustancias
- d) Creo que mi estabilidad no depende de él

7. Indica cómo te sientes respecto a estas afirmaciones:

- Creo que el consumo de drogas afecta a mi estabilidad mental
NADA ALGO BASTANTE MUCHO
- Estoy motivado al cambio
NADA ALGO BASTANTE MUCHO
- Conozco recursos para dejar de consumir
NADA ALGO BASTANTE MUCHO
- Conozco pautas de vida saludables relacionadas con la Salud Mental
NADA ALGO BASTANTE MUCHO
- Necesito un cambio y necesito ayuda
NADA ALGO BASTANTE MUCHO

ANEXO 2

TEST DE VALORACIÓN FINAL

1. ¿Cuánto crees que conoces ahora de tu Enfermedad Mental? *(siendo 1 la puntuación más negativa)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Crees que existe relación entre la Enfermedad Mental y el consumo de drogas? *(siendo 1 la puntuación más negativa)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Conoces que es la Patología Dual? *(siendo 1 la puntuación más negativa)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Con respecto al Consumo de Drogas, indica la que más se aproxime a tu consumo actual:

- a) Tras las sesiones he aprendido a conocer mi consumo y cómo este afecta a la salud
- b) No he conocido nada nuevo
- c) Creo que ha aumentado el algo mis conocimientos, pero no lo suficiente
- d) Ha sido motivador para el cambio.

5. Cómo te posicionas con respecto a tu consumo: *(puedes marcar tantas como necesites)*

- a) Me planteo iniciar un proceso de deshabituación
- b) Creo que es necesario que realice un programa de deshabituación
- c) Continuaré consumiendo
- d) Reduciré mi consumo.

6. Con respecto al tratamiento de Salud Mental: *(puedes marcar tantas como necesites)*

- a) Entiendo su importancia
- b) Me ha aportado información nueva.
- c) No tiene importancia con respecto a mi bienestar
- d) Estoy motivado para darle mayor importancia

7. Indica cómo te sientes respecto a estas afirmaciones:

- Creo que el consumo de drogas afecta a mi estabilidad mental

NADA ALGO BASTANTE MUCHO

- Estoy motivado al cambio

NADA ALGO BASTANTE MUCHO

- Conozco recursos para dejar de consumir

NADA ALGO BASTANTE MUCHO

- Conozco pautas de vida saludables relacionadas con la Salud Mental

NADA ALGO BASTANTE MUCHO

- Necesito un cambio y necesito ayuda

NADA ALGO BASTANTE MUCHO

En general, valora la información/formación recibida.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valórate a ti con respecto a la motivación actual.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

LA CONSTRUCCIÓN DEL ESTIGMA

Almudena Mora. Médica

Centro "Alicante II"

INTRODUCCIÓN

Esta experiencia está basada en la detección del proceso del estigma al que son sometidos los internos del grupo del PAIEM (*Programa de atención integral para enfermos mentales*). Dicho proceso se ve acentuado en un Centro Penitenciario ya que son sometidos a un doble estigma: el de presos y el de enfermos mentales. Intentaré describir cómo viven ellos esta experiencia y como descubrieron la posibilidad de cambiar la vivencia que tienen de ellos el resto de la sociedad.

Desde esta realidad decidimos trabajar el concepto de **estigma** en primer lugar, para ir desarrollando otras dimensiones como sus vivencias y sentimientos, así como el lugar que se les designaba tras la categorización de enfermos mentales.

Hemos podido observar cómo la institución en el momento de la entrada en prisión separa y diferencia a los internos con *enfermedad mental*, adscribiéndoles al grupo del PAIEM. A pesar de la intención de la institución de no subrayar esta delimitación al distribuir a los sujetos en siete módulos diferentes con la finalidad de favorecer su integración y huir de la estigmatización, son las propias interacciones de los actores las que irremediablemente conducen a un proceso de estigmatización.

Para Goffman el estigma es un proceso universal que se produce en cualquier contexto donde existan normas de identidad, sería "una clase especial de relación entre

atributo desacreditador y estereotipo" (Goffman, 1989:14). Según el autor el estigma no es meramente un atributo, sino que representa un lenguaje de relaciones en el contexto de un periodo histórico particular y en un contexto en particular.

Considero que el estigma es una construcción cultural de las sociedades, una elaboración basada en creencias que tratan sobre los grupos que en ésta se desarrollan. Para Carmen Huici (1996) su contenido gira entorno a lo característico o diferencial de un grupo. La idea central para su elaboración está en la diferencia: sólo lo diferente puede ser objeto de una concepción estereotipada y, por lo tanto, no hay estereotipos sin un grupo social de referencia. Los estereotipos según Huici, suponen una forma de economía y una simplificación en la percepción de la realidad, por lo tanto, son construcciones y generalizaciones que conforman tipos de grupos, a los que se les atribuyen una serie de características inherentes a la propia cultura del grupo.

La construcción de un estigma suele realizarse para poner en contraposición la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero, por lo tanto, debe hacer referencia a elementos diferentes, elementos propios de ese grupo objeto de estigma que lo hacen profundamente distinto; es por ello que el estigma es "utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador" (Goffman, 1989:13).

El estigma asociado a los trastornos mentales hace referencia a la atribución de cualidades negativas y despectivas que afectan al colectivo de personas que padecen un trastorno mental y que pasan a ser vistas, pensadas y tratadas a través de un prisma construido sobre prejuicios y la ausencia de una información veraz y objetiva (Corrigan y Watson, 2002).

Los sujetos integrantes del PAIEM observan, cómo se comportan y razonan de forma diferente al resto de internos. De esta manera el estigma aparece como una construcción social significada por los propios individuos.

Las repercusiones subjetivas que la discriminación tiene sobre los sujetos afectados incluyen la interiorización de estereotipos y prejuicios y la afectación de la autoestima e imagen personal y social del sujeto y de su entorno (Patrick Corrigan, 2002). Esta experiencia depende de la internalización de los estereotipos prevalentes y de las reacciones emocionales negativas que produce el proceso, pero también de las estrategias individuales para manejar el problema.

Muchos *enfermos mentales* viven las opiniones y sentimientos del resto de manera contradictoria y habitualmente negativa, lo que les puede conducir a una desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda. En el caso de los sujetos del PAIEM, los grupos de referencia con los que cuenta el interno son prácticamente inexistentes en prisión a excepción de este grupo del PAIEM y el pretendido soporte institucional, no es considerado como un apoyo en numerosas ocasiones.

Existe evidencia de que el estigma y la falta de conocimiento se han asociado con un retraso crónico en la búsqueda de ayuda (Jorm, 2012; Zachrisson et al., 2006). Una revisión sistemática sobre las barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda en jóvenes encontró que una de las barreras clave era el estigma (Gulliver et al., 2010). El estigma tiene un efecto que incapacita al individuo, incluyendo la disminución de la autoestima, la autovaloración y la confianza (Chisholm et al., 2016). Otros estudios han demostrado un vínculo entre el estigma, la renuncia a la búsqueda de ayuda y la falta de adherencia a los tratamientos (Corrigan et al., 2012).

Por otra parte, sabemos que el tema de la violencia, referido a las personas con *trastornos mentales* graves, es un componente básico del conjunto de actitudes sociales negativas que conforman el proceso del estigma. Pero también es importante remarcar que esas actitudes y sus consecuencias, bajo las múltiples formas de discriminación que derivan de ellas, pueden considerarse como formas de violencia hacia dichos sujetos (Marcelino López et al., 2008). El tema de la violencia suele aparecer cuando se estudian contenidos concretos de los estereotipos y en él parece apoyarse la supuesta explicación del rechazo emocional y del distanciamiento social hacia los sujetos. Sin embargo, los datos disponibles de un número creciente de estudios epidemiológicos sobre el tema no confirman ni mucho menos la atribución generalizada de conductas violentas, ni del riesgo de desarrollarlas en la mayoría de las personas con trastornos mentales graves (Matthias Angermeyer, 2000). El fenómeno de la violencia sufre así un enfoque distorsionado para convertirse en el núcleo del estigma hacia los *enfermos mentales*, mucho más allá de lo que permite la información disponible, cuya repetición parece servir de poco frente a las imágenes depositadas en el imaginario social.

Por último, me gustaría destacar la visión de Correa-Urquiza sobre la imagen social de los enfermos mentales que los inhabilita y los transita en el conjunto de todas sus posibilidades e identidades:

“Sin embargo, el estigma surge precisamente de la popularización de la realidad de los afectados en tanto enfermos absolutos; es decir, tanto los saberes expertos como el entorno próximo interpretan al individuo desde una óptica que lo petrifica en la categoría de enfermo total y crónico, inhabilitándolo incluso como sujeto de sus propios intereses y decisiones. Se trata, pues, de una acción que hemos ido denominando sinécdoque organizativa; la parte se interpreta como el todo, la problemática pasa a ser una de realidad absoluta y natural, desarticulada de toda realidad social, cultural o histórica. Este fenómeno colectivo del entorno sustenta entonces la existencia del estigma como un corpus que atraviesa todas las instancias de vida de la persona” (Correa- Urquiza, 2009:185).

OBJETIVOS

El objetivo general planteado es facilitar la toma de conciencia del estigma al que están sometidos los internos pertenecientes al grupo PAIEM así como generar actitudes que favorezcan la no asimilación de dicha categorización.

Los objetivos específicos serían:

- Crear un espacio de debate y reflexión.
- Generar actitudes para el cambio.
- Reconocimiento de su propia identidad lejos de categorizaciones.
- La no asimilación de los estereotipos adscritos.
- Crear la posibilidad de actitudes que generen resistencia franca a los estereotipos.
- Promover la igualdad, el respeto y la integración.

METODOLOGÍA

La actividad se llevó a cabo en el espacio físico donde suelen acudir los integrantes del grupo PAIEM habitualmente, que es la guardería de la prisión que no se utiliza ya que no tenemos menores en este Centro Penitenciario. Es por tanto un espacio que ellos identifican como propio y que genera actitudes de encuentro, debates y reflexiones. El espacio ha sido decorado y limpiado por ellos aumentando así su autoestima y su propia individualidad. Llevamos acudiendo a la guardería desde hace unos 12 años por lo tanto los talleres que tienen lugar en este lugar les da coherencia y facilidad para expresar sus opiniones y sentimientos.

Mi nombre es Almudena Mora Notario y soy el médico integrante del equipo de técnicos del PAIEM. Llevo desarrollando mi actividad en dicho programa desde el 2009 por lo tanto ellos me identifican como una integrante más del grupo desde la horizontalidad y desde la posibilidad de expresar sus más profundos emociones.

El presente taller lo hemos realizado 22 internos dos de ellos mujeres de una edad media de 32 años y la mayoría de ellos con un problema de consumo de drogas enmarcándoles en lo que consideramos Patología Dual. También nos acompañaron 2 internos

ordenanzas del PAIEM que facilitaron la organización.

Se ha realizado 4 sesiones de hora y media de duración donde han tenido lugar conversaciones, diferentes puntos de vista y profundas reflexiones.

En la primera sesión se les pasó un vídeo donde se mostraban diferentes estereotipos a los que son sometidos los enfermos mentales y cómo era posible mirar el proceso desde otro punto de vista fuera del estigma atribuido. En las dos siguientes sesiones se discutió sobre ello y se plantearon diferentes posibilidades y actitudes para el cambio. En la última sesión se dividieron por grupos más pequeños y expusieron sus conclusiones en diferentes carteles. Finalmente expusieron por grupos al resto de los integrantes las impresiones y resoluciones a las que habían llegado.

Los recursos materiales consistieron en un ordenador y retroproyector para la emisión del vídeo y rotuladores y cartulinas para la creación de los carteles.

RESULTADOS

Considero que el objetivo general planteado que era el facilitar la toma de conciencia del estigma ha sido conseguido ya que tuvieron la oportunidad de profundizar en su propia identidad y en cómo les ven los otros. Como puede verse en las conclusiones que ellos mismos sacaron y que plasmaron en los carteles la mayoría de ellos se siente estigmatizados por el resto de internos y personal funcionario de la prisión.

Para mi grata sorpresa en la tercera sesión fui llamada la atención por los internos e incitada a cambiar mi lenguaje y propia percepción fuera del taller. Entrabamos al recinto de la guardería y llamé a Torre para que nos abrieran: “me abres la PA 4 por favor que vengo con el equipo del PAIEM?” dije yo. Me explicaron como al decir esa frase ellos la vivenciaban como: “venimos el grupo de tontitos” sintiéndose minusvalorados y categorizados. Quedamos en que a partir de ese momento nos anunciaríamos como: “el grupo terapéutico” ya que consideramos que la terapia es un elemento para el cambio y muy positivo.

Frases como:

- Los enfermos mentales llevamos una etiqueta algunas se ven más que otras.
- Pienso que con el tiempo puedo ser una persona normal y corriente pero no me ven así.
- No solo soy una etiqueta.
- Siempre piensan que somos tontitos y en el módulo se ríen de nosotros.
- Los funcionarios no nos tratan igual. Se nota. Nos dejan tranquilos porque no nos valoran en lo que somos.

Nos indican el grado de conciencia que poseen del estigma al que son sometidos.

Mucho más enriquecedora fue la construcción de actitudes que tendían a la no asimilación de dicha categorización:

- Que alguien es bipolar pues le quitamos la etiqueta y puede ser arquitecto o artista.
- El tener una enfermedad no te limita en la vida.
- Les demostraremos como cada uno somos como somos y a quien no le guste: puerta.
- Ya se que soy y puedo ser único y exclusivo.
- Que vivan y nos dejen vivir.
- La diferencia que hay es solo la medicación. No por tener una simple etiqueta sino por tener una meta donde demostrar lo que valemos.
- Por tener una esquizofrenia no voy a dejar de tener una vida como los demás con mi deporte y esas cosas.
- Estamos unidos hacia el éxito y tenemos que sentirnos integrados, respetados e iguales a los demás.
- No soy una etiqueta, y a partir de ahora lo demostraré.
- Soy ante todo una persona, no un enfermo mental.
- Yo hasta ahora me he sentido observado y diferente. Ahora solo quiero dejar de mirar a los demás y que me vean como me merezco.

Se sentían con fuerza y motivados para revertir el proceso del estigma al que, como

muchos reconocieron, habían estado sometidos desde su adolescencia.

Considero que tras las sesiones trabajadas en torno al estigma se ha creado un espacio de debate y reflexión donde se ha promovido la igualdad, el respeto y la integración. Así mismo se han generado actitudes para el cambio que despertaban sentimientos de resistencia franca ante el estigma al que son sometidos.

OPINIÓN PERSONAL

La biomedicina se erige cómo constructor de una realidad supuestamente científica que delimita la frontera entre lo normal y lo anormal e interpreta la realidad. Desde los diferentes profesionales se adjudican nosologías que marcan esa frontera. Esto deriva en una escisión categorial, construida socialmente y que queda legitimada mediante el diagnóstico.

Por otra parte, hemos visto cómo la institución diferencia a los internos con enfermedad mental, adscribiéndoles al grupo del PAIEM. A pesar de la intención del sistema de no subrayar esta delimitación al distribuir a los sujetos en diferentes módulos, son las propias interacciones de los actores las que construyen y condicionan el proceso de estigmatización.

La mayoría de los sujetos, cuando ingresan en la institución ya llegan con un pasado excluyente y la categoría de pertenecer al grupo PAIEM no hace sino remarcar ese estigma. Del mismo modo, la experiencia del diagnóstico intensifica este proceso, ya que el nombramiento no explica sus padecimientos si no que señala aún más su sufrimiento.

Los sujetos advierten cómo son aplicados sobre ellos actuaciones y razonamientos diferentes al resto de internos. El “ser del PAIEM” se convierte en una identidad grupal dentro de la institución, que lo diferencia claramente del resto de internos. Las opiniones de los individuos son sistemáticamente desacreditadas por el hecho de partir de un sujeto enajenado y se muestra un rechazo del personal del centro hacia el grupo del PAIEM, dominado por la extrañeza y el temor ante posibles conductas imprevisibles. Esto conlleva el no proporcionarles un puesto de trabajo en muchas ocasiones o no concederles puestos de responsabilidad salvo algunas excepciones.

Hemos vivenciado como nos sentimos frente al estigma adjudicado y hemos propuesto la exposición de los carteles elaborados para poder explicar nuestras vivencias y determinaciones.

Las conclusiones de este taller comprometen a la reflexión y a la creación de nuevos planteamientos desde la acción y la teorización. La capacidad de acción de los internos debe recalar en las estructuras institucionales, con el fin de crear un espacio para la reflexión y la acción.

Se hace necesario, por tanto, proponer cambios en las disposiciones de la institución, con el fin de satisfacer las necesidades reales del colectivo del PAIEM, creando nuevos modelos teóricos y prácticos que permitan construir estrategias de actuación más individualizadas lejos del estigma existente. Escuchar y conocer primero para intervenir más tarde desde las narrativas individuales. Construir modelos alejados de las lógicas del estigma y de la incapacidad. Generar territorios de posibilidades, dónde sea viable la gestación de procesos libres de estigma y de la adjudicación nosológica, con el fin de reconstruir identidades que les permitan no idearse como individuos desprovistos de identidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angermeyer, Matthias. 2000, "Schizophrenia and violence", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.40, pp. 63-67.
2. Correa-Urquiza, M. 2009, *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*, Departament d'antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili.
3. Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". *World Psychiatry*. Italy, Feb1 (1), pp.16-20.
4. Chisholm, K.; Patterson, P.; Torgerson, C.; Turner, E.; Jenkinson, D., y Birchwood M. (2016). "Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial". *BMJ Open*, 6 (2).
5. Goffman, E. 1989, *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
6. Huici, Carmen. 1996, "Estereotipos", *Psicología Social y Trabajo Social*, vol. XI, pp. 175-200.
7. Jorm, A. F. (2012). "Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health". *American Psychologist*, 67(3), pp. 231-43.
8. López, Marcelino; Laviana, Margarita; Fernández, Luís. & López, Andrés. 2008, "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 28, no. 101, pp. 43-83.
9. Zachrisson, H. D.; Rödje, K., y Mykletun, A. (2006). "Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey". *BMC Public Health*, 6, pp. 34.

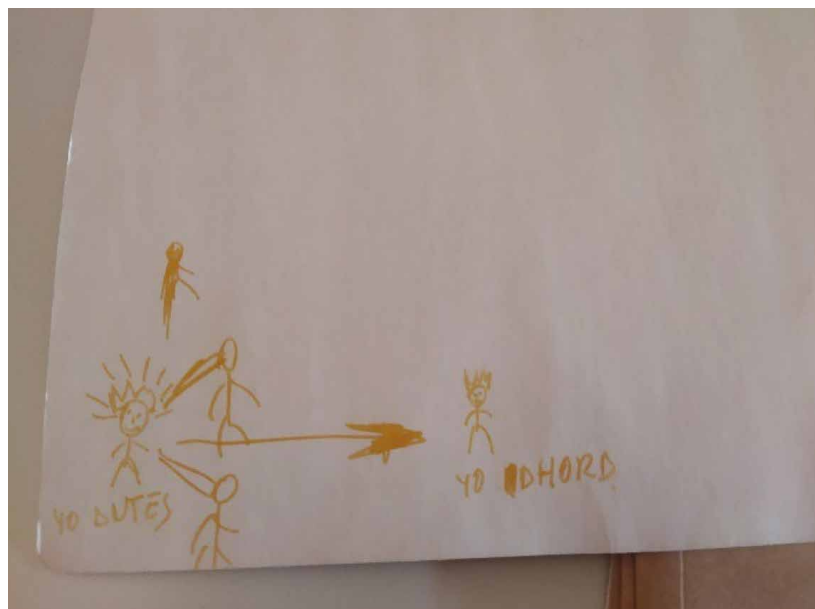
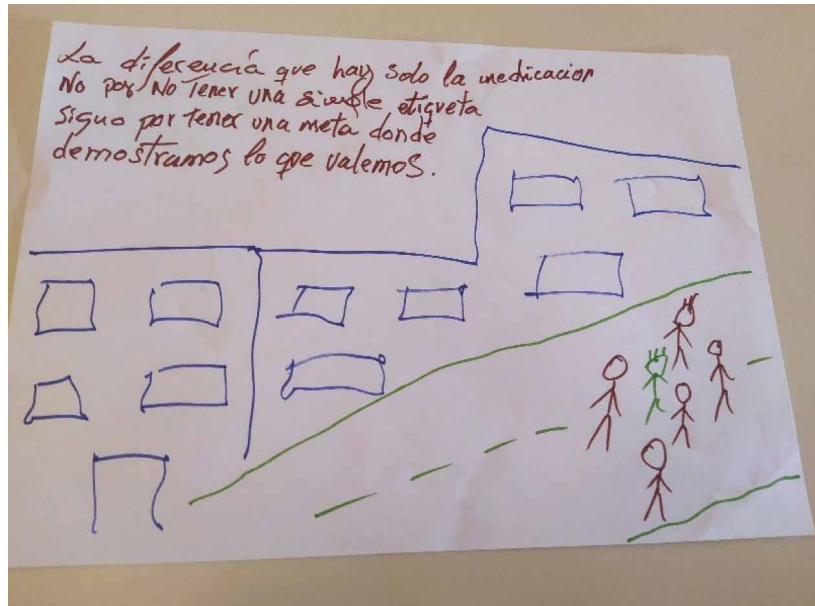
VÍDEO

Video utilizado en los talleres: https://www.youtube.com/watch?v=P_X500I2rhQ

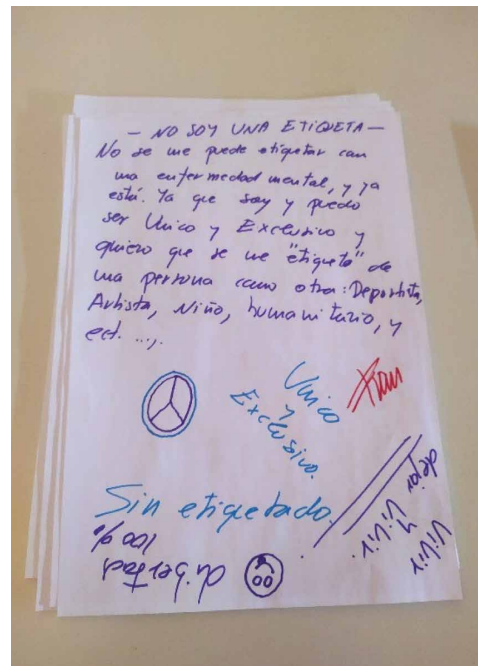
IMÁGENES DEL VÍDEO



FOTOS



FOTOS



Agradecemos, en primer lugar, a todas las personas que participaron del curso, por su motivación y su buen hacer en el desarrollo de las intervenciones, así como a los centros penitenciarios de referencia. En segundo lugar, agradecemos a los internos(as) que participaron de las intervenciones. En tercer lugar, queremos dar las gracias por el apoyo al desarrollo de este programa al Ministerio de Sanidad y a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y destacar la colaboración del Ministerio del Interior y de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.