

Revista de Estudios Penitenciarios

N.º 256 - 2012

**La determinación de la pena en la fase
de ejecución penitenciaria**

ÁNGEL COLMENAR LAUNES

**Visión empírica de la evolución del sistema penitenciario
español en los últimos tiempos. Situación actual**

ANTONIO RODRÍGUEZ ALONSO

**Tratamiento de rehabilitación psicosocial para internos
con trastorno mental en el Centro Penitenciario de Córdoba**

CRUZ MAÑAS PEÑALVER

**Patología dual y agresividad en población
penitenciaria en tratamiento**

**MERCEDES RODRÍGUEZ RUBIO,
JOSÉ LUIS SANCHO ACERO,
CAROLINA MARTA GALLEGU NUEVO**



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO
DEL INTERIOR**

Revista de Estudios Penitenciarios

N.º 256
Año 2012



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

CONSEJO DE REDACCIÓN

Presidenta

D.^a Mercedes Gallizo Llamas

Secretaria General de Instituciones Penitenciarias

Vocales

D. Carlos García Valdés

Catedrático de Derecho Penal

D. Francisco Bueno Arús

Profesor y Doctor en Derecho

D. José Luis de Castro Antonio

**Magistrado del Juzgado Central de Vigilancia Penitenciaria
y de Menores de Madrid**

D. Emilio Tavera Benito

Jurista Criminólogo

D. Abel Téllez Aguilera

Magistrado y Doctor en Derecho

D.^a Carmen Archanco López-Peigrín

Subdirectora General de Coordinación Territorial

D.^a Ángeles Cifuentes Pérez

Subdirectora General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria

D.^a María Luisa Cordovilla Pérez

Subdirectora General de la Inspección Penitenciaria

D. José Manuel Arroyo Cobo

Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria

D.^a María Yela García

Jefa de Servicio de la Subdirección General de Medio Abierto

Secretaria

D.^a Laura Lledot Leira

Jefa del Servicio de Estudios y Documentación

La responsabilidad por las opiniones emitidas en esta publicación
corresponde exclusivamente a los autores de las mismas.



En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Edita: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.

NIPO (ed. en línea): 126-12-043-5

NIPO (ed. papel): 126-12-044-0

ISSN: 0210-6035

Depósito legal: M-2306-1958

Imprime: Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo
Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario de Madrid III (Valdemoro)

SUMARIO

	Págs.
ESTUDIOS E INTERVENCIONES	7
La determinación de la pena en la fase de ejecución penitenciaria. ÁNGEL COLMENAR LAUNES	9
Visión empírica de la evolución del sistema penitenciario español en los últimos tiempos. Situación actual. ANTONIO RODRÍGUEZ ALONSO	67
Tratamiento de rehabilitación psicosocial para internos con tras- torno mental en el Centro Penitenciario de Córdoba (CPC): Diseño y ejecución de un Recurso Asistencial de Apoyo a la Implemen- tación del Programa PAIEM. CRUZ MAÑAS PEÑALVER	81
Patología dual y agresividad en población penitenciaria en trata- miento. Sintomatología psiquiátrica, conducta agresiva y severi- dad en la adicción en pacientes tratados en Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria. MERCEDES RODRÍGUEZ RUBIO, JOSÉ LUIS SANCHO ACERO, CAROLINA MARTA GALLEGO NUEVO	165
NORMATIVA PENITENCIARIA	187

Antonio Rodríguez Alonso

Funcionario del Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias, jurista-criminólogo
Ex Inspector Central y ex Director de Instituciones Penitenciarias
Profesor Asociado de Derecho Penal y Derecho Penitenciario
del Instituto de Criminología Universidad Granada.

Visión empírica de la evolución del
sistema penitenciario español en los últimos tiempos.
Situación actual.

I. AGRADECIMIENTO Y PRESENTACIÓN

En primer lugar quiero hacer patente mi agradecimiento a los Profesores Don Lorenzo Morillas Cueva, catedrático, director del Departamento de Derecho Penal, Doctor Honoris Causa por distintas Universidades, maestro de maestros de reconocido prestigio y eximio doctor de la Ciencia Penal y de la Penología, como al también Profesor-Doctor Don Jesús Martínez Ruiz, coordinador respectivamente del seminario “DERECHO DE EJECUCIÓN PENAL”, al que auguramos una excelente carrera profesional, por haber hecho posible una vez más, después de mi jubilación, mi reencuentro con la Universidad, mi “Universitas Granatensis”, al tiempo que felicitarnos por este evento académico, tan relacionado con la aspiración máxima de un penitenciarista, como yo, que ha visto consolidado, con su humilde aporte experimental docente y científico, el reconocimiento del DERECHO PENITENCIARIO O TAMBIÉN LLAMADO DERECHO DE EJECUCIÓN PENAL en el ámbito universitario, como destaca el Profesor Morillas en el prólogo de mi tratado “LECCIONES DE DERECHO PENITENCIARIO”.

II. INTRODUCCIÓN

Cuando el Profesor Martínez, con la anuencia del Profesor Morillas, me propuso intervenir en este seminario y yo acepté complacido, como lo acredita mi estancia

aquí, nos planteamos el contenido o temática de mi intervención, llegando al entendimiento y conclusión de que más que abordar algún contenido o ámbito de la Ley Penitenciaria en particular o la situación actual por la que atraviesa el sistema penitenciario en la actualidad, sería más ilustrativo para el auditorio, **llevar a cabo desde mi visión experimental y crítica** un análisis del devenir histórico del estado de las prisiones y del sistema penitenciario español en los últimos tiempos coincidiendo con mi etapa como funcionario técnico con altas responsabilidades dentro de la organización de la Administración Penitenciaria y como profesor asociado del Departamento de Derecho Penal de la Facultad de Granada y del Instituto de Criminología.

Abordar en este sentido y compendiar en unos folios un análisis, con un mínimo de rigor, después de 50 años de vida profesional, incluida la docente, científica e investigadora, resulta tarea altamente difícil para el protagonista de este acto académico, por lo que trataré, de ceñirme en mi exposición, dentro del horario permitido, a una síntesis de mi trabajo. Y para ello abordaremos una serie de cuestiones sustanciales, a manera de pilares o paredes maestras de la moderna Ciencia Penitenciaria, íntimamente ligadas entre sí: **marco normativo, establecimientos penitenciarios, funcionarios de instituciones penitenciarias y control jurisdiccional de la función penitenciaria.**

Es por ello por lo que, igualmente entendemos, que el trabajo que se presenta, dentro de las cuestiones sustanciales referidas, debe fragmentarse en etapas bien definidas en el tiempo coincidiendo, como se deja dicho, con mi vida profesional, a partir de mi ingreso en la Administración Penitenciaria, tras acabar mi estudios de Licenciatura en Derecho y superar la oposiciones de acceso a la misma (1958/1959). Así tendremos fundamentalmente dos periodos: el preconstitucional (anterior sistema) y el constitucional (actual sistema), sin olvidarnos de un periodo intermedio, conocido o llamado constituyente, de gran trascendencia en las instituciones penitenciarias como después pondremos de manifiesto, analizando la evolución del sistema penitenciario español con la mayor objetividad, no exenta de crítica, en algunos aspectos, y dejando la puerta abierta a los asistentes para que al término de mi intervención y si fuera de su interés formulen cuantas preguntas deseen.

III. EL SISTEMA PENITENCIARIO PRECONSTITUCIONAL

Siguiendo el propósito de acomodar mi intervención a mi etapa de funcionario en Instituciones Penitenciarias desde mi ingreso en el año 1959 y teniendo en cuenta los pilares o paredes maestras del sistema penitenciario imperante, a los que he hecho referencia anteriormente, tendremos que ocuparnos en primer lugar del **marco jurídico constituido por las normas que lo articulan.**

Así, dentro de una normativa abigarrada y compleja, tendremos que traer a colación, aunque sea como un breve apunte: la Ley de Enjuiciamiento Criminal de 1882, el Código Penal de 1944, posteriormente refundido en un nuevo texto en 1973 y el Reglamento de los Servicios de Prisiones de 2 de febrero de 1956, y ello sin entrar en las innumerables instrucciones, ordenes y circulares de servicio que primaban en la gestión y gobierno de los establecimientos penitenciarios de la época, a veces en abierta contradicción con la normativa legal vigente, lo que creaba una situación de inseguridad jurídica para el personal penitenciario encargado de su cumplimiento, lo

que le ha llevado a algún tratadista como BUENO ARÚS a considerar estas instrucciones, circulares y ordenes de servicio como “ un reglamento de régimen interno”, y por ende, como el último e ignorado peldaño del Derecho penitenciario positivo.¹

De la Ley de Enjuiciamiento Criminal nos tendremos que remitir forzosamente a su Libro Séptimo “ De la ejecución de las sentencias” destacando de su articulado el 990 que viene a disponer entre otras previsiones que “*Las penas se ejecutarán en la forma y tiempo prescritos en el Código penal y en los reglamentos*”. “*La competencia del Juez o Tribunal para hacer cumplir la sentencia excluye la de cualquiera otra Autoridad Gubernativa hasta que el condenado tenga ingreso en el establecimiento penal o se traslade al lugar donde deba cumplir la condena*”. “*Los tribunales ejercerán además las facultades de inspección que las leyes y reglamentos les atribuyan sobre la manera de cumplirse las penas*”.

No obstante estas previsiones la realidad era bien distinta. Ingresado el condenado en un establecimiento penitenciario a efectos de cumplimiento de la pena o penas impuestas (condena), el órgano jurisdiccional sentenciador (Juez o Tribunal) se desentendía totalmente de él, confiándolo plenamente a la Administración penitenciaria encargada de llevar a cabo la ejecución o cumplimiento de la misma e incluso la aplicación de los beneficios penitenciarios de acortamiento de la pena (redención de penas por el trabajo) así como de la libertad condicional; por lo que en definitiva la duración de la condena en ultima instancia correspondía a la Administración penitenciaria. Lo que le llevó a MANZANARES SAMANIEGO a declarar que la ejecución de la pena privativa de libertad suponía de hecho la concesión de **un cheque en blanco a la Administración penitenciaria** toda vez que venía a constituir el ultimo eslabón en la graduación e individualización de la pena impuesta, resultando otra pena de menor duración con la aplicación administrativa de la redención de penas por el trabajo y la libertad condicional.

Del Código Penal vigente en esa etapa histórica del periodo preconstitucional, Código Penal de 1944, posteriormente refundido en 1973, necesariamente tenemos que referirnos y con preferencia a los artículos 80 y 81: “No podrá ejecutarse pena alguna sino en virtud de sentencia firme”. “Tampoco puede ser ejecutada pena alguna en otra forma que la prescrita por la Ley y Reglamentos, ni con otras circunstancias o accidentes que los expresados en su texto”. Así como a los artículos 98 y 99 (libertad condicional) y 100 (redención de penas por el trabajo).

El Reglamento Penitenciario de 2 de febrero de 1956, llamado de los Servicios de Prisiones, y que vino a derogar al de 1948, teniendo vigencia hasta el Reglamento de 1981 en desarrollo de la Ley Orgánica General Penitenciaria, constituye la principal fuente del Derecho Penitenciario positivo. El texto reglamentario en su integridad encuentra el motivo de su redacción y profundo cambio con el anterior fundamentalmente en la necesidad de acomodarlo a las REGLAS MÍNIMAS DE TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS, elaboradas en el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del delincuente celebrado en Ginebra 1955, sirviendo estas posteriormente para articular las Reglas Penitenciarias

¹ BUENO ARÚS, F. “ Los principios informadores del nuevo Reglamento Penitenciario”. Conferencia clausura curso Derecho Penitenciario. Paraninfo de la Facultad de Derecho, Universidad de Granada. 19 de mayo de 1997.

Europeas de febrero de 1987, **de ahí el carácter humanista del nuevo texto reglamentario, pero adaptándolo, en nuestro caso, al concepto moral de la época propio de un Estado confesional.**

Del Reglamento de 1956 hay que resaltar, a mi juicio, a manera de principios informantes, los artículo 1 y 2. Así

En el artículo 1 se establece: *“Las Instituciones Penitenciarias que se regulan en este Reglamento tienen por objeto no sólo la retención y custodia de detenido, presos y penados en orden a la ejecución de las penas y medidas de seguridad, sino también y primordialmente a realizar sobre ellos una labor reformadora, con arreglo a los principios y orientaciones de la ciencia penitenciaria. La misión penitenciaria se ejercerá respetando la personalidad humana de los reclusos, así como los derechos e intereses jurídicos no afectados por la condena”.*

En el artículo 2 *“Los establecimientos Penitenciarios se organizarán sobre la base de un régimen general de disciplina, que será mantenido por un adecuado sistema de recompensas y castigos; de un régimen intenso de instrucción y educación y de asistencia espiritual; de una organización eficaz del trabajo y de una cuidadosa, higiene física y moral.*

A la vista de los preceptos citados cabe preguntarse ¿se daban en los establecimientos penitenciarios de la época las condiciones objetivas para el logro de los fines de las Instituciones Penitenciarias?. La respuesta a mi entender, en cualquier sentido, es cuanto menos cuestionable.

El régimen penitenciario imperante se caracterizaba en la práctica, en contra de la previsión contenida en el artículo 1º del Reglamento Penitenciario citado, **por una sola preocupación, el mantenimiento del orden y la seguridad propio de un régimen político autoritario (manu militaris).** Las formaciones y toques de corneta (sobre todo en las prisiones centrales o penales) para cualquier acto regimental eran continuas; las relaciones entre funcionarios y reclusos, con algunas excepciones, eran frías y distantes; la preocupación por los problemas personales de la población reclusa inexistentes; la asistencia a misa obligatoria y el clima que se respiraba en general era de una tensión encubierta y temerosa consecuencia del principio de mantenimiento de una disciplina inquebrantable e impuesta a toda costa.

El Reglamento Penitenciario de 1956 sufre dos profundas reformas, una por Decreto de 25 de enero de 1968 y otra por el Real Decreto 2273/1977 de 29 de julio, para la que se tuvo en cuenta, en esta última modificación, además de la Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, ya mencionadas, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 19 de diciembre de 1966 y los trabajos de expertos incardinados en Comisiones que se constituyeron al efecto en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Justicia.

El Decreto de 25 de enero de 1968 supuso, con la creación de los Equipos Técnicos de Observación y Tratamiento, un primer paso de notoria importancia en el estudio y tratamiento de los internos penados con la aceptación de las orientaciones de la Criminología y la de las Ciencias de la conducta, completándose estas tareas y dotándolas de un contenido científico con la creación del Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias por Ley 30/70 de 22 de diciembre, de Reestructuración

de los Cuerpos Penitenciarios. El Cuerpo Técnico, de naturaleza multidisciplinar, en su creación lo integran juristas-criminólogos, psicólogos, sociólogos, pedagogos, psiquiatras y moralistas.

El Real Decreto de 29 de julio de 1977, previo a la gran reforma que se avecinaba con la LOGP, supuso un avance importante del Reglamento Penitenciario de 1956. **Entre las novedades que introduce la nueva disposición administrativa está la de atribuir una mayor intervención y protagonismo a las Autoridades judiciales en la ejecución de las penas privativas de libertad, lo que supone un paso importante en orden a garantizar los derechos de los internos.**

Pero pese a las innovaciones aportadas por el Real Decreto de 1977 junto a otras referentes a permisos de salida, posibilidad de relaciones sexuales, aumento de las garantías jurídicas y algunas más, lo cierto es que no dejó satisfecho a casi nadie. La doctrina consideró poco menos que irrelevante los cambios introducidos en el Reglamento Penitenciario demandando, lo mismo que los reclusos y las organizaciones que por aquellos entonces los apoyaban, una reforma más profunda con rango de Ley.

IV. LA TRANSICIÓN ESPAÑOLA Y SU INFLUENCIA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO.

La decepción que supuso para la población reclusa común, tras la muerte de Franco, el rechazo por los órganos legislativos de una proposición de ley sobre un indulto general, presentada por un grupo de senadores a la Mesa del Senado y que había sido difundida ampliamente en los Establecimientos Penitenciarios por los representantes de las distintas organizaciones reivindicativas especialmente por la Coordinadora de Presos en Lucha (COPEL), fue el desencadenante de una serie de motines (asonadas) en la mayoría de los Centros Penitenciarios, no librándose de ello ni el mismo Hospital Penitenciario ubicado en el complejo penitenciario de Carabanchel, con incendios y destrucciones masivas provocadas y múltiples autolesiones de los internos, atemorizados, en gran medida, por reducidos grupos de ellos considerados violentos y alentados por grupúsculos anarquistas, hoy llamados anti-sistema.

Ante esta situación que se agravaba y extendía por momentos en la mayoría de los centros penitenciarios del país, y todo ello aumentado por la inquietante preocupación de la clase política y el alarmismo social producido e incrementado por determinados medios de comunicación con noticias que no venían a contribuir precisamente a remediar o paliar la situación de desesperanza e impotencia que se vivía en los Centros Penitenciarios, es por lo que se hizo necesario identificar a los internos cabecillas de tantos desmanes y destrozos que se estaban produciendo para acabar con la situación turbulenta que se estaba viviendo.

Así tras sucesivas consultas con los Directores de los distintos establecimientos donde se habían producido o se estaban produciendo disturbios graves se llegó a conocer la identidad de los internos peligrosos considerados instigadores de los desmanes y destrozos ocasionados en las distintas revueltas, procediéndose por **estrictas medidas de seguridad**, nunca con carácter sancionador, su traslado provisional al Penal de El Dueso en Santoña (Santander) y bajo la constante vigilancia de una Unidad de Policía Nacional (antidisturbios).

Pero la medida de mayor calado que se adoptó en ese tiempo fue de naturaleza política por parte del Gobierno de la UCD, a instancias del Ministerio de Justicia de cual dependía la Dirección General de Instituciones Penitenciarias el 7 de febrero de 1978, siendo a la sazón titular del Ministerio un prestigioso jurista LANDELINO LAVILLA ALSINA, y en donde se pone en marcha un proceso de elaboración de anteproyecto del que resultaría tras sucesivos tramites parlamentarios la Ley Orgánica General Penitenciaria .

Para ello se crean unas comisiones de trabajo, concretamente cinco, compuestas por Jueces, Fiscales, Letrados del Ministerio de Justicia, Abogados, Profesores de Universidad, Funcionarios expertos de Instituciones Penitenciarias (teniendo el honor y la oportunidad de encontrarme como ponente en la redacción del texto adoptado por la primera Comisión y que después resultó definitivo en la Ley), miembros de asociaciones de expresos y otras personas de asociaciones interesadas e inquietas por los temas penitenciarios

V. EL SISTEMA PENITENCIARIO POSTCONSTITUCIONAL

Los trabajos llevados a cabo por las distintas comisiones encargadas de articular el anteproyecto de Ley Penitenciaria en el periodo de la transición tuvo su fruto posterior, tras sucesivos y ulteriores trámites, con la aprobación por parte del Gobierno de la UCD y su remisión a las Cortes Generales.

El Proyecto de Ley Penitenciaria fue defendido en el Parlamento por un joven penalista y penitenciarista, miembro integrante de las comisiones de trabajo como representante de la universidad y comprometido con la situación de las prisiones y de los reclusos, hoy catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Alcalá de Henares, CARLOS GARCÍA VALDÉS, sucesor en el cargo de Director General de Instituciones Penitenciarias tras el asesinato de su antecesor Jesús Hadad, a quien le cupo el honor histórico, por tratarse de la primera Ley Orgánica que aprobaba un Parlamento democrático, de defender el proyecto de Ley Penitenciaria, la que fue aprobada por aclamación como Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

La aprobación de la Ley Penitenciaria marca en el tiempo un antes y un después en la situación del recluso dentro del sistema penitenciario español. De considerarlo, en gran medida, objeto o cosa exclusiva de la Administración Penitenciaria, pasa a ser sujeto activo de pleno derecho de la sociedad que lo sanciona por su comportamiento antisocial, confiándolo a la Administración Penitenciaria mediante una relación jurídica de especial sujeción. Es decir, se establece una relación de derechos y deberes recíprocos que deben de ser observados y cumplidos y ello bajo el control y la garantía de un órgano jurisdiccional creado al efecto e incardinado en el orden penal.

En la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley General Penitenciaria (Boletín Oficial de las Cortes núm. 148 , de 15 de septiembre de 1978), **se expresa que la necesidad de una Ley General Penitenciaria en nuestro ordenamiento había sido puesta de relieve desde hace largo tiempo por la doctrina, al no constituir el Código Penal ni la Ley de Enjuiciamiento Criminal lugares adecuados para una**

regulación de la ejecución de las penas y medidas privativas de libertad, al no revestir las normas reglamentarias la fijeza que demanda la consagración positiva de los derechos y deberes fundamentales de los internos.

La finalidad fundamental que doctrina y legislación atribuyen en la actualidad a las penas y medidas de privación de libertades es la prevención especial, entendida como reeducación y reinserción social de los condenados sin perjuicio de prestar atención debida a las finalidades de advertencia e intimidación que la prevención general demanda y a la proporcionalidad de las penas con la gravedad de los delitos cometidos que el sentido más elemental de justicia requiere.

Al defender en primer término la finalidad resocializadora de la pena, la Ley pretende significar que el penado no es un ser eliminado de la sociedad, sino una persona que continúa formado parte de la misma, incluso como miembro activo, si bien sometido a un particular régimen jurídico de vida, motivado por el comportamiento antisocial, encaminado a preparar su vuelta a la vida libre en la mejores condiciones para ejercitar socialmente su libertad.

De aquí se desprende una doble consecuencia: *la necesidad de que el Derecho, como elemento garantizador, discipline minuciosamente la situación del interno en relación con la sociedad que le sanciona y desea su plena reintegración a la misma, y la necesidad asimismo de contar con la cooperación de las ciencias de la conducta para establecer el tratamiento reformador más apto para la personalidad de cada penado.*

A manera de síntesis de la Ley Orgánica General Penitenciaria merecen ser destacados, a mi juicio, tres aspectos fundamentales:

- a) El contenido del Título Preliminar, donde con carácter general se sientan los principios que deben informar y orientar el sistema penitenciario español: reeducación y reinserción social (artº 1), legalidad (artº 2), de no discriminación (artº 3), presunción de inocencia en el régimen de los preventivos (artº 5) y el de prohibición de malos tratos de palabra u obra a los internos (artº 6), así como el reconocimiento expreso de los derechos de los reclusos siempre que no se vean afectados o limitados por el fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley Penitenciaria, constituyendo todo ello, conjuntamente con los deberes, un auténtico “*status jurídico*” del interno.
- b) La implantación del sistema de individualización científica, con abandono del tradicional sistema progresivo y la consideración del tratamiento penitenciario como instrumento capaz de lograr el fin último de las penas y medidas de privación de libertad (reeducación y reinserción social) sobre la base del conocimiento de la personalidad del penado y de la libertad que se le otorga para aceptar o rechazar su propio tratamiento.
- c) La aparición, por primera vez, en nuestro ordenamiento jurídico, del Juez de Vigilancia Penitenciaria, como órgano institucional incardinado en la jurisdicción penal, garante de la ejecución penal y de los derechos y beneficios de reclusos, controlando la actividad penitenciaria en el cumplimiento de estos fines.²

² Vid. RODRÍGUEZ ALONSO.A. “Lecciones de Derecho Penitenciario”. Distintas ediciones, cuarta y última julio 2011. Págs 54/65. Editorial Comares. Biblioteca de Ciencia Jurídica.

La Ley penitenciaria de 1979 que tanto interés despertó en su momento, por su orientación moderna y progresista, no puede quedar por el transcurso de los años y pese a las reformas puntuales operadas en algunos de sus artículos 38.2., 56 y 72, en una norma devaluada, anacrónica u obsoleta en algunos de sus contenidos, sino que como toda norma jurídica debe de ir cambiando en la medida que cambia la sociedad misma para la que se articula y regula, haciendo, en consecuencia, que el texto de los mismos, vg. establecimientos penitenciarios (clases y tipos), tratamiento (alcance y ejercicio), régimen disciplinario (faltas y sanciones) y algún otro tengan que ser revisados y puestos al día conforme demanda la copiosa doctrina jurisprudencial y científica. No es de recibo que se sustraiga al legislativo, arrojándose al ejecutivo, materias que por su naturaleza deben encontrar constitucionalmente su marco en el texto legal, sin perjuicio de su posterior desarrollo en el Reglamento Penitenciario, versus las infracciones o ilícitos disciplinarios, ejemplo palmario de una manifiesta quiebra del artículo 25.1 de la CE. Otra cosa sería volver a un pasado, no deseable, donde la Administración ostentaba amplios poderes o facultades para articular la normativa penitenciaria.

La Ley Penitenciaria encuentra su desarrollo por primera vez en el Reglamento Penitenciario aprobado por Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, siendo parcialmente reformado por el Real Decreto 787/1984, de 8 de mayo, manteniéndose vigente hasta el actual aprobado por Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. No obstante reconocerse que en algunos aspectos puntuales ha mejorado considerablemente, no puede afirmarse que su texto en general, como tan enfáticamente se proclama en su Preámbulo, más propio de una Exposición de Motivos de una norma de superior rango legal, sea modelo de desarrollo de la Ley Penitenciaria que le da cuerpo y razón de ser, sino todo lo contrario, de ahí la crítica, parece haberse articulado a espaldas del texto legal por las graves deficiencias de rigor y sistemática que contiene en relación con aquél y por las materias que *ex novo* regula. Es por ello que hubiese sido más acertado y riguroso, como de *lege ferenda* se viene postulando, acometer una revisión y reforma de la Ley Penitenciaria en orden a adecuarla, no sólo a la importantísima transformación de la sociedad española en los treinta años de vigencia que lleva, sino también a la realidad de nuestros centros penitenciarios y a los avances de la Política Criminal y, a partir de ahí, haber elaborado un nuevo Reglamento Penitenciario de desarrollo y ejecución del texto que resulte, obedeciendo a criterios de sistematización legal tan precisos, como necesarios, en la articulación de toda norma jurídica y no, con ser legítima, a razones de urgencia por oportunidad política. Por lo que parafraseando al profesor Enrique Gimbernat Ordeig y salvando la lógica y naturales distancias, tendremos que decir: “Teníamos un buen Reglamento; ahora es cuando lo sabemos”.

La remisión que la Ley Penitenciaria hace al Reglamento en lo referente a la determinación de los supuestos de infracciones disciplinarias (faltas), ha suscitado vivas críticas doctrinales al entenderse que a la luz del artículo 25.1 de la Constitución Española, no es posible, por constituir reserva de Ley, que el Reglamento Penitenciario constituya el marco legal normativo en orden a determinar los distintos ilícitos (tipicidad) constitutivos de faltas disciplinarias y a mayor abundamiento, cuando un amplio abanico de ellos son igualmente constitutivos de ilícitos penales.

La legalidad del artículo 42.1 de la LOGP, declarada por el Tribunal Constitucional en varios pronunciamientos, entre ellos la STC 2/1987, de 21 de enero,

no obsta para que de lege ferenda sea la Ley Penitenciaria al dictado del artículo 25.1 del texto constitucional, la que determine los distintos ilícitos constitutivos de faltas disciplinarias.

En el ámbito procesal disciplinario el Reglamento Penitenciario de 1996, lejos del procedimiento sancionador del Reglamento Penitenciario de 1981, en un afán, a mi juicio, desmesurado de querer seguir las prescripciones de la Ley 30/1992, de 28 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, articula para el enjuiciamiento de las faltas muy graves y graves un procedimiento disciplinario excesivamente formalista, complejo para la capacidad de entendimiento de nuestros internos y poco operativo en las instituciones penitenciarias por su tardanza en la ejecución del fallo sancionador.

Hubiera bastado, la experiencia profesional de tantos años así lo aconseja, con un procedimiento simple y ágil, tal y como se articula en el texto reglamentario derogado, donde garantizándose los principios de escritura, acusación, defensa (audiencia), práctica probatoria (inmediación) e impugnación, hiciera posible que la sanción, en su caso, y en términos razonables, se hiciera efectiva, no mediando recurso, lo antes posible, no más de diez días a partir de su iniciación. No resulta aconsejable ni operativo, por razones obvias, que un procedimiento disciplinario en un medio tal especial como el penitenciario pueda llegar a durar desde su iniciación hasta tres meses.

VI. EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL EN LA ACTUALIDAD

Como colofón a nuestro trabajo, y a manera de reflexión, habrá que preguntarse cómo se encuentra nuestro sistema penitenciario en la actualidad.

Abordar tan interesante materia nos lleva de inmediato a dos situaciones bien distintas pero entrelazadas, de alguna manera, entre sí. Nos referimos al endurecimiento en la ejecución de las penas privativas de libertad a raíz de la Ley 7/2003, de 30 de junio,³ y a la saturación de los nuevos macro establecimientos penitenciarios llamados en el Reglamento Penitenciario “polivalentes” y en la actual terminología “modelo tipo”.

La Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas, de naturaleza multidisciplinaria por afectar a diversos textos legales: Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley Orgánica del Poder Judicial y Ley Orgánica General Penitenciaria, ha debido de ser más explícita en el título o rúbrica que la ampara, singularizándola a la pena de privación de libertad (prisión) por estar su contenido referido exclusivamente a ella.

En el ordenamiento jurídico penitenciario, la reforma legal ha tenido por su gravedad y alcance una honda repercusión y significado en el sistema de ejecución penal, afectando fundamentalmente a la clasificación inicial y progresión al tercer grado de tratamiento, a la libertad condicional y a los beneficios penitenciarios.

³ Op.cit. RODRÍGUEZ ALONSO, A. “Lecciones de Derecho Penitenciario”. Comentario III. Edición 3ª Octubre de 2003. Editorial Comares, Biblioteca de Ciencia Jurídica.

La libertad condicional y los beneficios penitenciarios, tan íntimamente ligados, no deben seguir, a nuestro juicio, y pese a las reticencias de algunos penalistas, reubicados en el Código Penal, sino que, por razones de sistemática jurídica, deben encontrar su marco y regulación legal en la Ley Orgánica General Penitenciaria, suprimiendo su referencia del artículo 72.1. El encaje de la libertad condicional en el Código Penal, y a mayor abundamiento, dentro del Capítulo III, Título III, Libro I “De las formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad” constituye un despropósito legal. La libertad condicional, como último grado del sistema de ejecución de la pena privativa de libertad (prisión), tiene su propio “*nome iuris*”, no suponiendo, en ningún caso, como tan reiteradamente se tiene postulado, un beneficio penitenciario y menos una forma sustitutiva de la ejecución de la pena privativa de libertad de la que sigue formando parte. Lo que realmente se sustituye durante el período de libertad condicional no es la pena de privación de libertad, que sigue subsistiendo en toda su extensión, sino el régimen o condiciones de vida del penado como prueba y resultado de su integración social, y ello bajo la observación de unas medidas o reglas de conducta, pudiendo ser reingresado en el centro penitenciario en caso de quebrantamiento de las mismas.

La reforma operada por la Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas, que si bien contiene aspectos jurídicamente razonables, no lo es, como se tiene postulado, el de la prescripción retroactiva contenida en su Disposición Transitoria única, por constituir, con independencia de una discutible quiebra en su interpretación y aplicación del principio de la “ley penal más favorable”, un atentado al principio constitucional de “seguridad jurídica” (artº 9.3 CE), agravando el régimen de ejecución y cumplimiento de una pena de prisión impuesta bajo unas concretas expectativas de cumplimiento. Como tampoco lo es que el nuevo beneficio penitenciario previsto en el artículo 91.2 CP, no se haga extensivo a los penados clasificados en segundo grado de tratamiento siempre que se den las circunstancias expresadas en el último inciso del precepto citado “*que el penado haya desarrollado continuamente actividades laborales, culturales u ocupacionales y que acredite, además, la participación efectiva y favorable en programas de reparación a la víctima o programas de tratamiento o desintoxicación en, su caso*”, por suponer una quiebra a los principios de equidad, flexibilidad, no discriminación e individualización que deben completar al principio de resocialización, retrasando en sus justas y legítimas aspiraciones a estos penados para alcanzar antes el tercer grado y, en su caso, la libertad condicional.

Siendo deseable al mismo tiempo, como regla general, y por razones de reinserción social, que el **periodo de seguridad** previsto en el artículo 36.2 CP, para acceder al tercer grado penitenciario, alcance, con las excepciones que el mismo precepto contempla –terrorismo y delitos cometidos en el seno de organizaciones criminales– a los restantes penados en segundo grado de tratamiento siempre que tengan cumplida la cuarta parte de la condena– periodo que se entiende razonable para salvaguardar los fines de prevención general y que ya lo tuvo en cuenta el legislador como exigencia o presupuesto para la concesión de permisos ordinarios de salida–, medie propuesta de la Junta de Tratamiento donde conste con rigor y fundamentamente, entre otras variables positivas, un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social, sea corroborado por los servicios centrales de la Administración Penitenciaria y aprobada, en su caso, por el Juez de Vigilancia Penitenciaria.

La situación creada en los establecimientos penitenciarios por la Ley 7/2003, de 30 de junio, ha venido, en gran medida, a acrecentar la situación de desasosiego y desesperanza propia de las personas privadas de libertad, generando un clima no favorable para mantener el orden y la seguridad en los establecimientos penitenciarios y oscureciendo las legítimas expectativas de libertad de los penados, no contribuyendo a su resocialización. Por todo ello sería deseable, de lege ferenda, y por razones de política criminal, e incluso social, que los Poderes públicos no dejaran caer en el vacío o en el transcurso del tiempo las reformas legales pertinentes sobre tan trascendental materia.

El buen estado y salud, permítaseme la expresión, de las Instituciones Penitenciarias que la sociedad demanda en un Estado social y democrático de derecho, no se logra endureciendo el régimen de ejecución penal con prescripciones legales inaceptables por desproporcionadas y presuntamente contradictorias con principios fundamentales de nuestro ordenamiento jurídico, ni construyendo masivamente grandes establecimientos penitenciarios, con lo que se está perpetuando un modelo de establecimiento penitenciario como mero lugar de retención y custodia de las personas privadas de libertad, sino que, por el contrario, deben de constituir una institución social de reforma donde se le posibilite al penado unos medios y una expectativas de vida en libertad dentro de unos límites razonables, cumplidos los fines de prevención general y que deben de ser proporcionales siempre conjugando la gravedad del delito y la peligrosidad del autor –desde una dimensión clínico criminológica no siempre la gravedad del delito lleva implícita la peligrosidad social del autor–. Sólo así podrá ser entendido el problema en toda su extensión.

La situación actual por la que siguen atravesando algunos, pocos, de nuestros centros penitenciarios, vetustos y anacrónicos, con claras reminiscencias de un pasado que se creía olvidado y, por ende, superado, próximo a los treinta años de vigencia de la Ley General Penitenciaria, resulta que todavía se encuentran maltrechamente habilitados como los de antaño. Con lo que se está, no solamente imposibilitando el mandato del artículo 25.2 CE, sino lo que es más grave, atentando a la condición humana de las personas reclusas sometiéndolas a unas condiciones y régimen de vida de por sí injustificadas e intolerables.

Pero nuestra reflexión no puede quedar referida únicamente al estado penoso en que aún se encuentran determinados establecimientos penitenciarios tenidos por obsoletos, sino que tenemos que hacerla extensiva, obviamente desde otro plano o dimensión, a los macro establecimientos que se vienen construyendo, y que si bien han contribuido a mejorar más que notablemente las condiciones de seguridad, salubridad y calidad de vida de sus residentes, haciéndolos más humanos y habitables, no responden por las dificultades que entrañan a la resocialización de los internos, como demanda nuestro texto constitucional y nuestra ley penitenciaria, así como las modernas corrientes político-criminales.

El empeño emprendido hace años de construir masivamente grandes centros o establecimientos penitenciarios supone, a mi juicio, la adopción de una política equivocada, aunque pueda considerarse bien intencionada. La realidad viene evidenciando que semejante iniciativa constituye un manifiesto despropósito y atentado a la función resocializadora de la pena privativa de libertad (prisión). Con ello lo que se ha conseguido es crear, multiplicando, unos establecimientos penitenciarios que vienen

a constituir verdaderos “núcleos urbanos” de concentración de población reclusa de todo tipo, donde por discurrir su desenvolvimiento o funcionamiento dentro de unos límites marcados por un perímetro o recinto cerrado (sofisticado) de seguridad, conlleva, junto a su elevadísimo coste tanto de construcción como de mantenimiento, serias dificultades para su recta gestión y gobierno, y reinserción social de los internos. Y con lo que se ha descuidado, hasta límites impensables, la rehabilitación y acondicionamiento, conforme a las orientaciones de la Ley Penitenciaria, de centros penitenciarios que podrían seguir siendo válidos para el sistema, bien como establecimientos de cumplimiento de régimen ordinario o de preventivos –estos últimos más próximos a las sedes judiciales–, al tiempo que se ha seccionado verticalmente la creación de auténticos establecimientos de régimen abierto y la potenciación de los centros de inserción social (CIS) y que en su mayoría, por no decir todos, han venido siendo utilizados, con una pluralidad de fines antagónicos –servir de centros de régimen abierto para penados en tercer grado de tratamiento y conjuntamente para cumplimiento de la desaparecida, por desacreditada, pena de arresto de fin de semana en régimen de aislamiento–, y en unas pésimas condiciones en las viejas y abandonadas prisiones provinciales de antaño.

La política penitenciaria, con la experiencia acumulada después de algo más de cuarenta años de vida profesional en tiempos difíciles y complejos, e incomprensibles en algunos casos para la formación humanista y académica de un jurista, pero en todo caso enriquecedora, desempeñando puestos de trabajo de responsabilidad en el ámbito penitenciario, como he dicho en alguna ocasión, y compatibilizándola en los últimos casi veinte años de docencia, estudios e investigación en la Universidad, y que aún prosiguen de alguna forma, nos legitima, supongo, para afirmar que la Administración Penitenciaria, y de cara a un futuro no muy lejano, debería dar un giro valiente y considerable en el planteamiento y desarrollo de la misma.

Hay que abandonar la idea de seguir construyendo grandes núcleos de población reclusa y por el contrario, fomentar, potenciar y cuidar al máximo, dentro del régimen abierto, los centros de inserción social conocidos como CIS y hasta ahora infravalorados y abandonados a su suerte en viejos “caserones penitenciarios”, así como crear establecimientos abiertos –al aire libre– menos costosos y de más rápida ejecución y puesta en funcionamiento, donde se impartan, con seriedad y rigor, cursos de formación profesional que tengan demanda en el mercado de trabajo, tales como ganadería, técnicas de cultivo y aprovechamiento de los recursos naturales, construcción y otras actividades afines, armonizándolos con explotaciones productivas donde los penados encuentren un trabajo digno, proporcionalmente retribuido y protegido socialmente.

No tiene sentido mantener, y menos perpetuar, una situación de masificación en los centros penitenciarios que se viene construyendo, tenidos más que nada por centros de retención y custodia- finalidad secundaria de las instituciones penitenciarias- cuando se puede y se debe remediar en un considerable porcentaje **procurando no mantener entre sus muros o recinto de seguridad a personas aptas para vivir en un régimen de semilibertad** y, a mayor abundamiento, habiéndose cumplido los fines de prevención general de la pena por medio de un procedimiento penal, median-do sentencia firme y con la ejecución de ésta, sobre todo tratándose de internos primarios no desocializados con arraigo familiar, laboral y social; penados con conde-

nas inferiores a cinco años o que le resten menos de cinco años para su total cumplimiento y que se le detecten signos inequívocos de adaptación social; jóvenes no violentos; toxicómanos en fase de deshabitación; penados que se ven abocados a tener que cumplir la condena después de un relativo espacio de tiempo y se encuentran rehabilitados y penados por delitos imprudentes. El régimen de vida intramuros solamente debe quedar **–logro a conseguir y hacia donde habrá que orientar la política penal y penitenciaria–** para los condenados a largas penas por delitos graves y a los considerados, incluidos los presos preventivos, nocivos y violentos y por ende, peligrosos, y todo ello precedido de un adecuado y riguroso estudio y observación directa para una posterior separación y clasificación.

Cruz Mañas Peñalver

Tratamiento de Rehabilitación psicosocial
para internos con trastorno mental
en el Centro Penitenciario de Córdoba (CPC):
Diseño y ejecución de un Recurso Asistencial de Apoyo
a la implementación del Programa PAIEM

A Manuel Ruíz Maya*, Director General de Prisiones

(* Nombrado por Manuel Azaña en 1933. En 1934 el nuevo gobierno entrante le encargó la redacción del Reglamento Orgánico de los Servicios de Prisiones, junto a Victoria Kent y a Luis Jiménez de Asúa en 1934. A este excepcional cordobés y familiar, dedico este trabajo)

PARTE I: INTRODUCCIÓN A LA INTERVENCIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO PENITENCIARIO OBJETO DE LA INTERVENCIÓN TRATAMENTAL: EL CENTRO PENITENCIARIO DE CÓRDOBA (CPC)
 - 1.1. Ubicación y espacio físico
 - 1.2. Organigrama
2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA ESPAÑOLA
 - 2.1. Población reclusa
 - 2.2. Distribución de la población reclusa por sexo
 - 2.3. Población reclusa según situación procesal-penal, por sexo
 - 2.4. Población reclusa penada según grado de tratamiento
 - 2.5. Distribución por comunidades autónomas
 - 2.6. Población reclusa penada por grupos de edad, según sexo
 - 2.7. Población reclusa preventiva por grupos de edad, según sexo

- 2.8. Tipología delictiva de la población reclusa penada
- 2.9. Distribución de la población reclusa extranjera, por sexo
- 3. TRATAMIENTOS IMPLANTADOS EN EL C.P.C
 - 3.1. Programa de violencia de género
 - 3.2. Programa de agresores sexuales
 - 3.3. Programa de drogodependencias
 - 3.4. Programa para discapacitados intelectuales
 - 3.5. Programa Mujer
 - 3.6. Módulos de respeto
 - 3.7. Programa de jóvenes
 - 3.8. Programa de régimen cerrado
 - 3.9. Programa de prevención del suicidio
- 4. LA SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES
 - 4.1. Algunos datos sobre la población diana a intervenir
- 5. EL PAIEM: LA INTERVENCIÓN PENITENCIARIA EN SALUD MENTAL EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE CÓRDOBA
 - 5.1. Objetivos de la intervención
 - 5.2. Recursos del PAIEM
 - 5.2.1. La Comisión PAIEM
 - 5.2.2. Módulo 16 y Módulo 11
 - 5.3. Necesidad y relevancia de un recurso asistencial de apoyo a la implementación del PAIEM en el Módulo 11
 - 5.3.1. Marco teórico de la intervención: El paradigma biopsicosocial de la salud
 - 5.3.2. Objetivos de la intervención tratamental en el M11: Rol y funciones del Psicólogo de la Salud en los Centros Penitenciarios
- 6. TEMPORIZACIÓN
 - 6.1. Implementación del dispositivo asistencial: Etapas
 - 6.2. Cuadrante

PARTE II: DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- 1. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO
- 2. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO
- 3. TIPO DE SESIONES

- 3.1. Introducción a las sesiones
- 3.2. Cuadrante del programa: Formato de sesiones y actividades
4. DESGLOSE DE LAS ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y CARACTERÍSTICAS
 - 4.1. Ficha técnica de las actividades
 - 4.2. Contenido de las actividades de tratamiento
5. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y LA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL
 - 5.1. La evaluación clínica
 - 5.1.1. La entrevista clínica: Ejemplo
 - 5.2. El diagnóstico psicosocial
 - 5.2.1. Pruebas para el diagnóstico psicosocial: El cuestionario PAIEM
 - 5.2.2. Ejemplo de valoración psicosocial con el cuestionario PAIEM

PARTE III: DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD

1. DERIVACIONES DEL DISPOSITIVO DE SALUD: LA COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR
2. LA ACTIVIDAD TERAPÉUTICA: EJEMPLO DE TALLER DE RELAJACIÓN Y DE MEDITACIÓN
 - 2.1. El águila y la gallina
 - 2.2. Técnicas de respiración
 - 2.3. Meditación guiada
3. CONCLUSIONES

PARTE IV: EL SISTEMA DE EVALUACIÓN

1. INTRODUCCIÓN
2. SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN
 - 2.1. Al término de las sesiones grupales
 - 2.2. En las sesiones de terapia individual de apoyo
3. SEGUIMIENTO SEMANAL: LA RECOGIDA CUALITATIVA POR LOS INTERNOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ASIGNADOS AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO
4. LA EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR MENSUAL: EL CUESTIONARIO DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRATAMIENTO DEL CPC
5. LA EVALUACIÓN AL TÉRMINO DEL PROGRAMA: LA READMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO PAIEM

6. CONCLUSIONES: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

6.1. Conclusiones

6.2. Modificaciones al tratamiento

6.2.1. Reestructuración del cuadrante de actividades

7. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

BIBLIOGRAFÍA CITADA Y DE REFERENCIA

PARTE I: INTRODUCCIÓN A LA INTERVENCIÓN

1.- DESCRIPCIÓN DEL CENTRO PENITENCIARIO OBJETO DE LA INTERVENCIÓN TRATAMENTAL: EL CENTRO PENITENCIARIO DE CÓRDOBA (CPC)

1.1.- UBICACIÓN Y ESPACIO FÍSICO.

El sistema penitenciario del estado español cuenta con un total de 103 centros (68 Centros Penitenciarios, 30 Centros de Inserción Social –CIS–, 2 Hospitales psiquiátricos –CPs– y 3 Unidades de Madres –UM–, (Fte. www.institucionpenitenciaria.es, Agosto 2011), conformando un mapa en el que la prisión se constituye como un núcleo urbano autosuficiente. Su gestión es llevada a cabo por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias perteneciente a la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior (excepto en Cataluña en donde las competencias están transferidas, gestionándose desde el Departament de Justícia de la Generalitat).

El Centro Penitenciario de Córdoba (CPC) se ubica en el Km. 391 de la Nacional IV (Autovía Madrid-Cádiz). El Centro se configura, en los términos que define nuestra Constitución –art. 25.2–, como un instrumento para la educación y la reinserción de los internos, de forma que al mismo tiempo garantiza el mantenimiento de la seguridad y de la custodia. Basado arquitectónicamente en una tipología modular, el CPC cuenta actualmente en su haber una población reclusa de 1.462 internos (junio de 2011) repartidos en un total de 17 módulos que se distribuyen de la siguiente manera:

- 14 módulos residenciales,
- 1 módulo en régimen cerrado,
- 1 módulo de ingresos,
- 1 módulo de enfermería.

Asimismo, el Centro cuenta con otras dependencias tales como:

- 1 edificio de oficinas,
- 1 jefatura de servicio,
- 1 área sociocultural con polideportivo, salón de actos, biblioteca y aulas,
- 1 área de talleres,
- 1 dependencia de la Guardia Civil,
- 1 área de mantenimiento, almacenes y lavandería.

Las zonas exteriores son:

- 1 huerto ecológico,
- 1 campo de fútbol
- 1 piscina (dentro del recinto del Pabellón Sociocultural),
- 1 patio por módulo,
- 1 estructura de calles y de zonas comunes que articula toda esta disposición modular.

Por último, la población laboral asciende (agosto, 2011) a un total de 518 trabajadores, entre funcionarios y resto de personal.

1.2. ORGANIGRAMA (octubre 2010, fecha de inicio de la actividad) *ver página siguiente*

2.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA ESPAÑOLA

La población penitenciaria es una población joven, ya que la mayoría de los internos están comprendidos entre los 20-40 años. Está compuesta en su mayoría por hombres de nacionalidad española, aunque la proporción de personas de otras nacionalidades ha aumentado considerablemente en los últimos años. El nivel de estudios es bajo, pues de forma general, la mayoría de los internos no han terminado la formación básica y la cualificación laboral del colectivo es escasa. La mayoría de ellos ingresó en prisión por vez primera a una edad temprana y es significativo el número de reincidentes, guardando los delitos relación con las drogas en un considerable número de casos. He aquí algunas estadísticas (Fte. INE, www.ine.es, 31-07-2010).

2.1. POBLACIÓN RECLUSA.

76.215 (última estadística que incluye, a fecha de agosto de 2011, el total nacional, es decir, también los datos procedentes de la Comunidad Autónoma de Cataluña).

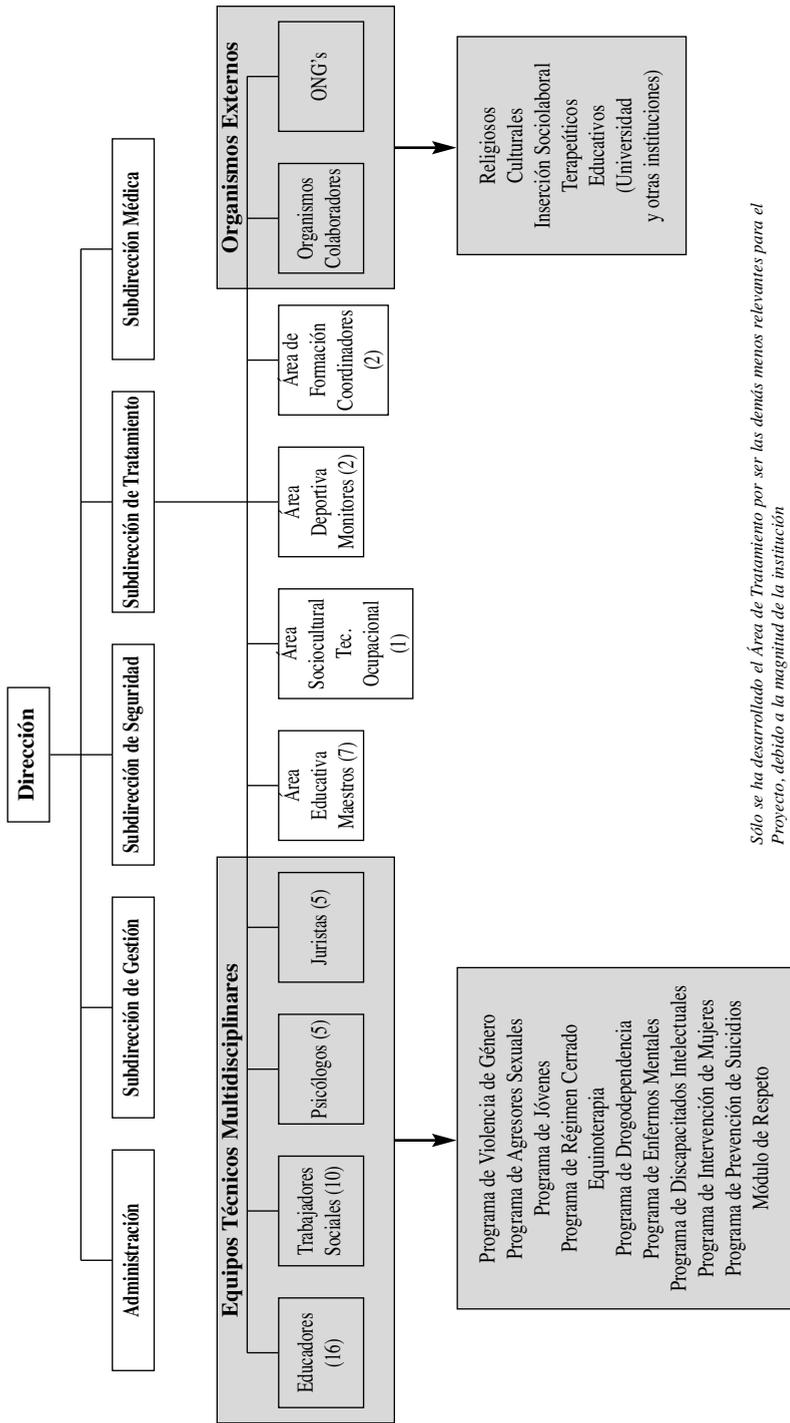
2.2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA POR SEXO.

Género	Total	%
Hombres	70.204	92,11
Mujeres	6.011	7,89
Total	76.215	100

2.3. POBLACIÓN RECLUSA SEGÚN SITUACIÓN PROCESAL-PENAL, POR SEXO

Situación	Hombres	Mujeres	Total
Preventivos	13.749	1.341	15.090
Penados	55.576	4.614	60.190
Medidas de Seguridad	594	38	632
Arrestos de fin de semana	7	0	7
Tránsitos	212	16	228
Impago de multa	66	2	68
Totales	70.204	6.011	76.215

Viene de la página anterior



Sólo se ha desarrollado el Área de Tratamiento por ser las demás menos relevantes para el Proyecto, debido a la magnitud de la institución

2.4. POBLACIÓN RECLUSA PENADA SEGÚN GRADO DE TRATAMIENTO.

Grados	Hombres	Mujeres	Total
Primer Grado	986	69	1.055
Segundo Grado	38.928	2.888	41.816
Tercer Grado	8.939	1.247	10.816
Sin Clasificar	6.723	410	7.133
Totales	55.576	4.614	60.190

2.5. DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

CCAA	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	16.414	1.230	17.644
Aragón	2.552	132	2.684
Asturias	1.468	128	1.596
Baleares	1.757	174	1.931
C. A. Ceuta	279	28	307
C. A. Melilla	274	8	282
Canarias	2.912	338	3.250
Cantabria	703	12	715
Castilla La Mancha	2.291	43	2.334
Castilla y León	6.653	526	7.179
Cataluña	9.927	774	10.701
Extremadura	1.386	72	1.458
Galicia	4.299	279	4.578
La Rioja	370	32	402
Madrid	8.996	1.398	10394
Murcia	874	73	947
Navarra	237	19	256
País Vasco	1.313	142	1.455
C. Valenciana	7.499	603	8.102
Totales	70.204	6.011	76.215

2.6. POBLACIÓN RECLUSA PENADA POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN SEXO.

Edades	Hombres	Mujeres	Total
De 18 a 20 años (Penados)	713	39	752
De 21 a 25 años (Penados)	6.791	507	7.298
De 26 a 30 años (Penados)	11.575	951	12.526
De 31 a 40 años (Penados)	19.502	1.549	21.051
De 41 a 60 años (Penados)	15.566	1.467	17.033
De más de 60 años (Penados)	1.429	101	1.530
Totales	55.576	4.614	60.190

2.7. POBLACIÓN RECLUSA PREVENTIVA POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN SEXO.

Edades	Hombres	Mujeres	Total
De 18 a 20 años (Preventivos)	807	64	871
De 21 a 25 años (Preventivos)	2.450	227	2.677
De 26 a 30 años (Preventivos)	3.043	315	3.358
De 31 a 40 años (Preventivos)	4.200	432	4.632
De 41 a 60 años (Preventivos)	2.996	285	3.281
De más de 60 años (Preventivos)	253	18	271
Totales	13.749	1.341	15.090

2.8. TIPOLOGÍA DELICTIVA DE LA POBLACIÓN RECLUSA PENADA -CÓDIGO PENAL DEROGADO-

Código derogado	Hombres	Mujeres	Total
Seguridad Exterior	19	1	20
Seguridad Interior	101	17	118
Falsedades	10	0	10
Contra la Administración de Justicia	3	0	3
Contra la Seguridad del Tráfico	1	0	1
Contra la Salud Pública	121	11	132

Continúa en la página siguiente

2.8. TIPOLOGÍA DELICTIVA DE LA POBLACIÓN RECLUSA PENADA –CÓDIGO PENAL DEROGADO– *Continuación*

Código derogado	Hombres	Mujeres	Total
Funcionarios Públicos	0	0	0
Contra las Personas	232	3	235
Contra la Libertad Sexual	80	0	80
Contra el Honor	2	0	2
Contra la Libertad	4	1	5
Contra la Propiedad	218	6	224
Contra el Estado Civil	0	0	0
Resto de Delitos	21	0	21
Por Faltas	0	0	0
No Consta Delito	11	5	16
Totales	823	44	867

2.9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA EXTRANJERA, POR SEXO.

Género	Total	%
Hombres	24.816	91,31
Mujeres	2.362	8,69
Total	27.178	100

Además, el Informe FOESSA (–Fomento de Estudios Sociales y Psicología Aplicada–, 2008), informa que un 40% de la población reclusa, define subjetivamente su *estado de salud* como bueno o excelente, padeciendo, alguna enfermedad seria un 44%. El Informe continúa aportando datos sobre el estado de salud de los internos, al señalar que en los centros penitenciarios se encuentran tasas muy elevadas de graves enfermedades infecciosas: cerca de 1/3 de las personas reclusas tiene hepatitis C y, al menos, un 10% padece VIH. Por lo que respecta a las *drogodependencias*, un 77% de la población penitenciaria consumía drogas inmediatamente antes de su ingreso en prisión. De ellos, cerca de un 45% pueden ser considerados drogodependientes.

3. TRATAMIENTOS IMPLANTADOS EN EL C.P.C.

De acuerdo a la Constitución española “... *Las penas privativas de libertas estarán orientadas hacia la reeducación y la reinserción social...*” y a la Ley Orgánica General Penitenciaria “... *las actuaciones estarán dirigidas a la rehabilitación y a la reinserción social de los enfermos...*”, el objetivo genérico de toda Intervención Tratamental en prisión se dirige hacia la normalización e integración social del interno, en tanto que estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones de la forma más autónoma posible. En relación con los enfermos mentales, tal como veremos detenidamente por ser éstos la población diana de la intervención que se desarrolla en este trabajo, es por tanto fundamental no someterles a una identificación y estigmatización discriminatoria en la dinámica penitenciaria, por su condición de presentar trastorno mental.

Los programas que actualmente se desarrollan en los C.P. (gestionados desde la Subdirección de Tratamiento, tal como se aprecia en el Organigrama del CPC) se conciben de forma interdisciplinar. Diseñados para intervenir en el interno de forma integral, son llevados a cabo por Equipos Técnicos Multidisciplinares de Tratamiento compuestos por: psicólogos, educadores, trabajadores sociales y juristas (en coordinación con el equipo médico en los casos que así se requiera).

En concreto, el CPC desarrolla actualmente los siguientes programas: (a fecha de Octubre de 2010):

- Programa de Violencia de Género
- Programa de Agresores Sexuales
- Programa de Drogodependencias
- Programa de Enfermos Mentales, PAIEM. (Por ser el programa marco que justifica la intervención de tratamiento que recoge este documento, se desarrolla ampliamente en un apartado específico)
- Programa de Discapacitados Intelectuales
- Programa de Intervención en Mujeres
- Módulos de Respeto
- Programa de Intervención en Jóvenes
- Programa de Régimen Cerrado
- Programa de Prevención del Suicidio

3.1. PROGRAMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Se trata de un programa educativo-terapéutico para agresores por maltrato o violencia de género, que incluye principalmente un trabajo de motivación para el cambio así como de prevención de recaídas. Su objetivo es dar una respuesta terapéutica a los agresores condenados por violencia de género. Su objetivo reside en: ayudar a desarrollar relaciones interpersonales basadas en la estima y el respeto, comprendiendo el impacto que tiene la agresión en la víctima, así como aumentar en el usuario el sentido de responsabilidad de su conducta agresiva.

El Proceso de Intervención se estructura en tres fases:

- Motivación para el cambio.
- Tratamiento estructurado.
- Prevención de recaídas.

El tratamiento, dirigido a intervenir en los aspectos psicológicos, internos y personales del sujeto hacia el trabajo con distorsiones cognitivas, se realiza tanto de forma individual como grupal. Se trabaja la empatía hacia la víctimas, la conciencia emocional del delito, el estilo de vida apropiado, la resolución de problemas, etc., de forma que la persona que haya cometido este tipo de delitos y en un futuro vaya a establecer una nueva relación sentimental afectiva, la afronte con otros instrumentos, que en definitiva, protejan a esas potenciales víctimas de ese tipo de agresiones.

3.2. PROGRAMA DE AGRESORES SEXUALES

La multidimensionalidad etiológica hace de la agresión sexual uno de los comportamientos delictivos más resistentes al cambio, de manera que aquellos agresores repetitivos que han cometido muchos delitos en el pasado, tienen una alta probabilidad de volver a delinquir, si no se tratan todas las dificultades conductuales y cognitivas. El programa por tanto, es multicomponente. Básicamente trabaja: Autoestima, Distorsiones Cognitivas, Empatía, Relaciones personales/aislamiento, Actitudes y Preferencias sexuales, Prevención de Recaídas. El tratamiento se dirige tanto a violadores como a abusadores de menores y tiene como objetivos principales los siguientes:

- 1.- Mejorar las posibilidades de reinserción y de no reincidencia en el delito de los agresores sexuales tratados.
- 2.- Favorecer un análisis más realista de sus actividades delictivas, que reduzca sus distorsiones y justificaciones delictivas.
- 3.- Mejorar sus capacidades de comunicación y relación interpersonal.

El tratamiento se aplica, en modalidad grupal, en una o dos sesiones terapéuticas semanales, de unas dos horas y media de duración. El programa se completa en un año aproximadamente.

3.3. PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS

Uno de los mayores problemas que presenta la población reclusa es el de la adicción a las drogas, tal como hemos visto que recoge el informe FOESSA (en torno al 45% de los internos son drogodependientes). El programa contempla tres ámbitos de actuación:

1. Prevención Terciaria. Su objetivo es disminuir, individual y colectivamente, los efectos negativos asociados al uso de sustancias psicoactivas. A este nivel los usuarios normalmente siguen manteniendo el consumo de drogas. Un ejemplo de esta intervención es el *Programa de Mantenimiento con Metadona*, cuyo objetivo inmediato es reducir e incluso eliminar el síndrome de abstinencia a opiáceos.

2. Asistencia: coordinación de las redes asistenciales de tratamiento con los sistemas públicos de salud y servicios sociales. Cada drogodependiente dispone de un plan individualizado de tratamiento que atiende a sus necesidades y características específicas de consumo. Un ejemplo es el Programa de Comunidad Terapéutica o recurso asistencial de carácter residencial que incluye una amplia intervención sanitaria y social. Estas comunidades están destinadas a proporcionar un tratamiento de deshabituación en régimen residencial con el fin de favorecer la reinserción mediante actividades de asistencia médica, psicológica y social, formativas y de ocio y tiempo libre, así como la coordinación con servicios sociales y el seguimiento de los resultados obtenidos. El objetivo no es lograr únicamente la abstinencia al consumo de drogas, sino la modificación del estilo de vida. Las fases de la intervención son: desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción.

3. Incorporación: La vinculación con la realidad que realiza el interno tras un período de aislamiento, tiene varios aspectos que deben tenerse en cuenta: emocional, familiar, económica, laboral. Por tanto, a este nivel, el programa no contempla proyectos de incorporación o de inserción rígidos sino que elabora procesos, o itinerarios, de incorporación individualizados para cada persona. En la actualidad este programa se lleva a cabo por varios organismos y ONGs, tales como el CPD (Centro Provincial para las Drogodependencias) que está formado por un equipo interdisciplinar de intervención formado por un médico, una psicóloga y una trabajadora social, ACALÍ (intervención específica para internos con problemas de adicción al alcohol), Proyecto Hombre, ONG que ha abierto un módulo terapéutico en el CPC, u organizaciones no laicas como RETO.

3.4. PROGRAMA PARA DISCAPACITADOS INTELECTUALES

Considerando que las características del medio penitenciario no son las más adecuadas para la reinserción de este colectivo especialmente vulnerable, este programa se basa en el desarrollo de las llamadas "Unidades de Intervención en Centros Penitenciarios" o equipos multidisciplinares especializados en la detección, diagnóstico y tratamiento de discapacidad intelectual en población reclusa. Estos equipos realizan trabajos individualizados, caso por caso, favoreciendo el desarrollo de habilidades sociales y laborales en estas personas, con programas de educación para la salud (en especial en casos de drogodependencias), que son realizados en centros ocupacionales y residencias en Andalucía. La iniciativa también contempla el contacto con las familias -realizando con ellas un trabajo paralelo que se dirige a apoyar la posterior reinserción sociolaboral de los reclusos-, así como "salidas terapéuticas" de carácter cultural, medioambiental o de ocio. El objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida de la población con discapacidad intelectual, recluidas en estos centros. El programa se está llevando a cabo por FEAPS Andalucía.

3.5. PROGRAMA MUJER

El objetivo del programa es el Fomento de la Igualdad entre hombres y mujeres dentro del ámbito penitenciario. Como hemos visto en los datos del INE, a finales de Julio de 2010, las mujeres eran el 7,89% de la población penitenciaria total internada

en los centros dependientes de la Administración General del Estado. Su escaso número en algunas provincias y zonas del Estado plantea problemas de coste en la construcción y gestión de instalaciones y equipamientos específicos. Como se ha comentado anteriormente, en el territorio dependiente de la Administración General del Estado existen tres establecimientos exclusivos para mujeres –UM-: Palma de Mallorca, Alcalá de Guadaira -Sevilla I- y Madrid I. Las restantes dependencias son: módulos que se ubican dentro de los complejos penitenciarios, en departamentos separados de los hombres y en algunos casos módulos mixtos para ejecutar programas específicos de tratamiento en módulos terapéuticos.

Aunque nuestro marco legal penitenciario es igualitarista en cuanto al género, sin embargo, persisten graves diferencias penitenciarias derivadas del no reconocimiento o desconocimiento de la diferencia, tanto en las condiciones de entrada al sistema, como en las de estancia y salida del mismo. Abordar desde una perspectiva de género el trabajo penitenciario implica la inclusión de medidas de acción positiva en gran número de ámbitos sectoriales de intervención:

- 1.- En la vida penitenciaria y social de las mujeres internadas.
- 2.- Con sus familias y entornos afectivos.
- 3.- Con los compañeros de internamiento.
- 4.- Con los equipos profesionales y directivos.
- 5.- Con las organizaciones sociales.

El programa trabaja así a partir de distintos ámbitos de intervención: Área Social, Educativa, Intervención personal (drogodependencias, adquisición de habilidades básicas, prevención de la violencia sexual, etc.). La especificidad del CPC es que el programa se imparte en el Módulo 7 que es un Módulo de Respeto, es decir, que cumple los objetivos y se adapta a las características del Respeto, que conoceremos en el siguiente epígrafe.

3.6. MÓDULOS DE RESPETO

Un Módulo de Respeto es una unidad de separación interior de un centro penitenciario en donde la inclusión del interno es voluntaria y lleva implícita la aceptación de las normas de módulo, que regulan:

- 1.- El área personal referente a higiene, aspecto, vestuario y cuidado de celda.
- 2.- El área de cuidado del entorno (tareas de módulo) relativa a la utilización y mantenimiento de los espacios comunes.
- 3.- El área de relaciones interpersonales que incluye todas las interacciones del sujeto: con otros internos, con funcionarios, terapeutas y personal del exterior.
- 4.- El área de actividades, que regula la programación de actividades de cada interno, independiente de las tareas de módulo que le corresponda a su grupo, que comprende todos los días de la semana y todas las horas del día en la que se determinan qué actividades debe realizar en cada momento y planifica los tiempos de ocio.

Todo ello pivota sobre tres ejes: 1.- Un sistema de organización en grupos. 2.- Un procedimiento inmediato de evaluación. 3.- Una estructura de participación de los internos. Las tareas de reparto de comidas, mantenimiento, orden y limpieza de las zonas comunes (tareas de módulo) son asumidas por todos sus residentes, por lo que no existen los puestos tradicionalmente denominados “destinos”. Los sectores de tareas de módulo se distribuyen entre grupos fijos conformados según criterios específicos de organización y tratamiento. En cada uno de estos grupos existe un interno responsable con funciones de representación, organización, distribución de tareas, aculturación y mediación entre sus miembros. Todos los residentes son evaluados diariamente por el funcionario del módulo en cuanto al cumplimiento de las normas de módulo de respeto. Las evaluaciones de cada uno de los integrantes del grupo repercuten en las tareas que el grupo tendrá que asumir cada semana. Los internos también son evaluados semanalmente por el Equipo Técnico que realiza una evaluación global relativa a la evolución del interno en su programa específico de tratamiento.

3.7. PROGRAMA JÓVENES

Se trata de un programa específico de capacitación sociolaboral en el marco de una de las prioridades más importantes de las sociedades: la juventud. El proyecto "Módulo joven: Jóvenes, autoempleo y prisión" se dirige a jóvenes, entre 20 y 34 años, que obtendrán la libertad condicional en un plazo de entre 6 y 12 meses, y el objetivo es la preparación para la inserción sociolaboral poniendo en marcha un proyecto empresarial. El Instituto de la Juventud (Injuve) y la Subdirección General de Medio Abierto de Instituciones Penitenciarias han impulsado este proyecto experimental, que en última instancia se dirige a hacer posible la inserción de jóvenes que están a punto de obtener la libertad y que son capaces de esforzarse por objetivos concretos, demostrando una actitud emprendedora.

3.8. PROGRAMA DE RÉGIMEN CERRADO

El régimen cerrado se corresponde al estado de aislamiento que, dentro del Centro, puede darse con respecto a aquellos internos que, a consecuencia de su conducta, hayan atentado contra la salud de otros reclusos o de cualquiera de los funcionarios o resto de personal. En este programa se trabajan habilidades de tipo cognitivo y conductual dirigidas a intervenir los déficits que han llevado al interno a actuar poniendo en peligro la integridad física y/o psicológica de sus compañeros y/o profesionales del Centro. Asimismo, se interviene para dar apoyo y hacer más llevadero para el interno, su periodo de estancia en el Módulo 15, que es el pabellón que acoge el Programa de Régimen Cerrado dentro del Centro Penitenciario de Córdoba.

3.9. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Las situaciones de detención e internamiento y los múltiples factores a ellas asociados en cada caso pueden afectar al desarrollo de la persona, configurando en determinados momentos un plus de riesgo para la propia vida de los internados.

Consciente de ello y en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 3.4 de la LOGP, la Administración Penitenciaria viene manteniendo en todos los establecimientos programas específicos encaminados a la detección y prevención de conductas suicidas. Tres son los objetivos fundamentales del programa que definen, a su vez, las distintas fases de la intervención:

1.- Detección de los internos en situaciones problemáticas que puedan derivar en conductas suicidas.

2.- Aplicación sistemática de pautas de prevención a los grupos definidos de riesgo, evitando, en la medida de lo posible, un desenlace negativo de los casos incluidos en el Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS).

3.- Establecimiento y mantenimiento de cauces de información y coordinación entre los diferentes servicios y niveles implicados, organizando procedimientos específicos de documentación de casos y programas que permitan su adecuada evaluación.

4.- LA SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES

4.1. ALGUNOS DATOS SOBRE LA POBLACIÓN DIANA A INTERVENIR

La literatura científica suele estar bastante de acuerdo en afirmar que los síntomas de enfermedad mental aumentan cuando una persona está encarcelada. Lo cierto es que la prevalencia de trastornos severos observados en prisión es mayor que en la población general, en concreto, el Informe del Centro de Estudios Jurídicos de Cataluña (Capdevila y Ferrer, 2007) nos dice que,

“... Los internos están más expuestos a sufrir una enfermedad psicótica y una depresión mayor, y casi 10 veces más a tener un trastorno de personalidad antisocial que la población general (Lavoie, 2005). (...) Fazel y Danesh (2002), quienes recogen estudios globales de 12 países de occidente en un metaanálisis que estudiaba 62 trabajos sobre población penitenciaria, concretan que un 3,7% sufre un cuadro psicótico, un 10% una depresión mayor y el 42% un trastorno de la personalidad. Entre los presos hay una probabilidad de 2 a 4 veces más elevada de sufrir un cuadro psicótico y una depresión mayor que en la población general, y 10 veces más de sufrir un trastorno de personalidad antisocial”.

Ya en nuestro país, siguiendo a Capdevila y Ferrer (2007), nos interesamos por otro estudio de ámbito más local en el que Arroyo (2006) recoge datos de los pacientes ingresados en el módulo de enfermería del centro penitenciario de Zuera (Zaragoza), y las prevalencias que obtuvo en siete meses de registro fueron que el 7% de la población penitenciaria de la prisión pasaba por la enfermería (114 internos). De éstos, el 50% tuvo una causa psiquiátrica. Distribuidos por grupos, el 30% eran cuadros psicóticos de diferente naturaleza; el 43%, debidos a trastornos gravemente adaptativos; el 8% eran trastornos psiquiátricos de tipo orgánico y el 19% debidos a trastornos graves afectivos depresivos. Así mismo, encontró un 31% de trastornos de personalidad sobre una muestra de 60 individuos. Un 2% presentaba trastorno depresivo y un 27% problemas de toxicomanía.

Estos datos apuntan sin duda, a que la intervención con enfermos mentales graves o crónicos en centros penitenciarios es de una relevancia especial dentro de la institución penitenciaria, debido al grave problema de salud mental detectado así como a las dificultades para darles tratamiento psicológico y psiquiátrico, en un entorno en el que, el internamiento prolongado, supone el desarrollo de estrés para cualquier persona, ya que ha de desarrollar un proceso de aprendizaje de nuevas reglas de conducta. Capdevila y Ferrer (2007), recurren a Lavoie (2005) para indicar que ...

“(...) Los factores estresantes dentro de la prisión que hacen aumentar la probabilidad de que un interno tenga propensión a acabar sufriendo enfermedades mentales son: la separación de la familia, la falta de privacidad, la pérdida de autonomía, la masificación, el miedo de ser asaltado y el aburrimiento. Además, hay que tener en cuenta que este estrés se multiplica en personas con dificultades de comprensión, imitación, adaptación y/o aprendizaje, producto de su enfermedad mental”.

En este mismo sentido se expresa el Informe de Prevalencia de la Enfermedad Mental en CP realizado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (nov. 2006), para concluir diciéndonos que la enfermedad mental tiene una tasa de prevalencia siete veces más alta en prisión. En concreto, aporta el dato de que un 8% de la población interna sufre enfermedades mentales graves y hasta casi un 20% tiene antecedentes de trastornos mentales y de personalidad (cifra que se eleva a un 40% dentro de la institución). Asimismo, continúa señalando, que entre las personas que ingresan en prisión, la enfermedad mental grave o crónica es un problema de gran importancia: el 17,6% de los internos tienen antecedentes de haber padecido algún tipo de trastorno mental previo a su ingreso. Destaca también el dato de que el 3,4% ha padecido o padece un trastorno de tipo psicótico y el 6,9%, un trastorno de tipo afectivo, el 6,9% de trastorno de la personalidad (de ellos casi la mitad un trastorno de personalidad paranoide, que junto al límite, son los más diagnosticados) y el 3% otros diagnósticos. El 44,3% de la población tiene antecedentes de abuso o dependencia a drogas, y de éstos, el 9,6% presenta patología dual.

Sirvan estas cifras, para ilustrar la necesidad de intervenir en los CP los déficits causados por la enfermedad mental, tales como el deterioro que se evidencia a partir de una serie de discapacidades como la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de los roles sociales de la vida diaria, lo que acaba por comprometer en estas personas su capacidad de autonomía en muchos casos, llevándolas a ser dependientes.

Como respuesta a esta demanda asistencial, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias elabora el Programa marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) que desarrolla objetivos preventivos, terapéuticos y de reinserción, en consonancia con el marco legislativo vigente.

Ordenamiento Legal

- Art. 25.2 Constitución Española. Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre, General penitenciaria. Reglamento Penitenciario, Real Decreto 190/1996 de 9 de Febrero. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio. Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006. Ley Orgánica 19/1995 de 23 de noviembre del Código Penal

No obstante, puesto que la preocupación y la complejidad de este trabajo, no es ya tanto la de hacer un estudio pormenorizado sobre el alcance del fenómeno de la salud mental en la ejecución penal (ya sea a nivel cuantitativo y/o cualitativo), y en concreto en el CP de Córdoba, sino la de articular medidas prácticas y eficientes de intervención que ayuden a dar asistencia a las necesidades de estos internos, detectadas –en su cantidad y cualidad– por los dispositivos específicos del Centro, continuaremos con la exposición del trabajo realizado, toda vez puestos sobre la mesa estos datos que permiten esbozar el panorama de la necesidad de una intervención tal como la llevada a cabo, una intervención que se define en su razón de ser como:

Respuesta urgente y eficaz ante las carencias asistenciales detectadas, desde la construcción de prácticas alternativas de intervención en salud mental de cariz psicosocial, y por tanto, asumiendo las complejidades y los retos de elaborar una clínica integradora.

5. EL PAIEM: LA INTERVENCIÓN PENITENCIARIA EN SALUD MENTAL EN EL C.P.C.

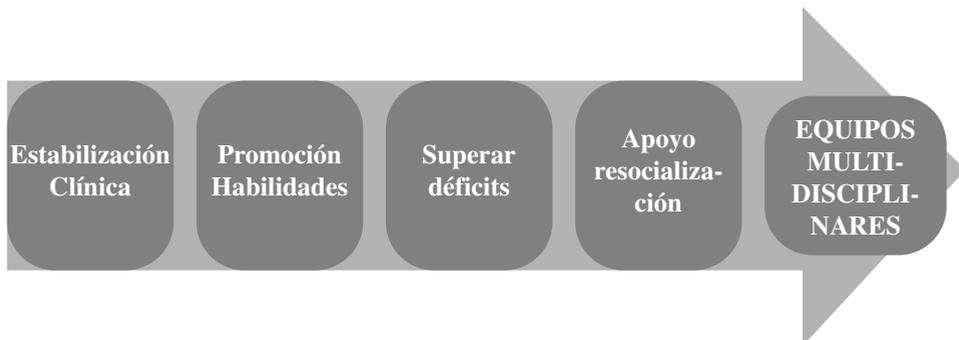
5.1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Debido a las evidencias de que los problemas de salud mental entre las personas que se encuentran en prisión, son mucho más frecuentes que en la población general, el programa pretende establecer un protocolo de actuación (Protocolo PAIEM, 2009, que justifica la intervención presente comenzada en Octubre de 2010), para que:

- La institución penitenciaria sea capaz de hacer una detección temprana de los casos,
- Ofrecer la mejor rehabilitación posible a cada enfermo en función de los recursos disponibles,
- Facilitar una correcta derivación a los servicios asistenciales especializados (del Centro y de la comunidad) cuando corresponda, tanto en el momento de la libertad como durante en su estancia en prisión para el seguimiento de su evolución clínica.

No obstante, sólo a través de una intervención coordinada, continuada y multidisciplinar se puede garantizar la máxima eficiencia de los recursos disponibles. Para ello, en el CPC, el servicio médico del Centro (psiquiatra del SAS, médicos y enfermeros penitenciarios) junto al personal del Equipo de Tratamiento (psicólogos, trabajadores sociales y educadores) actúan conjuntamente, con el objetivo de ofrecer una respuesta integral a las necesidades tan complejas de este tipo de enfermos, en un entorno tan poco adecuado para su recuperación.

Programa Marco P.A.I.E.M.

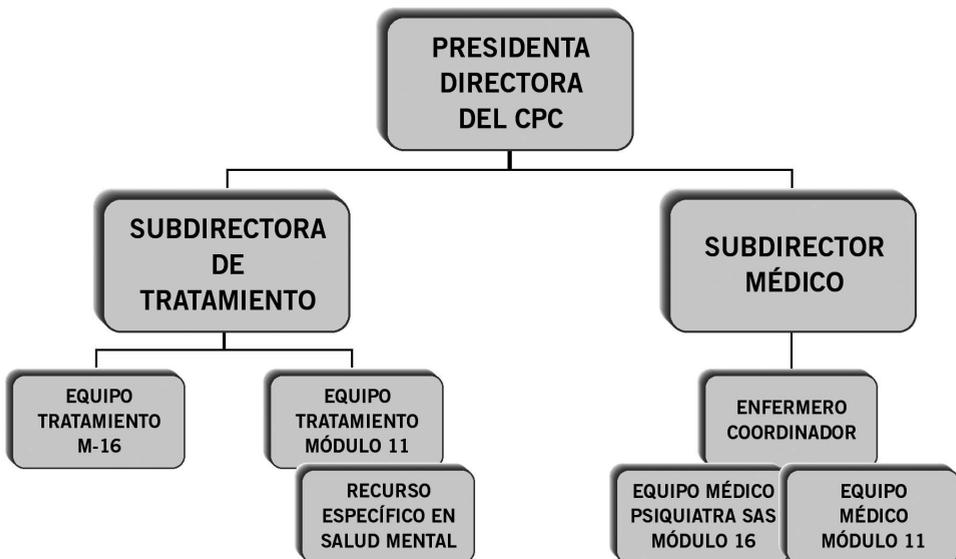


5.2. RECURSOS DEL PAIEM

5.2.1. LA COMISIÓN PAIEM

La Comisión PAIEM, que se reúne con una periodicidad mensual, está formada por la directora del CPC y la subdirectora de tratamiento, así como el subdirector médico, el (los) médico(s) encargado(s) de la salud de los internos en el M-16 o Enfermería penitenciaria y en el M-11 o Módulo de transición hacia la continuidad en la normalización psíquica, el enfermero penitenciario coordinador del programa, la psicóloga(s), el trabajador(es) social(es) y el educador(es) del módulo(s) 11 y 16, equipo que avala, en última instancia, la multidisciplinariedad de la intervención.

A continuación, se adjunta su organigrama. Como puede observarse, la Comisión se completa con la integración de la Psiquiatra del S.A.S. que atiende a los internos agudos y crónicos en el Módulo 16 o enfermería penitenciaria, una vez por semana, y con el dispositivo asistencial del M-11 de evaluación continua, que es un dispositivo tratamental cuyo antecedente debe localizarse en el recurso que describen las páginas de este trabajo, de tal forma que, una vez evaluado en su eficacia, nuestro dispositivo experimental conforma el origen de la intervención que a día de hoy se encuentra en proceso de incorporación al protocolo de actuación del PAIEM, para quedar como un recurso estable más del programa, siendo la responsable de su gestión una psicóloga de la institución, a partir de septiembre de 2011. Cabe por tanto decir, que hasta octubre de 2010, fecha en que comienza a implantarse el recurso objeto de este trabajo, el PAIEM en el CPC se ceñía a las actuaciones llevadas a cabo en el M-16.



5.2.2. MÓDULO 16 Y MÓDULO 11

Fundamentalmente, tal como se comenta en el apartado anterior, la intervención del PAIEM se desarrolla actualmente dentro de estos dos módulos del Centro, por ser los dos módulos que acogen a internos con trastorno mental:

A.- M-16 o Enfermería Penitenciaria: La atención médica está definida por la intervención psiquiátrica y el tratamiento con psicofármacos, así como el seguimiento médico del paciente. Básicamente, la enfermería penitenciaria funciona, con respecto al cuidado y a la atención sanitaria específica de estos internos:

- A.- Como Unidad de Agudos, acogiendo temporalmente a los internos durante la etapa psicótica o fase aguda de su enfermedad hasta estabilización psicosocial (nivel 2 de la evaluación psicosocial del cuestionario PAIEM).
- B.- La enfermería ofrece también asistencia médica continuada y cobertura residencial, pues de los enfermos psiquiátricos ingresados (Diciembre de 2010), en una alta proporción su enfermedad presenta un perfil crónico y un pronóstico insidioso, lo que significa que la mayoría de estos internos se encuentran en un nivel de estabilización psicosocial medio y/o deficitario (2 y/ó 3 en el cuestionario PAIEM), por lo que, son internos que necesitan una atención médica y farmacológica continuada ya que la enfermedad mental interfiere en la actividad cotidiana de forma significativa y por tanto, en su capacidad de autonomía.

A su vez, aquellos internos en los que se detecta dificultades cognitivas, son derivados al recurso de FEAPS cuyo fin es precisar el grado de dicha discapacidad (en caso que la hubiera), así como proporcionar los recursos disponibles en nuestro sistema sociosanitario (gestión de la pensión de invalidez, etc...).

La intervención se completa en el módulo 16 con terapias de dinamización llevadas a cabo por la psicóloga y por la educadora con aquellos internos derivados por el equipo médico, tales como salidas al campo de fútbol, salidas terapéuticas, talleres ocupacionales, etc.

Asimismo, la trabajadora social, interviene en aquellas situaciones que se hacen necesarias, especialmente en la situación de mayor vulnerabilidad en la mayoría de los casos, que es la transición centro-calle, coordinándose con los recursos familiares (en caso de haberlos) y sociosanitarios de la comunidad natural del interno.

B.- M-11 de Normalización Psicosocial Progresiva: Como se ha comentado, el CPC se encuentra actualmente, impulsado por los criterios de la nueva dirección, ante la necesidad de una ampliación de la intervención en salud mental, desarrollando un protocolo específico de atención al interno con trastorno mental en el M-11 de Evaluación Continua, recurso del que nuestra intervención experimental, puede considerarse precedente.

Lo primero que debemos saber de este grupo de internos con trastorno mental del M-11, es que en su mayoría han recibido el alta médica, toda vez que la valoración psicosocial se encuentra en un nivel 1 ó 2 del PAIEM (buena o media), lo que quiere decir que el interno se encuentra en un estado de cierta normalización con respecto a su desorden, que le va a permitir ir adquiriendo cuotas de autonomía progresivamente mayores. Así pues, el objetivo de la intervención tratamental en este Módulo 11,

frente a la intervención biomédica del M-16, es fundamentalmente psicológica, en concreto, psicosocial y se resume en:

Intervenir para la continuidad de la estabilización psíquica, a la par que en la promoción y la mejora de las habilidades del usuario.

Es en este marco terapéutico de naturaleza psicosocial, en donde ha de situarse la intervención objeto de este trabajo: El desarrollo y puesta a punto como recurso experimental del PAIEM, de una intervención en salud mental, en un módulo ajeno a la enfermería, en donde tradicionalmente se venía realizando, y que ha permitido a día de hoy:

- La apertura simbólica de un espacio a una clínica complementaria a la intervención biomédica y al tratamiento con psicofármacos, más suave e integradora, en el tratamiento de estos desórdenes, dentro del CPC.
- La apertura física de un espacio más de salud mental dentro del CPC, el M-11, lo que está permitiendo la descarga paulatina de la sobrecarga actual y creciente de los trastornos mentales, en la enfermería penitenciaria del Centro.

No obstante, con la puesta a punto de este nuevo recurso en el M-11, aparecen nuevos retos, tales como la necesidad de una buena coordinación con los recursos médicos y de enfermería, en especial a la hora de la detección, notificación de nuevos casos, así como con el resto de personal del Equipo de Tratamiento asignado al M-11. Además, esta situación, también exige de una buena formación continua del personal funcionario que hace la guardia en los módulos, así como del resto de personal del equipo asignado al M-11.

Internos con Desorden Mental

M-11

-Diciembre 2010-



Como vemos, en el M-11 del CPC, las cifras muestran que en diciembre de 2010, había 8 internos psiquiátricos -derivados a este dispositivo-. A día de hoy estos internos están en espera de ser incorporados al nuevo protocolo de Módulo PAIEM, además actualmente, hay un número de internos con trastorno mental pendiente de concretar (formado por las altas médico-psiquiátricas del M-16, aquellos nuevos ingresos a la espera de evaluación psiquiátrica y finalmente, un número impreciso de internos que sin requerir de evaluación psiquiátrica, requieren, por su estado psíquico, de los servicios médicos del módulo), cuya situación se encuentra evaluándose por la psicóloga de prisiones asignada recientemente al dispositivo PAIEM del M-11. Esta realidad nos insta a reflexionar que una de las labores más importantes de cualquier dispositivo en salud mental en los C.P., tal como venimos comentando, es la de funcionar con la mayor eficiencia posible, debiendo velar y haciendo efectiva una buena coordinación entre los recursos existentes, en especial, debido al perjuicio que la actual crisis económica global está causando al Estado del Bienestar en términos de recortes a una financiación pública que está afectando de forma importante a nuestros sistemas de salud y que nos está retando a responder con medidas urgentes, novedosas, rentables y eficaces.

Lo cierto es que el nacimiento y la puesta en marcha de este nuevo recurso ha contribuido a investigar y a ejecutar medidas prácticas dirigidas hacia la solución del problema de la insuficiencia de recursos en salud mental en nuestros Centros Penitenciarios en relación con la sobrecarga de la enfermedad mental, algunas de cuyas cifras esbozábamos al comienzo de este apartado (asociada, entre otros fenómenos, a la desinstitucionalización manicomial promovida por la reforma psiquiátrica).

Por tanto, debemos destacar de la intervención llevada a cabo en el M-11, su calidad estratégica ante un panorama que nos urge a actuar frente a una de las dificultades más significativas a las que se enfrenta la Institución Penitenciaria, no ya sólo en este país, sino en nuestras sociedades occidentales actuales (Los informes presentan un panorama insatisfactorio de los recursos de salud mental no sólo en los CP de la región de la UE sino en todo el mundo -OMS, 2001-).

En especial, urge una buena asistencia de cuidados continuos a la población de pacientes crónicos, así como la atención psicológica y ocupacional en el proceso de la estabilización psicosocial. Finalmente, otra de las asignaturas pendientes, es el apoyo para la reincorporación social del interno en situación de próxima desinstitucionalización.

5.3. NECESIDAD Y RELEVANCIA DE UN RECURSO ASISTENCIAL DE APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAIEM EN EL MÓDULO 11

5.3.1. MARCO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN: EL PARADIGMA BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD

El trabajo, como no podía ser de otro modo al ser una intervención de naturaleza psicosocial, se adscribe a una epistemología constructivista. Fue Vygotski quien afirmó, a partir del concepto de *Internalización*, que toda función se da primero en el plano social para darse después en el plano individual, indicando que la manera humana de conocer el mundo está configurada por su actividad dentro del marco de

un contexto social que condiciona toda comprensión de la realidad, por lo que el conocimiento no se presenta desligado del conocedor sino mediado a partir de su actividad interrelacional, lo que implica asumir que es un fenómeno mucho más amplio que la cognición ligada a la lógica y a la racionalidad, y que la matriz en la que el pensamiento trabaja es fundamentalmente emocional, lo que remite a la invalidez de tomar en consideración la afirmación cartesiana de la separación cuerpo-mente que ha sido base filosófica del dualismo científico.

El trabajo asume por tanto, sin fisuras, una orientación psicosocial del comportamiento humano en la que lo psicológico y lo social, no pueden desligarse y considerarse excluyentes sino interactuando, a un mismo nivel. Las implicaciones para el estudio y la intervención psicológica de tomar el factor social en interacción al psicológico, nos conducen a tomar en cuenta la salud y la enfermedad desde una perspectiva que nos aleja de cualquier determinismo atribuible al paradigma positivista del conocimiento, ya sea que asumamos un reduccionismo psicológico (la enfermedad o conducta disfuncional desde una perspectiva mecanicista como un efecto directo y lineal de una disfunción biológica del sujeto en tanto que sujeto aislado) o social (la conducta individual como producto final del sistema social que lo determina).

Así pues, tomar una orientación psicosocial en el estudio del comportamiento humano implica considerar al individuo y a su conducta como un sistema complejo, en el que todos sus componentes están implicados. Por tanto, la prioridad está en tomar la enfermedad como un comportamiento complejo en el que habrá que dar también relevancia a los determinantes de origen social (contexto familiar, sistema de apoyo social, contexto comunitario, valores culturales) en interacción.

La gran ventaja de esta aproximación con respecto al tratamiento tradicional biomédico, es que permite ampliar el campo de intervención profesional dentro de un concepto de salud positivo e integral en tanto que estilo de vida saludable, lo que permite diseños e implementación de programas preventivos (dirigidos a intervenir las conductas de riesgo) así como de promoción de la salud (p.e. reforzamiento de conductas positivas que nos aseguren la adhesión al tratamiento farmacológico del interno, estrategias de afrontamiento del stress y la ansiedad social, tratamientos dirigidos al entorno interpersonal, etc).

Asumir un marco psicosocial de la salud con su suposición básica de que la enfermedad, y en este caso, el trastorno mental compromete a la globalidad de la persona, va a suponer la reevaluación de los objetivos terapéuticos de la clínica médica tradicional, en pro de una intervención que priorice como objetivo central el mantenimiento y la promoción de la mayor autonomía posible del individuo, de tal forma que le permita desarrollarse en sus diversos entornos sociales cotidianos, de la forma más saludable.

Esta concepción integral de la salud ofrece la ventaja de poner el acento de la intervención penitenciaria en los recursos que el interno con trastorno mental puede desarrollar, a partir de su integración en el contexto del Centro (actividades modulares, programas de tratamiento, relación con los funcionarios de guardia, vida en el módulo residencial, uso de los espacios comunitarios del centro, uso de los recursos tratamentales, etc.), teniendo en cuenta sus valores e intereses, lo que supone cambiar el enfoque clínico de la enfermedad y de la discapacidad dirigido hacia la recuperación de los déficits, por otro más positivo y suave, centrado en la promoción de las

habilidades adaptativas, es decir, en aquellas áreas funcionales que van a permitirle al interno participar de la forma más autónoma posible en sus actividades de la vida cotidiana en los diversos espacios del centro.

Principios del Tratamiento de Rehabilitación Psicosocial



Los principios de actuación de esta Rehabilitación Psicosocial que han guiado la intervención son (AEN, Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría. n.84 Madrid oct.-dic. 2002):

- 3.1.-... Un proceso hacia el fomento de la autonomía
 - Control activo de la vida
 - Integración en la comunidad
 - Promoción del desempeño social
 - Actuar desde el principio de individualización
 - Desde las capacidades de los sujetos y de su entorno
 - Trabajar las expectativas de futuro
- 3.2.- Evaluación de resultados, en términos de
 - Mejora del bienestar y de la calidad de vida
- 3.3.- Metodología de intervención, a partir de la evaluación funcional de las discapacidades y las habilidades
 - Participación activa del sujeto y de los “cuidadores” (Funcionarios de seguridad, Juristas, Trabajadores Sociales, Educadores, Psicólogos y Médicos)
 - Perspectiva interdisciplinar y Coordinación inter-servicios
 - Entrenamiento específico, flexible y contextualizado
 - Evaluación e intervención sobre el ambiente
 - Uso sistemático de los resultados de las evaluaciones

5.3.2.- OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN TRATAMENTAL EN EL MII: ROL Y FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

Como decíamos, sólo a través de una intervención coordinada, continuada y multidisciplinar se garantiza la máxima eficiencia de los recursos disponibles en la implementación, puesta en marcha y buena continuidad del PAIEM, por lo que el presente recurso, debido a que la implantación del PAIEM cuando comenzó el trabajo, se ceñía a las actuaciones médico psiquiátricas llevadas a cabo en el módulo 16 o enfermería, tuvo como propósito central actuar a dos niveles:

- **A.- Desde la psicología de la salud:** y sus implicaciones de cara a la necesidad de asumir el rol de la coordinación multidisciplinar de los recursos tratamentales implicados en el programa (médicos, psiquiátricos, psicológicos, educativos, jurídicos, ocupacionales, de reinserción social, etc.). Este rol da fe de cómo una de las funciones básicas de cualquier psicólogo de la salud, debido a su formación y orientación, es la de la coordinación multidisciplinar para la buena interacción y funcionamiento de los distintos niveles de intervención implicados (biológico, psicológico y social) en la intervención en salud mental, en pro del aumento de la eficacia del dispositivo tratamental, en este caso el PAIEM y por tanto, en última instancia, de velar porque las conexiones entre la medicina y las ciencias del comportamiento, se hagan efectivas.

A partir de los siguientes objetivos generales

1.- Obtención de datos cualitativos y cuantitativos, en torno a la relación entre carga actual de morbilidad de la enfermedad mental en el centro (incidencia, prevalencia, evolución, etc., y previsiones de aumento), en relación a los recursos disponibles, para darles respuesta, así como la urgencia de actuar con intervenciones eficaces.

¿De qué recursos reales dispone el PAIEM para hacer frente a las necesidades detectadas?

¿En qué medida se están cubriendo efectivamente esas necesidades?

¿Dónde se localizan los desfases más significativos?, y por tanto...

¿Cuál es la población más desasistida?

2.- Consensuar necesidades para dar respuesta a las dificultades más significativas detectadas, a partir del siguiente criterio:

La uniformidad y la coordinación de recursos y de prácticas de salud mental en el ámbito del Centro Penitenciario, no sólo ante las carencias y necesidades detectadas, sino ante el previsible aumento de la carga psiquiátrica.

Y los siguientes objetivos específicos:

3.- Coordinación médico-psiquiátrica: detección y notificación (derivación a los servicios médicos) de posibles casos en el M-11.

4.-Coordinación con el Trabajador Social del Equipo de Tratamiento: Asistir en la reinserción psicosocial del interno, con especial énfasis en la fase de des-institucionalización (transición centro-calle). Refuerzo con terapia de mediación familiar, en los casos en los que proceda.

5.- Coordinación con el Educador del Equipo de Tratamiento: Conocer cualquier dato de la situación penal que puede estar afectando al interno. Conocer su nivel de participación y motivación ocupacional con respecto a los diferentes recursos del centro, así como cualquier incidencia acontecida en la vida cotidiana en el módulo.

6.- Coordinación con la psicóloga del Equipo de Tratamiento: Orientar, en caso de que así se requiera, sobre el estado del interno en cualquiera de los niveles de la intervención.

- **B.- Desde la psicología clínica y la terapia psicológica:** Buscando una clínica más integradora y social, a partir del apoyo a la rehabilitación (individual y/o grupal), de forma complementaria al tratamiento con psicofármacos, puesto que el recurso parte de la consideración de que el trastorno mental no sólo se reduce a una enfermedad sino que es muchas cosas más, y lo más importante a nuestro parecer, es que en última instancia produce deterioro y sufrimiento psicosocial. Por tanto, partiendo del presupuesto de que la conducta (en este caso disfuncional) no puede desarraigarse del contexto de intervención, el dispositivo propone nuevas fórmulas de atención clínica que prioricen el restablecimiento y el fortalecimiento de las redes y del apoyo social de los sujetos, en aras de intervenir el estigma y la discriminación causantes del deterioro y sufrimiento social que sufren.

A partir de los siguientes objetivos,

1- Trabajar de forma grupal la conciencia de enfermedad y la adhesión al tratamiento de los internos asignados al programa, como forma de promover la autonomía, a partir del fomento del pensamiento reflexivo y de la creatividad, incluyendo terapia individual de refuerzo en aquellos casos en los que, tras la demanda del interno, se valore necesario.

2.- Diseño y puesta en marcha de un dispositivo asistencial, a partir de:

2. 1.- Recogida de datos para la detección de necesidades y prioridades de intervención (expertos, fichas PAIEM, fuentes secundarias, otros)

2. 2.- Búsqueda de consenso sobre la selección de los candidatos y las características del tratamiento

2. 3.- Evaluación clínica: elaboración de Historias Clínicas (con los datos procedentes del historial psiquiátrico de Enfermería, así como tras la entrevista clínica). Administración de cuestionarios (MMPI-II, en los casos en que se estime necesario). Re-formulación de Diagnóstico (ídem)

2. 4.- Evaluación psicosocial de los candidatos: evaluación de capacidades y discapacidades (re-administración fichas PAIEM y evaluación en consulta)

2. 5.- Definición operacional de problemas a intervenir

2. 6.- Definición de objetivos terapéuticos, generales y específicos

2. 7.- Definición del plan de intervención:

- Descripción de estrategias terapéuticas:

Dinamización grupal: fomento de la autonomía personal a partir de la participación en actividades de ocio, cultura y tiempo libre en el recinto, dirigidas a la promoción de las habilidades interpersonales, el pensamiento reflexivo y el pensamiento creativo.

Tratamiento individualizado de refuerzo a la dinamización grupal (en los casos en que se estime necesario).

Resocialización: derivación a recursos socio-sanitarios.

- Descripción de técnicas de intervención

2. 8.- Diseño de un plan multidisciplinar de evaluación y seguimiento

6.- TEMPORIZACIÓN

6.1. IMPLEMENTACIÓN DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL: ETAPAS

Aunque la intervención se ha prolongado hasta agosto de 2011 (actualmente continúo desempeñando la función, como trabajadora de una ONG que realiza su actividad en el CPC), el trabajo de prácticas se realizó a lo largo de unas 200 horas aprox., distribuidas de la siguiente forma: 17 semanas, cada una de ellas con tres días de ocupación, Martes, Miércoles y Jueves, en jornadas de 4 horas, de 9h-13h. Las etapas que se reflejan en este documento definen el proceso completo de prácticas, y dejan al margen la actividad que he continuado desarrollando hasta el momento actual, momento en el que el dispositivo creado se va a incorporar de forma inminente al protocolo de actuación del PAIEM del Centro, por lo que su responsabilidad pasará a ser asumida por una psicóloga de prisiones. El comienzo del Practicum tuvo lugar el día 15 de Septiembre de 2010 y finalizó el 1 de febrero de 2011 (descontando el periodo vacacional de las Navidades).

Fases del dispositivo asistencial



PRIMERA FASE: Creación y Diseño del Servicio (Septiembre 2010-Octubre 2010)

A.1. La recogida de datos. Análisis y evaluación de necesidades: Establecimiento de prioridades y recursos. Elaboración de Costes: 2 semanas.

A.1.1. Diseño de Investigación: *Datos secundarios:* fichas PAIEM (valoración de capacidades y discapacidades), historial clínico-psiquiátrico y diagnóstico psiquiátrico de los enfermos asignados. Asimismo, se recogió información del departamento de Administración, relativa a datos estadísticos, de gestión y técnicos, del CP y de la enfermería del centro. *Encuestas a expertos:* personal sanitario, psicólogos, trabajadores y educadores sociales del centro, funcionarios de módulo. El tema por su complejidad, no se prestaba al uso de técnicas analíticas específicas aunque en cambio, sí pudo beneficiarse de los juicios subjetivos de la base de expertos que desarrollan su actividad laboral diaria en el CPC, no ya sólo en el ámbito de la salud mental.

A.1.2. Establecimiento de prioridades para la planificación de las acciones de intervención: Las entrevistas realizadas tuvieron la finalidad de encontrar un consenso, aplicando un modelo para la evaluación de las necesidades que informe, por contraste de lo que hay, de lo que debería haber, por lo que debido a las características de la intervención, entre otras, la necesidad real de que comience a funcionar para comenzar a dar respuesta a las demandas en salud mental no cubiertas, se hizo uso de una perspectiva pragmática, que por encima del criterio de seguridad científica, permitió conocer, no ya sólo cómo se encuentra la acción en salud mental en el momento actual, sino cómo debería estar en el futuro (entendiendo que la acción futura es de mejor calidad que la presente).

Los problemas y las necesidades consensuadas que se establecieron, entre todos los miembros del colectivo, fueron:

1.- Falta de dispositivos sociales de atención y de tratamiento especializado a los internos con trastorno mental en el Centro Penitenciario, lo que demandaba de una acción de intervención urgente en la atención a estos internos, en base a las mejores soluciones (bajo coste, alto impacto y factibilidad).

2.- Falta de coordinación entre los recursos asistenciales existentes en el Centro Penitenciario, por sobrecarga laboral.

3.- Definir y diseñar la intervención lo antes posible, a partir de la coordinación eficaz de los recursos psicosociales con los que la institución cuenta, en base a los siguientes objetivos:

3.1.- Velar por el bienestar y la protección del interno con trastorno mental como línea estratégica que define el PAIEM, en cuyo marco se situaba la intervención.

3.2.- Consolidar una efectiva coordinación de las actividades entre las diferentes áreas de intervención para lograr el máximo rendimiento de los recursos. Establecer una agenda de trabajo consensuada.

3.3.- Consensuar la propuesta de tratamiento especializado, en torno a la definición del Plan de Intervención, en base a las características de dificultad de los internos derivados, que forman parte del programa:

- Objetivos terapéuticos, generales y específicos.
- Selección, descripción e implementación de estrategias terapéuticas
- Selección, descripción e implementación de técnicas de intervención.
- Evaluación multidisciplinar -cada 15 días-.

A.1.3. Estimación de recursos y de costes para la puesta en marcha del proceso: personales, equipamientos, materiales, etc...

A.2. Diseño del servicio (2 semanas), a partir del establecimiento de tres líneas transversales:

A.2.1. Atención a los profesionales de la institución penitenciaria:

A.2.1.1. Dirección y Subdirección de Tratamiento

A.2.1.2. Funcionarios (guardia) de Módulo 11, Trabajadores Sociales y Educadores.

A.2.1.3.: Internos: auxiliares de Enfermería asignados (sistema de registro y de notificación, protocolos de actuación, etc.). Ordenanza de módulo 11. Internos usuarios con trastorno mental.

A.2.2. Atención al interno-usuario: diseño del programa de dinamización psicosocial: actividades de formación, entrenamiento en habilidades cognitivas e interpersonales, información de recursos y ayudas sociales, terapia ocupacional, Psicoeducación, etc.

A.2.3. Atención al núcleo familiar del interno: Diseño de actuaciones de acompañamiento terapéutico así como de apoyo psicosocial, en los casos que se considerara oportuno, etc.

SEGUNDA FASE: Puesta en marcha del dispositivo asistencial: (Octubre 2010-Enero 2011). 12 semanas.

- B.1.-Elaboración de la documentación e informes necesarios.
- B.2.-Re-formulación de un diagnóstico clínico y psicosocial del interno usuario.
- B.3.-Desarrollo y ejecución de las acciones
- B.4.- Establecimiento de mecanismos de información para la evaluación permanente.
- B.5.- Seguimiento y evaluación de resultados.

TERCERA FASE: Evaluación de los resultados: (Enero 2011-Febrero 2011). 1 semana. Este trabajo de evaluación se fue solapando, a partir de sus diferentes mecanismos de recogida de datos, con el mismo desarrollo del tratamiento, lo que permitió que éste pudiera ir adecuándose a los feedbacks, aumentando con ello su eficacia en base a su flexibilidad. Sin embargo, fue en la última semana, cuando se realizó la puesta en común y el análisis de los datos recogidos a lo largo de todo el proceso, tal como se incluye más adelante.

6.2.- CUADRANTE

La jornada semanal quedó planificada de la siguiente forma:

MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
9'00-9'45 Reunión de Coordinación Equipo Módulo11	9'00-10'15 Despacho. Gestiones semanales.	9'00-10'00 Coordinación Equipo Médico M-16.
10'00-11'30 TRATAMIENTO GRUPAL MÓDULO 11	10'30-12'00 TRATAMIENTO MÓDULO 11	10'00-11'30 TRATAMIENTO GRUPAL MÓDULO 11
11'45-12'30 TERAPIA INDIVIDUAL DE REFUERZO	12'15-13'00 Coordinación Internos Auxiliares enfermería asignados. Funcionarios	11'45-13'00 TERAPIA INDIVIDUAL DE REFUERZO
12'30-13'00 REUNIÓN SUBDIRECTORA TRATAMIENTO-TUTORA		

PARTE II: DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

1. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

La característica principal del tratamiento psicológico que se ha llevado a cabo en el Módulo 11 del Centro Penitenciario de Córdoba, es la de ser una intervención de tipo grupal, complementaria al tratamiento médico psiquiátrico, destinada a la “Rehabilitación Psicosocial” y por tanto a la promoción de un nivel de autonomía en el paciente con trastorno mental asignado al programa, que le permita atender los asuntos de la vida cotidiana en el CP de la forma más autónoma posible.

Conviene traer de nuevo aquí lo que apuntábamos en apartados anteriores con respecto al paradigma constructivista al que se adscribe este trabajo: su propuesta de que un ser humano no actúa sólo bajo el dictado de los otros o de su naturaleza, sino que también interpreta su realidad, interacciona con ella y la problematiza, a partir de cada situación y de cada contacto. Efectivamente, frente a otros modelos reduccionistas de la locura, pensamos que al aceptar el desafío de ir más allá de lo que las personas somos hacia lo que podemos llegar a ser, es decir, de promocionar la salud, debemos atender a los fenómenos mentales en términos de procesos pragmáticos e intersubjetivos, y apuntar hacia la capacidad que existe en todo ser humano y que le permite orientarse hacia el desarrollo de su proceso de integración social de la forma más saludable posible, definida en sus propios términos.

Por tanto, el objetivo terapéutico prioritario a cumplir, es el de desarrollar una intervención eficaz hacia la promoción de la integración social de cada uno de estos internos dentro del propio centro, y en concreto dentro del Módulo 11, en el que todos ellos conviven junto al resto de compañeros, individuos que no presentan estas dificultades. Además, teniendo en cuenta que el Módulo 11 está estructuralmente organizado como un módulo de semi-respeto (con actividades modulares, es decir, que presenta características similares a, un nivel fáctico, a las de un Módulo de respeto: ver epígrafe 2 *Programas Tratamentales*) dentro del Centro Penitenciario, el programa ha buscado que los internos usuarios logren adquirir y mantener mayores cotas de autonomía para afrontar su participación en las tareas y actividades de la vida cotidiana en el módulo, y en el Centro, de la forma más normalizada posible, junto a sus compañeros. A medio plazo, se espera que esta normalización actúe como un factor positivo en la evaluación del interno por el Equipo y la Junta de Tratamiento, a la hora de una posible solicitud de permiso en aquellos casos en lo que se cumplan los requisitos penales. De tal forma que, uno de los objetivos más ambiciosos propuestos, es la obtención de permisos terapéuticos por alguno de los usuarios del dispositivo, que le permita lograr mayores avances terapéuticos en la conquista de su autonomía, a partir de estrategias plenas de resocialización.

En este empeño hacia la promoción de habilidades del usuario en el contexto y retos de la vida cotidiana, se ha considerado oportuno trabajar a lo largo de todo el proceso terapéutico en aras de la eficacia, desde un enfoque que propicie un marco paciente-terapeuta de confianza, cercanía, libertad, ausencia de autoritarismo y, siguiendo a Coderch, de “(...) valoración de las asociaciones e ideas del paciente no ya como distorsiones asociadas a la transferencia sino como aportaciones útiles, a la

manera de Racker, quien señaló ya en 1957 de forma adelantada a su tiempo, los beneficios que se derivaban de que el proceso terapéutico transcurriera dentro de una relación de simetría e igualitarismo”, con el fin de promocionar procesos autorreflexivos como herramientas de respuesta a los desafíos que la realidad cotidiana del Centro, con sus peculiaridades y dificultades propias del internamiento prolongado, les está demandando.

2.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Aunque el objetivo rehabilitador psicosocial de mejora y el fomento de la autonomía, es de forma abstracta la meta global de la intervención, es necesario distinguir tres pilares de competencia básicos que el tratamiento debe cubrir, de forma ideal...

- Mejora de la autosuficiencia para vivir en comunidad: en los diversos contextos del Módulo 11: habitación, comedor, sala de día, sala de tratamientos, patio, búnker, etc., así como en las zonas comunes del Centro Penitenciario, tales como campo de fútbol, gimnasio, patios comunes, huerto, pabellón sociocultural, etc.
- Mejora de los aspectos positivos de cada interno y de sus recursos personales.
- Capacitación individual hacia la mejora de las discapacidades.

... para definir en términos psicológicos los principales problemas que presentan los internos objeto del tratamiento, a la par que de forma operacional y detallada las prioridades y los objetivos terapéuticos, a partir de la información proveniente de las siguientes fuentes de datos:

Características clínicas del interno (psiquiátricas y médicas: Nivel de estabilización PAIEM)

Calidad de respuesta al tratamiento médico y farmacológico

Evaluación psicológica (entrevista clínica: anamnesis y exploración)

Evaluación de habilidades y discapacidades de la ficha del PAIEM

Calidad de respuesta a otros tratamientos rehabilitadores

Características de la red de apoyo del interno, dentro y fuera del Centro Penitenciario.



Del análisis de la información recogida, se establecen los siguientes objetivos, generales y específicos, del tratamiento:

- a) **Objetivos generales:** dirigidos al aumento de la calidad de vida, autonomía y capacidad de manejo del entorno del interno:

Mejora del autocuidado.

Disminución de la anhedonia y la falta de interés por el medio.

Mejora del autocontrol en las relaciones del interno con los demás.

Alivio de los déficits cognitivos.

Identificación de los factores de riesgo de la enfermedad mental y disminución de las recaídas.

Control del consumo de tóxicos.

Control del riesgo de conductas hetero-agresivas o auto-lesivas.

- b) **Objetivos específicos:** estos son algunos ejemplos:

Que el interno se tome la medicación correctamente

Que sepa detectar y notificar su sintomatología

Que se duche diariamente

- Que tenga la habitación limpia y ordenada
- Que amplíe su círculo de amigos
- Que participe de alguna actividad del centro (deportiva, ocupacional)
- Que demande los recursos sociales y de salud del centro
- Que maneje bien el peculio
- Etc....

3. TIPO DE SESIONES

3.1. INTRODUCCIÓN A LAS SESIONES

En función de la relación establecida entre las demandas y los recursos del centro, así como tomando en cuenta las características y el nivel de funcionamiento psicosocial de los sujetos a intervenir (el desarrollo de su vida cotidiana en un Módulo de semi-respeto como es el M-11 de Evaluación Continua), desde una línea estratégica de intervención basada en la protección del interno y de su bienestar, se consensúa (Subdirectora de Tratamiento, Equipo de Tratamiento -psicólogos, educadores y trabajadores sociales-, personal médico e internos usuarios) una acción terapéutica grupal (sin perjuicio de realizar intervenciones individuales de apoyo y refuerzo al tratamiento, en aquellos casos en los que, a partir de las demandas de los propios usuarios, se evalúe necesario), que permite la maximización de la rentabilización de la relación coste/beneficio.

Este formato de tratamiento grupal se caracteriza básicamente por:

La participación de 8 internos con trastorno mental del Módulo 11, derivados al dispositivo por los servicios médicos tras recibir el alta médica, y consensuados por el Equipo de Tratamiento, en 7 actividades terapéuticas semanales programadas en sesiones diarias, de Lunes a Viernes, de 60-90m* a lo largo de las 12 semanas que dura el tratamiento.

* (Excepto la tabla de gimnasia)

En cuanto a las intervenciones individuales, siempre tras la evaluación del caso a partir de la solicitud del propio interesado, el programa se compone por sesiones de 30 m. aprox. una vez por semana. Están dirigidas a dar apoyo al interno en su proceso de integración psicosocial con respecto al resto de compañeros del grupo terapéutico, por lo que su fin es el de ser complemento a la intervención grupal de forma específica en aquellas áreas de mayor dificultad detectadas en el usuario. Fundamentalmente las sesiones se dirigen al entrenamiento en habilidades socio-cognitivas y a dar un refuerzo en Psico-educación (debido a la problemática específica de estos internos, algunos de ellos con enfermedad dual, siempre es apropiado trabajar para reforzar las habilidades cognitivas y la Psicoeducación, ya que este aspecto afecta a todas las otras dimensiones del paciente).

**Diagnóstico Psicopatológico (DSM-IV-TR) en los internos
asignados al Tratamiento**



3.2. CUADRANTE DEL PROGRAMA: FORMATO DE SESIONES Y ACTIVIDADES

Antes de proceder al desglose y a la explicación de las actividades de tratamiento que componen las distintas sesiones del programa de intervención, se recogen en la siguiente tabla semanal, que permite dar una idea más exacta de la organización del tiempo del interno, en el marco del recurso:

ITEMS de la Tabla:

- 1.- Actividades,
- 2.- Duración de las Sesiones y Temporalización semanal,
- 3.- Recursos (personales y materiales) asignados para cada actividad.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
<p>Ejercicios matutinos 9'30-10'00h. Gimnasio del Módulo 11 Coordinación: Interno Auxiliar de Enfermería</p>		<p>Ejercicios matutinos 9'30-10'00h. Gimnasio del Módulo 11 Coordinación: Interno Auxiliar de Enfermería</p>		<p>Ejercicios matutinos 9'30-10'00h. Gimnasio del Módulo 11 Coordinación: Interno Auxiliar de Enfermería</p>
<p>Fichas y Juegos Didácticos 10'30-12'00 Sala Verde Módulo 11 Coordinación: Educadora M-11</p>	<p>Técnicas de Relajación y Meditación guiada 10'00-11'30 Sala Azul Módulo 11 Coordinación: Cruz Mañas, psicóloga en Prácticas</p>	<p>Salida al Campo de Fútbol del centro/Huerto 10'30-12'00 Coordinación: Cruz Mañas, psicóloga en prácticas</p>	<p>Arteterapia Sala Verde Módulo 11 10'00-11'30 Coordinación: Cruz Mañas, psicóloga en prácticas</p>	<p>Vídeo Forum 10'30-12'30 Sala de Día y Pabellón Sociocultural Coordinación: Educadora Módulo 11</p>
	<p>Terapia individual de refuerzo 11'45-12'15 Sala de Tratamiento Módulo 11 Responsable: Cruz Mañas, psicóloga en prácticas</p>		<p>Terapia individual de refuerzo 11'45-12'45 Sala de Tratamiento Módulo 11 Responsable: Cruz Mañas, psicóloga en prácticas</p>	
		<p>Taller de Manualidades 17'00-18'00h Taller de carpintería, Módulo 11. Coordinación 2 Internos auxiliares de enfermería</p>		<p>Taller de Manualidades 17'00-18'00h Taller de carpintería, Módulo 11. Coordinación 2 Internos auxiliares de enfermería</p>

* Hay un Taller optativo de “Coro de Villancicos” los sábados por la tarde, al que se ha apuntado un interno del grupo. Esta actividad está coordinada por el interno ordenanza del Módulo 11.

4.- DESGLOSE DE LAS ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y CARACTERÍSTICAS

4.1. FICHA TÉCNICA DE LAS ACTIVIDADES

1.- Gimnasia Matutina

Temporización y duración de las sesiones: lunes, miércoles, viernes. 9´30´10´00h.

Contenidos: Breve tabla de gimnasia de calentamiento

Recursos: Gimnasio del Módulo 11. Colchonetas del Pabellón deportivo (responsable deportivo de Módulo). Monitor de gimnasia.

Coordinación: Interno auxiliar de Enfermería asignado al programa.

Objetivos terapéuticos: Educación en Hábitos Saludables, Autocuidado y Autoestima.

2.- Taller de Fichas y Juegos didácticos

Temporización y duración de las sesiones: Lunes, 10´30-12´00h

Contenidos: Juegos de mesa, y fichas didácticas: jeroglíficos, sopas de letras, fichas para colorear, crucigramas, etc.

Recursos: Sala Verde de actividades del Módulo11. Fichas didácticas y Juegos de mesa

Coordinación: Educadora Social Módulo11

Objetivos Terapéuticos: Apoyo socio- cognitivo e Integración social, Reinserción (integración).

3.- Taller de Relajación

Temporalización y duración de las sesiones: Martes, 10´00-11´30

Contenidos: Técnicas de relajación y de meditación.

Recursos: Sala Azul Módulo11. Colchonetas del Pabellón Sociocultural. Equipo de Música del Módulo11.

Coordinación: Cruz Mañas, responsable del programa. Alumna de psicología en prácticas.

Objetivos Terapéuticos: Hábitos Saludables, Autocuidado, Autoestima. Fomento de la reflexión.

4.- Taller de Manualidades

Temporalización y duración de las sesiones: Miércoles y Viernes, 17'00-18'00h

Contenidos: Bricolaje y Manualidades de Navidad: Christmas y figuras del Belén.

Recursos: Taller de Carpintería y Bricolaje del Módulo 11. Materiales.

Coordinación: 2 auxiliares de enfermería asignados al programa.

Objetivos Terapéuticos: Autoexpresión, Ocupación, Apoyo Socio-cognitivo e Integración Social, Apoyo de habilidades socio-cognitivas y manuales. Autoestima.

5.- Arteterapia

Temporalización y duración de las sesiones: Jueves, 10'00-11'30.

Contenidos: Lectura de Poemas, Elaboración de Collage, Dramatización teatral y Canto.

Recursos: Sala verde Módulo 11. Libros y revistas de la biblioteca del Módulo. Cartulinas

Coordinación: Cruz Mañas, responsable del programa. Alumna de psicología en prácticas.

Objetivos Terapéuticos: Autoexpresión. Fomento del Diálogo y Habilidades interpersonales. Fomento de la Reflexión. Apoyo Socio-cognitivo e Integración social.

6.- Vídeo Forum (Salidas al Pabellón Sociocultural)

Temporalización y duración de las sesiones: Viernes, 10'30-12'30.

Contenidos: Películas de apoyo a las actividades del taller de arteterapia. Debate tras el visionado.

Recursos: Sala de Día Módulo 11. Sala verde Módulo 11. Sala del Pabellón Sociocultural (previo permiso de Tratamiento). Películas del centro.

Coordinación: Educadora Social Módulo 11, acompañada de los dos Internos Auxiliares de Enfermería asignados al programa.

Objetivos Terapéuticos: Autoexpresión. Hábitos saludables. Fomento de la reflexión y el diálogo. Inserción social.

7.- Salidas al Campo de Fútbol (y/o visita al Huerto Ecológico)

Contenidos: Paseos por el campo de fútbol. Gimnasia de calentamiento. Juegos de pelota.

Temporalización y duración de las sesiones: Miércoles, 10'30-12'00h

Recursos: Campo de Fútbol del Centro Penitenciario. Material deportivo: balones, etc.

Coordinación: Cruz Mañas, responsable del programa. Alumna de la UOC de psicología en prácticas. Dos internos Auxiliares de enfermería asignados.

Objetivos: Hábitos saludables. Autocuidado y autoestima. Apoyo socio-cognitivo e integración social.

8.- Terapia Individualizada o Psicoterapia, de Apoyo al tratamiento grupal (sólo tras previa solicitud y valoración del interno)

Temporalización y duración de las sesiones: martes, de 11´45-12´15, y jueves de 11´45-12´30. Estas sesiones se dividen a su vez en (aprox.):

- 15 m-20 m para Psicoeducación y
- 15 m-20 m para entrenamiento en habilidades sociales.

Responsable: Cruz Mañas, Alumna de psicología en prácticas.

Objetivos: Apoyo al tratamiento grupal, interviniendo en los déficits de habilidades detectados.

PSICOTERAPIA

Tratamiento cognitivo conductual individualizado		
Psicoeducación: Conciencia de enfermedad y Adhesión al tratamiento. Promoción del Autocuidado	Habilidades socio-cognitivas: Desarrollo de competencias interpersonales	Estrategias y Técnicas individualizadas en función de la sintomatología clínica

4.2. CONTENIDO DE LAS ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO

Estas actividades de tratamiento pueden clasificarse en función de la prioridad de los objetivos terapéuticos que cubren, aunque no obstante cabe puntualizar que este criterio no es sino una forma apropiada de trabajar sistemáticamente la recogida de información de cara a la evaluación de resultados, pues al margen de esta consideración, no debemos olvidar que un tratamiento psicológico es un proceso complejo en el que todas las acciones implicadas interactúan a distintos niveles y en los diferentes ámbitos del ser humano:

Actividades de Rehabilitación Especializada:

Al definir la rehabilitación como “especializada” pretendo hacer hincapié en el aspecto de que está exclusivamente diseñada para el tratamiento de los déficits más severos que presenta la población diana objeto del tratamiento y promocionar los recursos. En concreto, estas actividades se dirigen fundamentalmente a la evitación de los efectos nocivos del internamiento prolongado y sus interacciones con las dificultades mentales previas que presentan estos internos, así como a la mejora de habilidades adaptativas desde el fomento de la autonomía. Para conseguirlo se ha trabajado en estas tres líneas trasversales y en sus conexiones: la autoexpresión, la ocupación, los hábitos saludables:

- **Objetivo principal:** La Autoexpresión. Actividades: Arteterapia. Vídeo Forum. Estas actividades buscan como objetivo enseñar a hacer un uso de la “palabra” recuperando su sentido terapéutico, como vía de expresión de uno mismo y de encuentro con el otro a partir del diálogo. Estas cuestiones ponen de relieve la relación paciente-terapeuta en tanto que agente curativo en sí misma, a la par que cuestionan el setting controlado del psicoanálisis clásico, pues aquí la verdadera expresión se promueve a costa de reducir la distancia analítica al mínimo indispensable, para construir una comunicación empática y mutuamente comprensiva y por tanto la construcción de una relación, a nuestro parecer, verdaderamente terapéutica, a la manera de la que informa el *Psicoanálisis Relacional*.
- **Objetivo principal:** La Ocupación. Actividades: Taller de manualidades. El objetivo se dirige fundamentalmente a usar de forma terapéutica los recursos del módulo, interviniendo en los déficits del paciente. Por tanto se trata de actividades dirigidas a compensar las dificultades cognitivas, perceptivas y motoras de cara a que los internos alcancen un mayor grado de funcionalidad, y por tanto de autonomía en sus actividades diarias en el Centro. Para ello se ha trabajado especialmente en el desarrollo de una conciencia de pertenecer al grupo terapéutico y en el logro de la implicación activa y voluntaria en las actividades del Módulo 11, a partir del refuerzo grupal, buscando siempre la satisfacción y la autoestima personal.
- **Objetivo principal:** Hábitos Saludables (Nivel físico y socio-emocional). Actividades de tiempo libre: Salidas al campo de fútbol. Gimnasia Matutina. Salidas al huerto ecológico. Taller de Relajación. Vídeo Forum. La terapia ha girado en torno a tres ejes fundamentales: 1.- Conciencia de enfermedad mental, tratamiento farmacológico y drogas. 2.- Hábitos saludables en la vida diaria: higiene, alimentación y otros. 3.- Importancia de las actividades al aire libre. Para trabajar estos ejes, la intervención ha puesto el énfasis en los siguientes valores: Fomento del ejercicio físico. Sensibilización con respecto a la higiene corporal y de la habitación, así como en zonas comunes del centro. Ayuda al desarrollo de la personalidad y del sentido crítico. Que aprendan a valorar características personales y de los demás tan importantes como: el esfuerzo, el ingenio, la simpatía, la afectividad, la comprensión, la tolerancia, el respeto, la igualdad, etc.

Actividades para la reinserción social

Estas actividades, se conciben como una extensión del tratamiento a las diversas situaciones cotidianas del interno, y por tanto buscan sobre todo su normalización en los diversos espacios de la vida diaria en el Centro Penitenciario, ya sea en el módulo o en los espacios comunes. Por eso el objetivo fundamental es el de apoyar los comportamientos de forma contextualizada, ya sea en el contexto de un proceso de solicitud de recursos del centro a los funcionarios con una instancia, o p.e. a la hora de mantener su espacio de habitación en las condiciones oportunas de higiene para la convivencia. El objetivo más ambicioso que se ha contemplado, es el de la obtención del permiso terapéutico.

- **Objetivo principal:** La Integración y el Apoyo social. **Actividades:** Vídeo Forum. Taller de Manualidades. Arteterapia. Salidas al campo de Fútbol. Estas actividades se conciben como sesiones en las que contextualizar y poner en práctica las habilidades del propio interno o bien aquellas otras en proceso de adquisición, a partir del tratamiento. Son fundamentalmente actividades dirigidas a fomentar el desenvolvimiento personal en habilidades interpersonales: manejar el peculio, comprar en el economato, hacer buen uso de los espacios públicos del Módulo, protocolo de demanda de los dispositivos de salud y de otros recursos del centro, saber expresar y saber hacerse entender ante los demás, dialogar, etc.
- **Objetivo principal:** El Autocuidado y la Autoestima. **Actividades:** Ejercicios matutinos. Taller de Relajación y de Meditación. Salidas al campo de Fútbol. La idea es ayudar a los internos a que se provean de unos cuidados que aseguren su calidad de vida, así como asegurar la continuidad de esos cuidados estableciendo unos hábitos saludables. P.e. apoyar que se sientan bien consigo mismos y con su cuerpo. Reforzar la autoestima como vía para que no se dejen llevar por los demás y que no sean fácilmente influenciados. También se ha considerado una acción de éste área, el refuerzo individual a la adhesión a los tratamientos farmacológicos, a partir de psico-educación, en los casos que se considere oportunos.

Actividades para el Apoyo socio-cognitivo

Estas actividades terapéuticas pretenden intervenir en el desarrollo de los internos desde una visión psicológica en la que se ponen de relieve las transformaciones cognitivas y afectivas esenciales, a la par que desde aquellos otros componentes sociales implicados. Para ello, se ha considerado necesario favorecer la reflexión y la autocrítica como vía del fomento por parte de los internos, del respeto hacia la diversidad de maneras de ser y de pensar, cuidando evitar especialmente comentarios que propicien la burla hacia los compañeros del grupo. Se ha trabajado en especial la observación y el diálogo, como un medio para contrastar el análisis y la reflexión en tanto que habilidades que se desarrollan en la medida en que se ejercitan. El programa de tratamiento ha propuesto un conjunto de textos cuya lectura individual fue imprescindible para la adquisición de los conocimientos y la discusión argumentada; por esta razón, ha sido conveniente propiciar la elaboración de registros y de síntesis de la Información, a través de los cuales cada interno ha podido expresar de manera fundamentada sus ideas ante el grupo, sus puntos de vista y conclusiones sobre los temas trabajados.

- **Objetivo principal:** La Reflexión y la Autocrítica: **Habilidades** emotivo-cognitivas y manuales. **Actividades:** Vídeo Forum. Juegos y fichas didácticas. Taller de manualidades. Taller de relajación. Arteterapia. Se ha buscado que los internos

comprendan la importancia de la autorreflexión y de la exploración como mecanismos que le permiten avanzar en sus procesos de identificación o diferenciación con “los otros”. Este objetivo se ha enriquecido con la incorporación del uso de otros recursos del programa tales como el cine, la literatura, etc., con la finalidad de que los usuarios tengan más elementos para fundamentar sus puntos de vista sobre los temas que hemos abordado.

- **Objetivo principal:** El diálogo. Las Habilidades Interpersonales. Incremento del Apoyo Social. Actividades: Vídeo Forum, Arteterapia. Salidas al campo de fútbol y al Huerto Ecológico. Se trata de que los internos desarrollen habilidades para establecer una comunicación eficaz con los compañeros en tanto que sujetos que tienen opinión y explicaciones propias, y que comprendan la posible influencia de los procesos mentales idiosincrásicos, en las dificultades que enfrentan en su desarrollo cotidiano.

Atención Individualizada

Como se ha comentado, el objetivo principal de este recurso ha sido la atención individualizada concebida como apoyo al trabajo de grupo, en aquellos casos, que tras previa solicitud por parte del usuario, se evalúe necesaria. La sesión se ha desarrollado en franjas de media hora por interno aprox., dividida en dos bloques de 15 minutos aprox., cada uno de ellos dirigido a:

- **Objetivo Principal:** La Psicoeducación. Su objetivo es la prevención de recaídas desde el apoyo a las habilidades socio-cognitivas implicadas tanto en la conciencia de la enfermedad mental como en la adhesión al tratamiento farmacológico, para minimizar las vulnerabilidades asociadas al trastorno, posibles de originar futuras recaídas. Fundamentalmente se ha trabajado en el usuario el reconocimiento de su cuerpo y mente, y del funcionamiento de ambos, tratando de establecer una valoración positiva y de promover su autocuidado, además de proporcionar información comprensible acerca de su trastorno psiquiátrico. Los puntos manejados han sido desde el autocuidado e higiene personal hasta la prevención de la ansiedad y la depresión.
- **Objetivo principal:** El apoyo en habilidades socio-cognitivas. Fundamentalmente esta sesión ha consistido en el entrenamiento teórico y práctico en aquellas habilidades implicadas en la mejora de competencias interpersonales. Los puntos a tratar consistieron en dar un repaso detallado a qué son estas habilidades y para qué sirven, hasta trabajar algunas técnicas básicas de entrenamiento de forma más detallada como el manejo correcto de la distancia interpersonal, el contacto ocular, la escucha activa, el saber seguir instrucciones y pedir y prestar ayuda, así como saber expresar los sentimientos y emociones.

5.- LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y LA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

Por la naturaleza del PAIEM, en tanto que marco legal socio-sanitario en el que se ubica este recurso asistencial, el tratamiento sólo se ha podido aplicar en aquellos internos, que previamente estabilizados (Nivel 1 y/o 2 del PAIEM) han sido derivados desde la enfermería del Centro Penitenciario, por lo que todos los sujetos a los que se les apli-

có este tratamiento de rehabilitación psicosocial, han sido internos que cuentan con un diagnóstico psiquiátrico previo (llevado a cabo por la psiquiatra del S.A.S que pasa consulta cada Jueves en la Enfermería del Centro) y que se encuentran actualmente compensados según criterio médico-psiquiátrico, por lo que no presentaban en el momento de comenzar el programa ninguna sintomatología que interfiriera o pusiera interferir significativamente (NIVEL 3 ó deficiente, del PAIEM) con el tratamiento de rehabilitación psicosocial. Así mismo, el control clínico de estos internos, básicamente su adhesión al tratamiento farmacológico, se ha realizado diariamente por los funcionarios asignados al Módulo 11 que son quienes administran la medicación –junto al personal de enfermería que se desplaza al módulo-, así como puntualmente por el personal médico facultativo (que acude semanalmente al Módulo) en los casos en que el enfermo así lo ha solicitado o bien por derivación (equipo de tratamiento, funcionarios de seguridad, internos auxiliares de enfermería, interno ordenanza del Módulo, etc).

Por tanto en este apartado lo que se ha hecho ha sido proceder a la elaboración de:

1.- Entrevista clínica y análisis de otras fuentes de información con el fin de confirmar el diagnóstico psicopatológico, así como de obtener un conocimiento amplio de la historia del sujeto evaluado que permitiera profundizar en el conocimiento y en la evaluación de las variables de tipo psicosocial (Apoyo social y familiar, historia laboral, historia académica, habilidades y déficits socio-cognitivos, etc).

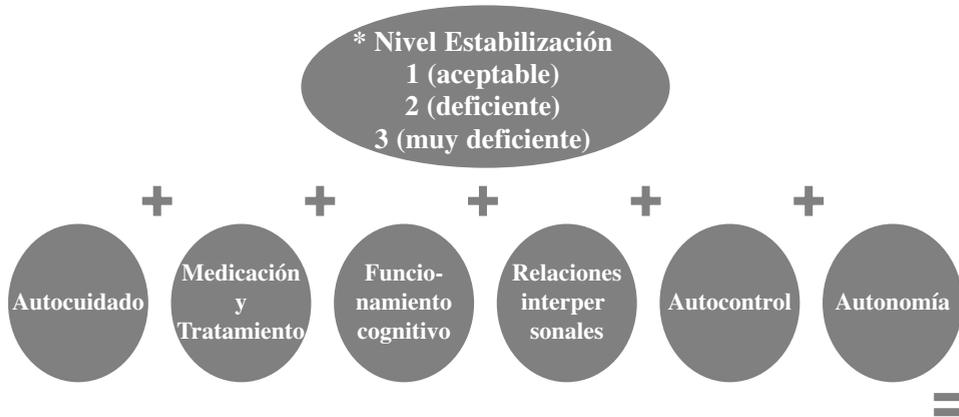
En concreto, junto a los datos recogidos de la anamnesis y de la exploración clínica, se han manejado los procedentes de:

- La información recogida en el Historial Psiquiátrico de cada interno asignado al programa,
- Los criterios del equipo de Tratamiento del Centro: Psicóloga, Educadora social y Trabajador social del Módulo 11.
- La observación directa.
- Fuentes de información secundarias (internos) a lo largo de la jornada diaria.
- El manual diagnóstico DSM-IV-TR
- Otras fuentes (familiares, principalmente)

2- Elaboración de un diagnóstico psicosocial en habilidades y dificultades socio-cognitivas y motoras (actividades de la vida diaria en el centro) a partir del Cuestionario PAIEM tras una primera semana de observación del interno. Además, estos datos se han comparado con los proporcionados por los aportados por la evaluación de Enfermería en el 2009. Estas fichas del PAIEM permiten diagnosticar con claridad los recursos y problemas del interno de una forma concreta y específica, por lo que son de suma validez a la hora de describir los objetivos terapéuticos y de evaluar su cumplimiento, pues nos ofrecen datos no sólo acerca de qué conductas requieren modificación sino también, a qué nivel.

Evaluación psicológica de Habilidades y Discapacidades

* criterios PAIEM



5.1.- LA EVALUACIÓN CLÍNICA

5.1.1. LA ENTREVISTA CLÍNICA: EJEMPLO

A continuación, se incluye un ejemplo de Entrevista Clínica con el objetivo de mostrar su importancia como herramienta de evaluación a la hora de confirmar el diagnóstico psiquiátrico del paciente asignado al recurso experimental, así como de valorar su estado actual. Además, su inserción en este documento permite la valoración de los pasos seguidos en la Anamnesis y en la Exploración. Sin embargo, es importante señalar que los datos incluidos han sido simulados con el fin de preservar el anonimato y asegurar con ello el derecho a la intimidad del paciente real evaluado.

A.- ANAMNESIS

Tal como se ha comentado, el paciente llega derivado de la consulta de enfermería por el coordinador sanitario encargado del PAIEM, previo diagnóstico clínico psicopatológico y estabilización de NIVEL 1 y/o 2.

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos: Usuario X
- Sexo: Varón
- Edad: 22
- Estado civil: soltero
- Profesión o actividad: actividades relacionadas con el trabajo de la tierra
- Lugar de residencia: Algún lugar del sur de España
- Nivel educacional: finalizó sus estudios durante el segundo curso de la ESO
- Nivel cultural: medio- bajo
- Nivel socioeconómico: medio

Situación actual: El paciente se encuentra internado en el Módulo 11 del Centro Penitenciario de Córdoba tras ser derivado de la Enfermería en donde ha estado varios meses hasta estabilizarse en su problema mental. Lleva ya varios años cumpliendo condena (ingresó por primera vez en prisión en otro centro del sur de España por un delito contra la salud), y por ahora no está próxima su fecha de salida. Describe la relación con respecto a su entorno familiar como buena, sin problemas, especialmente con sus padres y alguna de sus hermanas. Así mismo, dice no tener problemas en la cárcel porque no tiene ni busca tener amigos "... te acaban engañando (...) prefiero estar solo, que me dejen". El año anterior a la última crisis vivía en una ciudad andaluza en el domicilio familiar. Dice que gastaba dinero compulsivamente. Hoy en día dice sentirse arrepentido y se enfrenta al futuro con ansiedad porque dice temer no hacer algo útil con su vida.

Enfermedad actual: El paciente se encuentra estabilizado. El último diagnóstico proporcionado por Enfermería es de hace ya varios meses y apunta a un trastorno mental del Eje I, aunque en su historial psiquiátrico aparece un primer diagnóstico elaborado hace ya varios años, en una unidad de urgencias mental en la que el paciente precisó ingreso. Allí el psiquiatra de urgencias le diagnosticó un Trastorno del eje I y uno mixto del eje II. Sus varios episodios agudos desde entonces, caracterizados por síntomas tales como escuchar voces aunque "... a la mañana siguiente se habían ido" están asociados con acontecimientos estresantes externos o bien con la ingesta de sustancias tóxicas, tal como el paciente relata.

Tratamientos recibidos y resultados: El paciente fue tratado en la unidad de urgencias mencionada con anti-psicóticos, ansiolíticos y antidepresivos, aunque no obstante, acabó abandonando el tratamiento farmacológico. En el último año, la psiquiatra de la enfermería del Centro Penitenciario le ha cambiado el tratamiento, al retirarle los antidepresivos, cambio con el que dice sentirse bastante bien, tanto que incluso el médico responsable de la enfermería le propone rebajarle progresivamente la dosis, ante su apreciable mejoría, idea ante la que el paciente dice mostrarse muy ansioso "por miedo a encontrarme de nuevo nervioso". Por otro lado, el interno refiere no haber recibido nunca tratamiento ni terapia psicológica. Cuenta una experiencia breve de hace años en la que una psicóloga intentó hacer de mediadora familiar, lo que "no entendí demasiado bien... no venía a cuento". Ante la idea del tratamiento que se le propone, no parece muy entusiasmado, aunque tampoco se niega. Dice que tal vez le pueda venir bien para "entretenerse y pasar las horas", porque aún le queda condena por delante que cumplir.

Antecedentes médicos: El paciente dice no haber tenido ninguna enfermedad, a excepción de su trastorno mental. No obstante, da cuenta de varias intoxicaciones con sustancias, así como un par de accidentes de tráfico por los que tuvo que estar ingresado en el hospital. Asimismo, no padece alergia ni otras enfermedades de nacimiento. Finalmente, relata que fue hospitalizado de pequeño para ser intervenido quirúrgicamente de un problema en un ojo, del que a día de hoy no ha quedado evidencia.

Hábitos: Es fumador de más de un paquete al día de tabaco. Consumidor habitual de alcohol. Comenzó a fumar siendo adolescente. Más adelante se iniciaría en el consumo de otras sustancias tóxicas. Comenta que le encanta gastar dinero. Disfruta también de la velocidad, a pesar de que le han multado ya varias veces. Le gusta mucho

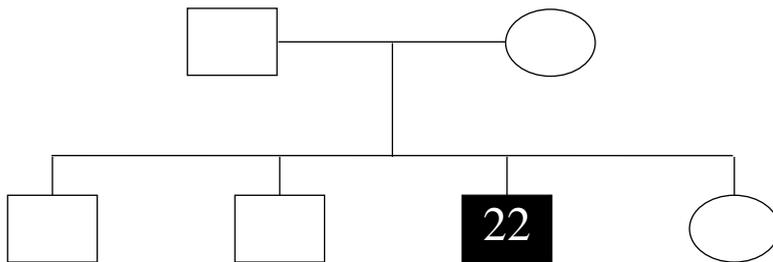
componer música de estilo contemporáneo, a veces la escucha hasta altas horas de la noche, a pesar de las quejas de los vecinos y de sus padres.

Historia personal: El paciente relata que su madre no le ha comentado que su embarazo y parto fueran problemáticos. Ni le ha señalado, que tuviera de niño algún tipo de dificultad. Asimismo, expresa haber crecido en unas relaciones y entorno familiar cálido, sin grandes problemas. Dice que en la escuela, siempre fue un niño problemático porque "... nunca me ha gustado estudiar... de hecho, no terminé los estudios... nunca he terminado nada de lo que he empezado". Dice que desde joven se ha sentido diferente, como si la gente no le comprendiera, por lo que optó por ser una persona solitaria. En cuanto a ocupación laboral dice sentirse a gusto con ciertos tipos de trabajo relacionados con la tierra. Relata haber tenido a lo largo de su vida muchas peleas por la traición de gente que decía ser su amiga. Expresa que él tampoco es de fiar cuando le viene el enfado.

Historia sexual: Dice haber mantenido varias relaciones importantes con mujeres, con una de las cuales ha vivido un año. No obstante, la relación termina por que él la acaba dejando, porque dice que "siempre me pasa igual... no puedo controlarme... no puedo dejar de ser infiel... me aburro enseñada". Por otro lado, no teme a las consecuencias de no practicar sexo seguro. El interno no cree que le pueda pasar algo a él.

Historia Familiar:

Genograma



El padre tiene ya cierta edad, al igual que la madre. Ambos están sanos, aunque la madre padece algún tipo de alergia. Es el tercero de cuatro hermanos, con sólo una hermana, más o menos de su edad, que también vive en casa de sus padres. Mientras que a los dos hermanos mayores, parece haberle ido muy bien, a los dos más pequeños (a él y a su hermana), no tan bien, según cuenta el propio paciente. No hay antecedentes en la familia de trastorno mental, aunque refiere que tenía un tío, un primo de su madre, que era muy excéntrico y que se suicidó siendo aún joven.

B.- EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: para evaluar el estado actual del interno.

Contacto: Sintónico

Aspecto: Cuidado

Actitud: Colaboradora

Conducta: Organizada

Sin alteraciones de la Conciencia

Orientado espaciotemporalmente

Sin deterioro cognitivo (Buena memoria inmediata, reciente y remota. Buena capacidad de atención y de concentración).

Leve agitación psicomotriz: inquietud. Durante la exploración, está con los puños cerrados. A veces se cruza los brazos y se los agarra mostrando tensión.

Lenguaje coherente, sin alteraciones en la forma ni el contenido, aunque con tendencia a interrumpir y cuando se da cuenta, se para.

Humor eutímico: No se aprecian graves fluctuaciones en el estado de ánimo, aunque el sujeto se muestra ansioso. Respecto al estado de ánimo, dice haber estado el fin de semana “triste... pero luego me levanté muy bien, aunque no sé porqué (...) es que mi vida es así... no puedo fiarme de mí”.

No se aprecia un trastorno formal del pensamiento. No hay ideación delirante aunque cuenta que tiene ideas auto-lesivas. Ahora expresa sentirse bien, como nunca. Sin embargo, se aprecia una autoestima baja, pues se reprocha de continuo no ser capaz de terminar nada de lo que comienza. Además, expresa cierta despersonalización, en el sentido de que dice que “me siento a mí mismo como un extraño”.

Sin presencia de alucinaciones.

No alteraciones cualitativas del sueño.

Buen apetito.

Sin quejas somáticas

Adhesión al tratamiento farmacológico y conciencia de enfermedad. Buen insight.

5.2.- EL DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL

5.2.1. PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL: EL CUESTIONARIO PAIEM

El cuestionario del PAIEM es una ficha que recoge, para su evaluación, una serie de habilidades y de dificultades socio-cognitivas y motoras para acometer las actividades de la vida diaria en el entorno institucionalizado de un Centro Penitenciario, por parte de los internos con trastorno mental.

Los recursos y los déficits de cada usuario, se diagnosticaron de una forma concreta y específica tras una primera semana de observación del interno, antes de completar la ficha. A estos datos se le sumaron los recogidos en la entrevista clínica, junto a los proporcionados por las fichas del PAIEM del año 2009. Toda esta información permitió describir los objetivos terapéuticos de forma general y detallada, pues no sólo especificaban qué conductas requerían modificación sino también, a qué nivel.

A continuación se incluye un ejemplo de evaluación psicosocial basado en los ítems del cuestionario del PAIEM, es decir, en el listado de las habilidades y dificultades detectadas, de forma individualizada, en virtud de las cuales se han trabajado en última instancia los objetivos de grupo, tras poner en común los puntos fuertes así como los problemas detectados de forma más significativa, en los distintos usuarios del programa de tratamiento.

5.2.2. EJEMPLO DE VALORACIÓN PSICOSOCIAL CON EL CUESTIONARIO PAIEM

Se pasa a hacer el listado por áreas de competencia, de las capacidades y de los déficits, que incluye la ficha de Habilidades y Discapacidades del PAIEM:

1.- Autocuidado: aseo, vestido, alimentación, sueño, limpieza de habitación, cuidado de sus cosas personales.

2.- Autonomía: Para desenvolverse en el centro y en libertad ¿maneja bien sus recursos? ¿Demanda la atención de profesionales? ¿Participa en actividades? ¿Sabe ser autónomo en los permisos?

3.- Autocontrol: valorar factores de riesgo asociados a crisis (adicción a sustancias, episodios de hetero-agresividad, auto-agresividad, capacidad de manejar la ansiedad, autorrelajación, control del pensamiento.

4.- Relaciones interpersonales: valoración de la red social del enfermo (en el centro y fuera). Si está aislado o participa en actividades comunes.

5.- Funcionamiento cognitivo: Capacidad para hablar, expresarse, iniciar conversaciones, si tiene dificultades de atención, percepción, concentración, memoria y capacidad de afrontamiento personal (resolución de conflictos, dificultades y problemas, toma de decisiones).

6.- Medicación y Tratamiento: Medicación y tratamiento: conciencia de enfermedad, aptitud ante el tratamiento y adherencia o rechazo.

A continuación, se transcribe un cuestionario estándar PAIEM.

Ficha PAIEM EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES

	FECHA. NIVEL		
1.- Autocuidados:			
• Higiene personal	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Higiene de la celda	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Hábitos de alimentación	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Cuidado de las cosas personales	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
2.- Autonomía personal:			
• Manejo del peculio	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Utilización de los recursos del centro			
o Profesionales	Frecuente	Poco frecuente	No
o Actividades	Frecuente	Poco frecuente	No
• Autonomía en libertad			
o Para coger transportes	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
o Para ir al trabajo o consulta médica	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Capacidad para realizar trámites burocráticos	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
3.- Autocontrol:			
• Manejo de situaciones de estrés	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Heteroagresividad (física y/o verbal)	No	Antecedentes	Actual
• Autolesiones	No	Antecedentes	Actual
• Riesgo de suicidio	No	Antecedentes	Actual
• Adicciones	No	Antecedentes	Actual
4.- Relaciones interpersonales:			
• Red social en el centro	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Red social en libertad	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Interés en participar de actividades grupales	Aceptable	Deficiente	Muy Deficiente
• Aislamiento	No	Antecedentes	Actual

Continúa en la página siguiente

<p>5.- Funcionamiento cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para hablar • Claridad del habla • Capacidad para iniciar conversaciones • Capacidad de atención y percepción • Capacidad para la resolución de problemas 	<p>Aceptable</p> <p>Aceptable</p> <p>Aceptable</p> <p>Aceptable</p> <p>Aceptable</p>	<p>Deficiente</p> <p>Deficiente</p> <p>Deficiente</p> <p>Deficiente</p> <p>Deficiente</p>	<p>Muy Deficiente</p> <p>Muy Deficiente</p> <p>Muy Deficiente</p> <p>Muy Deficiente</p> <p>Muy Deficiente</p>
<p>6.- Medicación y tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de enfermedad • Actitud ante el tratamiento • Responsabilidad en la toma de medicación 	<p>Aceptable</p> <p>Aceptable</p> <p>Aceptable</p>	<p>Deficiente</p> <p>Deficiente</p> <p>Deficiente</p>	<p>Muy Deficiente</p> <p>Muy Deficiente</p> <p>Muy Deficiente</p>

Se incluye a continuación, el ejemplo de evaluación psicosocial del caso abordado en la entrevista clínica. Este ejemplo permite ver la forma en que se han manejado los datos aportados por el cuestionario en coordinación con los de anamnesis y la exploración, para definir los objetivos terapéuticos individuales de cada usuario, objetivos que, tal como se ha comentado, posteriormente han servido tras su análisis, para el diseño los objetivos de la intervención grupal.

INTERNO: Usuario X

Habilidades: Uso de algunos de los recursos del Centro. Buena capacidad para hablar e iniciar conversaciones. Solicita los recursos del centro: en concreto ver al médico porque le preocupa una bajada de la medicación. Mantiene comunicación de forma continua con algunos parientes. Buena autonomía. Capacidad media de resolución de problemas. Buena conciencia de enfermedad mental y buena adhesión al tratamiento.

Discapacidades: Autocontrol deficiente (antecedentes de episodios de autolesiones en el centro sin llegar a ser intentos autolíticos). Ideas extrañas autolesivas. Antecedentes de abuso de drogas. Le cuesta a veces seguir el hilo de las conversaciones. Tensión muscular. Tendencia al aislamiento. Le quedan varios años para acabar la condena. Ansiedad ante la bajada posible del tratamiento farmacológico.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

Mejora del autocuidado promocionando el autocontrol como vía de prevención de posibles comportamientos auto-agresivos. Técnicas de relajación y de meditación guiada.

Psico-educación (drogas y enfermedad mental). Se recomienda tratamiento individual de refuerzo a la terapia grupal.

Apoyo de los procesos cognitivos de atención, tales como el refuerzo de sus habilidades interpersonales (Apoyo socio-cognitivo). Arteterapia.

PARTE III: DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD

1. DERIVACIONES DEL DISPOSITIVO DE SALUD: LA COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR

Tal como se podrá apreciar, en esta parte del trabajo nos vamos a centrar en transcribir y analizar lo que ha dado de sí el trabajo terapéutico, debido a que el rol de coordinación se resume principalmente, toda vez pormenorizado su funcionamiento y modos de actuación, en aportar los datos relativos al número de derivaciones realizadas, no ya sólo en número de casos detectados y notificados al servicio médico de la enfermería, sino en aquellos otros casos cuya idiosincrasia demandaba la actuación de otros elementos del sistema de tratamiento, asignado para tal fin. Por tanto, se trata aquí y ahora de enumerar el número de ingresos en la enfermería que el dispositivo indirectamente, ha llevado a cabo, a lo largo de las 17 semanas del trabajo de prácticas, así como el resto de los casos que han necesitado de una intervención coordinada efectiva entre recursos. Finalmente, cabe decir que este trabajo no hubiera sido posible sin la participación de los funcionarios de módulo, quienes han colaborado plenamente en la detección de posibles casos, así como de los internos auxiliares de enfermería asignados al programa, y del ordenanza de módulo. También ha sido fundamental, por razones obvias, la coordinación con el médico del módulo, pues los casos que no requerían de una evaluación psiquiátrica, fueron evaluados y tratados directamente por el servicio médico del M-11.

Los datos relativos a las derivaciones que el dispositivo ha llevado a cabo a largo de estos tres meses han sido:



Asimismo, todos los usuarios del programa han visto trasladadas sus problemáticas (de tipo penal, ocupacional, de reinserción, etc.) a los distintos recursos del equipo de tratamiento: educadora, trabajadora social y psicóloga. En algunos casos, se ha considerado necesario una coordinación, Centro Penitenciario-dispositivos sociosanitarios comunitarios. En concreto, ha habido una coordinación del dispositivo con un centro de barrio de servicios sociales, así como con un recurso de tutela infantil de la Junta de Andalucía.

Por tanto, una vez aportadas las cifras, vamos a continuar centrándonos en la actividad terapéutica que se ha desarrollado a lo largo de estas semanas, y en concreto, se propone el desglose detallado del desarrollo de una de las actividades llevadas a cabo.

Los datos con los que se acompaña la descripción de estas sesiones proceden de la transcripción del diario de campo en el que se ha ido recogiendo la información (de cara al sistema de evaluación), una información que a su vez se va a ir completando con los detalles específicos de las distintas técnicas con las que se ha trabajado, a diferentes niveles, a lo largo de esta jornada de tratamiento seleccionada.

2. LA ACTIVIDAD TERAPÉUTICA: EJEMPLO DE TALLER DE RELAJACIÓN Y DE MEDITACIÓN

Ficha Técnica

Temporalización y duración de las sesiones: Martes, 10'00-11'30

Contenidos: Técnicas de relajación y de meditación.

Recursos: Sala Azul Módulo 11. Colchonetas del Pabellón Sociocultural. Equipo de Música del Ordenanza del Módulo 11.

Coordinación: Cruz Mañas, responsable del programa. Alumna UOC de psicología en prácticas.

Objetivos Terapéuticos: Conducta Autorreflexiva, Autocontrol, Autoestima, Autocuidado, Hábitos Saludables.

Esta sesión corresponde al Taller del último día del tratamiento completo, el Martes 1 de febrero de 2011, y que marcó el colofón de lo que han sido estas sesiones, y todo el programa, desde que comenzó el tratamiento.

Programa de la Sesión: 90m

“El águila y la gallina”, 30m

Técnicas de respiración, 10m

Meditación guiada, 20m

Conclusiones, 30m

2.1. EL ÁGUILA Y LA GALLINA

A).- ¿Por qué el águila y la gallina? Marco interpretativo de la sesión grupal

La utilización de historias con fines pedagógicos y curativos tiene su origen en tiempos remotos –p.e., todos conocemos a través de la Biblia el uso que Jesús hacía de las parábolas para dar a conocer su mensaje–. Mención aparte merecen las fábulas, en las que los animales sustituyen a los humanos para mostrarnos enseñanzas resumidas en una moraleja final. Son tantas las ventajas de la utilización de las metáforas con el fin de resolver problemas psicológicos, que podríamos extendernos aquí más de lo que corresponde.

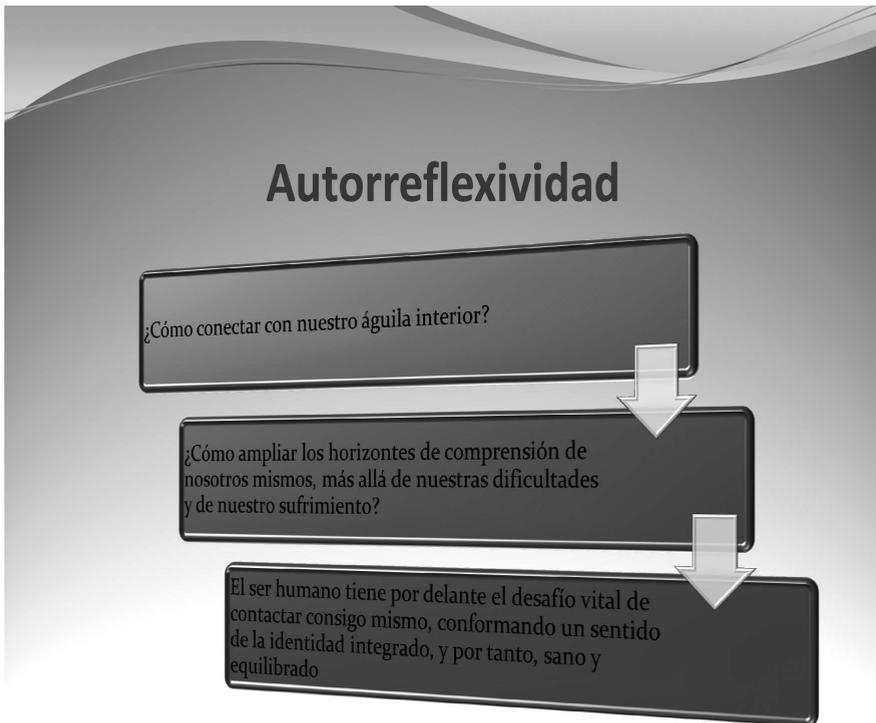
La metáfora que a continuación se relata, pretende crear el marco interpretativo apropiado para la jornada, a la par que busca desarrollar en los usuarios del programa de tratamiento, estrategias que les puedan resultar útiles y efectivas en su vida cotidiana, en virtud del aprovechamiento de su enorme carga de significado. Así la idea metafórica escogida está orientada a que los internos progresen en la consecución de los objetivos terapéuticos que más adelante se detallan, objetivos que directamente se proponen al grupo como herramienta para guiar la reflexión.

B).- Guión

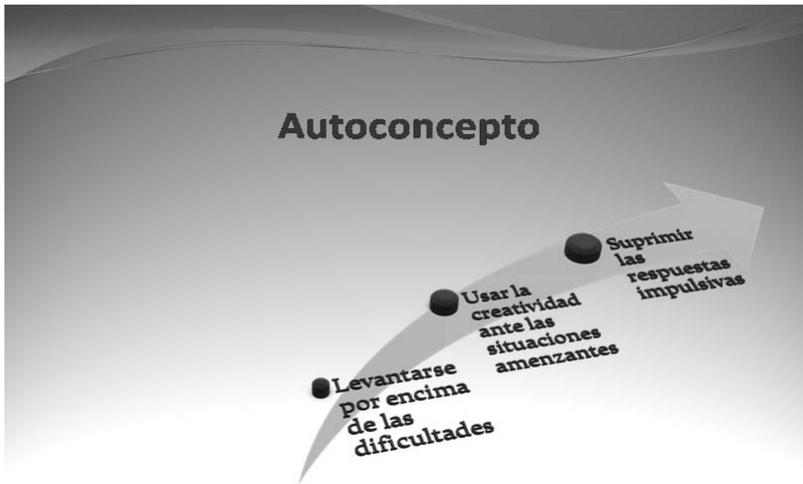
La metáfora cuenta la historia de un águila criada gallina. La historia a la que pertenece, forma parte de la historia de la independencia de Ghana, un país del África Occidental convertido en colonia inglesa (antes portuguesa) desde 1895 hasta 1925. De tal contexto de descolonización proviene esta historia recogida por Leonard Boff (1998) de forma magistral quien nos cuenta cómo James Aggrey, uno de los líderes locales, consiguió convencer a los principales líderes africanos de la necesidad de un gobierno de autogestión por encima de la continuidad al sometimiento inglés. El argumento narra la historia de un polluelo de águila malherido que fue encontrado en el bosque por un campesino quien lo llevó a vivir con el resto de sus gallinas y a comer de su mismo pienso hasta lograr recuperarlo, para acabar el ave haciéndose allí adulta. Al cabo de los años un naturalista apareció por el corral y reconoció al águila entre las gallinas, de lo que advirtió al campesino quien le contestó que al ser criada gallina, nunca más volvería a ser águila. No obstante, el naturalista se empeñó en que la haría volar con el argumento de que al ser un águila, más tarde o más temprano emprendería el vuelo. Sin embargo, los primeros intentos fueron frustrantes, pues el águila siempre acababa por volver junto a las gallinas, hecho que daba la razón al campesino, para quien el águila había perdido su condición natural en virtud de la crianza que él le había proporcionado. No fue hasta el tercer intento en el bosque, alejados ambos de la ciudad, que el águila al mirar fijamente al sol y al reconocer su naturaleza de águila, echó a volar. James Aggrey acabó exhortando a sus hermanos y hermanas ghaneses a recuperar su condición dormida de águilas, situación que les permitiría no volver a contentarse con revolver los granos que los demás les arrojaban a los pies.

C).- Objetivos Terapéuticos a trabajar (son explícitamente comentados a los usuarios, como una guía comprensivo-reflexiva de la terapia).

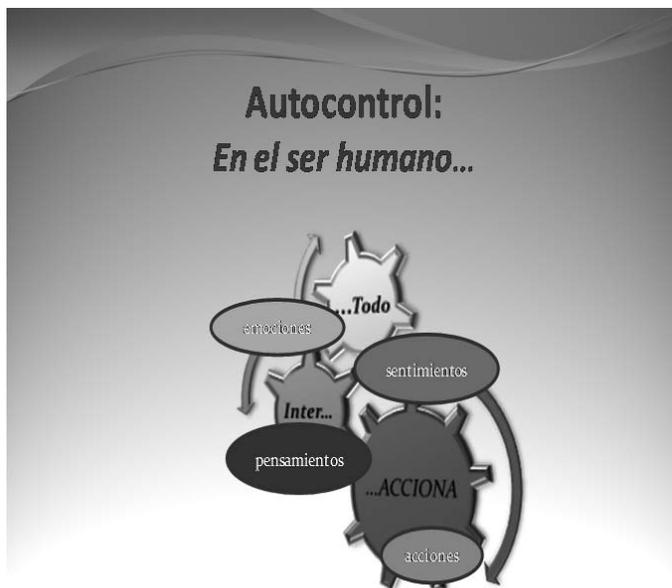
a) Autorreflexividad y Autocontrol: El Águila y la Gallina, son una metáfora de las dos dimensiones fundamentales de la existencia. La dimensión del apego a lo cotidiano, lo limitado (la gallina y las dificultades) y la dimensión de la apertura, la creatividad y lo ilimitado (el águila y los recursos por descubrir); La pregunta es... ¿Cómo equilibrar estos dos polos? ¿Cómo lograr la transformación de aquellas dificultades que nos impiden mirar hacia el cielo y volar? ¿Cómo conectar con nuestra águila interior? ¿Cómo despertarla hasta ampliar los horizontes de comprensión de nosotros mismos, más allá de las dificultades? Todo coexiste e interacciona dentro del sistema complejo que es el ser humano, por lo que el ser humano debe tratar de contactar con sí mismo e integrar en un todo, emociones, pensamientos, acciones, conformando así un sentido de la identidad sano y equilibrado.



b) Autoestima y Autoconcepto: Esta historia nos aporta elementos de reflexión y de estímulo. Evoca dimensiones profundas de la identidad, indispensables para el proceso de realización humana. Refuerza la motivación hacia el cambio terapéutico, el sentimiento de autoestima, la capacidad de levantarse por encima de las dificultades, nos estimula a hacer uso de la reflexión y de la creatividad ante las situaciones amenazantes, por encima de las respuestas impulsivas... Y allá donde miremos, encontraremos la dimensión gallina y la dimensión águila: tierra y cielo, cuerpo y alma, realidad y sueño, conducta e idea, necesidad y aspiración, fijación y apertura, dificultad y recurso, dogmatismo y creatividad, dependencia y libertad.



c) Afrontar la frustración: Hacer convivir al águila y a la gallina dentro de cada uno de nosotros: he aquí la cuestión. Hay que buscar el camino integrándolas. Es entonces que surge la síntesis y la cura. Si permitimos reducirnos a simples gallinas, seguiremos encerrados en nuestro pequeño mundo de intereses y deseos, pero tampoco podemos excluir a la gallina que hay en nosotros en tanto que somos seres concretos e históricos. Debemos reconocer nuestro arraigo a la tierra, a una historia (biografía) y a un contexto concreto. De igual forma, tampoco debemos olvidar nuestra apertura al futuro, proyectos y recursos infinitos o nuestra águila. Seamos por tanto, realistas y utópicos, enraizados a lo concreto y abiertos al aprendizaje y a la transformación... Al desafío



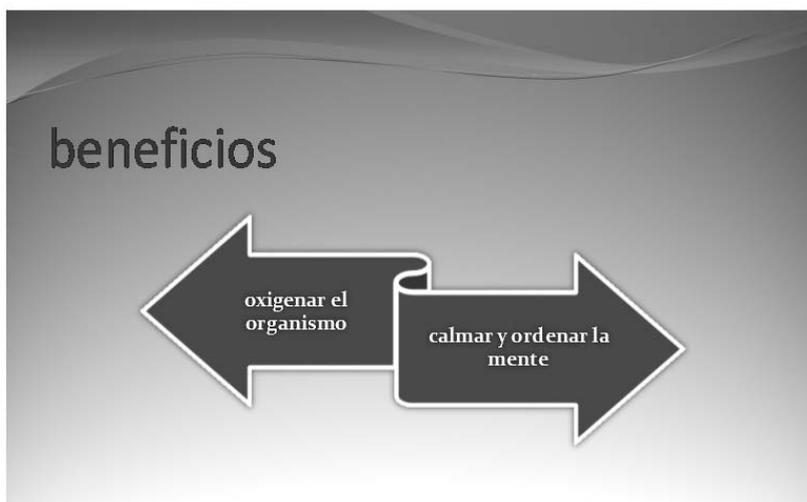
d) Autocuidado y Hábitos Saludables: Dentro de nosotros están los recursos para cuidarnos y para encontrar las soluciones más eficaces a nuestras dificultades, y por eso, somos continuamente desafiados a liberar el águila que habita en nosotros, para ampliar con ello el sentido de nuestras vidas. Y como en cualquier tarea de la vida, hay un riesgo, pero también hay conquistas. Al superar obstáculos y transformarnos al conquistar nuestros ideales, nos vamos convirtiendo en los héroes de nuestra propia historia. En ese camino, todos los seres humanos se enfrentan con el desamparo, pero lo que cuenta no son las cosas que nos suceden sino nuestra forma de interpretarlas y nuestra consecuente reacción hacia ellas, y en ese momento existen varias posibilidades de reacción porque en toda crisis también aguarda una oportunidad, aunque podemos no afrontar el desamparo culpando a los demás de nuestra situación y no asumiendo la responsabilidad de nuestra conducta, o podemos aceptar el desafío al que nos reta este desamparo y crecer con él. Podemos aceptarnos y querernos, porque tenemos la capacidad y los recursos para cuidarnos, dentro de nosotros mismos... Sólo es cuestión de ir conquistándolos, desde una sana relación que se actualiza momento a momento.

e) Dar refuerzo al taller de los jueves de *Autoexpresión y Habilidades sociales*: Las distintas sesiones fueron concebidas no como bloques independientes o estancos, sino como elementos en relación de interdependencia y por tanto con capacidad de retroalimentarse con el fin de potenciar las posibilidades terapéuticas de las distintas actividades, y por ende, de todo el programa, en tanto que sistema global.

Lo cierto es que en nuestra historia fue fundamental que el águila encontrase a un campesino que le pudiera salvar y le procurara en definitiva, estar sana... Del mismo modo que fue fundamental que alguien como el biólogo reconociese y despertase a la gallina-águila para conectarla con la semilla de su identidad, con él mismo y con sus recursos... Con ello queremos señalar que es necesario que reflexionemos acerca de la importancia de la empatía y de la solidaridad en la construcción de nuestra identidad como individuos. Los seres humanos debemos ir completando y construyendo progresivamente nuestras vidas, ayudándonos unos a otros, en una interdependencia con los demás (no dependencia).

2.2. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN

Uno de los ejercicios de control de la respiración más básicos que se emplean en Yoga es Anuloma Viloma, también llamada la respiración alterna, cuya técnica se describe más abajo. Al igual que otras técnicas de Pranayama, es una respiración profunda y consciente y su práctica sirve para oxigenar el organismo y, al mismo tiempo, calmar y ordenar la mente, aquietar el sistema nervioso. Anuloma Viloma regula el flujo respiratorio por las dos fosas nasales que, a menudo, se encuentra alterado debido a una mala alimentación, el consumo de tabaco o un estilo de vida sedentario (Calle, 2005. pp. 65-67).



A pesar de todas las ventajas que ofrece esta respiración, el objetivo principal que a nuestro parecer cumple esta técnica es que debido a su cierta complejidad, aunque parezca contradictorio, a un nivel muy básico la persona que la ejecuta debe estar concentrada mientras la está practicando (debe contar mentalmente los segundos durante el proceso inspiración-espирación), y además debe a la par situar los dedos pulgar, índice y corazón sobre las fosas nasales de forma alterna, por lo que este procedimiento requiere de una concentración mínima que permite de forma progresiva enfocar la mente en la tarea, abstrayéndola así de los estímulos distractores del ambiente, con lo que conseguimos poco a poco ir calmándola, a la par que conectar con *el aquí y el ahora*. Esta posibilidad que ofrece la técnica es especialmente importante en nuestro contexto de trabajo puesto que las condiciones medioambientales del módulo del Centro Penitenciario (a pesar de que el grupo dispone de una habitación independiente para la actividad), no son las ideales, pues es usual la interferencia del sistema de megafonía o del ruido de fondo del resto de internos que se encuentran en las dependencias aledañas.

Aunque la técnica original, es más refinada, en el taller, hemos trabajado con una versión más sencilla con el objetivo último de adaptarla a las características de los internos y de las instalaciones del medio penitenciario. En concreto, la técnica ha sido la siguiente: La persona comienza inhalando por ambas fosas nasales. A continuación se cierra la fosa derecha con el pulgar, índice y corazón doblados, se espira todo el aire por la izquierda y posteriormente se inspira por la fosa izquierda durante tres segundos. Luego, se abre la fosa derecha, se tapa la izquierda con el anular y se espira por la derecha durante seis segundos. Después se inspira por la fosa derecha durante tres segundos, se abre la fosa izquierda, se tapa la derecha con el pulgar y se espira por la izquierda durante seis segundos... El ejercicio se repite tres vueltas y siempre la exhalación dura el doble que la inhalación.

No obstante, a estas alturas del tratamiento en la que nos encontramos en esta sesión transcrita, lo cierto es que los internos ya saben ejecutar la técnica con cierta destreza. Pero además, y lo más relevante de todo, es que no sólo hacen uso de ella

durante las sesiones grupales, sino también en las distintas situaciones a lo largo del día cuando les apremia cierta inquietud o ansiedad, con lo que todos ellos han adoptado como suya la técnica y por tanto, han aprendido el manejo de una herramienta terapéutica sumamente eficaz, consiguiéndose con ello uno de los objetivos específicos a los que aspiraban estas sesiones.

Finalmente es relevante señalar que el propósito central que busca cumplir esta técnica de respiración, es el de calmar la mente a la par que ayudar al interno a detectar las zonas de tensión corporal para poder destensarlas hasta quedar completamente cómodo y relajado de cara a la Meditación. Además, este proceso se va complementando con nociones psicoeducativas relacionadas con las interacciones mente ↔ cuerpo y sus efectos, nociones que sirven como argumentos para que los usuarios vayan a la par reflexionando sobre el hecho de que toda tensión corporal interfiere de una u otra forma en la concentración y en la calma mental y viceversa: toda inquietud mental tensa el cuerpo.

Una vez conseguido el estado de relajación y de calma, pasamos a la siguiente etapa de la sesión.

2.3. MEDITACIÓN GUIADA

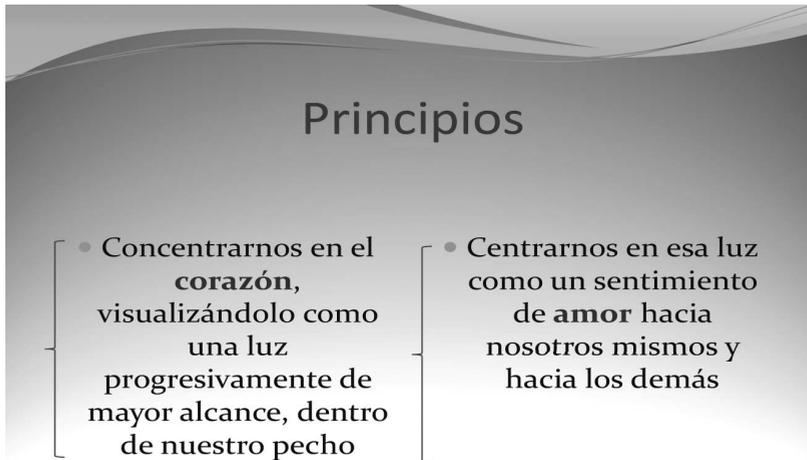
Breve Introducción a la Meditación Guiada de la sesión:

El objetivo de la meditación fue aumentar las potencialidades curativas de nuestra fábula, al permitir, gracias al proceso de apertura que promueve (perceptual, mental y emocional), que su comprensión se complete en cada uno de los usuarios, de forma vívida. Se trata así de provocar con ella la experiencia de un aprendizaje constructivo que permita a cada individuo comprender de manera significativa y por tanto adquirir los principios curativos que encierra el significado de la historia, lo que le permitirá seguir aplicándola a su propio proceso de cambio, más allá del contexto del grupo terapéutico y de la terapia.

Hoy, las imágenes que evoca la historia del águila y la gallina, dieron sentido a la meditación de nuestro taller, porque son sus resonancias en cada uno de nosotros las que protagonizaron la práctica de visualización que viene a continuación.

Si bien comenzamos este martes trabajando como el resto de los días, en un momento dado de la meditación de hoy se incorporaron ciertos elementos de nuestra metáfora al proceso... Con la relajación hemos ido aprendiendo a tranquilizar la mente y a calmar los sentidos así como a destensionar las zonas del cuerpo que presentan rigidez, todo ello como forma de poder experimentar nuestra realidad interna como seres humanos no escindidos, como seres en los que el cuerpo-mente-(corazón) se encuentran reunidos en armonía, como seres completos en estado de unidad. Ahora con la meditación, pudimos profundizar en la experiencia de este estado de unidad que existe dentro de cada ser humano. (*ver imagen en página siguiente*)

Nuestra meditación de los martes, parte siempre de la misma técnica, con el objetivo de que los internos aprendieran a interiorizarla como recurso propio, con la práctica semanal. Sus principios, basados en una técnica sufí apadrinada por Vaughan-Lee, han sido los siguientes: Concentrarnos en el corazón, visualizándolo como una



luz progresivamente de mayor alcance, dentro de nuestro pecho, para centrarnos en esa luz como un sentimiento de amor hacia nosotros mismos y hacia los demás, que mora dentro y de este modo, fundir la mente y sus distracciones en el poder de la luz que emana del corazón. Con los ojos cerrados visualizamos tres objetos, en tres fases diferentes:

- 1.- Nos sumergimos en nuestro interior, en nuestro pecho, cada vez más profundamente. Allí encontramos una luz pequeña, un lugar cálido en el que hay paz, silencio, confortabilidad y amor.
- 2.- Una vez que encontramos ese lugar, nos imaginamos que estamos sentados allí, rodeados de amor y de luz, en una inmensa paz. Somos amados, estamos seguros y protegidos. Todo nuestro ser está allí, nada queda excluido. Allí no hay miedo.
- 3.- Esta es la parte de la meditación que se modifica en cada taller, en función de la historia trabajada.

Y hoy trabajamos la visualización de esa bola de luz y cómo se hace cada vez más grande hasta trascender los límites de nuestro cuerpo y salir de él. Esa luz envuelve nuestros brazos y los alza hasta convertirlos con su haz, en dos extensas alas. Comenzamos a volar... Cada uno planea por donde más cómodo y relajado se siente. Todos los pensamientos que van apareciendo, se funden en el calor de la luz que irradia del pecho, al que el ave sigue conectada desde un hilo de oro. Mantenemos esta visualización unos cuantos minutos más.

- 4.- Desandamos los pasos andados hasta volver a recogerlos en el corazón y una vez allí, lentamente, volvemos a abrir los ojos...
- 5.- Permanecemos en silencio un par de minutos.

3.- CONCLUSIONES

Comentario sobre la dinámica de grupo

Éste es uno de los momentos más importantes de la sesión, puesto que a continuación recogemos y ponemos en común nuestra experiencia individual y la confrontamos con la del resto de los compañeros del grupo, testimonios que sirven a su vez de pilar y fundamento para el sistema de evaluación. Sin embargo, antes de transcribir lo que fue el taller, nos gustaría explicar cuál es la orientación con la que se ha llevado a cabo la dinámica de grupo. En la línea de lo que hemos explicado, al hablar del setting terapéutico y de la relación paciente-terapeuta, el trabajo en las sesiones que componen el programa de tratamiento psicosocial consiste en no sólo guiar al grupo, sino en participar en las dinámicas que dentro de él surgen, a la manera de un participante más. La idea base de este proceder, es fruto de una reflexión acerca de la necesidad de recuperar el sentido de la palabra en la praxis psicoanalítica, como puente entre dos seres en el que uno se transforma a través del encuentro con el otro, a partir del diálogo. Obviamente estas cuestiones ponen de relieve la relación paciente-terapeuta en tanto que agente curativo en sí misma, y siguiendo a Coderch (2009), cuestionan el setting controlado del psicoanálisis clásico dirigido a reducirla al mínimo indispensable, trabajando la distancia analítica. Por lo que cualquier actitud de reserva, frialdad, ausencia de sentimientos y simpatía o de imperturbabilidad que pueda constituir un impedimento para construir una comunicación empática y mutuamente comprensiva y por tanto la construcción de una relación terapéutica, no será bienvenida, mientras que todo rasgo específico de una relación igualitaria que permita una relación humana sobre la que descansa la posibilidad de ayudar al paciente, es concienzudamente fomentada y buscada. Se trata así de,

“(...) desterrar el concepto tradicional de conflicto intrapsíquico de lucha entre pulsiones (agresivas o libidinales) que buscan descargarse, y las defensas que se oponen a tal descarga, por otro enfoque que permite el establecimiento de relaciones personales de cuidado y afecto, de sinceridad e intercambio mutuo, de atención a las necesidades del paciente, es decir, se trata del concepto de relación como agente curativo en sí misma.”, Coderch, 2009.

Recogida de Feedbacks

El objetivo de prestar atención a los feedbacks en este último taller, no es ya tanto el de tomar decisiones de continuidad o de cambio del tratamiento con el propósito de trabajar por la mayor eficacia terapéutica desde su integración e interpretación con respecto al resto de datos del sistema de evaluación. Aunque obviamente esta actividad es fundamental en todo tratamiento, y así se recoge en este documento más adelante en virtud de la importancia que se le otorga a la evaluación de datos, debido a la circunstancia de que éste taller se corresponde con la última sesión de esta actividad de tratamiento, como tal, la misma ya integra en su desarrollo todas las modificaciones y decisiones terapéuticas que se han aplicado tras los seguimientos, que como se verá se reducen básicamente a la ampliación del tiempo dedicado al comienzo de las actividades, en media hora más, lo que ha permitido extender todas las fases de la sesión.

Por tanto, ya que con esta sesión concluimos lo que han sido unos tres meses de Taller, el objetivo central que nos hemos propuesto hoy, es básicamente el de conec-

tar cada reflexión con los objetivos terapéuticos que se explicitaron convenientemente al comenzar el taller, esperando así conseguir el máximo provecho, por parte de cada uno de ellos, de la jornada. La idea que subyace a este proceder es la de fomentar la profundización en el mensaje de la metáfora para aumentar así sus resonancias en cada individuo, de tal modo que el interno logre a partir de su apropiación, continuar construyendo de manera orgánica su propio proceso de cura en su vida cotidiana, en virtud de su comprensión significativa y de la adquisición progresiva del hábito de la autorreflexión como herramienta de transformación, más allá del programa de tratamiento. Esta estrategia se sustenta entre otros, sobre el principio de que el pensamiento y la creatividad son fenómenos situados que surgen en respuesta a los problemas concretos de la vida diaria, por lo que buscamos en última instancia y de forma ideal, el fomento del pensamiento reflexivo como recurso de un sujeto pensante, activo, asertivo, capaz de contemplar y de usar a conciencia su pensamiento, y de orientarlo hacia su bienestar, a la manera de Dewey (2007).

La forma de participar en esta parte de la sesión, es la siguiente: Cada usuario, expone, uno a uno, sus principales reflexiones a partir de los aspectos de la sesión trabajados que más le han "tocado", y por tanto, de las experiencias más importantes de las que ha participado en la jornada de hoy. Siempre que se respeten las normas básicas del diálogo (habilidades reforzadas en el Taller de Expresión y Habilidades Sociales de los jueves), cualquiera de ellos entra a opinar sobre lo que ha dicho alguno de sus compañeros.

A continuación se transcribe parte del diálogo mantenido, con la intención de mostrar algunas de las opiniones de los usuarios, así como las formas de dialogar que se han trabajado a lo largo de las sesiones:

Usuario 1: *"Me ha parecido muy interesante el mensaje político. Yo, que vengo de un país africano, no puedo dejar de pensar en todo eso de la colonización y de cómo a los africanos nos convirtieron los occidentales en gallinas con la excusa del progreso (...) Por el otro lado... la meditación ha sido muy relajante, estoy casi dormido"*

Usuario 2: *"A mí el rollo del águila me enrolla mucho... Yo quiero encontrar mi águila... en la meditación he podido volar junto a ella, pero no he podido ser ella... me he dado cuenta que tengo que buscar mi águila, porque la gallina, ya la tengo demasiado alimentada... Voy a dedicarme a buscarla, y cuando la encuentre, hacer que no se coma a la pobre gallina"*

Usuario 3: *"Me ha producido mucha felicidad, mucho amor, mucho cariño... Muy bonito todo: Yo, el campo, las gallinas abajo en el corral, el sol... Qué bueno, qué positivo!"*

Usuario 4: *"Yo me he acordado que de pequeño cogí un halcón y lo eché a volar... me gustan mucho las aves... yo no soy como el águila, yo ya soy el águila, y he volado"*

Usuario 2: *"Y la pobre gallina?, Ha compartido contigo su grano, y eso que eras extranjero, un bicho raro... eh? ... Yo quiero poner en su lugar a la gallina... quiero poner en su lugar el huevo de la gallina, que está muy bueno, o sea, en mi tripa (...) pobre gallina, para lo que ha quedado, con lo necesaria y lo buena que es para los hombres"*

Usuario 5: *“A mí esto me recuerda a Malcom X cuando dijo que a Kennedy lo asesinaron porque era un gallina... una historia de poder, de lucha... yo no quiero eso, quiero estar tranquilo, no quiero gallinas contra águilas ni al revés. A veces soy águila, como Malcom X, a veces gallina como Kennedy, pero por lo demás, estoy muy tranquilo... La meditación me ha relajado, aunque... ahora me da que pensar... no quiero que el águila y la gallina discutan, quiero seguir relajado... ¿Hay forma de que el águila y la gallina no discutan?”*

Usuario 1: *“Claro, no discuten si tú estás tranquilo de verdad, hombre. Las dos son tú y están a su bola, lo han hecho mucho tiempo en el corral, y el que sepan que son gallinas o águilas, no cambia nada... vamos... que no debe porqué cambiarlo... Ahora pueden juntar fuerzas para ayudarse... Míralo de esa otra forma.”*

Usuario 2: *“Me gusta el rollo ese, de cómo gallinas y águilas, se ayudan... Todos somos a veces un poco más gallinas, y necesitamos a las águilas y al revés... si el águila está demasiado alto, tiene que bajar para comer... como decía Cruz”*

Usuario 6: *“Pues yo sé de unos cuantos en el Módulo que van de águilas pero que ni siquiera llegan a aguiluchos, y otros que van de pavos reales, pero que son poco menos que gansos... A mí me ha relajado mucho en la meditación el calor del sol, el calor en el pecho, en las mejillas... voy a cantar mirando al sol... Me gusta. Me gusta estar cerca de Dios”*

Cruz: *“Este águila la he sentido como un sitio de recreo, de juego... Yo era una niña que jugaba al lado de un arrollo y que veía pasar un águila casi a ras de tierra... Paraba a beber agua y entonces me subía a su lomo... Mirad... No debemos excluir el águila por la gallina ni al revés, ambas forman parte nuestra, porque todos somos un poco cielo y tierra. La tierra no puede existir sin el cielo y ni tampoco al revés... es lo natural y no hay que hacer dramas de eso, hay que aprender a jugar, ser flexibles, aprender a disfrutar de cómo somos”*.

Conclusiones consensuadas

Tras debatir algo más sobre todo lo que habíamos compartido ese día, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Este águila es un recurso que todos tenemos, del que podemos sacar fuerzas cuando nos encontramos en dificultades. La gallina, es su opuesto y como tal lo complementa, porque si bien el águila es como una fuente de agua a nuestra disposición de la que siempre podemos beber, para poder llenar nuestro recipiente éste debe estar antes vacío, limpio de impurezas y sobre todo debemos asegurarnos que no tenga agujeros. Por tanto, al emprender el vuelo, no debemos perder nunca de vista que más tarde habremos de volver a la tierra desde la que alzamos el vuelo, para encontrar comida, y lo cierto es que en la tierra, el ser gallina puede proporcionarnos abundantes recursos (rebuscar, no enfocarse en nada que no sea aquí y ahora, ser concienzudos, meticulosos, etc.).
- Lo que nos cuenta la gallina, es que debemos partir de nuestras dificultades a ras del suelo, de nuestra vida cotidiana y concreta, para aspirar a su mejora. No podemos huir de nuestros problemas y mucho menos de los efectos de nuestros actos: debemos usar para ello una mirada a ras de tierra que nos permita asumir la responsabilidad de nuestra conducta. Sólo cuidándonos, desintoxi-

cándonos, limpiando y arreglando el recipiente, queriéndonos y perdonándonos, podremos levantar la mirada al cielo, y extender nuestras alas de ave para echar a volar.

- Además, una vez que miramos al cielo, no tenemos que hacer grandes piruetas psicológicas para emprender el vuelo. Parte de nuestra naturaleza es ser águila, por lo que sólo con crear conciencia de esta condición, nuestras alas estarán dispuestas a abrirse. Esto quiere decir que, no existen sólo dificultades sino que dentro de nosotros hay recursos muy valiosos que podemos aplicar para nuestro cuidado y nuestra cura, de tal forma que toda vez reconocidos e integrados pueden transformarnos y hacernos la vida diaria más fácil.
- En este sitio-águila que está dentro de cada uno, podemos por tanto recrearnos, descansar, estar tranquilos y libres de miedo, y coger fuerzas para continuar luchando en nuestro día a día. Y cuando hablamos de conectar con nosotros lo que queremos decir es que debemos ser autorreflexivos, saber interpretar nuestra conducta y saber responsabilizarnos de sus efectos. Respetarnos y respetar a los demás.

Y cuando hablamos de **conectar con nosotros** lo que queremos decir es que debemos ser **autorreflexivos:**

*Saber responsabilizarnos de nuestra conducta
Saber interpretar sus efectos.*



La Paloma de la Paz,
es un Águila -Gallina

*(...) Y yo quiero decir que el dolor es un don
porque nadie regresa del dolor y permanece
siendo el mismo hombre.”*

Luis Rosales

PARTE IV: EL SISTEMA DE EVALUACIÓN

1.- INTRODUCCIÓN

Se ha diseñado un sistema de recogida de información con la intención de facilitar la tarea de la evaluación de datos y por tanto, la toma de decisiones sobre la continuidad o la modificación de las actividades que conforman la rehabilitación psicosocial. Por extensión, el sistema también nos permitirá evaluar la eficacia del dispositivo, de forma global.

En cuanto a la actividad tratamental, tal como se verá, la decisión ha sido mantener en la mayoría de las actividades el mismo formato con el que comenzamos, aunque en casos excepcionales, se ha optado por reestructurar el tiempo de la sesión, en concreto, por ampliarlo, guardando este proceder la mayor coherencia posible con lo que los datos desvelaban acerca de la buena evolución de los usuarios, en relación con el nivel de cumplimiento de los objetivos terapéuticos marcados.

A continuación se define con detalle el funcionamiento de cada mecanismo que conforma el sistema de recogida de información diseñado, para una mejor comprensión de su utilidad evaluativa:

SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DISPOSITIVO



2. SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN

2.1. AL TÉRMINO DE LAS SESIONES GRUPALES

Tras cada sesión, se ha instaurado un sistema de auto-evaluación en el que cada interno reflexiona acerca de su experiencia al término de la misma. Estos datos se recogen en el diario de trabajo o cuaderno de campo de las prácticas. El ejemplo detallado de la sesión anterior ilustra este modelo de recogida. Pero además, este meca-

nismo de auto-evaluación responde a un diseño particular que se comenzó implantando desde la primera sesión y que ha consistido en sondear la valoración de cada usuario de forma breve (una frase o a lo sumo dos) en términos instrumentales: p.e., si ha sacado de la actividad algo nuevo en conclusión, si ha comprendido los conceptos que se han tratado, si sabría cómo aplicarlos de forma individual, si comprende la utilidad de lo trabajado, etc. Lo que busca el mecanismo con tal brevedad es recoger información precisa, es decir, concisión y claridad en la expresión de los usuarios, y lo que es más importante aún, en sus opiniones.

No obstante, debido a que el ejemplo del taller recogido en el apartado anterior narra la sesión de clausura de la actividad terapéutica, lo que quiere decir que se hizo uso de ese espacio y tiempo para consensuar conclusiones, a continuación vamos a pasar a transcribir algunos de los feedbacks de una sesión correspondiente a otra actividad y a otra fecha, en concreto:

Arteterapia

Temporalización y duración de las sesiones: Jueves, 10'30-12'00.

Contenidos: Lectura de Poemas, Elaboración de Collage, Dramatización teatral y Canto.

Recursos: Sala verde Módulo11. Libros y revistas de la biblioteca del Módulo. Cartulinas

Coordinación: Cruz Mañas, responsable del programa. Alumna de psicología en prácticas.

Objetivos Terapéuticos: Autoexpresión. Fomento del Diálogo y Habilidades interpersonales. Fomento de la Reflexión. Apoyo Socio-cognitivo e Integración social

Fecha de Sesión: 18-11-2010.

Antecedentes

(Extracto del Diario de campo, 18-11-2010)

“(…) El Jueves anterior les había pedido a todos los internos a los que estoy tratando, una sencilla tarea para realizar a lo largo de la semana: se trataba de que trajeran escrito en una simple cuartilla, la letra de una canción que les gustara, pero sobre todo con la que se sintieran identificados y definidos, una opinión de nosotros mismos que íbamos a confrontar con el resto de las opiniones que cada uno de los compañeros del grupo tenía sobre nosotros. Esta letra de canción se podía simplemente leer, o bien recitar y por supuesto, en caso de que alguno de ellos lo prefiriera, se podía cantar.

Las Habilidades Sociales a trabajar ese día, a partir de esta actividad de autoexpresión, se dirigían concretamente a elaborar de forma más reflexiva las conductas de autocontrol y resolución de conflictos. En concreto, estas habilidades eran:

Autorregulación: Control de las emociones ante las situaciones conflictivas. Afrontamiento de las divergencias de los demás con respecto a las nuestras.

Afrontar la frustración: Cómo encajar las críticas, las frustraciones y las contrariedades.

Tolerancia: Mostrarse tolerante ante la resolución de un conflicto que nos afecta directamente.

Empatía: saber situarse en el lugar del otro ante un conflicto.

Evitación: No participar en discusiones (ni por supuesto en peleas).

Asertividad: Expresar los sentimientos y pensamientos cuando la situación lo requiere. Saber realizar críticas razonablemente.

Reflexibilidad: Pensar en las consecuencias de los propios actos (incluidos los actos de habla).

El Taller superó las expectativas y transcurrió de forma sumamente cordial. Algunos de ellos (la mayoría) cantaron sus canciones. Los menos, las recitaron (alguno hubo que la leyó), pero por encima de todas las exposiciones y réplicas, todos supieron dialogar y aceptar las opiniones discordantes de los demás, con sus ideas previas acerca de sí mismos, lo que no quiere decir que no hubiera discusión dialogada, que la hubo. Sin lugar a dudas, ésta fue una de las mejores sesiones que hemos tenido. Cuando les pedí al terminar, como siempre lo hago, una frase representativa de la utilidad que cada uno de ellos había sacado ese día al taller, me contestaron lo siguiente:

Usuario 1: *“Muy bonito, pero poco tiempo, Cruz”*

Usuario 7: *“Me ha gustado mucho... Y ahora... qué?... Seguimos?”*

Usuario 3: *“El próximo día, Cruz, con un poema bajo el brazo, vale, que me gusta mucho la poesía?!”*

Usuario 8: *(El usuario 4 se estaba dando un abrazo con el Usuario 5)*

“Lo que veo es que aquí dentro hay mucho respeto, mucho cariño”

Usuario 6: *“... Oye Cruz, muy bien, pero el próximo taller con Café de Chinitas”*

Cruz: *“Bueno, mirad, a ver qué os parece... Si estamos todos de acuerdo, alargamos el Taller tres cuartos de hora o una horita más, con Café de Chinitas de por medio...”*

Todos: *“Sí, una hora”*

Y así fue como ese día decidimos alargar la sesión del taller, con respecto a la duración contemplada al inicio del diseño de la actividad, formato más largo que con el tiempo ha demostrado que fue una buena decisión, en especial la idea del usuario 6 del Coffee Break alias *“Café de Chinitas”* de las 11'00, que ha sido todo un éxito...”.

2.2. EN LAS SESIONES DE TERAPIA INDIVIDUAL DE APOYO

Estas sesiones, que estaban diseñadas al comienzo del tratamiento sólo como sesiones de apoyo a las actividades grupales (tras la solicitud del interno y la evaluación detenida de esta solicitud), han terminado siendo además un mecanismo muy eficaz para recoger las impresiones de manera más personal (más allá del contexto grupal) y observar la evolución de forma individualizada, en los internos.

Independientemente de que estas sesiones han servido de apoyo eficaz en los casos en los que los déficits detectados han sido comparativamente más severos, lo cierto es que se ha dado un buen rendimiento a este recurso en tanto que mecanismo del sistema de evaluación, trabajando a partir de las siguientes estrategias:

- Contrastar las opiniones de los internos aportadas en la situación grupal (pues la conciencia de grupo tiene la suya propia, fruto del consenso, y no entra en particularizaciones personales). Además, ocurre en circunstancias concretas, que hay usuarios que se encuentran más cómodos y por tanto locuaces, si tienen la oportunidad de expresarse de forma privada. Y más si tenemos en cuenta la particularidad de la dinámica psíquica de estos internos.
- Evaluar, tras entrevista psicológica, el estado actual del interno, sobre todo, sus expectativas individuales puestas en el tratamiento, el nivel de implicación personal, el uso y manejo de las habilidades trabajadas, etc.... De hecho, esta evaluación ha servido para valorar en profundidad el estado de uno de los internos asignados al tratamiento, y para confirmar, en concreto, la fase psicótica que estaba atravesando, por lo que se optó –toda vez hablado con el propio interesado-, derivarlo a los servicios de enfermería penitenciaria, lugar en el que aún sigue a día de hoy debido a la idiosincrasia de su proceso.
- Re-administrar el formulario PAIEM, a lo largo de la última semana tratamental (Enero-Febrero 2011) a cada uno de los usuarios, con el fin de evaluar de forma objetiva (en comparación con los resultados obtenidos en el formulario PAIEM administrado al comienzo del programa, en Octubre de 2010) el nivel de cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados al comienzo del tratamiento psicosocial, tal como se explica más adelante.

3. SEGUIMIENTO SEMANAL: LA RECOGIDA CUALITATIVA POR LOS INTERNOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ASIGNADOS AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Como se dijo, se han diseñado unas *Fichas de Seguimiento Semanal* con la función de que los dos internos auxiliares de enfermería asignados al programa, que han sido formados en el propio C.P., hagan un seguimiento cualitativo a partir de sus observaciones privilegiadas acerca de la vida cotidiana de los pacientes en el módulo. El objetivo central a cubrir por parte de estas fichas, dentro del marco global del sistema de evaluación diseñado, es por tanto el de transmitirnos el fenómeno de forma contextualizada, partiendo de la incorporación plena del contexto en todas sus dimensiones. Se trata de detectar patrones en la dinámica comportamental característica de cada uno de los usuarios, que ayuden, a ras de suelo, a inferir conclusiones y generalizar datos.

En concreto, los datos que se recogen en ellas se corresponden a:

- Asistencia y participación de los internos en las actividades en las que ningún miembro del equipo de tratamiento está presente y de las cuales, ambos son coordinadores (Taller de Manualidades, Gimnasia matutina, Vídeo Forum, Coro, tal como se verá más adelante).

- Vida cotidiana del interno en el Módulo 11, de Lunes a Viernes: espacios (habitación, zonas comunes, etc.), adhesión al tratamiento farmacológico, incidencias, relaciones interpersonales (resto de compañeros, funcionarios, otros profesionales del centro), hábitos, etc.... Los fines de semana se considera tiempo de descanso para los auxiliares. No obstante, debido a la idiosincrasia de la situación de institucionalización, siempre que se produzca cualquier incidencia, esta deberá ser registrada en las fichas.

- Datos sobre la participación de los internos en las actividades que se han coordinado presencialmente por la responsable de este dispositivo. Estas fichas permiten confrontar opiniones, lo que enriquece y completa las valoraciones a partir de las matizaciones provenientes de estos auxiliares compañeros de los internos del grupo terapéutico, con una formación médico-sanitaria que además les permite matizar convenientemente sus observaciones.

A modo de ejemplo, pasamos a transcribir una ficha tipo, en la que se refleja las observaciones de los dos internos auxiliares de enfermería. Aunque en la práctica, cada uno ha contado con sus propias fichas, no obstante se ha considerado conveniente por razones de espacio, incluir el trabajo de ambos de forma conjunta.

Auxiliar: <i>Auxiliar 1</i>			
<i>Auxiliar 2</i>			
INTERNO: Usuario X			
FECHA Semana	TALLER	MÓDULO	O B S E R V A C I O N E S
08-11-10 / 14-11-10			
Lunes 08-11-10	Juegos Intelecto <i>Buena participación y ganas de colaborar.</i> <i>Presencia e interés.</i> <i>Participativo</i> <i>y voluntario.</i>	<i>Lleva todo el día paseando por el patio y tomando el sol.</i>	
Martes 09-11-10	Relajación <i>Relajado. Se deja ayudar.</i> <i>Presencia e interés extraordinario.</i>	<i>Esta tarde se ha puesto malo y no quiere bajar al patio.</i> <i>No lo he visto.</i>	

<p>Miércoles 10-11-10</p>	<p>Salida al Campo Fútbol <i>Poca participación. Sólo habla con Cruz.</i> Ha realizado ejercicios suaves con Aux. I y ha dado paseos.</p>	<p><i>Esta semana no ha cobrado y lo está pasando mal.</i> Distraído.</p>	<p>O</p>
<p>Jueves 11-11-10</p>	<p>Expresión-Habilidades Sociales <i>Buena participación. Es muy artista. Le gusta especialmente este taller.</i> Le gusta mucho Miguel Hernández y su interés ha sido muy alto.</p>	<p><i>Sigue apagado, pensativo.</i> Sensible.</p>	<p>S</p>
<p>Viernes 12-11-10</p>	<p>Vídeo Forum <i>Ha visto la película entera con aparente atención, pero no ha participado en el debate.</i> No ha estado especialmente participativo.</p> <p>Manualidades <i>Le ha costado arrancar, pero al final se ha implicado.</i> Buena participación.</p>	<p><i>Hoy ha estado solo, sin hablar con nadie.</i> Ausente.</p>	<p>E</p>
<p>Fin de semana 12-11-10</p>		<p><i>Sin incidencias.</i> Sin incidencias.</p>	<p>R</p>

4-. LA EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR MENSUAL: EL CUESTIONARIO DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRATAMIENTO DEL CPC

Estas evaluaciones multidisciplinares se establecen en torno a los datos de las fichas de evaluación protocolarias del Centro, que se han rellenado mensualmente (2010: Oct. Nov. Dic. 2011: Ene.). Están expuestas en último término a la valoración por parte de la Junta de Tratamiento. Estas fichas sirven para cuantificar la aptitud del interno hacia el programa de tratamiento al que está asignado, de tal forma que son un instrumento básico para valorar su estado psicosocial, de cara a tomar decisiones que afectan a una situación personal y por extensión a su situación penal, tales como posibles permisos o denegación de los mismos, cambio de Centro, cambio de grado, ingreso en comunidad terapéutica, etc.

A continuación transcribo el modelo de Ficha Protocolaria que el Centro Penitenciario usa para la Evaluación de los Tratamientos, con sus escalas y niveles de exigencia predeterminados, incluyendo los resultados de la evaluación para cada usuario asignado a este programa. (*Ver tabla en la página siguiente*).

Comentarios a la Tabla

La evaluación se establece en base a dos coordenadas, una cualitativa, formada por tres variables AS (asistencia), RE (rendimiento) Es (esfuerzo) y otra cuantitativa, una escala de 0-4, en donde “0” es el valor más bajo y “4” es el más alto. Estos valores numéricos dan información del grado en que cada variable se ha expresado a partir de la conducta y del comportamiento del interno, en el contexto del total de las sesiones mensuales que forman cada programa de Tratamiento.

Actualmente hay 2 usuarios del programa que han solicitado permiso y que por tanto están pendientes de la decisión que la próxima Junta de Tratamiento tome con respecto a sus solicitudes, por lo que esta tabla de evaluación es doblemente eficaz al ser potencialmente útil, no ya sólo para evaluar la serie de habilidades trabajadas (en función de las escalas cualitativas) dentro del marco del programa, sino por ser también un instrumento a partir del que los profesionales de las diversas áreas de Tratamiento pueden tomar decisiones y emprender acciones de reinserción que afectan directamente a estos internos, por lo que en este sentido podríamos decir que el principio constitucional sobre el que se basa el sistema penitenciario del estado español, y en concreto el Tratamiento Psicosocial Penitenciario de *Educación para Reinserir*, quedaría cubierto.

INTERNOS CON ACTIVIDADES Y SIN EVALUACIONES								
Trimestre: 4/2010. MES: 11								
TERAPIA		PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA						
APELLIDOS Y NOMBRE	ACTIVIDAD	TRAT.	INICIO	FIN	MÓDULO	AS	RE	ES
Usuario 1	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	2	2
Usuario 2	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	3	4
Usuario 3	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	3	4
Usuario 4	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	3	3
Usuario 5	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	4	4
Usuario 6	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	4	4
Usuario 7	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	3	2
Usuario 8	PROG. ESPECÍFICO	III	01-11-10		11	4	2	2

5. LA EVALUACIÓN AL TÉRMINO DEL PROGRAMA: LA RE- ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO PAIEM

Tal como se comentó en el apartado de “Autoevaluación”, otro de los dispositivos básicos del sistema de evaluación de este tratamiento de rehabilitación psicosocial es la re-administración individualizada al cierre del programa de las Fichas PAIEM, como mecanismo de comparación objetiva de los resultados en el momento actual, con respecto a los del inicio del tratamiento. Esta acción ha permitido valorar de forma concreta si se han conseguido los objetivos terapéuticos planteados en un primer momento, es decir:

- Si las áreas de habilidades se han mejorado (y como poco se han mantenido)
- Si las áreas de dificultad se han revertido (y como mucho han mejorado), y en ese caso, detectar cuáles y en qué dirección, en función de lo que marcan los objetivos establecidos.

Cualquier otro diagnóstico posible que se diera (p.e. las dificultades no han mejorado, es decir se han mantenido, o bien algunas habilidades que el interno tenía previamente no se han mantenido), implicaría que los objetivos terapéuticos obviamente no se han cumplido.

El cuestionario del PAIEM es una ficha protocolaria que pertenece al programa de salud mental diseñado específicamente para los Centros Penitenciarios, y recoge en su evaluación una serie de habilidades y dificultades socio-cognitivas y motoras implicadas en las actividades de la vida diaria de un Centro Penitenciario. Parte de tres niveles de evaluación para cada ítem que representan a su vez tres estados del proceso de estabilización del interno con trastorno mental: Nivel III o deficiente (desestabilización), Nivel II medio o normal, Nivel I o bueno (proceso de estabilización completado), niveles que establecen así mismo el baremo para la valoración definitiva y global del estado del interno.

Resultados de la Primera administración de la Ficha PAIEM (Octubre 2010)

INTERNO: Usuario X

Habilidades: Uso de algunos de los recursos del Centro. Buena capacidad para hablar e iniciar conversaciones. Solicita los recursos del centro: en concreto ver al médico porque le preocupa una bajada de la medicación. Mantiene comunicación de forma continua con algunos parientes. Buena autonomía. Capacidad media de resolución de problemas. Buena conciencia de enfermedad mental y buena adhesión al tratamiento.

Discapacidades: Autocontrol deficiente (antecedentes de episodios de autolesiones en el centro sin llegar a ser intentos autolíticos). Ideas extrañas autolesivas. Antecedentes de abuso de drogas. Le cuesta a veces seguir el hilo de las conversaciones. Tensión muscular. Tendencia al aislamiento. Le quedan varios años para acabar la condena. Ansiedad ante la bajada posible del tratamiento farmacológico.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

Mejora del autocuidado promocionando el autocontrol como vía de prevención de posibles comportamientos auto-agresivos. Técnicas de relajación.

Psico-educación (drogas y enfermedad mental).

Apoyo de los procesos cognitivos de atención como refuerzo de sus habilidades interpersonales (Apoyo socio-cognitivo).

Resultados de la Segunda Administración de la Ficha PAIEM (Enero 2011). En cursiva se señalan las nuevas valoraciones.

INTERNO: Usuario X

Habilidades: Uso de algunos de los recursos del Centro. Buena capacidad para hablar e iniciar conversaciones. Solicita los recursos del centro: en concreto ver al médico porque le preocupa una bajada de la medicación. Mantiene comunicación de forma continua con algunos parientes. Buena autonomía. Capacidad media de resolución de problemas. Buena conciencia de enfermedad mental y buena adhesión al tratamiento.

NUEVAS HABILIDADES DETECTADAS: *Sigue bien el hilo de las conversaciones. La tendencia al aislamiento se ha reducido visiblemente. Mantiene relaciones con otros internos. El interno se encuentra relajado y participativo. Buena conciencia de tratamiento, y rechazo al consumo de drogas.*

Discapacidades: Autocontrol deficiente (antecedentes de episodios de auto-lesiones en el centro sin llegar a ser intentos autolíticos). Ideas extrañas auto-lesivas.

DISCAPACIDADES REVERTIDAS O EN PROCESO DE REVERSIÓN (considerando como tal el paso del nivel II de estabilización del PAIEM o nivel medio, al nivel I, que es la meta de todo el proceso de rehabilitación psicosocial, para estos internos): *Antecedentes de abuso de drogas. Le cuesta a veces seguir el hilo de las conversaciones. Tensión muscular. Tendencia al aislamiento. Ansiedad ante la bajada posible del tratamiento farmacológico. Luego, el autocontrol, sin ser bueno ha mejorado, de tal forma que podemos ver un paso claro del nivel medio o nivel II, al nivel I, según los baremos del PAIEM.*

Continúa en la página siguiente

Cumplimiento de los OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

La adquisición por parte del interno, de las Técnicas de Relajación y de Meditación, han permitido al paciente trabajar por la mejora del autocuidado de cara a la promoción del autocontrol como vía de prevención de posibles comportamientos auto-lesivos.

Además, la educación en Hábitos Saludables acompañada de nociones psico-educativas, han logrado que el paciente se sensibilice con respecto a la importancia de una buena adherencia al tratamiento farmacológico y de las dificultades del comportamiento drogo-adictivo; además el paciente parece haber desarrollado una actitud hacia la higiene corporal visiblemente más responsable. Por último, el apoyo a los procesos de construcción identitaria y al desarrollo de la personalidad, a partir de la adquisición de los procesos del pensamiento autorreflexivo trabajados en el taller de expresión y de habilidades sociales, ha sido positivo para el refuerzo de sus procesos cognitivos, tales como el refuerzo de sus habilidades interpersonales.

6.- CONCLUSIONES: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

6.1. CONCLUSIONES

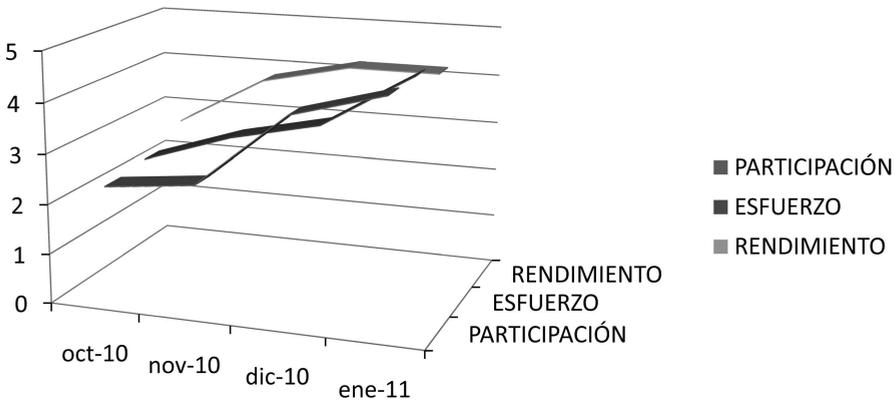
Este ejemplo que acabo de incluir es representativo de los resultados del programa en términos de cumplimiento de objetivos, pues lo cierto es que la devolución y la interpretación de los datos, y en concreto, el resultado de la triangulación de los datos cuantitativos (Fichas PAIEM y Fichas Protocolarias de Tratamiento) y cualitativos (Fichas de Internos auxiliares de enfermería, sistema de autoevaluación y entrevistas), han permitido establecer la dinámica global característica del tratamiento: el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos.

Efectivamente, en todos los usuarios se ha dado el siguiente patrón:

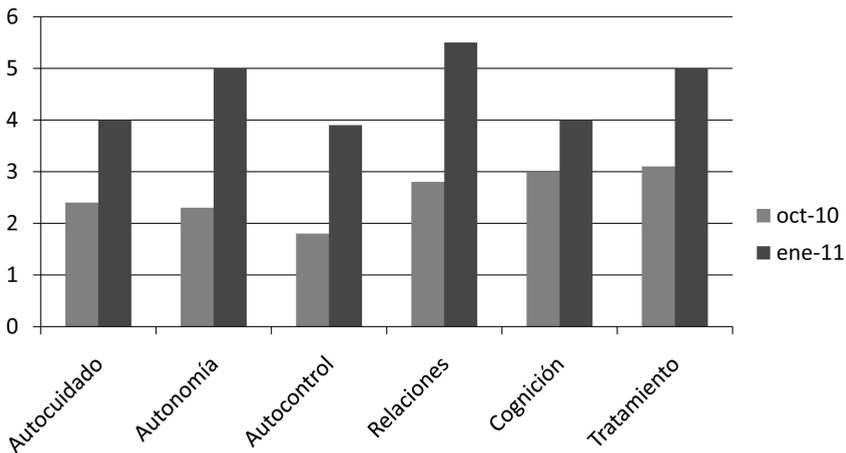
El mantenimiento de las habilidades psicosociales detectadas al comienzo del tratamiento junto a la adquisición de nuevos recursos, a partir de la mejora de las dificultades.

Veamos el resultado de la devolución de datos cuantitativa, del sistema de evaluación:

**DEVOLUCIÓN DE DATOS:
FICHAS EQUIPO TRATAMIENTO**



**DEVOLUCIÓN DE DATOS:
READMINISTRACIÓN FICHA PAIEM**



* Cada área de habilidad se evalúa a partir de 3 valores: nivel 3 ó muy deficiente (0-2), nivel 2 ó deficiente (2-4) y nivel 1 ó bueno (4-6).

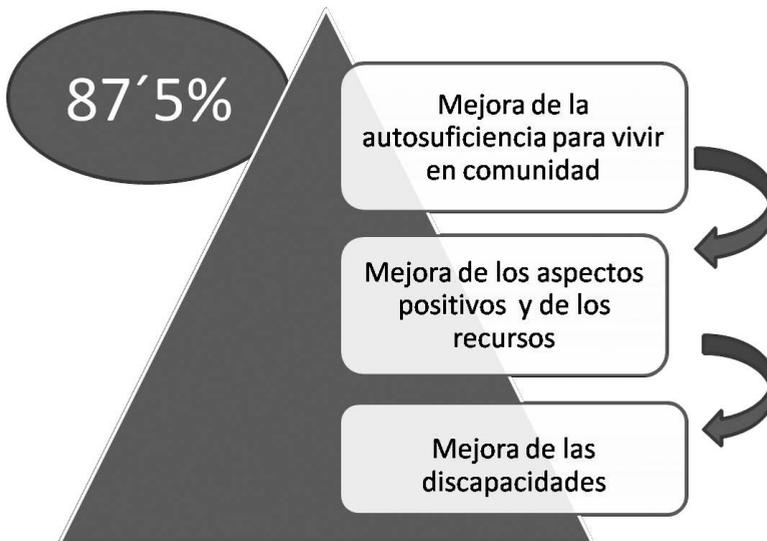
Ambos gráficos muestran la evolución positiva de los internos a lo largo de los cuatro meses de tratamiento, de modo que si establecemos las coincidencias entre estos resultados, con los arrojados de forma más significativa por las fuentes de datos cualitativas (entrevistas, fichas de auxiliares de enfermería y autoevaluación) algunos de cuyos ejemplos repasados nos han permitido la toma de contacto con esta recogida “de campo”, podemos obtener o captar el patrón de la dinámica global caracterís-

tica de la respuesta al tratamiento aquí desglosado y que nos atrevimos con anterioridad a afirmar: el cumplimiento de los objetivos generales de aumento de la calidad de vida, autonomía y capacidad de manejo del entorno del interno que se propusieron como objetivos terapéuticos básicos, en un tanto por ciento considerable (en 7 de los 8 usuarios que comenzaron el tratamiento -a excepción de un caso que tuvo que abandonar el recurso y derivarse a la enfermería por un brote psicótico-, es decir, en un 87,5%).

Conviene recordar que estos objetivos generales, se concretaron operacionalmente en:

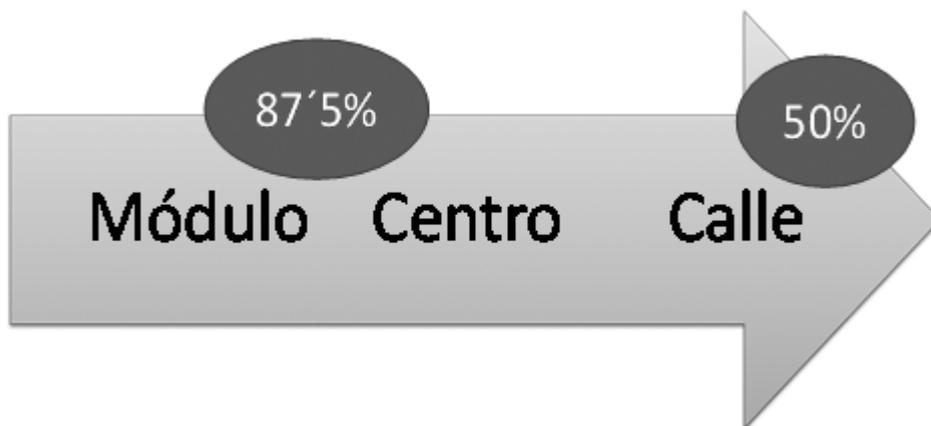
- Mejora de la autosuficiencia para vivir en comunidad (en los diversos contextos del Módulo 11: Habitación, Comedor, Sala de Día, Sala de Tratamientos, Patio, etc. así como en las zonas comunes del Centro Penitenciario, tales como Campo de Fútbol, Gimnasio, Patios Comunes, Huerto, Pabellón Sociocultural, etc.)
- Mejora de los aspectos positivos de cada interno y de sus recursos personales
- Capacitación individual hacia la mejora de las discapacidades.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS TERAPEÚTICOS



Además, si recordamos ahora que uno de los objetivos más ambiciosos que nos propusimos al comienzo, fue trabajar por la re-incorporación social a partir de la obtención de permisos en los casos en que la situación penal lo hiciera viable, entonces debemos añadir que el dispositivo fue crucial para que a uno de los dos usuarios del programa que los solicitaron, la Junta de Tratamiento le diera permiso terapéutico, una situación de transición calle-centro, que este mismo dispositivo coordinó con el centro de servicios sociales de la comunidad natural del interno, así como con el servicio de tutela de menores de la Junta de Andalucía.

ESTRATEGIA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL: ÉXITO TERAPEÚTICO



* El dato del 50% se estima sobre el total de usuarios que solicitaron permiso en virtud de su situación penal, es decir, 2, mientras que el 87%, tal como se ha comentado, se ha realizado sobre el total de los usuarios asignados al programa.

6.2.- MODIFICACIONES AL TRATAMIENTO

6.2.1. REESTRUCTURACIÓN DEL CUADRANTE DE ACTIVIDADES

A continuación se adjunta el cuadrante del programa de tratamiento a fecha de cierre. Permite observar con claridad las modificaciones hechas en Noviembre de 2010 al programa inicial de Octubre incluido en este documento con anterioridad:

- El taller de manualidades ha quedado en una jornada frente a las dos planteadas inicialmente.
- La periodicidad semanal del Vídeo Forum se ha reducido a otra quincenal, coincidiendo así esta actividad con la de los internos con trastorno mental del Módulo 16 de Enfermería, por lo que tiene lugar fuera del Módulo 11, en el Pabellón sociocultural.
- La tabla de Gimnasia matutina se ha reducido a dos mañanas por semana, una de ellas formando parte como actividad de la salida al campo de Fútbol.

- Las dos franjas horarias dedicadas a la atención individualizada se han reducido a la de los Martes, debido a que este tiempo de la sesión de los jueves se ha añadido al taller grupal de Arteterapia.
- El taller de Arteterapia de los Jueves, que coordina personalmente la responsable del dispositivo, ha ampliado su duración, pasando las sesiones a tener una duración de 2:00 h.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	Ejercicios 9'30-10'00h. Gimnasio M-11			
Fichas y Juegos Didácticos 10'45-12'00	Técnicas de Relajación y Meditación 10'00-11'30	Salida Campo de Fútbol/Huerto 10'30-12'00 Gimnasia	Arteterapia 10'30-12'30	Vídeo Forum 10'30-12'30 Pabellón Sociocultural Cada 15 días
	Terapia individual de refuerzo 11'45-12'30			
		Taller de Manualidades 17'00-18'00 h (el día no es fijo)		

7. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

A pesar de estos resultados tan positivos al término del programa, lo cierto es que conviene señalar que lo ideal sería mantener seguimientos en los próximos 6 meses para observar la evolución de los internos, e incluso la posibilidad de hacer talleres terapéuticos con una periodicidad quincenal para el refuerzo de las habilidades adquiridas (al menos se considera necesario durante los 3 primeros meses; en los otros 3 meses siguientes el taller podría pasar a ser mensual).

No obstante, independientemente de la posibilidad o no de realizar los talleres de refuerzo, se hace necesario confirmar que este cambio terapéutico detectado se ha producido efectivamente, lo que significaría la adquisición práctica de las habilidades autorreflexivas trabajadas y de su aplicación, por parte de los propios internos en su proceso de adaptación a las situaciones de su vida cotidiana, y en definitiva, en su proceso de normalización psicosocial y de cura. De lo contrario habría que admitir que la mejora constatada por el sistema de evaluación no se debe ya tanto al insight o a una inteligencia emocional reforzada y/o conquistada, como recurso, por los propios usuarios, sino más bien debido a la presencia del agente externo de cambio o psicóloga en cuyo caso, no se podría considerar el resultado en términos de éxito terapéutico, al menos con respecto a los objetivos de autonomía definidos.

Para acabar la presente exposición, nos gustaría incidir en otro aspecto, a nuestro parecer sumamente interesante y prometedor, de la eficiencia de la intervención tratamental aquí desarrollada, relacionado con su flexibilidad y su eficiencia. Nuestro criterio es que su capacidad terapéutica no se reduce al ámbito de la salud mental, sino que es exportable a otros contextos terapéuticos de alta dificultad psicosocial, tales como la intervención en drogodependencias en Centros Penitenciarios. En concreto, la parte central de la actividad puramente tratamental aquí desglosada, ha sido testada en el contexto de la motivación al cambio terapéutico en internos con problemas de adicción del Módulo Terapéutico ó M-15 del C.P. Sevilla II, en Julio de 2011. Por las características de la intervención, ésta se ha reducido, a la actividad genuinamente tratamental, definida en este caso con un formato de seminario compuesto de dos días o sesiones.

Aunque en la primavera de 2012, tendrá lugar una nueva sesión de refuerzo y de seguimiento, para valorar la eficacia del tratamiento, a día de hoy podemos decir que los internos, tras concluir las jornadas, se han mostrado ampliamente receptivos al cambio terapéutico. Así mismo, nos parece importante señalar, que el mismo seminario ha servido para formar a uno de los internos participantes en las técnicas de relajación y de meditación trabajadas, con el fin de que puedan continuar con la actividad en el módulo, una vez por semana, bajo supervisión de la psicóloga del Módulo, hasta la sesión de refuerzo que tendrá lugar en la primavera de 2012.

Las características del seminario han sido:

EL AGUILA Y LA GALLINA: Un seminario hacia el empoderamiento psicológico dirigido a la motivación hacia el cambio terapéutico en internos drogodependientes.

Sesiones: Duración 90m.

- 1.º Día: Creación del Marco terapéutico e interpretativo
- 2.º Día: Técnicas de respiración y meditación
- 3.º Día: De refuerzo y seguimiento (en la primavera de 2012)

Objetivo: Motivación al cambio terapéutico en internos con problemas de adicción a las drogas.

Población diana: 9 Internos Drogodependientes del Módulo terapéutico 15 del Centro Penitenciario SEVILLA II.

Lugar:

- 1.º Día: Sala de Audiovisuales
- 2.º Día: Teatro del sociocultural
- 3.º Día: Teatro del sociocultural.

Fecha: 28 y 29 de Julio de 2011. (Mayo de 2012, 3.ª Sesión)

BIBLIOGRAFÍA CITADA Y DE REFERENCIA

- APA. (2001) *Manual de Diagnóstico clínico en Atención Primaria, DSM IV*. Ed. Masson.
- Basaglia, F. (1977). *¿Qué es la psiquiatría?* Ediciones Guadarrama. Barcelona.
- Barrios Flores, L.F. (2001) “Origen, Evolución y Crisis de la Institución Psiquiátrica Penitenciaria”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Nº 6. pp. 473-500.
- Bayes R. (1979) *Psicología y Medicina. Interacción, cooperación, conflicto*. Ed. Fontanella. Barcelona.
- Bernard P. y Brisset Ch. *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Masson. Barcelona. 8.^a Ed.
- Boff, L. (1998). *El águila y la gallina*. Ed. Trotta. Madrid.
- Boff, L. (1997). *Brasas bajo las cenizas*. Ed. Trotta. Madrid.
- Broussais, FJ. (2000). *De la irritación y de la locura*. Trad. Hurtado de Mendoza, M. U.C.M., 2000.
- Calle, R. (1999). *El Gran Libro de Yoga*. Ed. Urano. Madrid.
- Cañizares, B., Cirera E., Bernardo M. (2001) “La Esquizofrenia defectual: un reto para el abordaje terapéutico” *Rev. Psiquiatría Fac. Medicina*. Nº28, pp. 229-236.
- Coderch, J. (2009) “La relación terapéutica y el déficit estructural”. Universidad Ramón Llull. Barcelona.
- Castilla del Pino, C. (1971) *Vieja y nueva psiquiatría*. Ed. Seminarios y Ediciones, Madrid.
- Castilla del Pino, C. (1977) *Criterios de Objetivación en Psicopatología*. XIV Congreso Nacional de la AEN, Sevilla.
- Dewey, J. *Cómo pensamos*, Paidós, Barcelona, 2007.
- De Miguel, J. (1976). *La Reforma Sanitaria en España*. Ed. Cambio 16. Madrid.
- Defre T. (1987). *The future on psychiatry*. Ed. Am J Psychiat NY.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Ed. Pirámide. 10 Ed. Salamanca.
- Gallach Serrano, E. (2010). *Abordaje psicosocial de personas con enfermedad mental severa. De la Cronicidad a la Recuperación*. Ed. Intersalud.
- González Duro, E (1975). *La asistencia psiquiátrica en España*. Ed. Castellote, Madrid.
- González Duro, E. (2007). *Biografía del Miedo. Los temores de la sociedad contemporánea*. Ed. Plaza, Madrid.
- Grof, S. “*La psicología del Futuro*”. Ed. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2002
- Ibor Aliño, J J. y Valdés Miyar, M. (2002) *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona. Ed. Masson.

Informe del defensor del Pueblo (1991) “*La situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España de 1991*”.

Jung, C.G. (1993). *Símbolos de transformación* (edición revisada y aumentada de *Transformaciones y símbolos de la libido*). Ed. Paidós. Buenos Aires.

León Rubio, JM. y Medina S.(2002) “*Psicología Social de la Salud, Fundamentos Teóricos y Metodológicos*”. Ed Comunicación Social. Sevilla.

Martínez-Arrieta Márquez de Prado, T. y Segovia Bernabé, J.L (2008). Informe FOESSA. Madrid.

Ministerio del Interior, Dirección Gral Instituciones Penitenciarias (2006) “*Estrategia Global en Salud Mental*”.

Morales Aguayo, C. (2001) “*Tratamiento psicológico de Enfermos Mentales Graves en Prisión*”, Revista Científica de Psicología, N° 4.

Moore. D. y Jefferson. J. “*Manual de Psiquiatría Médica*”. Ed. Masson. 2ª Ed. Barcelona.

Requena E y Sáez R. (2009) “*Guía de estudio de Psicopatología de Adultos*”. Ed. FUOC. Barcelona.

Rodríguez Marín, J. (2001) “*Psicología Social de la Salud*”. Ed Síntesis, Madrid.

Sánchez Bursón, J.M. (2008) “*Los Pacientes Mentales en Prisión*”, Informe Inst. Penitenciarias. Rev. Asoc. Española Neuropsiquiatría. N° 21, p.p. 139-153.

Torres, M y otros (2007) “*Evaluación e intervención en Problemas Clínicos*”. Ed. FUOC. Barcelona.

Vallejo Ruiloba, J. (2006) “*Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*”. Ed. Elsevier. 6ª Ed. Barcelona.

Vaughan-Lee, LL. (2005). *Sufismo. La Transformación del Corazón*. Ed. Mandala, Tarragona.

Whitehead AN. (1932) *Modes of Thought*. Ed. MacMillan Ed. Londres.

Zambrano, M. *El hombre y lo divino*. Madrid Siruela, 1991.

*Mercedes Rodríguez Rubio
José Luis Sancho Acero
Carolina Marta Gallego Nuevo*

Patología dual y agresividad en población
penitenciaria en tratamiento.
Sintomatología psiquiátrica, conducta agresiva
y severidad en la adicción en pacientes tratados
en Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria

1. RESUMEN

Objetivos: En el área de las drogodependencias, resulta frecuente que los pacientes en tratamiento desarrollen síntomas psicopatológicos y comportamientos agresivos, resultando aún más problemático cuando desarrollan su proceso terapéutico en un contexto penitenciario. El objetivo del presente estudio es mejorar nuestro conocimiento acerca de ésta y otras áreas de interés en la población penitenciaria en tratamiento y compararla con población en tratamiento extrapenitenciario. Para ello, en una primera fase, nos planteamos determinar la severidad de la adicción a la cocaína así como la prevalencia de psicopatología y agresividad. En una segunda fase tratamos de averiguar de que manera la agresividad se relaciona con la dependencia a la cocaína y la psicopatología.

Metodología: La muestra se dividió en tres grupos. Un primer grupo de 61 sujetos que se encuentran en tratamiento intrapenitenciario por su adicción a la cocaína y un segundo grupo de 132 varones en tratamiento extrapenitenciario. Ambos grupos se han comparado con un grupo control de 87 varones no consumidores de dicha sustancia. Los instrumentos de evaluación utilizados han sido el *EuropASI*, el *MCMI-III* y el *AQ*.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran como los individuos de ambos grupos dependientes a la cocaína presentan una elevada severidad de la adicción. Un 88,5% de sujetos del grupo de prisión quedaría englobado en las puntuaciones más altas (7 a 9) respecto a un 85,6% del grupo extrapenitenciario. En lo que se refiere a la frecuencia de la patología dual encontramos un 91,8% respecto a un 88,6% en

población extrapenitenciaria. Atendiendo a los trastornos de personalidad un 26,2% de sujetos presentan estos trastornos respecto a un 25% del grupo extrapenitenciario. Asimismo en el grupo intrapenitenciario el 13,1% presentan un síndrome clínico respecto al 14,4% del segundo grupo. Finalmente no se han hallado diferencias significativas en agresividad entre el grupo intrapenitenciario y el grupo extapenitenciario con un 21,3% y un 22,5% respectivamente.

Conclusiones: No se han hallado diferencias significativas entre los dos grupos experimentales en ninguna de las variables estudiadas (severidad de la adicción, psicopatología y conducta agresiva) a diferencia de lo que refieren estudios similares. Este hecho puede ser atribuible, entre otros, a que la intervención terapéutica en prisión puede modular algunas de las manifestaciones psicopatológicas y comportamientos desadaptados de los sujetos en tratamiento.

Palabras clave: *Psicopatología, agresividad, dependencia a la cocaína, severidad de la adicción, trastornos de la personalidad, comorbilidad, patología dual.*

ABSTRACT

Objectives: within the drug dependency area, it is common that patients under treatment develop psychopathological symptoms and aggressive behaviors, fact which is even more problematic when they develop their therapeutic process in a prison context. The objective of this study is to improve our knowledge about this and another interesting areas in the penitentiary population under treatment and compare them with a not penitentiary population under treatment. For this, and on a first phase, we try to determine the cocaine addiction severity level, as well as psychopathology and aggressiveness prevalence. On a second phase, we try to find out in what form aggressiveness is connected with cocaine dependency and Psychopathology.

Methodology: The sample was divided in 3 groups. A first group made of 61 cocaine-dependent men under treatment in penitentiary and a second group made of 132 cocaine-dependent men under treatment out of penitentiary contexts. Both groups have been compared with a control group of 87 no-drug-consumers men. Evaluation tools applied were *EuropASI*, *MCMII-III* and *AQ*.

Results: The results obtained show how patients under drug dependency treatment present a high addiction severity level. Frequency of dual pathology diagnose is 91.8% in penitentiary population and 88.6% in no penitentiary population. Regarding personality disorder: 26.2% of penitentiary population suffers some personality disorder and 25% of no penitentiary population suffers some personality disorder. Also, penitentiary population group suffers some clinical syndromes in 13.3% of the cases and the other group in 14.4%. Finally, regarding aggressiveness, there isn't significant difference between the penitentiary population group (21.3%) and the no penitentiary population group (22.5%).

Conclusions: There haven't been significant differences between the two experimental groups in any of the studied variables (addiction severity, Psychopathology and aggressiveness) unlike similar investigations. This could be due, among other causes, to the fact that therapeutic intervention in prison can modulate some of the

psychopathological expressions and the un-adapted behaviors of the individuals under treatment.

KeyWords: *Psychopathology, aggressiveness, cocaine addiction, addiction severity, personality disorders, co-morbidity, dual pathology.*

2. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años son numerosos los estudios en los que se alude, de diferentes maneras y con distintas matizaciones, al término «patología dual». Nosotros utilizaremos este término para indicar las patologías en las que se produce coexistencia temporal entre uno o varios trastornos psicopatológicos y un trastorno de abuso/dependencia de una o varias sustancias (Goldsmith, 1999; Sheehan, 1993), pudiendo, o no, establecerse entre ambos trastornos una relación de mutua influencia. No está de más recordar que esta consideración diagnóstica remite al modelo biopsicosocial (Engel, 1977), marco teórico fundamental en el que el trastorno mental se explicaría en función de la interrelación de aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales concurrentes en la persona. Desde este modelo, aquí nos interesa subrayar que la denominación de «patología dual» viene a poner de relieve la importancia de la vulnerabilidad psicopatológica como elemento que predispone la conducta agresiva, pues ésta no es solamente una simple manifestación psicopatológica sino un fenómeno que se manifiesta dentro de un contexto y en el marco de una interacción social (Angermeyer, Cooper y Link, 1998); ambos elementos constituyen el ambiente, una variable moduladora de gran relevancia, tanto para la patología dual (PD) como para la conducta agresiva.

El peso de los factores ambientales en la psicopatología, la drogodependencia y la conducta agresiva cobran especial interés cuando estudiamos instituciones o sistemas cerrados como los centros penitenciarios: si bien es cierto que muchas de las personas que ingresan en un centro penitenciario, previamente ya presentaban un comportamiento patológico, el propio medio facilitará en unos casos y exacerbará en otros la manifestación de comportamientos disfuncionales, sobre todo si previamente existía una personalidad mórbida.

Clemmer (1940) fue el primero en destacar la especificidad del contexto penitenciario y utilizó el término «prisonalización» para referirse a los efectos psicológicos del ingreso en prisión, definiendo el término como la asimilación, *por parte de los internos, de hábitos, usos, costumbres y cultura de la prisión, así como una disminución general del repertorio de conductas de los mismos, por efecto de su estancia prolongada en el centro penitenciario.* Con esta definición se hace referencia a un proceso dinámico de adaptación al medio penitenciario. Dicho proceso conlleva una serie de cambios, que se manifiestan de muy diversas maneras, tales como apatía, labilidad, síntomas depresivos, trastornos de ansiedad, comportamientos agresivos, deterioro emocional e incluso trastornos mentales graves del orden de trastornos afectivos severos o brotes psicóticos. Estas manifestaciones conforman la respuesta a un medio hostil, a la pérdida de autonomía, al aislamiento afectivo, a la falta de intimidad, etc, donde el consumo de sustancias es frecuente debido a una adicción previa y/o como mecanismo de evasión, favoreciendo el establecimiento de relaciones interpersonales instrumentales, agresivas y patológicas, con lo que el individuo queda afectado a nivel cognitivo, afectivo y conductual.

Durante la última década se han publicado numerosos estudios epidemiológicos sobre PD en distintos ámbitos; no obstante, los realizados en contextos penitenciarios son escasos. Consideramos como referente a este respecto, el metaanálisis de Fanzel y Danesh (2002). El estudio revisa 62 trabajos anteriores y cuenta con una muestra de 22.790 internos, llegando a revelar que el 65% de la población de la muestra penitenciaria presentaba un trastorno de personalidad (TP), y de forma destacada un trastorno antisocial (47%), siguen porcentualmente los trastornos afectivos, entre los que destaca la depresión mayor (19%), y, finalmente, los trastornos psicóticos (3,7%). Los autores concluyen que la población penitenciaria tiene una probabilidad de entre dos y cuatro veces mayor que el resto de la población normalizada de padecer un cuadro psicótico y una depresión mayor, y hasta diez veces más probabilidad de tener un TP.

Utilizando los mismos instrumentos que el presente estudio, en el ámbito nacional destaca el trabajo de Casares-López et al. (2010), realizado con población policonsumidora cuya sustancia principal de consumo es la cocaína. En el estudio se comparan dos poblaciones clínicas, una formada por sujetos pertenecientes a una unidad intrapenitenciaria (n=76) y otra por sujetos pertenecientes a comunidad terapéutica externa (n=89). Los autores encuentran diferencias significativas entre ambos grupos, de modo que el grupo intrapenitenciario fue el que obtuvo puntuaciones más elevadas en 17 de las 22 escalas evaluadas. El estudio recoge, también, la dificultad de los miembros de ambos grupos para controlar la conducta agresiva: al comparar los grupos resulta que existe una mayor dificultad entre los sujetos del grupo intrapenitenciario (18,8%) que entre los del grupo externo (7,9%). Los autores concluyen la existencia de una comorbilidad entre el abuso de sustancias y los TP, y que esta comorbilidad es todavía mayor cuando el contexto de estudio se circunscribe a la prisión, ámbito en el que las personas con toxicomanías presentan más trastornos de personalidad y más graves y, a la vez, mayor dificultad para controlar la conducta agresiva que los sujetos de un grupo similar en sus características sociodemográficas pero no encarcelados.

Los estudios con población penitenciaria establecen una relación entre los TP y la conducta delictiva / agresiva, sobre todo en el cluster B. En esta dirección, González-Guerrero (2007) lleva a cabo un estudio de casos sobre una muestra de 347 sentencias extraídas del Tribunal Supremo español y de los Órganos Jurisdiccionales. El estudio desvela una alta prevalencia del TP antisocial (37,98%) y del TP límite (21,36%). En la misma línea, Coid (2007) demuestra que los TP del cluster B, en concreto en el TP antisocial y TP límite, están relacionados con un aumento del riesgo de condenas por actos violentos, siendo esta relación independiente de factores sociodemográficos y de trastornos del eje I y de otros grupos del eje II. Concluye el estudio que el cluster B es, sin duda, el que guarda una mayor relación con la conducta delictiva en general y la conducta agresiva en particular. Recuérdese, por otro lado, que es el más vinculado al abuso de alcohol/drogas, un factor claramente disparador de la violencia.

Existe una gran disparidad en los datos que aportan los distintos estudios con población penitenciaria cuando tratan de establecer prevalencias psicopatológicas, de analizar sus consecuencias y de establecer relaciones con respecto al patrón de consumo, la conducta agresiva y los TP. No obstante, en los estudios revisados para este trabajo parece existir consenso en considerar que: 1. Aunque un alto porcentaje de sujetos ya presentaban psicopatología y/o abuso de sustancias antes de su ingreso en prisión, los

centros penitenciarios, en cuanto sistema/institución cerrada, agravan y/o son generadores de distintos tipos de comportamientos desadaptados. 2. En los centros penitenciarios, los TP –principalmente el TP límite y TP antisocial (cluster B), seguido de los trastornos afectivos y, en tercer lugar, de los trastornos psicóticos–, constituyen la forma más frecuente de los trastornos psicopatológicos que coexisten con el abuso o adicción al consumo de drogas en un sujeto para conformar una patología dual. 3. La prevalencia de psicopatología, abuso de sustancias y conductas agresivas es significativamente mayor en población penitenciaria que en sujetos no encarcelados. 4. Algunos TP, especialmente el límite y el antisocial (cluster B) guardan una correlación significativamente con la conducta agresiva y la dependencia de sustancias.

Centrando nuestra atención en los estudios que han valorado como sustancia principal de abuso/dependencia la cocaína, y dado que la población que nos ocupa presenta una adicción a la cocaína como sustancia principal, el estudio del NIMH-ECA (National Institute of Mental Health-Epidemiologic Catchment Area), es un referente ineludible por la amplitud de la muestra que utiliza (20.291 sujetos), la cantidad de publicaciones que lo mencionan y porque establece una relación entre el tipo de sustancia consumida y la morbilidad asociada. En este sentido, el estudio halla una comorbilidad psicopatológica en el 76,1%, de los consumidores de cocaína, un porcentaje considerablemente más elevado que en los adictos/abusadores de alcohol (36,6%) o de opiáceos (65,2%). La comorbilidad más elevada se encuentra con el TP antisocial (42,7%), los trastornos del estado de ánimo (34,7%), los trastornos de ansiedad (33,3%) y, finalmente, la esquizofrenia (16,7%) (Regier et al, 1990).

Situándonos en el ámbito nacional, el estudio epidemiológico llevado a cabo por la Asociación Española de Patología Dual (AEPD) (AEPD, 2008), a partir de una muestra de 837 pacientes de diversos dispositivos terapéuticos de la Comunidad Autónoma de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid (CADs, CAIDs, CSMs), arroja una prevalencia de la PD en el 76% de los sujetos de dicha población, a la vez que la cocaína es la sustancia más consumida (62,7%). Si nos referimos a los trastornos psicopatológicos asociados, los más frecuentes son los TP (71%), seguidos del riesgo de suicidio (41,4%), los episodios hipomaniacos (31,5%), el trastorno de angustia (29%), el episodio depresivo mayor (28,8%), el trastorno de ansiedad (25,2%) y el trastorno distímico (22,9%). En lo que respecta al eje II, los trastornos más frecuentes son el depresivo (25%), el límite (25%), el paranoide (24%), el de evitación (23%), el obsesivo-compulsivo (22%) y el antisocial (20%), encontrándose abundante comorbilidad entre varios de estos síndromes.

Si atendemos al hecho de que uno de los efectos prototípicos de la cocaína es la desinhibición, parece lógico pensar que los trastornos del eje II con mayor prevalencia han de ser aquéllos en los que la impulsividad como rasgo caracterial y constituyen un criterio diagnóstico en sí mismo (McMurran, Blair & Egan, 2002). Abundando en el tema, algunos autores han puesto de relieve la relación existente entre impulsividad y agresividad, considerando la primera como un predictor de comportamiento antisocial y delincuencia (Knorrning & Ekselius, 1998). Sería en este tipo de agresividad, caracterizado por explosiones incontroladas y desproporcionadas, donde el abuso/dependencia de cocaína tendría un papel más relevante, dada la euforia y desinhibición que esta sustancia genera en quienes la consumen.

Ante las dificultades que puede generar el comportamiento agresivo en la cotidiana-

nidad de una población tan proclive a manifestarlo como la que nos ocupa, consideramos relevante un acercamiento teórico al constructo *agresividad*. De las muchas definiciones posibles, tal vez la más común es aquella que describe la agresión como cualquier forma de conducta que pretenda herir física o psicológicamente a alguien (Berkowitz, 1996), excluyendo aquellos sucesos que carecen de intencionalidad, independientemente de la magnitud del daño que ocasionen. En lo que se refiere a los modelos teóricos propuestos, éstos se han caracterizado tanto por la influencia del paradigma psicológico imperante en el momento (modelo psicodinámico, conductista, cognitivo) como por la importancia atribuida a aspectos como la ira, la hostilidad o la agresión manifiesta. De entre todos los diferentes modelos, tal vez el más explicativo, dado su carácter integrador, sea el *Modelo de la Agresión de Buss*, que partiendo de una concepción genérica del término, considera la agresividad como una síntesis de los aspectos cognitivos (hostilidad), emocionales-afectivos (ira) y comportamentales (agresión física o verbal) concurrentes a la situación. Este modelo multi-componente, cuya reformulación posterior a cargo de Buss y Perry (1992) ha posibilitado la elaboración de un instrumento de evaluación –el *Cuestionario de Agresividad (AQ)* (Andreu, Peña & Graña, 2002)– con las debidas garantías psicométricas, nos parece especialmente indicado, dado el énfasis que pone a factores situacionales, para establecer el marco teórico desde el que valorar el impacto real de una de las problemáticas que más preocupan a los profesionales que intervienen en el campo de la PD y en instituciones cerradas como los centros penitenciarios.

Objetivos e hipótesis

El presente trabajo se desarrolla en dos fases, una primera fase descriptiva con los siguientes objetivos:

1. Describir y comparar la severidad de la adicción a la cocaína entre los sujetos que se encuentran en tratamiento en CT intrapenitenciaria y sujetos en tratamiento extrapenitenciario.
2. Delimitar la prevalencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes en tratamiento en CT intrapenitenciaria y compararla con el grupo de pacientes que reciben tratamiento extrapenitenciario
3. Establecer la prevalencia específica de cada tipo de trastorno de la personalidad en cada uno de los grupos.
4. Determinar la prevalencia de agresividad en cada uno de los grupos de investigación.
5. Conocer la prevalencia de agresividad en los trastornos de personalidad incluidos en el cluster B.

En una segunda fase procederemos a contrastar las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 1:** los individuos dependientes de la cocaína muestran mayor agresividad que la encontrada en la población no consumidora.
- **Hipótesis 2:** los individuos dependientes de la cocaína que presentan psicopatología en el cluster B muestran mayor agresividad que aquellos que no la presentan.

- **Hipótesis 3:** los individuos dependientes de la cocaína en tratamiento intrapenitenciarios no muestran mayor nivel de agresividad que el grupo extrapenitenciario.

3. METODOLOGÍA

Participantes

La muestra total de este estudio esta compuesta por 280 sujetos divididos en tres grupos:

1. **Grupo experimental 1:** grupo compuesto por 61 sujetos que se encuentran en tratamiento por su adicción a la cocaína en la Comunidad Terapéutica intrapenitenciaria de Proyecto Hombre Madrid dentro de la prisión Madrid V (Soto del Real). La edad media del grupo es 36,97 años y oscila entre 19 y 52 años de edad. La estancia media en prisión es de 11 meses. Respecto al nivel educativo de los sujetos el 86,9% han cursado estudios primarios, el 9,8% secundarios y el 3,3% posee estudios superiores.
2. **Grupo experimental 2:** compuesto por 132 sujetos que se encuentran en tratamiento por su adicción a la cocaína en los distintos centros para drogodependientes de Proyecto Hombre Madrid y estando en tratamiento durante un periodo comprendido entre octubre del 2009 a julio del 2011 (15 meses). La edad media del grupo es de 34,57 años y oscila entre 18 y 60 años. Respecto al nivel educativo de los sujetos el 44,7% había cursado estudios primarios, el 35,6% secundarios y el 19,7% superiores.
3. **Grupo control:** como grupo comparativo y con el fin de obtener una muestra no procedente de estudiantes debido a la homogeneidad que presentan, 31 profesionales debidamente formados llevaron a cabo un muestreo entre las personas de su entorno, garantizando la confidencialidad de los datos. Aunque este procedimiento no garantiza una absoluta aleatoriedad, permite obtener sujetos mucho más heterogéneos que los habitualmente utilizados en estos estudios. La muestra estuvo compuesta por 87 varones, con un rango de edad comprendido entre los 18 y los 65 años y una media de 38,10 años. Respecto al nivel educativo, el 5,6% había cursado estudios primarios, el 19,4% estudios secundarios y el 75% estudios superiores. Como criterio de exclusión se verificó que no estuvieran diagnosticados con un trastorno de abuso o dependencia de sustancias.

Materiales

Los instrumentos de evaluación elegidos para este estudio han sido seleccionados teniendo presentes las garantías psicométricas que aportan, con el fin de garantizar un adecuado nivel de fiabilidad y validez. Para la valoración de aspectos sociodemográficos y toxicológicos, psicopatología y agresividad hemos aplicado:

- **EuropASI:** uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el consumo de drogas y los problemas asociados a la adicción. Es la adaptación europea del

Addiction Severity Index (ASI) (Bobes García, González G-Portilla & Wallace, 1995). Es una entrevista semiestructurada y heteroaplicada que además de evaluar la gravedad de la adicción, evalúa otras seis áreas que han podido contribuir inicialmente al desarrollo de ésta y posteriormente a su mantenimiento: situación médica (16 ítems), situación laboral/soportes (26 ítems), consumo de alcohol y otras drogas (28 ítems), problemas legales (23 ítems), relaciones familiares y sociales (26 ítems) y estado psiquiátrico (22 ítems). Presenta a nivel de fiabilidad, una consistencia interna de 0,62 en la subescala de drogas y de -0,87 en la subescala de alcohol y enfermedades psiquiátricas. La fiabilidad test-retest es de 0,92. En lo que respecta a su validez, muestra correlaciones con otras variables como el número de condenas y el número de sobredosis (0,43-0,72). Las correlaciones con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90) son de 0,52 y 0,47, respectivamente. Se relaciona con otras medidas de consumo de alcohol, como la subescala de uso de alcohol del MAST (0,58) (Muñoz López, Roa Álvaro, 2002).

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)**, es un autoinforme muy utilizado en la evaluación de los trastornos clínicos y cuyo autor ha ejercido una influencia determinante en la clasificación de los trastornos de personalidad del DSM, que cuenta con una adaptación española del original (Millon, Davis & Millon, 1997) a cargo de Violeta Cardenal y M^a Pilar Sánchez (2007). Su estructura es la de un cuestionario clínico autoaplicado que posibilita la evaluación tanto de la personalidad del sujeto como de distintos síndromes clínicos. Esta compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporciona información sobre 11 patrones clínicos de personalidad definidos en el Eje II del DSM-IV-TR (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, compulsiva, negativista y autodestructiva) 3 rasgos patológicos (esquizotípico, límite y paranoide). Asimismo, evalúa 7 síndromes de gravedad moderada y 3 de gravedad severa, correspondientes al del Eje I del DSM-IV-TR (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia al alcohol, dependencia a sustancias, estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). Presenta a nivel de fiabilidad una consistencia interna de 0,66-0,89, así como una fiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales de 0,85-0,93. La fiabilidad test-retest para el diagnóstico categorial es Kappa < 0,45. En lo que respecta a su validez, muestra al correlacionar las puntuaciones dimensionales MCMI con el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) resultados > 0,50. Su sensibilidad es de 0,44-0,92 (media = 0,60) y su poder predictivo de 0,30-0,81 (media = 0,69) (Muñoz López, Roa Álvaro, 2002).
- **Cuestionario de agresividad de Buss y Perry** (1992), versión revisada del BDHI. Este cuestionario se desarrolló a partir del *Hostility Inventory* elaborado por Buss y Durkee en 1957. Proporciona una medida general de la agresividad y cuatro sub-escalas: agresividad física, agresividad verbal, hostilidad e ira que se corresponden con los aspectos instrumentales, cognitivos y emocionales de la agresividad. El cuestionario esta compuesto por 29 ítems codifica-

dos en una escala tipo likert de 5 puntos, (1: completamente falso para mí; 2: bastante falso para mí; 3: ni verdadero ni falso para mí; 4: bastante verdadero para mí; 5: completamente verdadero para mí). La versión española de esta herramienta muestra una consistencia interna entre el 0,82 y el 0,32 y una consistencia temporal para el cuestionario completo de 0,80 (García-León, Reyes del Paso, 2002)

Diseño

Se han elegidos dos grupos experimentales incidentales (pacientes en tratamiento en ese momento), que cumplen criterios diagnósticos de dependencia a sustancias, siendo la cocaína la principal sustancia consumida. El primer grupo experimental lo conforman sujetos que se encuentran en tratamiento en distintos centros de Proyecto Hombre Madrid y el segundo grupo pacientes que reciben tratamiento en prisión. También se ha contado con un grupo control incidental de personas que no cumplen criterios diagnósticos de dependencia a ninguna sustancia. Para los dos grupos experimentales, los criterios de inclusión comunes han sido los siguientes.

- Ser varón adulto (entre 18 a 60 años)
- Cumplir criterios diagnósticos DSM-IV-TR de dependencia a sustancias, siendo la cocaína la principal sustancia consumida.
- Llevar al menos tres meses de abstinencia a cualquier sustancia.
- Estar compensado psiquiátricamente en el momento de la evaluación.
- Participar voluntariamente en el estudio, una vez informado debidamente de las características del mismo y garantizando la confidencialidad de los datos.

Procedimiento

El protocolo de evaluación inicial fue realizado por técnicos y educadores de cada uno de los centros de Proyecto Hombre Madrid que participaron en el estudio, bajo la dirección de los responsables de este trabajo. Todos ellos recibieron un entrenamiento específico para aplicar todas las herramientas psicodiagnósticas descritas. Se informó a los participantes de la finalidad del estudio, la participación fue voluntaria y en todos los casos se garantizó el total anonimato de los datos recogidos estableciendo un código para cada uno de ellos, previa firma del documento de consentimiento informado. Tanto a los integrantes del grupo experimental como a los del grupo control se les evaluó de manera individual con el EuropASI al ser heteroaplicado, mientras que el resto de la batería, de naturaleza autoaplicada, pudo administrarse de manera grupal en presencia del profesional asignado, dividiéndose en dos tiempos con el fin de evitar el efecto de la fatiga.

La corrección de los instrumentos fue llevada a cabo por un grupo de profesionales previamente entrenados en cada una de las herramientas utilizadas. Una vez obtenidos los datos se registraron en una base de datos las variables sociodemográficas, psicopatológicas y psicométricas de nuestros pacientes. Para el análisis de resultados se utilizó el programa informático SPSS 15.0

4. RESULTADOS

Comenzando por los datos que nos permiten delimitar las características diferenciales de nuestra población, en la *tabla 1* pueden observarse las distribuciones de frecuencias resultantes en relación a los siguientes campos descriptivos: edad, problemas legales, nacionalidad, estado civil e ingresos.

Tabla 1. Resumen EuropASI

	Grupo Control	Gp. Experimental Intrapenitenciario	Gp. Experimental Extrapenitenciario
	n = 87	n = 61	n = 132
Edad Media	38,38	36,97	40,53
Prob. legales	6 (6,9%)	61 (100%)	71 (53,8%)
Nacionalidad			
España	85 (97,7%)	56 (91,8%)	127 (96,2%)
UK	1 (1,1%)	,00	,00
Polonia	,00	1 (1,6%)	1 (0,8%)
Italia	,00	,00	1 (0,8%)
Marruecos	,00	1 (1,6%)	,00
Colombia	1 (1,1%)	,00	,00
R. Dominicana	,00	2 (3,3%)	1 (0,8%)
Ecuador	,00	,00	1 (0,8%)
USA	,00	1 (1,6%)	1 (0,8%)
Estado Civil			
Casado	41 (47,1%)	9 (14,8%)	22 (16,7%)
Viudo	0	0	1 (0,8%)
Separado	7 (8%)	6 (9,8%)	9 (6,8%)
Divorciado	2 (2,3%)	0	8 (6,1%)
Soltero	37 (42,5%)	46 (75,4%)	92 (69,7%)
Ingresos			
Sí	64 (73,6%)	3 (4,9%)	59 (44,7%)
No	23 (26,4%)	58 (95,1%)	73 (55,3%)

Siguiendo con la información suministrada por el EuropASI pasamos a detallar los indicadores toxicológicos más relevantes. La *severidad del consumo de alcohol*, medida en una escala cuyo rango de puntuaciones va de 0 a 9, es prácticamente inexistente en el grupo control. La puntuación se incrementa en el grupo experimental intrapenitenciario oscilando entre 3 (11,5%) y 8 (18%) siendo la media en severidad de este grupo 5,02 puntos. En el caso del grupo experimental extrapenitenciario,

en lo referente a la severidad del consumo de alcohol, medida con la misma escala, las puntuaciones más frecuentes son 5 (16,7%), 7 (17,4%), 8 (11,4%) y 9 (11,4%), siendo la media 5,20 puntos. Con respecto a la *severidad en adicción a sustancias*, en el grupo control la severidad es nula, en el caso del grupo experimental intrapenitenciario se distribuye entre 7 (19,7%) y 9 (37,7%) siendo la media de 7,82. En el grupo experimental extrapenitenciario se distribuye principalmente entre las puntuaciones 7 (31,1%), 8 (25%) y 9 (29,5%), siendo la media 7,58. La distribución de frecuencias resultante puede observarse en el gráfico 1 y 2. Asimismo consideramos interesante destacar que la edad promedio de inicio del consumo de cocaína en nuestros pacientes en tratamiento extrapenitenciario es de 20,73 años, siendo el tiempo medio de consumo a lo largo de la vida de 10,66 años, mientras que en los pacientes en tratamiento intrapenitenciario la edad de inicio es de 19,11 con una media de consumo de 13,21 años. En el grupo de control, sólo hay tres casos que refieren haber consumido drogas con una edad media de inicio en el consumo de 20 años y sin referencia a consumos mantenidos en el tiempo.

Tabla 2. Severidad de la adicción

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Grupo Control											
Severidad Alcohol	Fr	82	4	1							
	%	94,3	4,6	1,1							
Severidad Cocaína	Fr	87,00									
	%	100,0									
Grupo Experimental Intrapenitenciario											
Severidad Alcohol	Fr	5	2	5	7	7	8	5	6	11	5
	%	8,2	3,3	8,2	11,5	11,5	13,1	8,2	9,8	18,0	8,2
Severidad Cocaína	Fr			1		1	2	3	12	19	23
	%			1,6		1,6	3,3	4,9	19,7	31,1	37,7
Grupo Experimental Extrapenitenciario											
Severidad Alcohol	Fr	14	8	4	8	9	22	14	23	15	15
	%	10,6	6,1	3,0	6,1	6,8	16,7	10,6	17,4	11,4	11,4
Severidad Cocaína	Fr			1	1	2	5	10	41	33	39
	%			,8	,8	1,5	3,8	7,6	31,1	25,0	29,5

Gráfico 1. Severidad Cocaína

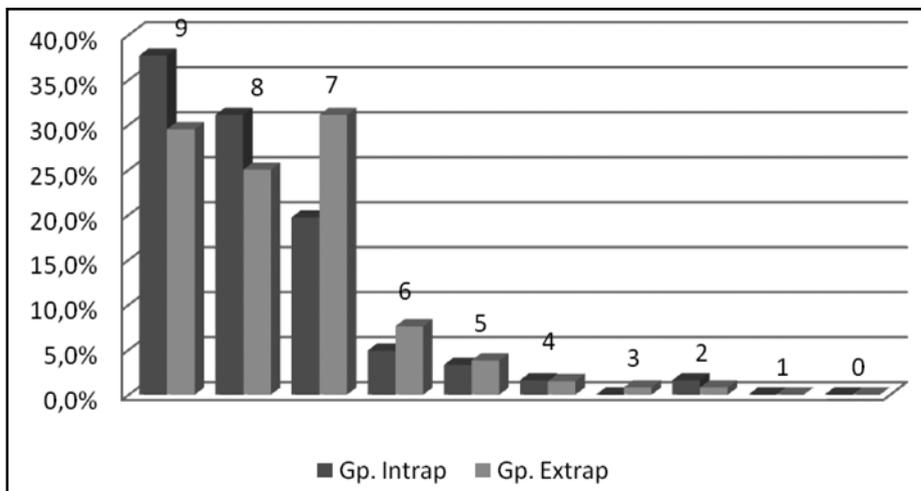
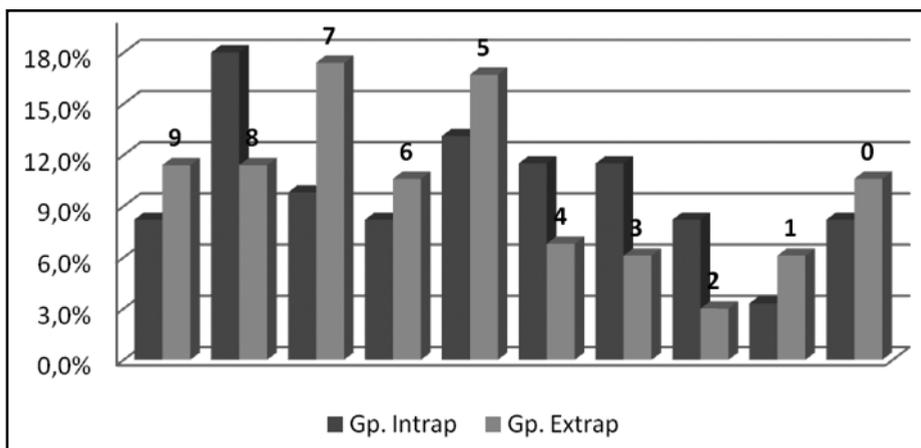


Gráfico 2. Severidad Alcohol

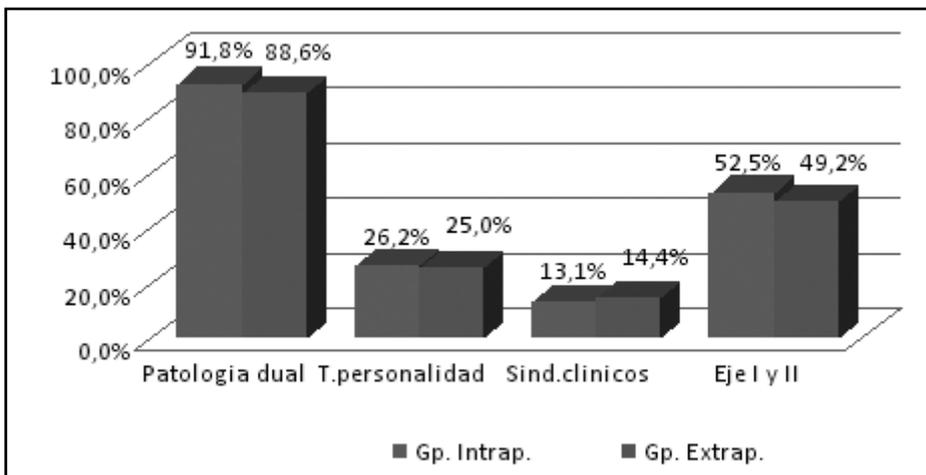


En lo que se refiere a la distribución de frecuencias obtenida a partir de las escalas de personalidad del MCMI-III, adoptando la terminología de Millon, Davis y Millon (1997) y tomando como punto de corte la puntuación de prevalencia (PREV) mayor o igual a 85 ($PREV \geq 85$) podemos hablar de una prevalencia de patología dual en el grupo experimental extrapenitenciario de 88,6%, encontrándonos un 25% de sujetos con trastorno de personalidad (Eje II), un 14,4% presentan algún síndrome clínico (Eje I) y un 49,2% poseen trastorno en ambos ejes. Respecto al grupo intrapenitenciario, la prevalencia de patología dual es de 91,8%, encontrándonos que un 26,2% de sujetos presentan trastornos de personalidad, un 13,1% algún síndrome clínico y el 52,5% de la muestra posee trastorno en ambos ejes (*gráfico 3*).

Tabla 3: Prevalencia por escalas del MCMI-III (%)

Escalas MCMI-III	G. Exp. Intrapen.	G. Exp. Extrapen.	Grupo Control	Escalas MCMI-III	G. Exp. Intrapen.	G. Exp. Extrapen.	Grupo Control
Escalas básicas de personalidad				Síndromes clínicos de gravedad moderada			
Esquizoide	14,8	14,4	0	T. ansiedad	14,8	11,4	0
Evitativa	16,4	12,9	1,1	T. somatomorfo	18	13,6	0
Depresiva	13,1	9,8	0	T. bipolar	21,3	12,1	0
Dependiente	13,1	15,2	0	T. distímico	14,8	11,4	0
Histriónica	13,1	15,2	4,6	D. alcohol	13,1	12,9	0
Narcisista	13,1	15,2	11,5	Estrés postraumático	13,1	15,2	0
Antisocial	14,8	11,4	0				
Compulsiva	19,7	8,3	28,7				
Escalas de personalidad patológica				Síndromes clínicos graves			
Límite	14,8	13,6	0	T. pensamiento	11,5	16,7	0
Paranoide	19,7	10,6	0	Depresión mayor	11,5	15,2	0
				T. delirante	14,8	12,9	0

Gráfico 3. Prevalencia de Patología Dual



Respecto al grupo experimental intrapenitenciario encontramos que las *Escalas básicas de personalidad* más prevalentes son la compulsiva (19,7%), paranoide (19,7%) y la evitativa (16,4%). Entre los *Síndromes clínicos* más predominante tenemos el trastorno bipolar (21,3%) y somatoformo (18%) seguido del T.de ansiedad, distímico y delirante con un 14,8% cada uno de ellos.

En cuanto al grupo experimental extrapenitenciario, con respecto a las *Escalas básicas de personalidad* destacan el trastorno dependiente, el histriónico y el narcisista de la personalidad con un 15,2% de prevalencia todos ellos. Si tenemos en cuenta los *Síndromes clínicos* nos encontramos una alta prevalencia en el trastorno de pensamiento (16,7%) y depresión mayor (15,2%)

Gráfico 4. Escalas de personalidad

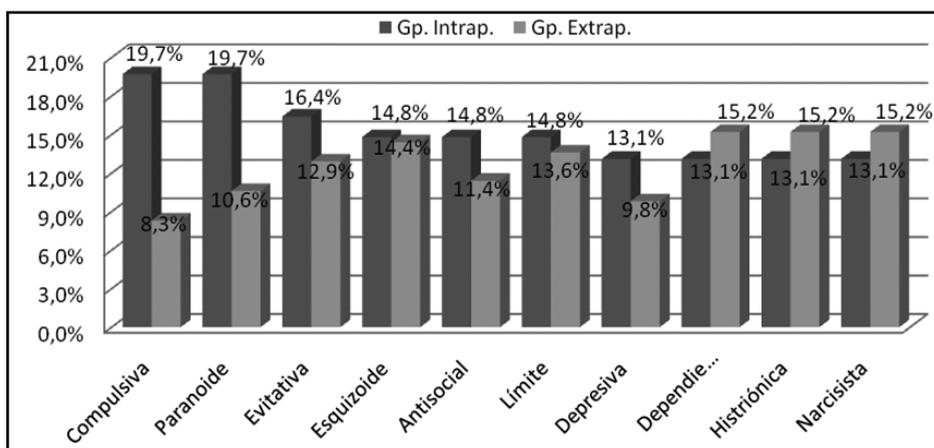
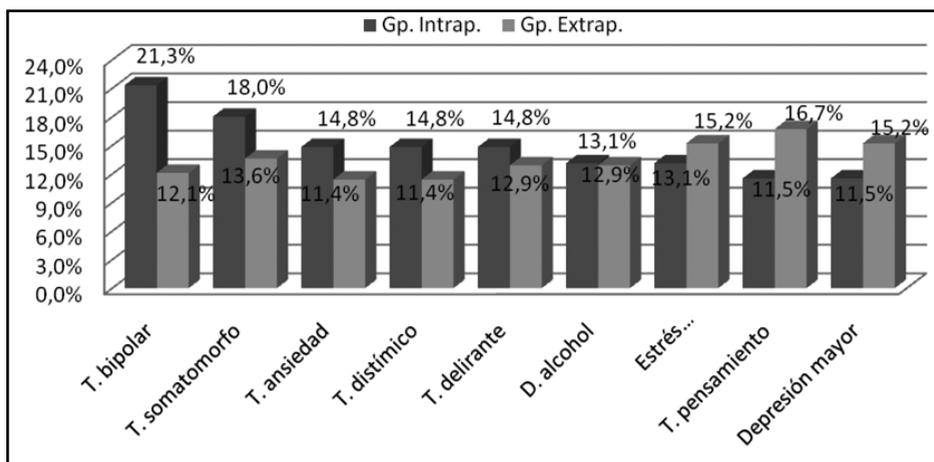


Gráfico 5. Síndromes clínicos

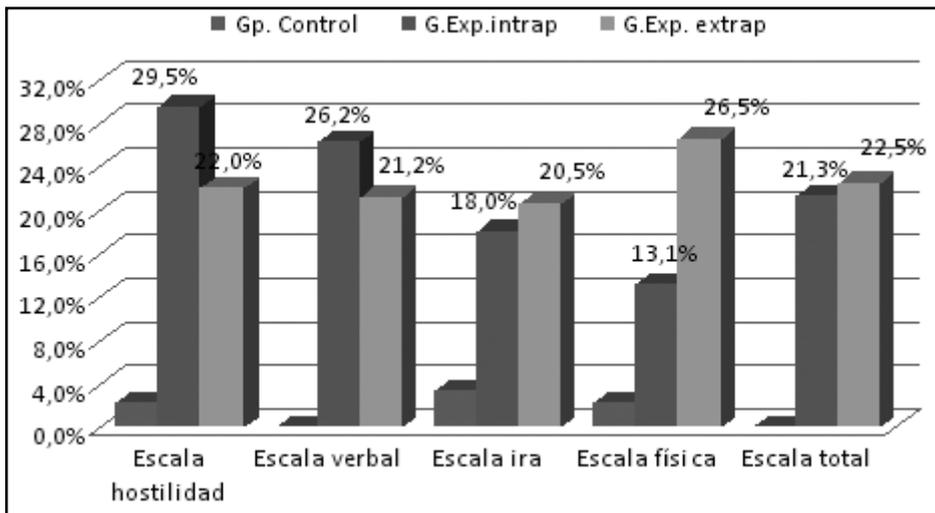


En relación a la agresividad medida con el test AQ (tabla 4) que presentan los grupos estudiados, nos encontramos que los porcentajes presentes en la Escala total son muy similares entre ambos grupos experimentales que, a su vez, se diferencian sustancialmente del grupo control. Es de destacar que las escalas en las que más difieren ambos grupos son la Escala física, verbal y hostilidad.

Tabla 4. Prevalencia de agresividad por escalas del AQ

Escalas AQ	Gp. Control	G. Exp. intrap.	G. Exp. extrap.
Escala física	2,3%	13,1%	26,5%
Escala verbal	0%	26,2%	21,2%
Escala ira	3,4%	18%	20,5%
Escala hostilidad	2,3%	29,5%	22%
Escala total	0%	21,3%	22,5%

Gráfico 6. Prevalencia de agresividad

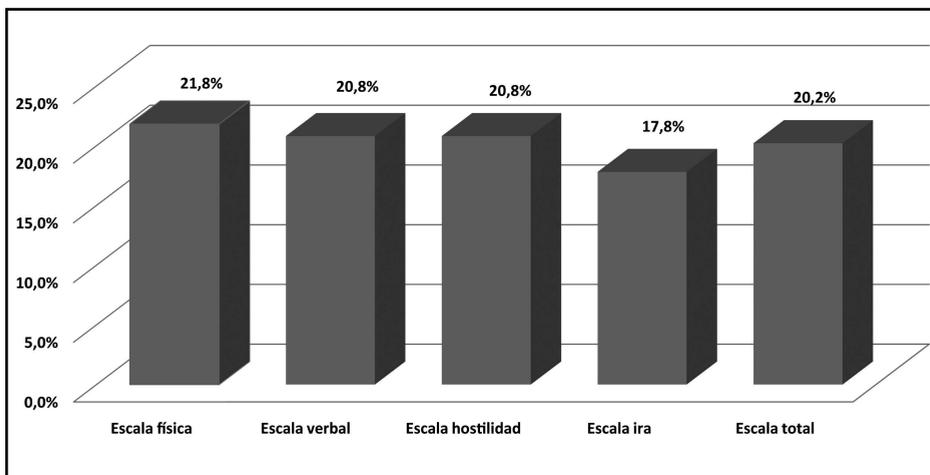


Centrándonos en el cluster B de los trastorno de personalidad que, en principio, entendemos que son los que pueden presentar mayores signo de agresividad, la tabla 5 recoge la presencia clínica de la agresividad en pacientes de los dos grupos experimentales con trastornos de la personalidad del mismo. Vemos que de los 101 casos de pacientes con este tipo de trastornos, no se aprecian grandes diferencias entre las escalas.

Tabla 5. Prevalencia de agresividad en cluster B

Escalas AQ	Frecuencia	Porcentaje
Escala física	22	21.8
Escala verbal	21	20.8
Escala ira	18	17.8
Escala hostilidad	21	20.8
Escala total	33	20.2

Gráfico 7 Prevalencia de agresividad



Una vez delimitados los parámetros descriptivos básicos de nuestra población, el siguiente paso ha consistido en comparar las puntuaciones obtenidas por nuestros dos grupos experimentales (grupo intra penitenciario y extrapenitenciario) en las distintas escalas del AQ con la de los integrantes del grupo control. La diferencia de medias para dos muestras independientes demuestra que se han encontrado diferencias significativas ($p \leq 0,05$) en todas las escalas que componen el instrumento, lo que nos permite afirmar que los sujetos dependientes a la cocaína se muestran más agresivos que el grupo no consumidor.

Posteriormente, hemos tomado las puntuaciones obtenidas por los dos grupos experimentales en las escalas del AQ para cotejarlos con las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III, con el fin de comparar si aquellos que presentan psicopatología en cluster B se muestran más agresivos que aquellos que no la presentan. No hemos encontrado diferencias significativas que nos permitan afirmar que en nuestra población los sujetos que puntúan en el cluster B se muestran más agresivos.

Si comparamos las puntuaciones obtenidas en el AQ entre el grupo intrapenitenciario y extrapenitenciario, tampoco nos encontramos diferencias significativas ($p \leq 0,05$) que nos permitan afirmar que unos muestran mayor nivel de agresividad que otros.

5. DISCUSIÓN

La primera evidencia de interés que se desprende de los resultados obtenidos, es la elevada *Severidad de la adicción* que presentan los individuos de los dos grupos experimentales en relación a la dependencia de la cocaína como sustancia principal de consumo: el 88,5% del grupo de prisión queda englobado en las puntuaciones más altas (7 a 9) respecto al 85,6% del grupo extrapenitenciario. Por su parte, el *consumo de alcohol* presenta unos niveles de severidad que, pese a ser elevados, ofrecen índices notablemente inferiores a los de cocaína: un 36% de los sujetos del grupo intrapenitenciario están englobados en las puntuaciones más altas (7 a 9), y un 40,2% del grupo extrapenitenciario. No observamos, por tanto, la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos experimentales en lo que respecta al consumo de estas sustancias.

Atendiendo a las *Escalas de personalidad* del MCMI-III, en el grupo extrapenitenciario, las prevalencias más elevadas son el TP dependiente, el histriónico y el narcisista. Los dos últimos aluden a los trastornos de personalidad englobados en el cluster B del DSM-IV-TR, con lo cual estos datos se hallan en la línea de lo aportado por otros estudios de naturaleza similar (Pedrero, 2003; López & Becoña, 2006). En el grupo intrapenitenciario, por su parte, entre las escalas con mayor prevalencia se encuentra los TP compulsivo, paranoide y evitativo, que aunque frecuente también en otros estudios con población penitenciaria, no son los trastornos más representativos (Casares-López et. al 2010). Un dato que contrasta con los resultados aportados por dichos estudios es la mínima representación del trastorno antisocial (gp. Intrap. 14,8% y gp. Extrap. 11,4%), lo que podría explicarse por distintos factores, entre los que nos parece especialmente destacable el hecho de que algunos *ítems* del instrumento pudieran ser sensibles a las condiciones de estabilización médica, psiquiátrica y psicológica que presentan los sujetos de nuestros grupos experimentales al encontrarse en tratamiento, y sin olvidar, también, que son grupos incidentales.

En lo que se refiere a los *Síndromes clínicos* del MCMI-III, los estudios revisados ponen de manifiesto cómo la prisión, en cuanto institución cerrada, favorece la aparición de patologías relacionadas con el estado de ánimo, encontrando diferencias significativas en la población penitenciaria respecto a poblaciones no institucionalizadas (Casares-López et. al 2010). En este aspecto, en nuestra población no observamos diferencias significativas entre el grupo intrapenitenciario y el extrapenitenciario en los trastornos de ansiedad, distímico, depresión mayor, etc., trastornos éstos donde la influencia de factores exógenos (relacionales y situacionales) cobran especial relevancia al ser patologías tan sensibles al contexto. Este hecho puede ser atribuible a que la intervención terapéutica en prisión disminuye los efectos negativos del internamiento (síntomas depresivos, estados de ansiedad, distimia, agresividad, estrés, etc.).

Por lo que respecta al nivel de *agresividad*, una vez comparados los resultados globales obtenidos por nuestros dos *grupos experimentales con los del grupo control*, podemos concluir que las diferencias de los dos primeros respecto al tercero resultan estadísticamente significativas en todas las escalas que incluye el instrumento, lo cual equivale a afirmar que, al menos en nuestra población, los consumidores dependientes de la cocaína presentan un mayor nivel de agresividad que los que no consumen ninguna sustancia de abuso, lo que nos permite mantener nuestra primera hipótesis.

En nuestra tercera hipótesis postulábamos que los individuos del grupo en tratamiento en la C.T. intrapenitenciaria no mostrarían mayor agresividad que los individuos del grupo en tratamiento extrapenitenciario. Los datos que hemos obtenido se alejan de los estudios revisados en este trabajo y nos permiten mantener la hipótesis, en cuanto que no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos. En la escala total la puntuación del grupo intrapenitenciario es de 21,3% y en el grupo extrapenitenciario de 22,5%. Por tanto, podemos volver a plantear, como hipótesis tentativa, que el contexto terapéutico en prisión disminuye la probabilidad de manifestar conductas agresivas en sujetos que sí pueden presentar una predisposición caracterial para exhibir estos comportamientos. No obstante, llama la atención que la puntuación más alta en el grupo intrapenitenciario se haya encontrado en la escala de hostilidad (29,5%), mientras que en el otro grupo es del 22%, lo cual pone de manifiesto una prevalencia de factores cognitivos (hostilidad), sobre los emocionales (ira) y comportamentales (agresión física o verbal), según el modelo de agresión de Buss y Perry (1992). Dicho modelo, recordemos, pone énfasis en los factores situacionales como desencadenantes de la conducta agresiva, por lo que sería esperable que la situación de internamiento y privación de libertad, favoreciera la aparición de estos comportamientos; sin embargo no hemos hallado esta circunstancia en nuestra población ya que la escala de agresividad física en el grupo intrapenitenciario es incluso menor que en el grupo extrapenitenciario (13,1% y 26,5% respectivamente): quizá, al convertirse el contexto terapéutico en un medio menos hostil, donde se favorecen los vínculos emocionales y las relaciones interpersonales saludables, se propicia la extinción de comportamientos que, aunque estén arraigados en el repertorio de conductas del sujeto, se hacen innecesarios en el contexto terapéutico.

Sin embargo, no nos hemos encontrado los datos esperados en nuestra segunda hipótesis ya que no se dan diferencias significativas respecto a la agresividad, entre aquellos sujetos que tienen trastornos de personalidad del cluster B de aquellos que no los tienen, alejándonos de lo postulado en otros estudios (Coid 2007). Esta circunstancia pudiera deberse, como ya hemos apuntando, al efecto de la intervención terapéutica por un lado y, por otro, a la prevalencia de trastornos de ansiedad (tan relacionada con manifestaciones agresivas) en sujetos sin patología en el cluster B. Dicha ansiedad propiciarían la realización de comportamientos violentos en individuos que no presentan una predisposición caracterial para ello, como ocurre con los trastornos del cluster B, pero sí circunstancial (dificultades en el proceso terapéutico, deshabitación a la cocaína, etc.) igualando por tanto las puntuaciones. Ante este hecho, nos parece necesario incidir en la importancia de profundizar en la etiología, diagnóstico y abordaje psicoeducativo de la agresividad, incorporando protocolos efectivos y específicos de evaluación, capaces de establecer un diagnóstico diferencial que nos permita distinguir cuándo la agresividad es consecuencia del proceso de deshabitación, y cuándo forma parte de la personalidad del paciente y requiere de un abordaje terapéutico diferente.

En conclusión, estos datos vienen a respaldar la evidencia que en nuestra labor diaria venimos observando: por un lado, la alta prevalencia de patología psiquiátrica y de comportamientos agresivos concomitantes en sujetos adictos a la cocaína respecto a la población normal. Por otro, y en contra de lo señalado en los estudios revisados para este trabajo, el hecho de que nuestra población en tratamiento intrapenitenciario no muestre mayor morbilidad psiquiátrica y comportamientos desadaptados que la población en tratamiento extrapenitenciario, a pesar del efecto desocializador de la prisión como institución cerrada. Este hecho podría explicarse por los efectos amortiguadores de la intervención terapéutica, ya que ésta no sólo incide sobre la drogodependencia del sujeto, sino también de manera indirecta sobre las consecuencias del internamiento, ya que ambos aspectos están estrechamente interrelacionados.

El objetivo general de la intervención es proporcionar al interno un espacio terapéutico y socioeducativo en el que pueda superar su trastorno adictivo, tratar su psicopatología, aprender hábitos de vida saludables, adquirir responsabilidades y aprender a ocupar el tiempo libre mediante actividades lúdicas, educativas y formativas que supongan una alternativa real a su anterior estilo de vida y le capaciten para una futura integración en la comunidad.

Los datos obtenidos también nos reafirman en la convicción de que en la prisión, a pesar de las dificultades propias del contexto, se puede intervenir, ya que la experiencia nos demuestra que el tratamiento modifica la situación psicosocial y cualquier psicopatología mejora sustancialmente con el tratamiento adecuado. Por otro lado, nuestra experiencia en el trabajo con personas que han estado en cumplimiento penitenciario demuestra que el tratamiento intrapenitenciario ha de tener una continuidad fuera de la prisión que incida en el fortalecimiento de aspectos sociales, formativos y económicos para así evitar la marginación y el desempleo y, por tanto, la vuelta a su anterior estilo de vida.

Consideramos fundamental, por tanto, continuar la intervención intra y extrapenitenciaria. Asimismo es necesario seguir con esta línea de investigación, de especial interés para el ámbito de las drogodependencias, prestando atención a los siguientes aspectos: la obtención de muestras más homogéneas y más grandes, así como el control de aquellas variables extrañas más frecuentes en todo proceso de recogida de datos. También sería deseable establecer estudios de carácter longitudinal, para conocer en profundidad cuál es la evolución de la problemática de cada uno de nuestros pacientes a lo largo de su proceso terapéutico, con el fin de mejorar la intervención con esta población.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2007). *Valoración del riesgo de la violencia en enfermos mentales con el HCR-20*. Papeles del Psicólogo, 28, 157-173
- Andreu Rodríguez, J. M., Peña Fernández, M^a Elena & Graña Gómez, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14 n^o 2, 476-482.

- Angermeyer, M. C., Cooper, B. y Link, B. (1998). Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 1-6.
- Arroyo, J.M. y Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 11-15.
- Asociación Española de Patología Dual, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Obra Social Caja Madrid (2008). *Estudio Epidemiológico para determinar la Prevalencia, Diagnóstico y Actitud Terapéutica de la Patología Dual en la Comunidad de Madrid*.
- Barber, J. B., Frank, A., Weiss, R. D., Blaine, J., Siqueland, L., Moras, K., Calvo, N., Chittams, J., Mercer, D. & Salloum, I. M. (1996). Prevalence and correlates of personality disorder diagnoses among cocaine dependent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 10, 297-311.
- Berkowitz, L. (1996). Agresión. Causas, consecuencias y control. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Blanco Zamora, P. & Sirvent Ruiz, C. (2006). Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 3-4, 324-344
- Bobes García, J., González G-Portilla, M. P.& Wallace, D. (1995). EuropASI. Adaptación Europea del Addiction Severity Index. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*. 1996, 201-218.
- Buss, A. H., Perry, M.; (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 nº 3, 452-459.
- Cardenal, V., Sánchez-López, M^a. P. (2007). *Adaptación y baremación del cuestionario MCMI-III al español (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III) de Millon (1997)*. Madrid. TEA ediciones.
- Casares-Lopez, MJ., Gonzalez, A., Torres, M., Secades, R., Fernández-Hermida, J.R. y Alvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 225-243.
- Clemmer, P. (1940). The prison community. Boston: *Cristopher Publishing Co*.
- Coid, J. (2007). Poblaciones penitenciarias: trayectoria criminal y reincidencia. En Oldham, J.M., Skodol, A.E. y Bender, D.S (dir.). *Tratado de los trastornos de la personalidad*, 581-608. Barcelona: Masson.
- Condelli, WS,;DeLeon, G. *Fixed and Dynamic Predictors of Client Retention in Therapeutic Communities*. *J Subst Abuse Treatment*, 1993. 10,11-16.
- Cervera, G., Bolinches, F. & Valderrama, J. C. (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 1, 91-99.
- Craig, R. J. (2000). Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance Abuse*, 21, 87-94.

- Echeburúa, E. Y Corral, P. (1988). El tratamiento psicológico en las instituciones penitenciarias: alcance y limitaciones. *Eguzkilore, extra, enero*, 179 y ss.
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- Esbec, E. (2006). Violencia y trastorno mental. Cuadernos de Derecho Judicial: *Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*. Consejo General del Poder Judicial.
- Fanzel, S. Y Dansen, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of surveys. *The Lancet*, 16, 545-55.
- Fernández, J. J. (2002) Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18, 421-427.
- Fernández Montalvo, J., Landa, N. Y López-Goñi, J. J. & Landa, N. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a cocaína: un estudio piloto. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 79-98.
- Goldsmith, R. J. (1999). Overview of psychiatric comorbidity: practical and theoretic considerations. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22, 331-349.
- González-Guerrero L. Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con TP: motivaciones subyacentes, “modus operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopat Clinic Leg Forn* 2007; 7:19-19.
- Graña Gómez, J. L., Muñoz García, J. J. & Navas Collado, E. N. (2007). *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Halikas, J. A., Crosby, R. D., Pearson, V. L., Nugent, S. M. & Carlson, G. A. (1994). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking cocaine abusers. *American Journal on Addictions*, 3, 25-35.
- Knorrning, L. & Ekselius, L. (1998). Psychopharmacological treatment and impulsivity. En Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M. & Davis, R. D. (Eds). *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour* (359-371). New York. Guilford Press.
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios. Relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. *Acción Psicológica*, 2 (3), 199-211.
- López Durán, A. & Becoña Iglesias, E. (2009). El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles del psicólogo*, 30 (2), 125-134.
- López Durán, A. & Becoña Iglesias, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18 n° 3, 578-583.
- Lorea Conde, I. (2006). *Características clínicas, comorbilidad psicopatológica y rendimiento neuropsicológico en adictos a la cocaína en tratamiento ambulatorio*. Tesis doctoral dirigida por Fernández-Montalvo, J. Universidad Pública de Navarra. Pamplona-Iruña.

- Martínez González, J. M., Trujillo Mendoza, H. M. (2003). *Tratamiento del drogo-dependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- McMurrin, M., Blair, M. & Egan, V. (2002). An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving, and alcohol use. *Aggressive Behaviour*, 28, 439-445.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Masson.
- Millon, Th., Davis, R. & Millon, C. (1997). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. TEA ediciones. Madrid.
- Morales-Vives, F., Codorniu-Raga, M. J. & Vigil-Colet, A. (2005). Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. *Psicothema*, 17 nº 1, 96-100.
- Moreno Jiménez, P. (1999). Situación de internamiento versus situación de libertad: diferencias en algunas variables en presos drogodependientes. *Adicciones* vol. 11, nº1, 23-31.
- Muñoz López, M., Roa Álvaro, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo Sánchez, A. B., Vicente Colomina, A. (2002). *Instrumentos de Evaluación en Salud Mental*. Pirámide. Madrid.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rodríguez, F.J. y G. Paino, S. (1994). Violencia y desviación social: bases y análisis para la intervención. *Psicothema*, 6 (2), 229-244.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A. & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43-51.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. & Morales, E. (2000). Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína. *Atención Primaria*, 26, 319-322.
- Sánchez-Hervás, E. (1999). Psicopatología y abuso de cocaína. *Psiquiatría.com*, 3 nº 3.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las dependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 29-40.
- Sheehan, M. F. (1993). Dual diagnosis. *Psychiatric Quarterly*, 64, 107-134.

NORMATIVA PENITENCIARIA

Servicio de Estudios y Documentación

Normativa Penitenciaria

1.- DISPOSICIONES DE INTERÉS PENITENCIARIO PUBLICADAS EN EL BOE

AÑO 2011

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Secretaría General de Instituciones penitenciarias. Convenio

Resolución de 28 de enero de 2011, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica la Addenda al Convenio de colaboración en materia sanitaria con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

BOE N° 34 DE 9 DE FEBRERO DE 2011

Administración Pública. Oferta de empleo

Real Decreto 264/2011, de 28 de febrero, por el que se aprueba la oferta de empleo público para el año 2011

CUERPO SUPERIOR DE TECNICOS DE II.PP. 15

ATS DE II.PP. 10

AYUDANTES DE II.PP. 60

CUERPO ESPECIAL DE II.PP. 15

BOE N° 51 DE 1 DE MARZO DE 2011

Comunidad Autónoma de Andalucía. Convenio

Resolución de 18 de febrero de 2011, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Protocolo general de colaboración con la Junta de Andalucía, el Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo y la Acción Ecologista Guadalquivir para el fomento de la producción ecológica en el centro penitenciario de Córdoba

BOE N° 57 DE 8 DE MARZO DE 2011

Reglamento Penitenciario

Real Decreto 419/2011, de 25 de marzo, por el que se modifica el Reglamento Penitenciario, aprobado por el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero

BOE N° 73 DE 26 DE MARZO DE 2011

Comunidad Autónoma de Galicia. Convenio

Resolución de 14 de abril de 2011, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Protocolo de colaboración con la Comunidad Autónoma de Galicia, para el desarrollo del Programa Nelson Mandela, de preparación para la libertad en el centro penitenciario de Teixeira en el marco del II Plan Gallego de inclusión social

BOE N° 97 DE 23 DE ABRIL DE 2011

Ficheros con datos de carácter personal. Instituciones Penitenciarias

Orden INT/1202/2011, de 4 de mayo, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del Ministerio del Interior.

Resolución de 28 de abril de 2011, de Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del organismo

BOE N° 114 DE 13 DE MAYO DE 2011

Cuerpo de Ayudantes de Instituciones Penitenciarias

Orden INT/1224/2011, de 10 de mayo, por la que se convoca proceso selectivo de ingreso, por el sistema general de acceso libre, al Cuerpo de Ayudantes de Instituciones Penitenciarias.

BOE N° 116 DE 16 DE MAYO DE 2011

Cuerpo Especial de Instituciones Penitenciarias

Orden INT/1419/2011, de 10 de mayo, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema de promoción interna, en el Cuerpo Especial de Instituciones Penitenciarias.

BOE N° 129 DE 31 DE MAYO DE 2011

Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias

Orden INT/1418/2011, de 9 de mayo, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias, especialidades de Juristas y Psicólogos

BOE N° 129 DE 31 DE MAYO DE 2011

Centros penitenciarios. CIS

Orden INT/1507/2011, de 26 de mayo, por la que se crea el "Centro de Inserción Social Josefina Aldecoa", en el término municipal de Navalcarnero (Madrid)

BOE N° 134 DE 6 DE JUNIO DE 2011

Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias

Orden INT/1554/2011, de 10 de mayo, por la que se convoca proceso selectivo de ingreso, por el sistema general de acceso libre, al Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias

BOE N° 137 DE 9 DE JUNIO DE 2011

Cumplimiento de penas

Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas. DEROGA EL RD 515/2005 DE 6 DE MAYO

BOE N° 145 DE 18 DE JUNIO DE 2011

Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Interinos

Orden INT/1724/2011, de 17 de junio, por la que se convoca el proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria

BOE N° 148 DE 22 DE JUNIO DE 2011

Premio Victoria Kent

Resolución de 3 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se convoca el Premio Nacional Victoria Kent 2011 para el fomento de la investigación multidisciplinar en materia penitenciaria

BOE N° 153 DE 28 DE JUNIO DE 2011

Comunidad Autónoma del País Vasco. Traspaso de funciones y servicios

Real Decreto 891/2011, de 24 de junio, sobre ampliación de medios adscritos a los servicios de la Administración del Estado, traspasados a la Comunidad Autónoma del País Vasco, por los Reales Decretos 2808/1980 y 3195/1980, de 26 de septiembre y 30 de diciembre, en materia de enseñanza no universitaria (maestros en instituciones penitenciarias).

Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria.

BOE N° 155 DE 30 DE JUNIO DE 2011

Subvenciones

Resolución de 6 de julio de 2011, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se convoca subvención para la colaboración en la ejecución y seguimiento de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad y determinados programas de atención social

BOE N° 186 DE 4 DE AGOSTO DE 2011

Delegación de competencias

Orden INT/2267/2011, de 7 de julio, por la que se modifica la Orden INT/985/2005, de 7 de abril, por la que se delegan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades

BOE N° 193 DE 12 DE AGOSTO DE 2011

Cartas de servicios. Organismo Autónomo

Resolución de 15 de julio de 2011, de la Subsecretaría, por la que se aprueba la actualización de la Carta de servicios del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo.

Comunidad Autónoma de Aragón. Convenio

Resolución de 14 de septiembre de 2011, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración con el Gobierno de Aragón para el cumplimiento de penas de trabajo en beneficio de la comunidad.

Comunidad Autónoma del País Vasco. Convenio

Resolución de 14 de septiembre de 2011, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma del País Vasco, por el que se acuerda la colaboración en el ejercicio de las funciones relativas al cumplimiento de penas de trabajo en beneficio de la comunidad, de las suspensiones de las penas privativas de libertad y de las sustituciones de condena

BOE N° 228 DE 22 DE SEPTIEMBRE DE 2011

Centros penitenciarios

Orden INT/2526/2011, de 12 de septiembre, por la que se crea el Centro Penitenciario de "Araba/Álava" en Álava y se cierra el Centro Penitenciario de Nanclares de Oca (Álava).

BOE N° 229 DE 23 DE SEPTIEMBRE DE 2011

Centros penitenciarios

Corrección de errores de la Orden INT/2526/2011, de 12 de septiembre, por la que se crea el Centro Penitenciario de "Araba/Álava" en Álava y se cierra el Centro Penitenciario de Nanclares de Oca (Álava).

BOE N° 244 DE 10 DE OCTUBRE DE 2011

Subvenciones

Resolución de 16 de septiembre de 2011, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se conceden subvenciones para la colaboración en la ejecución y segui-

miento de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad y determinados programas de atención social, convocada por Resolución de 6 de julio de 2011

BOE N° 241 DE 6 DE OCTUBRE DE 2011

Centros penitenciarios

Orden INT/2859/2011, de 11 de octubre, por la que se cambia la denominación del Centro de Inserción Social "De A Coruña", que pasa a denominarse Centro de Inserción Social "Carmela Arias y Díaz de Rábago".

BOE N° 256 DE 24 DE OCTUBRE DE 2011

Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo. Cuentas anuales

Resolución de 7 de octubre de 2011, del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, por la que se publican las cuentas anuales del ejercicio 2010

BOE N° 258 DE 26 DE OCTUBRE DE 2011

Comunidad Autónoma del País Vasco. Convenio

Resolución de 26 de octubre de 2011, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración con el Gobierno Vasco para la implementación de procesos integrales de inclusión socio-laboral de personas presas en la Comunidad Autónoma del País Vasco

BOE N° 268 DE 7 DE NOVIEMBRE DE 2011

Centros penitenciarios

Orden INT/3037/2011, de 19 de octubre, por la que se crea el Centro de Inserción Social independiente de Jerez de la Frontera (Cádiz), denominado "Alfredo Jorge Suar Muro".

BOE N° 273 DE 12 DE NOVIEMBRE DE 2011

Centros penitenciarios

Orden INT/3210/2011, de 2 de noviembre, por la que se crean el Centro Penitenciario "Pamplona I" en Pamplona (Navarra) y el Centro de Inserción Social dependiente del mismo y se cierra el Centro Penitenciario de Pamplona.

BOE N° 283 DE 24 DE NOVIEMBRE DE 2011

Datos de carácter personal. Organismo Autónomo

Resolución de 7 de noviembre de 2011, de Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, por la que se modifica la de 28 de abril de 2011, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del organismo.

BOE N° 283 DE 24 DE NOVIEMBRE DE 2011

Medidas urgentes. CUERPOS PENITENCIARIOS: Superior de Técnicos y de Enfermeros de Instituciones penitenciarias

Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público

Organización. DEPARTAMENTOS MINISTERIALES. SECRETARÍA GENERAL DE II.PP.

Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. SUPRIME LAS DOS DIRECCIONES GENERALES

Ceses

Real Decreto 1954/2011, de 30 de diciembre, por el que se dispone el cese de doña Mercedes Gallizo Llamas como Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.

Real Decreto 1955/2011, de 30 de diciembre, por el que se dispone el cese de don Antonio Puig Renau como Director General de Gestión de Recursos.

Real Decreto 1956/2011, de 30 de diciembre, por el que se dispone el cese de don Virgilio Valero García como Director General de Coordinación Territorial y Medio Abierto.

Nombramientos

Real Decreto 1964/2011, de 30 de diciembre, por el que se nombra Secretario General de Instituciones Penitenciarias a don Ángel Yuste Castillejo

BOE N° 315 DE 31 DE DICIEMBRE DE 2011

AÑO 2012

Premio Nacional Victoria Kent. Resolución

Resolución de 14 de diciembre de 2011, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se resuelve el Premio Nacional Victoria Kent 2011 para el fomento de la investigación multidisciplinar en materia penitenciaria

BOE N° 3 DE 4 DE ENERO DE 2012

Organización

Real Decreto 400/2012, de 17 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior. SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

BOE N° 42 DE 18 DE FEBRERO DE 2012

Comunidad Autónoma del País Vasco. Convenio

Resolución de 6 de febrero de 2012, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Protocolo de colaboración con la Comunidad Autónoma del País Vasco, para la participación de internos penados en el Centro Penitenciario de Nanclares de Oca en labores de búsqueda de personas extraviadas o desaparecidas en áreas rurales coordinadas por el Departamento de Interior del Gobierno Vasco

BOE N° 43 DE 20 DE FEBRERO DE 2012

Organización

Corrección de errores del Real Decreto 400/2012, de 17 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior

BOE N° 88 DE 12 DE ABRIL DE 2012

Datos de carácter personal

Orden INT/1031/2012, de 27 de abril, por la que se modifica la Orden INT/1202/2011, de 4 de mayo, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del Ministerio del Interior.

BOE N° 118 DE 17 DE MAYO DE 2012

Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria y Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias

Orden INT/1298/2012, de 12 de junio, por la que se convoca proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria y del Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias

BOE N° 144 DE 16 DE JUNIO DE 2012

Estabilidad presupuestaria y fomento de la competitividad. REFORMATIO IN PEIUS DE LA FUNCION PÚBLICA

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad

BOE N° 168 DE 14 DE JULIO DE 2012

Corrección de errores del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad

BOE N° 172 DE 19 DE JULIO DE 2012

Premios

Resolución de 17 de agosto de 2012, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se convoca el Premio Nacional Victoria Kent 2012 para el fomento de la investigación multidisciplinar en materia penitenciaria

BOE N° 215 DE 6 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Organización. Organismo Autónomo

Real Decreto 1268/2012, de 31 de agosto, por el que se modifica el Estatuto del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, aprobado por Real Decreto 868/2005, de 15 de julio.

BOE N° 223 DE 15 DE SEPTIEMBRE DE 2012

2.- CIRCULARES E INSTRUCCIONES

AÑO 2011

I 1/2011 SP “Comisión Central de Farmacia”.

I 2/2011 SGIP “Código Deontológico” del personal penitenciario de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo.

I 3/2011 TYG “Plan de intervención general en materia de drogas en la Institución Penitenciaria”. Introducción. II Actuaciones introducidas: 1 Actuación conjunta y coordinada entre tratamiento, sanidad y seguridad. 2 Intervención sobre la demanda: programas con drogodependientes. 3 Intervención sobre la oferta: medidas contra la introducción y tráfico de drogas. 4 Creación de una comisión de seguimiento del plan de intervención. 5 Campañas de sensibilización e información. III Disposición derogatoria. IV Disposición final.

DEROGA LA I 17/2005 Y LAS QUE SE LE OPONGAN

I 4/2011 DGCT “Prevención del tabaquismo en centros penitenciarios”.

DEROGA LA I 19/2005

I 5/2011 TYG “Reforma del Reglamento Penitenciario” (Real Decreto 419/2011 de 25 de marzo).

I Intervención en régimen cerrado: nuevo apartado tercero del art. 90 del RP: programas de intervención específicos en departamentos especiales y centros de régimen cerrado con equipos técnicos especializados y estables.

II Seguimiento del Régimen cerrado: revisión cada tres meses de los internos en régimen cerrado. Revisión de menores de 21 años.

III Reuniones de la Junta de Tratamiento. Levantamiento del imperativo semanal. Organización mensual de las Juntas.

DEROGA LOS DOS ÚLTIMOS PÁRRAFOS DEL APARTADO 2.1.4 DE LA I 9/2007 Y LAS QUE SE LE OPONGAN

I 6/2011 P “Provisión de puestos de trabajo a través de comisiones de servicio. Adecuación del personal al puesto de trabajo asignado”. I Principios de actuación. II Puestos de trabajo afectados: 1 Grupo primero: niveles 15-18. 2 Grupo segundo: niveles 19-22. III Procedimiento de cobertura del grupo primero y segundo. IV Baremo. V Revocación de la comisión de la comisión de servicios. VI Supuestos o

situaciones excepcionales: 1 Apertura de nuevos centros y departamentos. 2 Razones de seguridad, salud laboral y dependencia. VII Seguimiento de las comisiones de servicio. VIII Servicios Centrales: procedimiento.

DEROGA LA I 12/1997

I 7/2011 P “Funciones del nuevo puesto de trabajo de coordinador de servicio interior, así como las jornadas y horarios de trabajo de dicho personal”.

I 8/2011 TYG “Atención integral a las personas mayores en el medio penitenciario: Introducción. Perfil de la población objeto de intervención. Objetivos de la intervención”.

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A LA ANCIANIDAD EN EL MEDIO PENITENCIARIO.

I 9/2011 DGCT “Procedimiento de gestión administrativa de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad”.

NUEVO MANUAL DE EJECUCIÓN

DEROGA ESPECIFICAMENTE LA I 5/2009 Y LA I 11/2009 Y LAS QUE SE LE OPONGAN

I 10/2011 DGCT “Suspensiones y sustituciones de condena de penas privativas de libertad. Especial referencia a la intervención con agresores por violencia de género en medidas alternativas”.

NUEVO MANUAL DE PROCEDIMIENTO

DEROGA LA I 4/2010 Y EL ANEXO MAUAL DE PROCEDIMIENTO PARA SUSPENSIONES Y SUSTITUCIONES DE CONDENA POR VIOLENCIA DE GÉNERO

I 11/2011 DGCT “Pena de localización permanente en centros penitenciarios” (en sábados, domingos y festivos): Plan de ejecución. Gestión del expediente. Régimen de cumplimiento.

ANEXOS Y MODELOS

DEROGA ESPECIFICAMENTE LA I 13/2005 Y EL APARTADO 3 DE LA I 8/2009 Y LAS QUE SE LE OPONGAN

I 12/2011 TYG “Internos de especial seguimiento. Medidas de seguridad”.

Internos de especial seguimiento: Introducción. Fichero de internos de especial seguimiento: grupos y gestión de la base de datos.

Medidas de seguridad relativas al control de internos vinculados a grupos terroristas y otras organizaciones o grupos de delincuencia organizada: Normas de seguridad. Solicitud de autorización para consultas médicas. Normas de control en traslados. Normas de intervención de comunicaciones. Normas referidas al control de publicaciones. Normas relativas a la acreditación de parentesco.

DEROGA LA I 6/2006 EXCEPTO EN LO QUE RESPECTA A LAS NORMAS DE RÉGIMEN CERRADO DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y LAS QUE SE LE OPONGAN

I 13/2011 SP “Prescripción, adquisición, dispensación y sustitución de productos farmacéuticos”.

ANEXOS: PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO

I 14/2011 TYG “Protocolo de acogida al ingreso en el medio penitenciario”.
I Justificación. II Ámbito de actuación.

ANEXO: PROTOCOLO DE ACOGIDA

I 15/2011 TYG “Programa de normalización de conductas”. 1 Introducción. 2 Justificación de la necesidad del programa. 3 Características del colectivo de atención. 4 Objetivos. 5 Principios básicos de actuación. 6 Líneas de actuación.

I 16/2011 TYG “Protocolo de atención individualizada a internos en el medio penitenciario”.

I 17/2011 TYG “Protocolo de intervención y normas de régimen cerrado”.
Justificación. Normas de departamentos especiales y régimen cerrado.

DEROGA EL PUNTO 3 DE LA I 6/2006, ÚNICO QUE QUEDABA VIGENTE DE LA NORMA

I 18/2011 TYG “Niveles de intervención en módulos de respeto”. ANEXO.

I 19/2011 DGCT “Cumplimiento de las medidas de seguridad competencia de la Administración Penitenciaria”.

1 Motivación, objeto y objetivos de la instrucción. 2 Medidas organizativas y regiminales. 3 Gestión jurídica y penitenciaria. 4 Libertad vigilada. 5 Observaciones finales. 5 Disposición derogatoria.

DEROGA ESPECÍFICAMENTE LA I 15/2005 EN LO RELATIVO A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PRIVATIVAS DE LIBERTAD Y LAS QUE SE LE OPONGAN

I 20/2011 TYG “Modificación de la I 9/2009 de 4 de noviembre, sobre intervención de Organizaciones No Gubernamentales, Asociaciones y Entidades Colaboradoras en el medio penitenciario”.

Se incorporan los puntos 7 y 8 al apartado 3 sobre principios Generales.

Modifica los campos relativos a Actividades de determinados apartados del Anexo de Procedimientos: Procedimientos nº 1 y 2.

I 21/2011 DGCT “Actualización de la I 18/2005: Normas Generales sobre internos extranjeros”.

Modifica el apartado 2.2. ANEXO: Modelos de solicitud de expulsión.

DEROGA PARCIALMENTE LA I 5/2008 Y LA I 18/2005 EN LO QUE SE LE OPONGAN

AÑO 2012

I 1/2012 TYG “Permisos de salida y salidas programadas”.

1 Marco conceptual. 2 Ámbito de aplicación. 3 Instrumentos para la toma de decisiones. 4 Permisos extraordinarios. 6 Normas comunes. 7 Salidas programadas del art. 114 del RP. 8 Salidas regulares en segundo grado. 9 Gestión de los permisos

DEROGA LA I 3/2008 Y LAS QUE SE LE OPONGAN

I 2/2012 TYG “Intervención de organizaciones no gubernamentales, asociaciones y entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario”.

1 Introducción. 2 Marco normativo. 3 Principios generales. 4 Catálogo de programas de intervención. ANEXO con procedimientos y modelos.

DEROGA LA I 9/2009 Y LA I 20/2011

Notas
