



C@UCE

Nº 26

Marzo 2008

**Boletín del Área Social del Departamento
de la Pastoral Penitenciaria Católica**

C/ Añastro 1-28033 Madrid Teléfono-Fax: 91 343 97 12

e-mail: penitenciaria.cee@planalfa.es - cmartinezdetoda@gmail.com

INDICE

1. Presentación

2. Contenido de las X Jornadas del Área Social de Pastoral Penitenciaria

- a. Enfermos mentales en prisión, problemas y soluciones legales
- b. Programa Marco para la atención integral del enfermo mental en prisión
- c. Estereotipos y mitos (Taller)
- d. Tratamiento del enfermo mental en prisión
- e. Estereotipos y mitos más frecuentes. Cómo detectar y acoger al enfermo mental en prisión
- f. Mesa redonda
- g. Enmarque del Área Social dentro de la Pastoral Penitenciaria

3. Actividades del Área Social

4. Noticias...Prensa...Noticias...

- a. Las cárceles españolas y la atención en Salud Mental
- b. Enfermos mentales presos
- c. Premio de la OMS al Programa Psicosocial en Madrid IV
- d. Cáritas Española apoya a presos de Camboya
- e. Propuesta Resolución del Parlamento Europeo

5. Libros

6. Direcciones Web

A partir de ahora se podrá acceder a la información de los boletines de la Pastoral Penitenciaria (PUENTE y C@UCE) a través de Internet

<http://publicacionpp.diioweb.com>

1

PRESENTACIÓN

Con el envío del último boletín **C@UCE Especial Freising**, se han hecho llegar los contenidos del II Encuentro Europeo del Área Social del Departamento de Pastoral Penitenciaria Católica, celebrado en Freising (Alemania) el pasado mes de enero. Parecía oportuno no solo por el tema tratado sobre los extranjeros - prisión "Inmigración en Europa un paso a la libertad o una puerta hacia el encarcelamiento", sino por el interés suscitado en otros países de Europa ante esta realidad y las propuestas y conclusiones que también afectaban a nuestro país.

Con el fin de no perder la periodicidad trimestral que mantenemos con el boletín C@UCE, presentamos el nº 26 con el contenido de las últimas Jornadas Nacionales organizadas por el Área Social que han tenido lugar en Madrid los días 1 y 2 de marzo de 2008, con algunas informaciones y noticias relacionadas con la salud mental.

Somos conscientes de que tenemos que ir mejorando la presentación del boletín. A veces por dificultades técnicas o informáticas, no llega a los destinatarios con toda la nitidez y calidad necesaria y seguimos estudiando fórmulas dentro de nuestros escasos recursos materiales y humanos, pero confiando en hacer posible un día ese sueño.

Esperamos como siempre, que dediquéis algo de vuestro tiempo para hacernos llegar la riqueza de tantas actividades y proyectos sociales que se están desarrollando dinamizados, gestionados o promovidos por la pastoral penitenciaria o por otras entidades y que pueden enriquecernos a todos. Cada vez es mas evidente y necesaria la coordinación y trabajo en red, por el efecto multiplicador que sobre las personas tiene toda intervención social en colaboración y en complementariedad.

Es la hora de seguir haciendo caminos de esperanzas, de sueños y de experiencias de vida liberadora. Es el tiempo de continuar poniendo en alto la dignidad de la persona y su valor supremo, es y sigue siendo esperanzadora la fuerza y dedicación de tantas personas, que desde la Pastoral Penitenciaria, desde la Iglesia y desde otros ámbitos sociales, siguen apostando por la persona encarcelada, por sus familias, por las víctimas y por un cambio en la respuesta al delito y a la persona que delinque.

Trabajando por restablecer la dignidad de la persona, allí donde se encuentre, acompañando procesos personales y ofreciendo alternativas a la prisión, nos convierte en sembradores de esperanzas y de futuros posibles.

*Carmen Martínez de Toda
Coordinadora del Área Social*

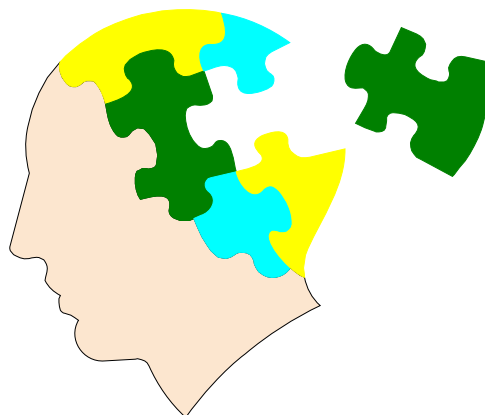
2

JORNADAS NACIONALES DEL ÁREA SOCIAL DE LA PASTORAL PENITENCIARIA

Madrid, 1 y 2 de marzo de 2008

Dirige y Coordina:
Carmen Martínez de Toda Terrero
Coordinadora Área Social

Los días 1 y 2 de marzo se han celebrado en Madrid las Jornadas Nacionales del Área Social en su décima edición. Desde 1998 se han venido celebrando anualmente de forma ininterrumpida. A lo largo de estos años se han abordado diferentes contenidos, partiendo del interés manifestado por los participantes, y como sugerencia también del propio equipo del Área Social del Departamento, al considerar necesaria una profundización en algunos aspectos. También se ha tenido en cuenta a la hora de la elección del tema a tratar, no solo el cambio experimentado en el perfil- tipo de la persona presa en estos últimos años, sino también los cambios en materia penitenciaria y jurídica



Las Jornadas de este año han abordado la situación de los enfermos mentales en prisión bajo el título PSICOPATOLOGÍAS EN PRISIÓN. Cada vez es mas frecuente encontrar en la intervención que se realiza tanto dentro de prisión, a personas con rasgos sicóticos, con disfunciones y trastornos de personalidad, o que siguen un tratamiento psiquiátrico.

Según datos del Informe de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía del año 2007, el 8% de la población reclusa, padece enfermedad mental y el 40% tiene trastornos mentales y de personalidad. Se llega a afirmar que la prevalencia dentro de prisión es 7 veces más que en la sociedad.

Las Jornadas han pretendido:

- ✓ Dar a conocer la realidad de los reclusos afectados de psicopatologías
- ✓ Adquirir y/o ampliar conocimientos, estrategias y habilidades para enfocar adecuadamente nuestro trabajo con los enfermos mentales presos
- ✓ Descubrir nuevas claves de intervención social, para mejorar nuestra acción tanto dentro como fuera de prisión
- ✓ Posibilidades y límites en la tarea de la intervención social

En la **mañana del sábado** intervinieron Jesús Cáceres Jurista del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, para abordar “Los problemas y soluciones legales de los enfermos mentales”. La Subdirectora General de Sanidad Penitenciaria por Carmen Archanco presentó el “Programa y Marco para la Atención Integral del Enfermo Mental en prisión”.

En la primera hora de la tarde Julieta G^a Canales, Psicóloga Forense y Mediadora, dinamizó a través de una metodología participativa el Taller “Estereotipos y Mitos en torno al enfermo mental” Se completó la jornada del sábado con la intervención de Orlanda Varela, Consultora Psiquiatra del Centro Penitenciario de Valdemoro que abordó el tema “Tratamiento del Enfermo Mental en Prisión”.

En la mañana del domingo intervino Julieta G^a Canales, centrando su exposición en “Cómo detectar y acoger al enfermo mental en prisión” y como punto final de las Jornadas tuvo lugar una Mesa Redonda para exponer diferentes enfoques de la intervención con enfermos mentales dentro y fuera de prisión. Magdalena Sánchez, del equipo de intervención en salud mental del Centro Penitenciario de Valdemoro, presentó la Nueva experiencia en salud mental que han iniciado en el Centro el pasado año curso. Alicia Abad de INTRESS expuso el programa de rehabilitación psicosocial que realizan en el Centro Penitenciario de Navalcarnero en colaboración con los profesionales del mismo. y Pedro Martín-Barrajón Morán, psicólogo de la mini residencia de enfermos mentales graves y crónicos de Sevilla la Nueva planteando las posibles alternativas de recursos sociosanitarios para estos enfermos una vez en libertad.



La valoración de las Jornadas por parte de los participantes, ha sido muy positiva, y así se ha constatado en la evaluación final que hicieron sobre los ponentes, contenidos, presentación de los temas, materiales, ambiente, organización, etc. Lo que quizá no es posible evaluar, pero que se encuentra entre los principales objetivos de estos encuentros, es la comunicación que se establece no solo a nivel personal y profesional, sino también entre regiones y zonas, que hacen posible que la red de relaciones y de experiencias mutuas salgan enriquecidas.

PSICOPATOLOGIAS EN PRISIÓN

“El 8 % de la población reclusa, padece enfermedad mental y el 40% tiene trastornos mentales y de personalidad. La prevalencia dentro de prisión, es 7 veces mas que en la sociedad” (Informe de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. Febrero 2007)

PROGRAMA

SABADO 1 DE MARZO

- 09:30 Acogida y entrega de material
- 10:00 Oración y presentación de las Jornadas
- 10:15 ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN, PROBLEMAS Y SOLUCIONES LEGALES
Por Jesús Cáceres. Jurista del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
- 11:30 Descanso
- 12:00 PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ENFERMO MENTAL EN PRISION
Por Carmen Archanco. Subdirectora D Gral de Sanidad Penitenciaria
- 14:00 Comida
- 16:00 TALLER: ESTEREOTIPOS Y MITOS
Dinamizado por Julieta García Canales. Psicóloga Forense y Mediadora
- 17:30 Descanso
- 18:00 TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN
Por Orlanda Varela. Consultora Psiquiatra del Centro Penitenciario de Valdemoro
- 20:30 Final de la jornada
- 21:00 Cena



DOMINGO 2 DE MARZO

- 9:30 Eucaristía
- 10:15 CÓMO DETECTAR Y ACOGER AL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN
Por Julieta García Canales, Psicóloga Forense y Mediadora
- 11:30 Descanso
- 12:00 MESA DE EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN CON PRESOS ENFERMOS MENTALES
C. P de Valdemoro, C. P. Navalcarnero y Residencia Enfermos Mentales
- 13:30 Final de las Jornadas

PONENCIAS

1.- ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN. PROBLEMAS Y SOLUCIONES LEGALES

Jesús M. Cáceres García
Jurista del Hosp.. Psiquiátrico Penitenciario de Alicante



Guión de Enfermos Mentales en prisión: Problemas y Soluciones legales

1.- Problema social: mitos y desconocimiento

2.- Apartado legislativo

- *Confusión y contradicción*
- *Civil y penal*
- *La importancia del lenguaje:*
 1. Medida de seguridad.
 2. Paciente.
 3. Centro idóneo.

3.- Apartado judicial

- Necesidad de una justicia terapéutica

4.- Apartado penitenciario

- *Problemas:*
 1. Organizativos: órganos colegiados.
 2. Personal idóneo
 3. Formación
 4. Ubicación
- *Soluciones*

Reflexiones en torno a las medidas de seguridad privativa de libertad por anomalía o alteración psíquica

Reflexionar sobre enfermos mentales en prisión requiere distinguir, en primer lugar a personas que padeciendo una enfermedad mental están cumpliendo una pena en una prisión, por tanto, han sido condenados, considerados culpables y que suponen un 10% de la población penitenciaria actual, unos 7.000.



Por otro lado, nos encontramos con enfermos mentales a quienes se aplica (no “cumplen”) una medida de seguridad privativa de libertad en una prisión especial al haber sido absueltos por no ser considerados culpables y sí peligrosos criminalmente. Estos conviven con discapacitados intelectuales, alcohólicos, toxicómanos, art. 60 CP, preventivos... jóvenes, adultos, primarios, reincidentes, por delitos dolosos, de imprudencia... (se incumple el art. 16 LOGP)

1.- EXENTOS DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL: NO HAY REPROCHE PENAL.

La medida de seguridad es una respuesta jurídica, una consecuencia jurídica relacionada con la comisión de un hecho dañoso, previsto como delito. En este caso, no cometido por un delincuente, sino por una persona que se ha probado que padecía, en el momento de realizarlo, una enfermedad mental, causa del hecho dañoso. En este caso no hay retribución, al margen de la gravedad del hecho, porque no hay culpabilidad en el sujeto.

De ahí que en la sentencia, dictada con todas las garantías constitucionales, sean declarados ABSUELTOS DE LOS DELITOS DE LOS QUE ERAN ACUASADOS.

Esto no quiere decir, por supuesto, que se van a su casa como si no hubiera pasado nada, puesto que se les aplica un instrumento jurídico penal. La medida de seguridad, si bien no mira al pasado, como ocurre con la pena, lo que pretende es que tales hechos no se repitan en el futuro, y para conseguir este objetivo aplica esta consecuencia jurídica, que lo que hace es que esta persona siga bajo la orbita del Derecho Penal.

2.- COMO CONSEGUIR EL OBJETIVO DE NO VOLVER A COMETER HECHOS PREVISTOS COMO DELITOS.

Art. 6 CP: Previendo la PELIGROSIDAD de estas personas, sin exceder el limite de lo necesario ¿?

Hablamos de peligrosidad criminal, entendida como probabilidad de comisión de nuevos delitos (art. 96.1.2 CP)

Hay que probar en el juicio oral dicha peligrosidad para poder aplicar una medida de seguridad, privativa o no de libertad. Quien? El Forense, el Criminólogo ...

En nuestro caso la peligrosidad se previene, SI FUERA NECESARIO, mediante el internamiento para TRATAMIENTO MEDICO en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie (101.1 CP)

3.- INTERNAMIENTO: ¿Dónde? ¿Cuánto tiempo?

El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico es una institución civil (art. 763 LEC) En este caso el Juez (Civil) autoriza el internamiento porque la persona no está en condiciones de decidirlo por sí, y, decide, previo informes periódicos, el tiempo de

internamiento. Con independencia de esto, los facultativos que atienden a la persona internada darán al alta cuando lo estimen oportuno, comunicándose inmediatamente al Tribunal competente. Dicho internamiento se llevará a cabo en un establecimiento de salud mental.

El internamiento penal lo decide el Juez o Tribunal que dicta la sentencia penal y el internado no puede abandonar el establecimiento sin su autorización. Este mismo órgano judicial comunicará al Ministerio Fiscal la proximidad de su vencimiento (de la medida de seguridad privativa de libertad) a efectos de lo previsto en la disposición adicional primera de este código (art. 104.2 CP) Da a entender que el tratamiento médico va a ser un fracaso por anticipado al no ser posible aplicarle, de este modo, el cese, sustitución o suspensión de dicha medida (art. 97, b, c y d CP). Dicha D.A. Primera señala que el Ministerio Fiscal instará, SI FUERA PROCEDENTE, la declaración de INCAPACIDAD ante la Jurisdicción Civil y, en su caso, el INTERNAMIENTO (¿si no esta en condiciones de decidirlo por sí?)

En el Reglamento Penitenciario también la Administración está obligada a que cuando los liberados definitivos sean ENFERMOS MENTALES se comunique al Ministerio Fiscal, a los efectos procedentes (219.4 RP). En este caso da igual que haya cumplido una pena o que se haya aplicado una medida de seguridad. La etiqueta es “enfermo mental” y “que siga encerrado”. Pero es que además el art. 187 del RP insiste: “El informe a que se hace referencia en el apartado anterior (informe de 6 meses), así como el previsto en el art. 186 (informe inicial), serán remitidos al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes” (si hay que internarlo de por vida hay que internarlo de por vida por aburrimiento de remisión de informes al Ministerio Fiscal).

El tiempo de estancia en prisión tiene como limite el tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable (art. 101.1 CP) Esto es, si hubiera delinquirido como cuerdo, con independencia de la enfermedad mental que ha sido probada en el Juicio Oral y del tiempo de su ¿posible curación?

Donde internamos a las personas que sufren una enfermedad mental, una anomalía o trastorno psíquico. En la Jurisdicción Civil hemos visto que en establecimientos de salud mental. En la Jurisdicción Penal por qué en la prisión. En la Exposición de Motivos del proyecto de la LOGP se dice “las prisiones son un mal necesario”. ¿Por qué aplicar un mal para llevar a cabo un tratamiento médico? Corresponde a la Administración Penitenciaria la ejecución de sentencias condenatorias a penas de prisión. Pero no todas las penas privativas de libertad se cumplen en prisión. ¿Qué sentido tiene que la Administración Penitenciaria ejecute sentencias absolutorias para llevar a cabo un tratamiento médico? Un establecimiento de salud mental no es una prisión, ni una prisión puede ser un centro socio-sanitario.

4.- CUESTIÓN SANITARIA

Si estamos de acuerdo en que de lo que se trata en estas jornadas es de personas que padecen una enfermedad mental, hablamos de SALUD (CE art. 43, no 25.2), y, por tanto, de legislación sanitaria: del Sistema Nacional de Salud (Ley 14/86 General de Sanidad, de prestaciones de atención especializada en Hospitales que la autoridad sanitaria designe (art.209.2.2 RP), de la cartera de servicios comunes del SNS (Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, RD 1030/2006), de la equiparación del enfermo mental con los demás pacientes (art. 20 Ley 14/86), de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (RD 1277/2003) ...

Sin embargo, la legislación que se aplica hoy día a estas personas, como estamos comprobando, es contradictoria y un autentico disparate.

Cuando parecía que el actual Código Penal iba a poner lógica en esta materia, desterrando formalmente la anterior legislación de Peligrosidad Social, e incluyendo un Título dedicado a las medidas de seguridad, la realidad nos devuelve a las tinieblas:

- *El art. 60 se contradice con el art. 3 (sentencia versus auto, ley reglamentos que desarrollan)*
- *D.A.Primer a se contradice con el art. 104.4 (en el momento de dictar sentencia versus próximo a su vencimiento)*
- *En ningún momento señala que las medidas se cumplan en un centro penitenciario.*

La Ley Orgánica General Penitenciaria contiene las siguientes contradicciones:

- *El art. 10 los señala como “peligrosos extremos”.*
- *El tratamiento penitenciario no se les aplica: art. 59 y ss. (basado en la clasificación en grados, el último la libertad condicional)*
- *Un centro asistencial debería contar con una mayoría de personal asistencial con exclusión de cualesquiera otras actividades que no sean las estrictamente asistenciales (como se señala en el art. 75 para la asistencia postpenitenciaria)*
- *Se incumple el art. 42 referido al régimen disciplinario: “los internos no serán corregidos disciplinariamente sino en los casos establecidos ... y con las sanciones expresamente prevista en esta Ley”.*

El Reglamento Penitenciario establece en el art. 182.3 lo siguiente: “La Administración Penitenciaria celebrará los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal”. Parece claro que no deberían ejecutarse en Instituciones Penitenciarias. Ya la Ley 77/78, de 26 de diciembre, señalaba que “las medidas de seguridad se cumplirán en establecimientos adecuados a la personalidad del sujeto peligroso. Estos establecimientos se organizarán y mantendrán con ABSOLUTA SEPARACION DE LOS PENITENCIARIOS”.

Parece claro dónde no deben estar las personas que padecen enfermedad mental para recibir el adecuado tratamiento médico. Pero además es preciso destacar estas incongruencias:

- *Art. 265.4 “Organización de los centros Penitenciarios: En los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios sólo existirá un Consejo de Dirección cuya composición se determinará por las normas de desarrollo de este Reglamento ... (hasta la fecha) asumiendo las funciones de la Junta de Tratamiento ¿? (l. 7/96)*
- *Art. 185 “Equipo Multidisciplinar: ¡clínico!” dejando fuera a los educadores, terapeutas, celadores, auxiliares de clínica ... (parece “menosdisciplinar”)*
- *Art. 188.4 “Régimen Disciplinario”: falso: se sanciona sin garantías constitucionales.*
- *Art. 191.2 “Ubicación: favorecer la rehabilitación del enfermo a través del arraigo en su entorno familiar”: falso. 2 centros en toda España, uno para mujeres.*

5.- SOLUCIONES

1. APARTADO LEGISLATIVO.

- Eliminar el concepto de peligrosidad para distinguir a personas que a causa de padecer una enfermedad mental cometen hechos previstos como delitos. Dicho concepto es arcaico, proviene del siglo XIX, y solo consigue estigmatizar, resultando más acorde adjetivarlo de delincuentes organizados y terroristas.
- Incluir en el art. 508 de la LACR un apartado en el que se establezca que estas personas no deben ingresar en una prisión como preventivos si de un examen pericial llevado a cabo por Criminólogos se llega a la conclusión de que la enfermedad es la causa y consecuencia de los hechos delictivos. Si

han de ser internados, que lo sea en un establecimiento de salud mental dependiente del Sistema Nacional de Salud.

- Establecer claramente que la Institución Penitenciaria no es el lugar idóneo para curar o mejorar de sus dolencias a estas personas.

2. APARTADO JUDICIAL

- Necesidad de crear órganos judiciales especializados en esta materia: Justicia terapéutica.
- Dichos órganos deberán contar con equipos interdisciplinarios de especialistas en esta materia para asesorar adecuadamente a los jueces.
- Mayor valentía en los Jueces y Tribunales para que estas personas reciban el tratamiento médico adecuado a su enfermedad en los establecimientos del SNS.

3. APARTADO PENITENCIARIO

- Cerrar los únicos establecimientos especiales que existen: los dos psiquiátricos penitenciarios ya que la finalidad penitenciaria no tiene nada que ver con la mejora o curación de personas que padecen una enfermedad mental y han tomado contacto con la justicia al llevar a cabo hechos previstos como delitos. Dicho cierre se realizará mediante una Orden Ministerial, siendo conducidos los pacientes a sus respectivas comunidades autónomas.



Conclusiones

NO SON DELINCUENTES, pero así se les considera y, además, se les trata, legislativa, judicial y penitenciarmente, de peor condición que a aquellos por los siguientes motivos:

- Son absueltos de los delitos de los que eran acusados, pero se les encarcela por mucho más tiempo que a los “delincuentes cuerdos” (art. 6.2 C.P.: pena abstractamente aplicable al hecho cometido, no libertad condicional)
- No reciben “Tratamiento Penitenciario” (art. 59 y ss. LOGP: clasificación en grados) ni, supuestamente, se les aplican sanciones (Régimen disciplinario), pilares básicos en los que se basa la Institución Penitenciaria para lograr sus fines (art. 231.1 y 2 Reglamento P.)
- Son “Peligrosos criminalmente”, fundamento jurídico para aplicarles medidas de seguridad (los “delincuentes cuerdos son “culpables”) Sin embargo, son personas que padecen una enfermedad que es la causante de la comisión de hechos previstos como delitos. Actuando sobre dicha enfermedad resulta que se puede eliminar o disminuir la citada “peligrosidad criminal” (y no existen los Criminólogos en nuestra Institución) Luego la clave está en una cuestión de salud, por lo que quien debe ocuparse de estas personas es el Sistema Nacional de Salud a través de la Cartera

de Servicios en la que se incluye el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales crónicos (nuestros pacientes)

- Se les aleja de su entorno familiar y social (como a los delincuentes terroristas) impidiendo, por tanto, la rehabilitación de estos enfermos (art. 191.2 RP), ya que tan sólo existen dos centros, Sevilla y Alicante. (y ,como siempre, las mujeres, además, en peor condición: únicamente Alicante)
- Aglomeración:
 - Preventivos, condenados, absueltos
 - Jóvenes, adultos, ancianos
 - Enfermos mentales, discapacitados psíquicos, alcohólicos, toxicómanos
 - Los sujetos a medidas de seguridad de corta, mediana, y larga duración
 - Hayan realizado los hechos hace años... y desde entonces lleven una vida normalizada.

Los hombres en tres pabellones, uno sin patio; las mujeres ... en un único departamento.

- Modelo carcelario, no hospitalario como demanda el personal trabajador en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Si no se cuida a los cuidadores, ¿quien se va a ocupar de los pacientes? Hace falta más personal sanitario y formar en cuidados asistenciales a los penitenciarios.
- La mitad de nuestros presos son, también, personas INCAPACITADAS civilmente, luego requieren un plus de protección y cuidados asistenciales. Por otro lado, a muchos de ellos se les aplica, al “cumplir” sus medidas, el INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO (Art. 763 LEC), lo que significa que seguirán encerrados en otra institución no penitenciaria.
- Como Hospital, debería contar con los mismos controles de calidad (ISO 9000) que el resto de Hospitales de la red sanitaria y socio-sanitaria, así como con protocolos bien definidos para solventar cuestiones, como, por ejemplo, la sujeción mecánica de pacientes agitados.

2-. TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN

Carmen Archanco
Subdirección General de sanidad Penitenciaria



MINISTERIO DEL INTERIOR

DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA

TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISION

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

¿Por qué hay muchos enfermos mentales en prisión?

- Carencia de apoyo familiar y social
- Marginalidad
- Rechazo al “enfermo-delincuente”
- Indefensión en el proceso penal

¿Por qué hay muchos enfermos mentales en prisión?

- Carencia de tutela tras la desinstitucionalización
- Déficit de dispositivos comunitarios abiertos y cerrados
 - De la desinstitucionalización de la Reforma Psiquiátrica a la Reinstitutionalización en prisión.

Situación actual

Nueva institucionalización de los enfermos mentales en los CP en sustitución de los manicomios

- Cada vez hay más enfermos mentales en la calle sin atención sanitaria alguna.
- Los enfermos mentales están a veces peor atendidos en sus domicilios que antes en los hospitales.
- Cada vez hay más enfermos en prisión.

**¿SI UNA SOCIEDAD LIBERA A LOS LOCOS DE SU ENCIERRO, SIGNIFICARÁ ESTO QUE LA PRISIÓN OCUPARÁ EL ESPACIO VACÍO DEJADO POR EL MANICOMIO?
(Michel Foucault, 1970)**

Si la sociedad no habilita dispositivos asistenciales y sociales dignos y adecuados para los enfermos o los marginados, la prisión se convierte en el elemento sustitutivo ante aquellas carencias.

ACTUACIONES DE LA DGIP

- 1ª JORNADAS DE SALUD MENTAL EN EL MEDIO PENITENCIARIO.
- JORNADA TÉCNICA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL MEDIO PENITENCIARIO.
- ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL.
- PLAN DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL.
- MODERNIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS PENITENCIARIOS.
- PROGRAMA MARCO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ENFERMOS MENTALES.

PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM)

Objetivo General

La normalización e integración social del interno entendida como el estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que deba enfrentarse de la forma más autónoma posible

PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM)

Objetivos Específicos

- Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental y efectuar su derivación al programas de rehabilitación.
- Mejorar la calidad de vida de los enfermos, aumentar su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

- PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA
- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
- PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

1. PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA

- DETECCIÓN DE ENFERMOS CON ENFERMEDAD MENTAL (anexo 1)
- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO
 - Ausencia de enfermedad mental.
 - Diagnóstico de enfermedad mental.
 - diagnóstico, tratamiento médico y control en atención primaria.
 - derivación al médico psiquiatra para diagnóstico y tratamiento.
 - derivación a Unidad Hospitalaria Psiquiátrica u otro dispositivo comunitario.
- DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

- EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES
- ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)
- EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Evaluación de Habilidades y Discapacidades

A diferencia de la evaluación clínica centrada en síntomas, la evaluación en rehabilitación debe centrarse en las capacidades y discapacidades de las personas (Anexo 2)

- Autocuidados
- Autonomía
- Autocontrol
- Relaciones interpersonales
- Funcionamiento cognitivo
- Medicación y tratamiento

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

- OBJETIVOS REHABILITADORES
- ACTIVIDADES REHABILITADORAS
 - Actividades de utilización del ocio, cultura y tiempo libre
 - Actividades académicas
 - Actividades formativo-laborales y de integración laboral
 - Actividades de evitación de los efectos nocivos del internamiento prolongado y mejora de habilidades adaptativas e integración social y /familiar
 - Actividades de terapia asistida con animales (TACA)
 - Actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía
- PROCEDIMIENTO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Ejecución y seguimiento del Programa de Rehabilitación

EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR

3. PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

Objetivos:

- Gestionar las posibles prestaciones socio-económicas a tuvieran derecho el enfermo.
- Impulsar el soporte familiar para facilitar la reinserción social.
- Facilitar el contacto y compromiso con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración del enfermo mental en la sociedad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos los enfermos mentales que son puestos en libertad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para el cumplimiento de medidas de seguridad.

Es evidente la estrecha relación que existe entre los tres Programas:

- Atención Clínica
- Rehabilitación
- Reincorporación Social

No son programas independientes, están unidos formando un todo, absolutamente necesario para conseguir el objetivo del Programa de Atención Integral para Enfermos Mentales – PAIEM

- Es necesaria la colaboración del SNS en materia de atención médica del enfermo mental y de las CCAA en la búsqueda de alternativas al medio penitenciario adecuadas en los casos de internamientos judiciales tanto derivados de sentencia como por causa de enajenación sobrevenida.
- Es preciso reforzar la corresponsabilidad de las Instituciones implicadas en el manejo del enfermo mental que ingresa en prisión y/o sometido a medidas de seguridad:
 - Instituciones Penitenciarias
 - Poder Judicial
 - Comunidades Autónomas (Salud y Servicios Sociales)
 - Ministerio de Sanidad

Es preciso reforzar la corresponsabilidad de las Instituciones implicadas en el manejo del enfermo mental que ingresa en prisión y/o sometido a medidas de seguridad:

- Instituciones Penitenciarias
- Poder Judicial
- Comunidades Autónomas (Salud y Servicios Sociales)
- Ministerio de Sanidad

3-. ROMPIENDO EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL



Julieta García Canales
Psicóloga forense y Mediadora

FUNCIONES DE LOS ESTEREOTIPOS

- **Adaptativa:** permite interpretar la realidad
- **Simplificar** la visión que tenemos de los demás
- **Afrontar** la gran cantidad de información que manejamos

ALGUNAS DIFERENCIAS IMPORTANTES

Estereotipo

Creencia

Frecuentemente va unido al prejuicio, pero no necesariamente

Prejuicio

Actitud

Predisposición desfavorable hacia cualquier miembro de la categoría en cuestión (enfermedad mental)

- Miedo y exclusión
- Benevolencia
- Proteccionismo
- Autoritarismo

Discriminación

Conducta

La manifestación del prejuicio

ALGUNAS DIFERENCIAS IMPORTANTES

Estereotipo

Creencia

Prejuicio

Actitud

Discriminación

Conducta

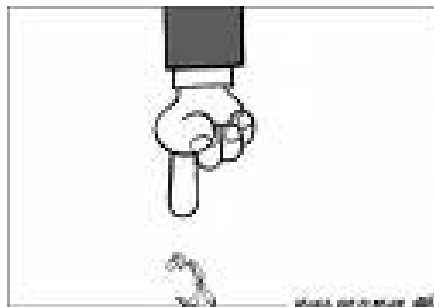
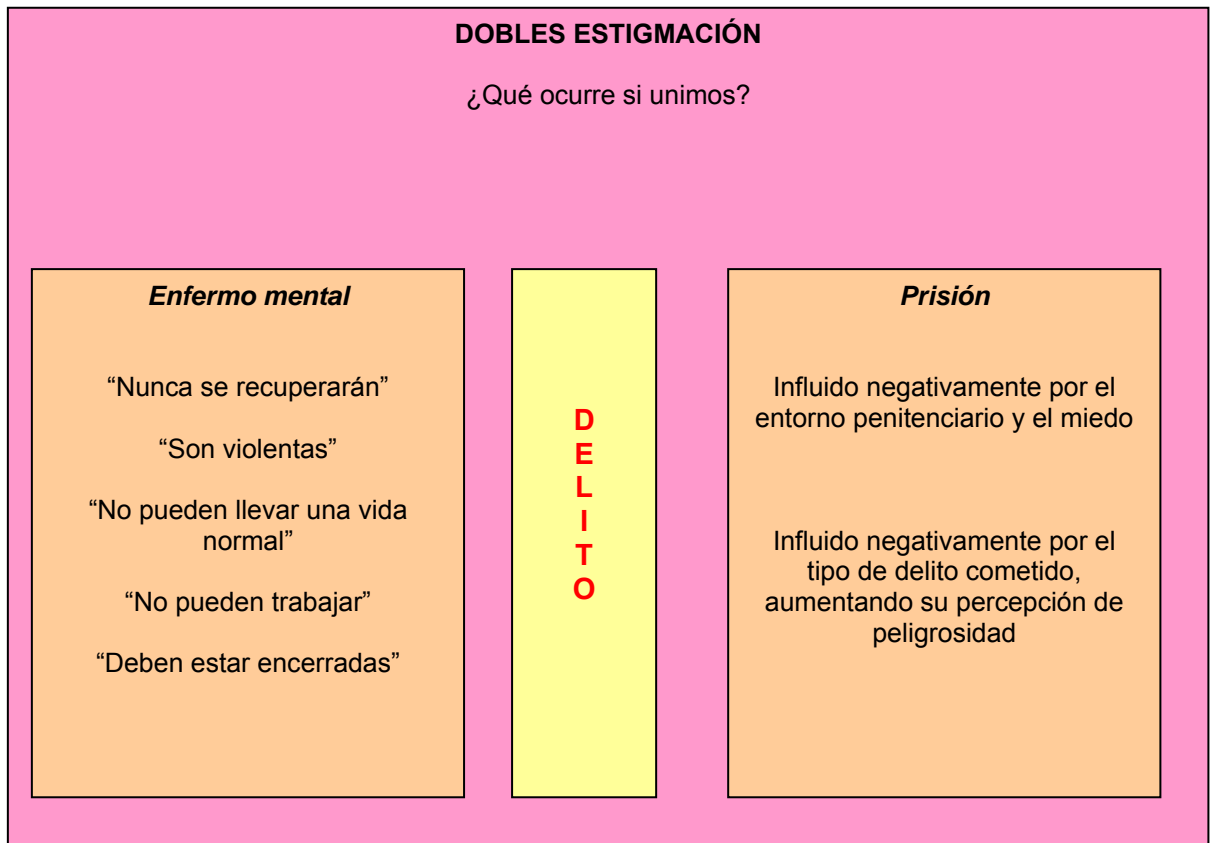
Pueden dar **estereotipo** sin **prejuicio** y prejuicio sin **discriminación**

ESTEREOTIPOS MÁS FRECUENTES

Enfermedad mental se identifica con VIOLENCIA Y PELIGROSIDAD, especialmente en la esquizofrenia

- La persona con enfermedad mental es impredecible, tiene un espíritu libre y rebelde
- La persona con enfermedad mental es infantil
- La persona con enfermedad mental tiene cualidades maravillosas y extrañas percepciones del mundo

MITOS Y REALIDADES			
Esterotipo <i>Creencia</i>	Prejuicio <i>Actitud</i>	Discriminación <i>Conducta</i>	Realidad
Nunca se recuperarán	Miedo/exclusión Benevolencia Autoritarismo Proteccionismo	Socio-laboral	Mejoran en su mayoría y pueden tener una vida plena. Muchas se recuperan completamente
Son violentas			...no son más violentas que otras personas; no hay base científica
Son trabajadores de segunda fila		Laboral y... social	No hay diferencias en cuanto a productividad
Son especiales; muchos son genios como Mozart o Beethoven		Social	...son personas normales, algunas con talento especial, igual que otras que no tienen enfermedad mental
No pueden llevar una vida normal		Social, laboral y familiar	Pueden y deben llevar una vida normalizada
Deben estar encerradas		Sociolaboral	Los atendidos en la comunidad evolucionan mejor y durante más tiempo que los del hospital. Aislamiento= imagen de peligro= estigma
No pueden trabajar		Laboral y social	... el trabajo ayuda a que aumente la autoestima e integra al enfermo en la sociedad
No pueden casarse o tener pareja		Social y familiar	...los médicos no observan ningún obstáculo para que puedan tener este tipo de relaciones
Cualquier enfermedad mental es para siempre		Social. Laboral	Hay gran heterogeneidad en el curso y desenlace de los trastornos mentales
Todas las personas afectadas por una misma enfermedad mental se parecen			Gran heterogeneidad entre las personas con una misma categoría diagnóstica. Historia personal, factores individuales, ambientales...
Los abordajes psicoterapéuticos no sirven para nada (por ejemplo: con los esquizofrénicos)			Ayudas y terapias psicológicas son importantes para integrar la enfermedad y estimular los aspectos conservados de la personalidad
Las familias son los agentes etiológicos de la enfermedad			Las familias con los principales cuidadores y soportes comunitarios
Sólo podemos lograr que el enfermo mental tome la medicación aumentando los controles y			Pueden desarrollar hábitos de



SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Preámbulo de intenciones
- Una propuesta de autorregulación
- Estadísticas: Los hechos
- El trato mediático de la salud mental
- 10 principios básicos
- Propuestas concretas
- Preguntas y respuestas sobre la enfermedad mental
- Las asociaciones

PREÁMBULO DE INTENCIONES

250.000 personas padecen un trastorno mental grave en España. Sin embargo, las enfermedades mentales siguen siendo, significativa y socialmente, poco conocidas. Demasiada gente cree que la enfermedad mental es una 'debilidad' o una 'culpa' de la persona que la padece y no se reconoce como una enfermedad más, lo que verdaderamente es. Miles de personas viven con una enfermedad que altera sus relaciones sociales, su trabajo, su educación, etc. A diferencia de lo que frecuentemente se nos muestra en cine, televisión o literatura, la mayoría de las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida llena y normalizada, siempre y cuando cuenten con un tratamiento y soporte social adecuado.

Una de cada dos personas precisará a lo largo de su vida asistencia por algún tipo de enfermedad mental, pero los pacientes y sus familias siguen sufriendo una estigmatización social que dificulta el diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado y continuado y el disfrute de políticas sanitarias y sociales, en igual condiciones que el resto de ciudadanos. Siguen siendo víctimas directas de la discriminación.

Visiones e interpretaciones erróneas perjudicaron durante siglos a las personas que padecieron enfermedades mentales, desde su asociación con la posesión demoníaca o inspiración divina de la antigüedad hasta el nazismo, que los proclamó indignos de vivir, y hasta hace pocas décadas vivieron aislados de la sociedad, encerrados en asilos o manicomios. Afortunadamente hoy en día sabemos qué es una enfermedad mental y cómo tratarla. ¿Por qué se mantienen, los prejuicios?

Con esta guía pretendemos concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de comunicación para que puedan elaborar informaciones sobre la salud mental y su colectivo, que sean un reflejo real de lo que es la enfermedad mental, y para que las personas afectadas por una enfermedad mental reciban un tratamiento mediático justo y adecuado. Los medios de comunicación puede contribuir de manera eficaz a la sensibilización y concienciación de la sociedad.

UNA PROPUESTA DE AUTORREGULACIÓN

Cada vez son más los medios de comunicación y los periodistas que consideran que la mejor vía para elevar la calidad de la información y su talante ético es la autorregulación. ¿Cómo compaginar de una manera efectiva el derecho a la libertad de expresión (y su otra cara, que es el derecho de los ciudadanos a recibir una información completa y veraz) con otros derechos también importantes como son el derecho a la seguridad, el derecho a la intimidad, o el derecho de las minorías a contar con un tratamiento justo en los medios de

comunicación? Si no se quiere caer en regulaciones peligrosas para todos, la mejor vía parece ser la de la autorregulación.

En esta línea se inscriben los códigos deontológicos de carácter corporativo, los estatutos de redacción de algunos medios informativos, la figura del 'defensor del lector' (o del telespectador) y otros mecanismos que, actuando conjuntamente, tienden a ir tejiendo un compromiso de calidad entre los profesionales de la comunicación y los ciudadanos.

En España desde hace algunos años ya se cuenta con códigos éticos de la profesión periodística que, aunque de forma trabajosa (pero jamás coercitiva), dan algunas pistas de carácter general acerca de ese difícil equilibrio entre el derecho a la información y el respeto a otros derechos de los ciudadanos. Tales son los proclamados en su momento por la Federación de Asociaciones de la Prensa de España (FAPE) en el año 1994 y por el Colegio de Periodistas de Cataluña (1992).

Pero a estos códigos que se refieren a principios generales se han ido añadiendo otros documentos que apelan a la calidad informativa en ámbitos concretos de la vida social. Y junto a los códigos e informes ya existentes de diversos sectores (racismo, discapacidad, género, etc.) esta guía quiere venir a completarlos, en referencia específica a la Salud Mental.

Esa serie de documentos pretende ser complemento de los códigos deontológicos de carácter general. No hay que suponer que todos los periodistas los conocen.

Pero, como se ha dicho, los diversos instrumentos de la autorregulación operan de manera conjunta y, además, lo hacen de forma lenta. Podríamos decir que vienen a ser una 'fina lluvia' que, poco a poco, va impregnando las convicciones de las empresas periodísticas y de los profesionales, generando además a medio plazo los efectos deseables en la sociedad. En este sentido, hay que reconocer que las actitudes y las maneras a la hora de informar sobre temas como los citados (extranjeros, discapacitados, mujeres...) han variado substancialmente en los últimos años.

La que se presenta aquí es una propuesta que se inscribe en la misma dirección. Se considera prioritario que se haga todo lo posible para erradicar estereotipos y tópicos que afectan a las personas que padecen una enfermedad mental y a su entorno. Y los profesionales de los medios de comunicación deberían asumir una responsabilidad en este sentido.

Como ha ocurrido y ocurre con todas las iniciativas de autorregulación, ésta pretende establecer una complicidad constructiva entre el colectivo afectado y los medios de comunicación, para que desde el conocimiento y asunción de las condiciones de ambos sectores, el compromiso mutuo y un trabajo conjunto, puedan difundirse a la sociedad informaciones normalizadoras e integradoras del colectivo. Se trata, en definitiva, de hacer pedagogía.

ESTADÍSTICAS: LOS HECHOS

Estas son algunas recientes declaraciones de la Organización Mundial de la Salud:

- *Una de cada cuatro personas*, o lo que es lo mismo el 25% de la población, sufre un trastorno mental a lo largo de su vida.
- *450 millones* de personas en todo el mundo están afectas por una enfermedad mental, neurológica o conductual que dificulta gravemente su vida. Todas las personas corremos riesgo de tener problemas de salud mental.
- Se prevé que *los trastornos mentales aumentarán* considerablemente los próximos años.

- Las enfermedades mentales *representan el 12,5% de todas las patologías*, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares.
- *5 de las 10 primeras causas de discapacidad* son debidas a problemas relacionados con la salud.
- *El 22% de la población padece episodios de ansiedad y depresión* en algún momento de su vida, y son estas las principales causas de incapacidad en todo el mundo y la cuarta parte de las visitas a los centros sanitarios.
- Un *1% de la población* desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.
- *Menos del 25% de los afectados es diagnosticado y tratado correctamente* en los países occidentales, aunque existen tratamientos efectivos para la mayoría de trastornos, y si se utilizaran correctamente podría permitir su completa integración en la sociedad, pero todavía en la mayoría de los países hay barreras en su atención y reintegración.
- *El 70% de la población mundial* tiene acceso a menos de un psiquiatra por 100.000 habitantes.
- *Entre el 70 y el 80%* de las personas con enfermedad mental están en situación laboral de desempleo.

EL TRATO MEDIÁTICO DE LA SALUD MENTAL

De todos es conocido el gran poder que ejercen los medios de comunicación para influir en la percepción de la realidad de toda la sociedad, en su forma de ver e interpretar el mundo que nos rodea.

Por esto es importante analizar la imagen que los medios transmiten de la salud mental y en particular de las personas afectadas por un trastorno mental.

Aunque la mejora en el trato recibido por la salud mental en los últimos años es reconocida, se sigue transmitiendo de forma sutil y algunas veces explícita, una imagen errónea y negativa de la enfermedad mental, que sin duda no es un buen reflejo de la realidad, ayuda a perpetuar estereotipos, prejuicios y falsas creencias, y que perjudica de manera directa a los derechos de las personas con problemas de salud mental y a su entorno.

Veamos algunos ejemplos:

PERPETUACIÓN DE PREJUICIOS Y CONCEPCIONES ERRÓNEAS

Ejemplo: *Más de 800.000 españoles sufren trastorno mental (titular). Los familiares de enfermos piden a Sanidad un Plan de Salud Mental y hablan de ‘estigma’ social (subtitular). Un ejército de 800.000 personas deambula por el país viviendo dos vidas, la real y la imaginaria. No son dueños de su razón y sufren de más. Hoy son los enfermos mentales, los locos de antes. (...) 25.000 familias de gente con problemas, a veces incapacitantes para la vida moderna. (...) Unos 300.000 españoles sufren esta psicosis sin cura, condenada a la medicación de por vida y con una sentencia de muerte social. (...)*

Sin duda, una noticia como ésta no contribuye en absoluto a normalizar la imagen de la enfermedad mental ante la sociedad, sino que está reproduciendo exactamente los tópicos que deben romperse por ser absolutamente erróneos y falsos.

Como ésta, en otras noticias parece que el periodista no se haya documentado ni haya recurrido a distintas fuentes de información como seguramente haría con cualquier otra temática, y se ha limitado a reproducir los falsos tópicos de la sociedad, reforzando de esta manera una visión estigmatizadora de la enfermedad mental.

TITULARES ALARMISTAS O MORBOSOS

A menudo en los titulares se suele sintetizar la información de manera incorrecta y simplista, y algunas veces cobran un carácter alarmista y morboso.

Ejemplo: *La falta de medios impide controlar a los internos del psiquiátrico de Fontcalent* (titular).

ETIQUETACIÓN DE PERSONAS SUSTANTIVANDO SU CONDICIÓN

Y en muchos casos en el titular se etiqueta a los individuos con una enfermedad mental, sustantivando su condición.

Ejemplo: *Los maníacos-depresivos unen sus fuerzas contra el rechazo social* (titular). En cambio, en el cuerpo de la noticia se lee: *Un grupo de 14 personas afectadas por el denominado trastorno bipolar, enfermedad anteriormente conocida como trastorno maníaco-depresivo, ha decidido...*

IMÁGENES NEGATIVAS Y POCO NORMALIZADORAS

Las ilustraciones o imágenes presentadas en los medios donde aparecen personas con enfermedades mentales, suelen presentarlos en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social, transmitiendo sensación de lástima, soledad, aislamiento, etc.

Ejemplo: Son frecuentes las fotos de personas con la mirada perdida, tendidos en el suelo tapándose la cara o en largos pasillos oscuros con luz al final.

CONFUSIONISMO EN LA TIPIFICACIÓN DE DISTINTAS ENFERMEDADES

En general también se puede observar que existe un notable confusionismo en lo que respecta a la tipificación de las enfermedades y frecuentemente se mezcla información de salud mental con otros tipos de discapacidad y enfermedades.

Ejemplo: *El trato de la salud mental en los medios, a debate* (titular). *El 2003 ha sido declarado el año europeo de las personas con discapacidad. Pero mientras las barreras arquitectónicas que dificultaban la movilidad de los discapacitados físicos en las ciudades van cayendo poco a poco, el muro que separa los discapacitados intelectuales del resto de la sociedad parece que se resista a ceder. (...).*

Este artículo de fondo viene ilustrado con una foto de una persona con Síndrome de Down y otra con una tetraplejia, entre otros.

POCA PRESENCIA DEL COLECTIVO COMO FUENTE DE INFORMACIÓN

En muy pocas ocasiones la información proviene directamente de personas con enfermedad mental. Ocasionalmente puede venir de asociaciones de familiares o de psiquiatras y psicólogos de hospitales. Pero mayoritariamente el origen de las noticias suelen ser instituciones públicas y del mundo médico-científico.

VINCULACIÓN ENTRE VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

Es bastante frecuente encontrar noticias relacionadas con sucesos violentos en que se cita que el acusado (o presunto autor) padece una enfermedad mental. Algunos ejemplos de titulares son:

Ejemplo: *El acusado de matar a su mujer estaba trastornado.*

Ejemplo: *Un septuagenario muere por los ladrillazos que le dio un perturbado.*

Este tipo de noticias son insertadas mayormente en la sección de sucesos, con lo que aparecen mezcladas con otras noticias relacionadas con agresión, violencia, actos ilegales, etc. Suelen incluir en el titular la circunstancia de la dolencia del implicado, por lo cual cobran un carácter morboso que contribuye a captar más la atención del lector.

Son noticias breves en que la información se sintetiza de manera incorrecta, de forma que queda simplificada y se pierden datos relevantes. La omisión de cierta información hace que ésta esté sesgada, con lo que se mantienen los prejuicios. Por ejemplo, no se suele profundizar en el estado de la persona con enfermedad mental (si estaba bajo tratamiento, siguiendo la medicación, etc.).

Este tipo de noticias, por un efecto de correlación ilusoria, hace que se perpetúen ideas como que las personas con un trastorno mental son violentas, agresivas y peligrosas, y que actúan de forma irracional, lo que está comprobado que es falso.

En otros casos se confunden las causas reales de una agresión o conducta violenta relegándola a un problema psiquiátrico cuando muy probablemente sea debido a problemas socio-económicos, violencia de género, educacionales, etc.

USO INAPROPIADO DE TÉRMINOS DEL ÁMBITO DE SALUD MENTAL EN OTROS CONTEXTOS

Es frecuente encontrar noticias que no hacen referencia directa a la salud mental, especialmente en artículos de opinión o en sección de deportes y cultura (donde la línea divisoria entre información y opinión no es tan precisa), que se usan elementos y terminología del campo médico para describir situaciones, personas o cosas que no tienen nada que ver. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, se usa a menudo para adjetivar una situación caótica, irracional, extravagante, etc.

Ejemplo: (...) *Sinceramente, creo que los americanos han decidido cambiar de proveedor energético, y no van a permitir que nadie compita con ellos por el control de Irak. Y si no es así, discúlpeme la esquizofrenia'.*

Ejemplo: (...) *Viajar a EEUU es cada vez más complicado. La psicosis en los aeropuertos ha dado otra vuelta de tuerca con las nuevas medidas de seguridad (...)*

Seguro que se pueden encontrar muchas otras expresiones que transmitan el mismo significado.

En estos casos, el uso inapropiado y peyorativo de estos términos hace que las personas que sufren estos trastornos puedan sentirse ultrajadas, a la vez que en muchas ocasiones contribuye a perjudicar la imagen social de las personas con un trastorno mental.

10 PRINCIPIOS BÁSICOS

1. AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOCIAL

Informar con exactitud de conceptos y términos.

Los medios deben representar bien la realidad. No confundir o ignorar los datos científicos y técnicos sobre qué es una enfermedad mental. Documentarse e informarse adecuadamente antes de transmitir información inexacta o errónea, igual que se haría en cualquier otro ámbito (política, economía, etc.). Contrastar las noticias institucionales y del mundo médico-científico y potenciar aquellas provenientes de las personas directamente afectadas

(asociaciones, familiares y personas con enfermedades mentales). Recurrir a las fuentes de información que tenemos al alcance (FEAFES, etc.) para dar una información precisa, objetiva y que responda a la realidad .

Llamar a las cosas por su nombre y no hacer simplificaciones excesivas.

2. MOSTRAR UNA VISIÓN POSITIVA

Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental.

Prestar más atención a las soluciones y menos a las limitaciones.

Enfatizar las facetas positivas, las potencialidades, los logros y avances, las calidades humanas. Evitar sobredimensionar las limitaciones y los casos aislados negativos.

Mostrar a la persona con enfermedad mental en sus múltiples facetas positivas, sin sobredimensionar el hecho de que padezca una enfermedad mental, ni en lo negativo ni en lo positivo (no entronizar a personas fuera de serie, sino más bien enfatizar los logros ordinarios).

3. CONTEMPLAR TODAS LAS FACETAS

Mostrar a las personas con una enfermedad mental de forma integral.

Las personas con enfermedad mental tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo. No mostrar las personas con enfermedad mental de forma unidimensional sino en todas las demás: con los mismos sentimientos, problemas, aspiraciones, con las mismas fuerzas y debilidades, con una vida laboral, familiar, social, sexual, creativa, etc. La enfermedad mental no es algo global, permanente ni inmutable sino que es algo parcial y relativo. Todos conocemos a alguien con alguna enfermedad mental, sea aguda o leve.

4. FACILITAR INFORMACIÓN NORMALIZADORA

La enfermedad mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad. La enfermedad mental es una enfermedad más. Representar a las personas con enfermedad mental en situaciones normales y corrientes en la comunidad: hogar, trabajo, ocio, situaciones sociales. Presentar la enfermedad mental con naturalidad con la misma naturalidad con que se trata una gripe, un traumatismo o una discapacidad física. Ofrecer una imagen natural y verosímil.

5. MENOS COMPASIÓN, MÁS RECURSOS

Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión.

Evitar una visión lastimera y que despierte compasión. No mostrar la enfermedad mental de forma dramática ni sensacionalista; no recurrir gratuitamente a aspectos emocionales que puedan despertar sentimientos de paternalismo, compasión, curiosidad morbosa, superprotección, distanciamiento, frivolidad, etc. Las persona con enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Lo que necesitan son recursos para poder ejercer plenamente estos derechos.

6. DEJAR HABLAR A LOS PROTAGONISTAS

Potenciar la información individualizada y vivencial que pueden aportar las propias personas afectadas como herramienta para crear una imagen positiva.

La proximidad y conocimiento directo entre las personas ayuda a desmontar estereotipos y prejuicios falsos y negativos, ya que ayuda a ver más a la persona y menos la etiqueta. Las personas directamente afectadas han de participar por sí mismas y tener oportunidades de acercamiento a los medios, sin intermediarios ni posibilidad de manipulación por terceros.

7. DESMONTAR FALSAS CREENCIAS MITOS O PREJUICIOS

No propagar y mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil.

Romper con la conceptualización tradicional de la enfermedad mental. No recurrir a las antiguas ideas, creencias, mitos, prejuicios negativos o estereotipos sobre cómo es una persona con enfermedad mental. Muchas de las creencias que tiene la sociedad en general pueden ser incorrectas: la enfermedad mental no es un castigo ni una culpa de nada, las personas que la padecen no tienen una doble personalidad, ni son individuos deshumanizados e irracionales, no son agresivas, etc. Reflexionar y documentarse antes de reproducir falsas creencias.

8. ALEJAR LA ENFERMEDAD MENTAL DE LA CRÓNICA DE SUCESOS

Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental.

Una conducta violenta no puede justificarse sólo a causa de una enfermedad mental.

Las personas con enfermedad mental tiene la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra. Las personas con enfermedad mental, con tratamiento psiquiátrico y un entorno social y familiar adecuado pueden y deben vivir en la sociedad sin que esto suponga un riesgo para nadie. No prejuizar ni relegar la causa de un acto violento o delictivo a una enfermedad mental porque muy pocas veces existe una sola causa que explique una conducta de este tipo. No omitir información relevante para entender el hecho porque puede dar una visión sesgada que fomente y mantenga prejuicios. Actuar de dos formas: o limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuizar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar todas las circunstancias contextuales y factores causales sin relegar la enfermedad como única causa para no asumir la pluralidad de responsabilidades.

9. CUIDAR EL LENGUAJE. NO ETIQUETAR

No estigmatizar a las personas con enfermedad mental con usos incorrectos de las palabras que las definen.

Las personas, sanas o enfermas, son ante todo personas. En muchos casos, la circunstancia de la enfermedad mental no es relevante para la información, y entonces no hay ni por qué citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: 'un esquizofrénico', 'un depresivo', 'un anoréxico', etc. De la misma manera que difícilmente hablaríamos de 'un griposo', 'un sifilítico' o 'un sidoso'. No hacer hincapié en las diferencias, sino en las similitudes entre la gente. Utilizar el lenguaje apropiado para representar a la enfermedad mental. No usar terminología psiquiátrica en un contexto distinto, y menos aún cuando ésta adquiere un significado negativo o peyorativo.

10. RECORDAR QUE LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES SON INVISIBLES

Ilustrar las informaciones sobre personas con enfermedades mentales con el material gráfico adecuado.

La mayoría de las enfermedades mentales no se perciben físicamente. Los medios de comunicación impresos y la televisión necesitan ilustrar sus informaciones. Para ello

recurren muchas veces a fotografías inadecuadas, que muestran síntomas externos de otras dolencias más 'visibles'. Esta práctica contribuye poderosamente a mantener el confucionismo que existe entre diversas patologías. En la medida de lo posible debe aplicarse a la información gráfica todo lo indicado en los puntos anteriores.

PROPUESTAS CONCRETAS

SÍ, POR FAVOR

SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: *Persona con enfermedad mental /con problemas de salud mental.*

SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico: *Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.*

SÍ Referirse en general a la salud mental: *Salud Mental, Enfermedad de salud mental, Problemas de salud mental.*

SÍ Referirse a los centros de atención: *Centro de salud mental /centro de día/ centro de rehabilitación.*

SÍ Referirse a los ingresos psiquiátricos como: *Ingreso hospitalario en...*

SÍ Mencionar los problemas de salud mental en el *titular solamente cuando es imprescindible para entender* correctamente la noticia.

SÍ Mencionar los problemas de salud mental en la *noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho*, especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.

SÍ Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el *material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.*

SÍ En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a *describir los hechos directamente observables* (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a *mostrar sus circunstancias contextuales y factores causales sin relegar la enfermedad como única causa.*

SÍ *Fuera del contexto de salud* (tratando otros temas), describir situaciones, cosas o personas con *adjetivos* como: *caótico, irracional, extravagante, apasionado, espectacular* o triste, hambriento, etc.

SÍ *Rectificar sin demora y al mismo nivel y eco* aquellas informaciones que hayan perjudicado los derechos de las personas o asociaciones del ámbito de la salud mental o su imagen pública.

NO, GRACIAS

NO Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: *enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco.*

NO Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: *esquizofrénico, depresivo, maníaco, anoréxica, psicótico.*

NO Términos que enfatizan la parte negativa y condiciones severas: *enfermedades mentales/psiquiátricas.*

NO Términos anticuados y ofensivos: *manicomio, psiquiátrico.*

NO Términos inadecuados que contribuyen a la estigmatización: *reclusión, internamiento, encierro,...*

NO *Titulares alarmantes o morbosos* que incluyen el tema de salud mental de manera gratuita para captar la atención del lector.

NO Mencionar los problemas de salud mental si éstos *no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso*.

NO *Imágenes que transmitan aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo*. Imágenes de *otro tipo de discapacidades*.

NO *Omitir información o proporcionar información sesgada* que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.

NO Usar términos de ámbito médico como adjetivos en otros contextos: *esquizofrénico, paranoico, depresivo, anoréxico, etc.*

NO *Infravalorar* las reclamaciones de los *derechos de los afectados* ni el *poder de los medios para mantener y perpetuar concepciones erróneas* en la población.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Reconocer y entender lo que son las enfermedades mentales es un primer paso muy importante para romper tópicos y falsas creencias y reducir así el prejuicio y estigmatización de la persona con enfermedad mental.

Ésta es una selección de preguntas generales que la gente suele plantearse. Para obtener más información y documentación no dude en ponerse en contacto con FEAFES o con las federaciones y asociaciones más cercanas a su población.

¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD MENTAL?

El límite entre enfermedad y salud mental no es un límite claro ni bien definido, y los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado según los distintos enfoques teóricos y a lo largo del tiempo, con lo que no hay un acuerdo general entre especialistas sobre cómo definir estos términos. Esto es comprensible debido a que aún no han podido demostrarse las causas concretas que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales. Y es que la complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, mente, cultura, condiciones personales y sociales, sin parangón con ningún otro órgano humano.

Pero para entendernos, podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Por otro lado, estudios sobre salud mental consideran que salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Se ha tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

¿QUÉ DIFERENCIA HAY ENTRE UNA ENFERMEDAD MENTAL Y UNA DEFICIENCIA PSÍQUICA, FÍSICA O SENSORIAL Y OTRO TIPO DE ENFERMEDADES?

Una deficiencia hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. Por lo tanto, es una pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, como resultado de la patología subyacente.

Es muy importante distinguir un trastorno mental de:

- *Deficiencia psíquica o intelectual:* antes llamado retraso mental, se usa cuando una persona tiene limitaciones en su funcionamiento intelectual, y en habilidades tales como la comunicación, cuidado personal y destrezas sociales.
- *Deficiencia física:* se refiere a cuando una persona tiene limitaciones físicas debido a alguna alteración en el aparato locomotor, que comprende el sistema óseoarticular, el sistema muscular y el sistema nervioso.
- *Deficiencia sensorial:* se usa en el caso de personas que tienen algún tipo de alteración en los órganos sensoriales, lo que les impide una correcta percepción auditiva o visual.
- *Trastorno mental orgánico:* es un estado de deterioro, generalmente progresivo, de las facultades mentales anteriormente existentes en un individuo, debido a una alteración del tejido cerebral producto de un proceso degenerativo.

En este sentido, cabe destacar que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud y publicada por la OMS en 2001, distingue entre:

- *Funcionamiento:* término genérico usado para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.
- *Discapacidad:* término que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ciudadano.

Estos conceptos reemplazan a los denominados anteriormente como 'deficiencia', 'discapacidad' y 'minusvalía', y amplían el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también experiencias positivas, para enfocar el objetivo hacia la salud y no sólo como consecuencias de la enfermedad, tratando de ir más allá del enfoque médico-sanitario e incluir, de forma expresa, ámbitos sociales más amplios (enfoque bio-psico-social).

Aspectos clave a tener en cuenta respecto a la enfermedad mental:

- No significa menor capacidad intelectual
- No es siempre irreversible
- No es mortal
- No es contagiosa
- No es siempre hereditaria
- No es una 'culpa' ni 'castigo'
- No es siempre permanente en la vida del individuo una vez adquirida

¿QUÉ TIPO DE ENFERMEDADES MENTALES EXISTEN?

Existen distintos tipos de enfermedades mentales, pero aunque a lo largo de la historia se han hecho diferentes intentos para agruparlas por categorías, sigue habiendo algunos desacuerdos entre modelos.

Sin embargo, actualmente se acepta el sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), que distingue, entre otros, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastorno de ansiedad, trastornos sexuales, trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos cognoscitivos, etc.

Esta clasificación es muy similar a la de la Organización Mundial de la Salud, llamada CIE-10. (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES?

El trastorno mental responde muy pocas veces a modelos simples del tipo causaefecto. Las causas de las enfermedades mentales son probablemente múltiples, y en algunos casos son desconocidas. Se sabe que factores como alteraciones en la química del cerebro u otros mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumo de sustancias, etc. pueden influir poderosamente en su aparición y curso, pero no se conoce con exactitud ni en qué grado impacta cada uno de estos factores, ni qué combinaciones se producen significativamente en cada caso.

¿PUEDO YO PADECER UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Todos tenemos probabilidades de padecer una enfermedad mental, al igual que ocurre con muchos otros tipos de enfermedades. De hecho, una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de la vida. Aunque teóricamente pueda haber personas con más predisposición genética que otras a padecerlos, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, con lo que todos estamos expuestos a ello.

Aunque seguro que todos en algún momento de nuestra vida hemos experimentado sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio, etc. cabe destacar que estos síntomas se considerarán solamente un trastorno mental cuando provoquen un comportamiento social desajustado (es decir, un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo), causen un importante malestar subjetivo y sean persistentes en el tiempo.

¿LAS ENFERMEDADES MENTALES SE CURAN?

Las enfermedades mentales pueden curarse o controlarse con un tratamiento adecuado. Hasta hace sólo unas décadas, muchas personas afectadas por enfermedades mentales pasaban la mayor parte de su vida ingresadas en centros asilares o encerrados en sus casas. Actualmente la mayoría de los pacientes son tratados, la mayor parte del tiempo, en el ámbito comunitario, y suelen integrarse en la sociedad, gracias a un cambio de mentalidad y a los avances conseguidos en tratamientos.

Los tratamientos pueden ser distintos, según el tipo de enfermedad, y se suelen diseñar intervenciones personalizadas para cada caso. Frecuentemente se realiza combinando el tratamiento farmacológico con medidas de rehabilitación sociolaboral, psicoterapias y apoyo

familiar. El apoyo psicoterapéutico es importante para afrontar los efectos de la enfermedad en su vida social, familiar y profesional. Se utilizan tratamientos psicosociales especializados como son: programas de rehabilitación, terapias conductuales y de comportamiento social, psicoeducación de los afectados y sus familias, etc.

Cabe destacar aquí que un importante número de personas siguen sufriendo una enfermedad mental y no acuden a recibir tratamiento a causa de la estigmatización que existe sobre este tipo de enfermedades.

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante en la recuperación de una enfermedad mental. El papel de la familia es esencial, puesto que la experiencia vivida y la proximidad con la persona con enfermedad mental pueden aportar muchos datos y soporte al tratamiento.

La familia es un elemento clave para ayudar a la persona con la enfermedad a seguir el tratamiento propuesto por el especialista, por ejemplo contrarrestando la tendencia que suelen tener las personas afectadas de esquizofrenia a abandonar el tratamiento farmacológico o haciendo un seguimiento de los reeducados hábitos alimentarios de personas afectadas de anorexia.

Para ello es muy importante que también la familia reciba apoyo por parte de los profesionales y los servicios de salud mental.

¿ES CIERTO QUE LAS ENFERMEDADES MENTALES CONDUCEN A ACTOS VIOLENTOS?

No. La idea de que la enfermedad mental esta íntimamente relacionada con la violencia no tiene base científica.

No se puede decir que las personas con enfermedades mentales sean más agresivas ni tengan más probabilidades de cometer actos violentos ni delictivos que personas sin enfermedad mental. Las personas afectadas por una enfermedad mental rara vez son peligrosas para la sociedad en general. Solamente algunos trastornos mentales pueden desarrollar en ciertos episodios conductas agresivas hacia uno mismo o hacia el entorno familiar cuando la persona que lo padece no está bajo tratamiento.

En realidad, es más probable que las personas con enfermedad mental sean víctimas de abusos y malos tratos, y vean vulnerados sus derechos. El tratamiento adecuado de esta enfermedad y de sus síntomas reduce al mínimo este tipo de peligros.

¿PUEDE UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL LLEVAR UNA VIDA NORMALIZADA (TRABAJAR, FORMAR UNA FAMILIA, RELACIONES SOCIALES, ETC.)?

Puede y debería poder llevarla. Puede llevarla porque con el tratamiento médico y farmacológico adecuado y con el entorno social y familiar favorable, una persona con enfermedad mental deja de tener las limitaciones que puede suponer la enfermedad, con lo que tiene las mismas capacidades que todos para trabajar, cuidar hijos, etc. Y debería poder llevarla, puesto que todos tenemos el mismo derecho a un trabajo y una vida normalizada, aunque frecuentemente los prejuicios que lamentablemente aún existen en la sociedad les impiden disfrutar y ejercer todos sus derechos.

DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES QUE APARECEN CON MÁS FRECUENCIA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Esquizofrenia

Es un trastorno psicótico caracterizado por un desorden cerebral de aparición aguda que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Los síntomas de las fases agudas suelen ser delirios (ideas falsas que el individuo cree ciegamente), alucinaciones (percepciones de cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen) o conductas extravagantes. Es una enfermedad crónica, compleja, donde las personas que la sufren no tienen conciencia de estar enfermas; y que no afecta por igual a todos los pacientes: El 57% de las personas que sufren uno o varios brotes de esta enfermedad cursa con nula o mínima alteración de su capacidad del funcionamiento social. No obstante, el porcentaje restante sufre alteraciones importantes en su funcionamiento social y personal, necesitando para su recuperación la combinación de estrategias basadas en la farmacología (medicación) y en la psicología (terapias conductuales y cognitivas) con apoyo de recursos sociales y laborales complementarios para facilitar su reintegración social y laboral. También es relevante para disminuir las recaídas de esta enfermedad la intervención en el ámbito familiar.

Aparece normalmente en la adolescencia, y afecta a un 1% de la población mundial. Existen tratamientos muy efectivos para las crisis.

Trastorno de la personalidad

Se trata de alteraciones del modo de ser propio del individuo, de su afectividad y de su forma de vivir y de comportarse, que se desvían de lo normalmente aceptable en su entorno y cultura. Existen distintos tipos: personalidad paranoide (personas con gran desconfianza y recelo en todo lo que le rodea), esquizoide (personas introvertidas, retraídas, que evitan el contacto social y no expresan emociones), personalidad obsesiva (personas rígidas, perfeccionistas, escrupulosas), etc.

El diagnóstico de los diferentes tipos de trastornos de la personalidad requieren conocer de forma intensa y extensa la vida de la persona, el contraste de la información con terceros y de profesionales de gran experiencia clínica. Se están investigando tratamientos psicoterapéuticos específicos.

Depresión

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, disminución de la actividad física y psíquica, falta de interés o placer en casi todas las actividades, sentimiento de impotencia, falta de valor y esperanza, sentimiento de culpa, llanto incontrolable, irritabilidad, pensamientos sobre la muerte o intentos de suicidio. Es una de las enfermedades mentales más comunes.

Puede aparecer en cualquier edad, y una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres sufren depresión alguna vez en sus vidas. Existen tratamientos muy efectivos.

Trastorno bipolar

Es un trastorno del estado de ánimo anteriormente conocida como enfermedad maniaco-depresiva que se caracteriza por la presencia cíclica de períodos de fase maníaca (de elevación del estado de ánimo, eufórico, expansivo e irritable) y fases de depresión (pérdida de interés o placer en todas las actividades, abatimiento, sentimientos de infravaloración o de culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, etc). Existen tratamientos muy efectivos.

Ansiedad

Es un trastorno caracterizado por la presencia incontrolable de preocupaciones excesivas y desproporcionadas, centradas en una amplia gama de acontecimientos y situaciones reales

de la vida, y acompañadas por lo general de síntomas físicos, tales como sudoración, nerviosismo, inquietud, palpitaciones, etc. Tiene tratamiento efectivo

Anorexia nerviosa

Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Se dispone de tratamiento en la actualidad.

Fobia

Es un trastorno caracterizado por la aparición de un temor irracional muy intenso y angustiante a determinadas personas, cosas o situaciones, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Hay tipos diferentes según el objeto causante: fobia social (a situaciones sociales), agorafobia (a sitios cerrados o de donde es difícil salir), fobia a ciertos animales, etc. Existen tratamientos psicoterapéuticos eficaces.

Trastorno obsesivo compulsivo

Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas y pensamientos de carácter persistente que el individuo reconoce como intrusas y absurdas y que causan un malestar y ansiedad) que la persona intentará mitigar con las compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter recurrente). Por ejemplo el caso de las personas que siempre sienten que tienen las manos sucias y se las lavan demasiado frecuentemente. Existen tratamientos, de efectividad variable.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Es un trastorno que aparece en la infancia y que se caracteriza por un patrón persistente de desatención (fácil distracción por estímulos irrelevantes) y/o hiperactividad-impulsividad (moverse y hablar demasiado). Existen tratamientos bastante eficaces.

LAS ASOCIACIONES

La *Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)* es una organización sin ánimo de lucro que agrupa a más de 160 entidades, entre asociaciones y federaciones, de todo el territorio nacional.

FEAFES vela por el cumplimiento de los derechos de las personas afectadas por enfermedades mentales de cualquier tipo con el objetivo de mejorar su calidad de vida. En la actualidad representa a más de 30.000 personas afectadas y sus familias.

El papel principal de las asociaciones de familiares y / o allegados es influir en los poderes públicos para que dediquen más recursos a paliar los efectos de la enfermedad mental y para mejorar la calidad de los tratamientos, puesto que consideran que los medios para llevar adelante las terapias psicosociales necesarias para lograr una efectiva autonomía de las personas afectadas por una enfermedad mental son todavía insuficientes (el sistema público cubre no más del 15-20% de los costes de estos efectos).

Además, las asociaciones ofrecen la experiencia y capacidad de sus miembros para colaborar activamente con los tratamientos psicosociales y psicoeducativos, y otras acciones que garanticen la adecuada atención sanitaria y social de los enfermos, con el objetivo de conseguir su rehabilitación, reinserción social e integración laboral. Por ejemplo con programas de atención domiciliaria o de respiro familiar, con la puesta en marcha de clubes sociales, centros de rehabilitación, etc., siempre coordinados con la red asistencial. Las asociaciones son también un punto importante de asesoramiento y soporte a las personas con enfermedad mental y sus familias.

Las asociaciones también promueven la sensibilización y mentalización social hacia las personas afectadas con enfermedad mental, y estimulan la investigación sobre las enfermedades mentales y su prevención.

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES)
c/ Hernández Mas, 20-24
28053 Madrid
Tel: 91 507 92 48
www.feafes.com
E-mail: feafes@feafes.com

CENTRO ESPAÑOL DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL (CEIFEM)
Tel: 902 131 067
E-mail: ceifem@feafes.com

ENTIDADES AUTONÓMICAS CONFEDERADAS
ANDALUCÍA . FEDERACIÓN ANDALUZA DE ALLEGADOS DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS (FANAES)
c/ Villegas y Marmolejo, 2M - 1º
41005 Sevilla
Tel: 95 466 33 14
E-mail: fanaes@arrakis.es

ARAGÓN. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES ARAGONESAS PRO-SALUD MENTAL (FEAFES - ARAGÓN)
c/ Ciudadela. Pabellón de Santa Ana - Parque de las Delicias
50017 Zaragoza
Tel: 976 53 25 05 - 976 53 24 99
E-mail: asapme@public.ibercaja.es

ASTURIAS, PRINCIPADO DE ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSÍQUICOS DE ASTURIAS (AFESA - ASTURIAS - FEAFES)
Ctra. de Rubín, s/n - Recinto Hospital Psiquiátrico
33011 Oviedo - Asturias
Tel: 985 11 39 19 - 985 11 51 42
www.afesasturias.org
E-mail: afesa@jazzfree.com

BALEARES, ISLAS. FEDERACIÓN BALEAR DE FAMILIAS Y ENFERMOS PSICÓTICOS (FEBAFEP)
c/ de la Rosa, 3 - 3º (Casal Ernest Lluch)
07003 Palma de Mallorca - I. Baleares
Tel: 971 71 40 17

CANARIAS . FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS DE LAS ISLAS CANARIAS (FEAFES - CANARIAS)
c/ Juan Rumeu García, 28 - Local 2 K
38008 Santa Cruz de Tenerife
Tel: 922 20 28 39
E-mail: atelsam@teide.net

CANTABRIA. ASOCIACIÓN CÁNTABRA PRO-SALUD MENTAL (ASCASAM)
Pasaje del Arcillero, 3 - Bajo
39001 Santander - Cantabria
Tel: 942 36 33 67 - 942 37 24 94
E-mail: ascasam_sede@wanadoo.es

CASTILLA Y LEÓN. FEDERACIÓN CASTELLANO LEONESA DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES (FEAFES - CASTILLA Y LEÓN 'FECLEM')
c/ La Pasión, 13 - 6º B
47009 Valladolid
Tel: 983 34 48 30
www.feafes-castillayleon.org
E-mail: feafes-feclm@feafes-castillayleon.org

CASTILLA - LA MANCHA. FEDERACIÓN REGIONAL DE CASTILLA - LA MANCHA (FEAFES - C.M.)
Avda. de Castilla La Mancha, 3 - 3º B
45003 Toledo

Tel: 925 28 43 76
E-mail: feafesclm@hotmail.com

CATALUÑA. FEDERACIÓN CATALANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES (FECAFAMM)
c/ Aragó, 237 - 239, Principal 3ª
08007 Barcelona
Tel: 93 215 01 97 - 93 272 14 51
E-mail: federacio@familiarismalaltsmentals.org

CEUTA, CIUDAD AUTÓNOMA. ASOCIACIÓN CEUTÍ DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSÍQUICOS (ACEFEP)
c/ Sargento Coriat, 5 - 2º B
51001 Ceuta
Tel: 956 51 63 28

EXTREMADURA. FEAFES EXTREMADURA
Apdo. Correos 161
06400 Don Benito - Badajoz
Tel: 924 81 09 24 - 924 80 50 77
E-mail: proines@terra.es

GALICIA. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES E ENFERMOS MENTALES DE GALICIA (FEAFES GALICIA)
Rúa Galeras, 13 - Planta 1ª, Ofic. 3
15705 Santiago de Compostela - La Coruña
Tel: 981 55 43 95
E-mail: feafesgalicia@hotmail.com

LA RIOJA. ASOCIACIÓN RIOJANA DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS (ARFES - PRO SALUD MENTAL)
c/ Cantabria, 33 - 35
26004 Logroño - La Rioja
Tel: 941 23 62 33 - 941 26 16 74
www.rioja-web.com/empresas/arfes.htm
E-mail: arfes@ibercom.com

MADRID, COMUNIDAD DE. FEDERACIÓN MADRILEÑA PRO-SALUD MENTAL (FEMASAM)
c/ Manuel Fernández Caballero, 10 - Local
28019 Madrid
Tel: 91 472 98 14
E-mail: femasam@telefonica.net

MELILLA, CIUDAD AUTÓNOMA. ASOCIACIÓN MELILLENSE DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES (AMELFEM)
Gral. Astilleros Edif. Severo Ochoa, 5 - 2- 5
52006 Melilla
Tel: 952 67 39 80
E-mail: izmir23@hotmail.com

MURCIA, REGIÓN DE. FEDERACIÓN MURCIANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES (FEAFES - REGIÓN DE MURCIA)
c/ Vista Alegre, 30 - Bajo
30007 Murcia
Tel: 968 23 29 19
E-mail: feafes@ono.com

NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE. ASOCIACIÓN NAVARRA PARA LA SALUD PSÍQUICA (ANASAPS)
c/ Río Alzania, 20 - Trasera
31006 Pamplona - Navarra
Tel: 948 24 86 30
E-mail: anasaps@anasaps.org

PAÍS VASCO. FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS (FEDEAFES)
Apdo. Correos 110
01400 Llodio - Álava

Tel: 94 403 04 91
E-mail: asasam@euskaltel.net

VALENCIA, COMUNIDAD. FEDERACIÓN VALENCIANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y
ENFERMOS MENTALES (FEVAFEM)
c/ Ribera, 14 - 5º Pta. 9 Despacho C
46002 Valencia
Tel: 96 353 50 65

ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA

La persona con enfermedad mental debe afrontar una doble dificultad para recuperarse: la enfermedad en sí y los prejuicios y discriminaciones que recibe por padecerla. Es el estigma social, una carga de sufrimiento que incrementa innecesariamente los problemas de la enfermedad y constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y de la recuperación.

La palabra “Estigma” proviene del griego y significa “atravesar, hacer un agujero”. El término fue creado para referirse a signos corporales con los que se intentaba exhibir algo malo, como a los esclavos y los ladrones a quienes se estigmatizaba con hierro candente. El término se ha empleado a lo largo de los siglos para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas. Por ejemplo, durante la Edad Media, un grupo discriminado fue el de quienes padecían lepra. Más recientemente, a quienes padecen cáncer o sida. La discriminación a las personas con enfermedad mental ha sido una constante a lo largo de los siglos.

Los sentimientos de vergüenza y estigmatización que provoca esta enfermedad entre quienes la padecen y sus familiares son la causa de que actualmente muchos enfermos y enfermas no estén diagnosticados/as ni tratados/as, especialmente al comienzo del trastorno, cuando el éxito del tratamiento es mayor. Asimismo, el miedo y la aversión de la sociedad cierra muchas puertas a estas personas: sanitarias, laborales, de vivienda o de relaciones sociales.

El origen del estigma está en estereotipos y mitos injustos heredados de siglos de incompreensión hacia la enfermedad mental. El silencio que la rodea y que la ha convertido en tabú ha mantenido el estereotipo, que es una idea o imagen aceptada de común acuerdo por la sociedad y que permanece invariable. La reiteración de esos estereotipos ha creado sólidos prejuicios, que se ven reflejados en pensamientos y actitudes arbitrarias o parciales respecto de la enfermedad o las personas que la padecen, sin analizar si existe alguna razón que lo justifique.

Finalmente, el prejuicio se plasma en la discriminación, por la cual individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos o beneficios y les dan un trato de inferioridad. En un principio, la estigmatización tendría un carácter originariamente moral, pero con serias consecuencias, ya que se identifica al grupo segregado con el estigma mismo. Al tratar a la persona con enfermedad mental, se hace exclusivamente según su enfermedad, no como una persona como otra cualquiera.

Las etiquetas

El estigma es la etiqueta que se pone sobre la persona y resulta muy difícil desprenderse de ella. Llega a ocultar a ese hombre o esa mujer, porque se la identifica plenamente con el hecho por el que se le etiqueta. El lenguaje da buena muestra de cómo la enfermedad mental se identifica como único rasgo de la personalidad de quienes la padecen. Si tiene esquizofrenia, pasa a ser “esquizofrénico”; si sufre depresión, es una “depresiva”. Algo que actualmente no sucede con otras enfermedades, porque a quien padece cáncer no se le llama “canceroso”.

Una vez que la sociedad subraya la diferencia resulta muy difícil para la persona ser aceptada. Además, la presión interna que sufre para asumir los estereotipos de incapacidad e inutilidad hace que los síntomas de la enfermedad sean más persistentes y creen una sensación de discapacidad.

El autoestigma

Una de las consecuencias más graves de la discriminación es la creación del autoestigma. Los prejuicios en muchos casos afectan al enfermo o la enferma hasta el punto que los asumen como verdaderos y pierden la confianza en su recuperación y en sus capacidades para llevar una vida normalizada. Estereotipos y prejuicios acaban por instalarse en la persona, que asume esas actitudes marginadoras y se autodiscrimina. Se generan así reacciones emocionales negativas, se pierde la sensación de dominio sobre su situación personal, incapaz de buscar trabajo o vivir de forma independiente, y es posible que ni siquiera lo intente. Ello le puede llevar a fracasar en su tratamiento, y rechazar más la enfermedad mental que los familiares o el personal de los servicios de salud mental que le atiende.



MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación son la fuente principal de información sobre la salud mental para el 90% de la población, especialmente la televisión y los periódicos. Su potencial para promover la salud mental, mejorando así los niveles de educación, sensibilización y conocimiento de la población y cambiando las actitudes, es evidente.

Un estudio realizado en 1985, citado por el programa internacional [Open the Doors](#), sobre actitudes entre periodistas, psiquiatras, pacientes sin antecedentes psiquiátricos y pacientes psiquiátricos hospitalizados, mostró que los/las periodistas no mostraban una menor aceptación de la enfermedad mental que el resto de los grupos. Las razones que dieron para justificar la representación negativa de la enfermedad mental incluían la “venta del sensacionalismo” y los factores de tiempo y coste en una profesión donde la rapidez, la urgencia y lo inmediato son fundamentales.

Titulares reales: “Un esquizofrénico desata el terror en una escuela al asesinar a puñaladas a ocho niños”, “Un guardia civil reduce a tiros a un enfermo de esquizofrenia”, “Manifestaciones de los vecinos contra la casa de esquizofrénicos”, “Un guardia civil salva la vida ante el loco que le arrebató el arma”.

Los medios a menudo desarrollan, de forma inconsciente y como parte de la sociedad que son, la labor contraria, perpetuando las falsas creencias y los estereotipos. Y hay que tener en cuenta que tienen una doble función como fuente de estigma: directa sobre las personas con enfermedad mental y sus familiares e indirecta al reforzar las concepciones negativas que tiene la sociedad.

Las representaciones de las personas con una enfermedad mental son negativas y se les asigna casi siempre el papel de los trastornados que son temidos, rehuidos, rechazados, causantes de vergüenza y castigados. En diarios e informativos, estas noticias suelen aparecer en la sección de sucesos, estableciendo una relación de los hechos con la patología, que se destaca en los titulares, a menudo alarmistas y sensacionalistas. Por el

contrario, las informaciones positivas siguen un modelo paternalista, que destaca la minusvalía y las carencias.

En estudios realizados sobre medios de comunicación, se constata que las personas con enfermedad mental a menudo son retratadas como “maníacas”, no se puede confiar en ellas y son presentadas como criminales, delincuentes violentos, asesinos o violadores. El número de reportajes que asocian enfermedad mental a violencia es cuatro veces mayor que los que ofrecen una actitud positiva. En la representación audiovisual, en la televisión y en el cine, no suelen aparecer personajes con enfermedad mental y cuando aparecen la violencia, y en el menor de los casos la incapacidad, se muestra como inherente a su enfermedad y, por tanto, ineludible. La mayoría de los personajes con enfermedad mental no sólo son peligrosos, sino que tienen un toque de maldad que justifica la desconfianza, el fracaso final y la persecución. Muy rara vez la enfermedad mental se muestra como una característica más de la persona, que además lleva una vida caracterizada por otras circunstancias, semejantes a las del resto, como tener éxito o fracaso en el amor, en la vida profesional, etc.

Prácticas comunes que perpetúan el estigma:

Identificación de la persona con su enfermedad mental: “el esquizofrénico”, “la maníaco-depresiva”.

- Confusión al tipificar las enfermedades y mezcla de información de salud mental con otros tipos de discapacidad y enfermedades.
- Uso de ilustraciones o imágenes donde las personas con enfermedades mentales, suelen ser presentadas en actitudes pasivas, sin interacción social, transmitiendo sensación de lástima, soledad, aislamiento, etc.
- Casi nula presencia de información directa de personas con enfermedad mental. Sólo ocasionalmente procede de asociaciones de familiares o de psiquiatras y psicólogos de hospitales.

4-. TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN

Por la Dra. Orlanda Varela González,
*Psiquiatra consultora del CP Madrid III**
**Anteriormente también a cargo de la asistencia psiquiátrica de los CP de Ocaña I y II y Torredondo (Segovia)*



1. Algunas aclaraciones previas:

- Definición de Enfermo Mental Grave
- Referencias

2. Entrada del enfermo mental en prisión: ¿crónica de un delito anunciado?

- Fallo del sistema asistencial
- Justicia y enfermedad mental
- Condicionantes sociolaborales y familiares
- Efecto de las sustancias

3. Entorno penitenciario y las razones del desajuste:

- Reglamento penitenciario y conductas disfuncionales
- Dificultades estructurales y de dotación profesional
- Carencias del sistema y la Ley del más Fuerte

4. Detección del enfermo mental: una responsabilidad de todos.

- Información entrante: un cauce sin canales
- Evaluación médica al ingreso
- La mirada de todos
- Controles sanitarios
- Algunas señales de alarma más habituales

5. Abordaje multidisciplinar: una utopía indispensable

- Aspectos Jurídicos
- Atención integral de salud
- Trabajo social, ¡y tanto!
- Acceso protegido a actividades laborales y ocupacionales
- Patología dual: un reto
- La Hoja de Ruta: un plan por prioridades



6. Modelos posibles: sus debilidades y fortalezas

- Psiquiátricos Penitenciarios
- Unidades específicas
- Atención en cada centro penitenciario: Equipo de salud mental vs Atención Modular
- La continuidad terapéutica dentro del entorno penitenciario: un reto

7. Excarcelación y Coordinación con recursos extrapenitenciarios:

- Intervención sociofamiliar
- Recursos de Salud Mental
- Las ONG y su valor de futuro

GUIÓN

- Algunas aclaraciones, para situarnos
- La entrada del enfermo mental en prisión
- Entorno penitenciario y razones del desajuste
- Detección: una responsabilidad de todos
- Abordaje multidisciplinar: una utopía indispensable
- Modelos posibles: sus debilidades y fortalezas
- Excarcelación y coordinación con recursos extrapenitenciarios

ALGUNAS ACLARACIONES, PARA SITUARNOS...

- Definir **enfermo mental grave**.
 - Enfermedad de origen psíquico, sobrevenida
 - Discapacitante
 - Afecta o pudiera afectar al juicio de la realidad→ comportamientos extraños
 - Evidente para los demás→exclusión /estigma
- Diagnósticos más habituales:
 - Esquizofrenia Paranoide y otras psicosis, Trastorno bipolar, Trastorno Obsesivo-Compulsivo Grave
 - *Por qué NO incluir trastornos de personalidad

ACLARACIONES

- Experiencia en el medio penitenciario de la autora:

Entrada del enfermo mental en prisión:

¿Crónica de un delito anunciado?

FALLO DEL SISTEMA ASISTENCIAL

- Saturado x la “psiquiatrización” de la vida y sin filtros efectivos
- Basado en la demanda de atención= MC
- Basado en la atención EN LA COMUNIDAD,
- Deficiente en programas de tipo social y actuaciones multidisciplinares reales
- Sin cauces de información compartidos
- Necesidades específicas ↑ costosas y ↓ “visibles”

DIFICULTADES PROPIAS DE CIERTO TIPO DE ENFERMOS Y ENFERMEDADES

- Falta de conciencia de enfermedad
- Familias y entornos socioculturales cerrados y estigmatizantes → no se actúa, se oculta
- Desarraigo, indigencia, marginalidad
- Falta de inserción sociolaboral
- Pérdida de contacto con la realidad, paranoidismo o autorreferencialidad
- Consumo de sustancias

JUSTICIA Y ENFERMEDAD MENTAL

- Concepto de Imputabilidad
- Conocimientos psiquiátricos básicos para su aplicación
- Acceso a “la mejor de las defensas”
- Alarma social y estigma de la enf. mental
- Falta de cauces de información compartidos
- Medidas de seguridad: ¿realidad o quimera?
- Determinación del recurso idóneo

IMPACTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS SOBRE EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

- ↑ nº y duración recaídas
- ↑ hospitalizaciones (+frecuentes y + largas)
- Condenas alteradas → dificultades convivencia familiar y problemas legales ¡29 excarcelados!
- Inestabilidad residencial
- ↓ Estatus funcional
- No cumplimiento terapéutico
- Infección VIH

ENTORNO PENITENCIARIO Y

LAS RAZONES DEL DESAJUSTE:

ENTORNO PENITENCIARIO

- Fin primordial: “*reeducación* y reinserción ... Así como la retención y custodia...”
- A priori: conductas “anormales”= reeducables
- Finalidad del sistema ≠ terapéutica (clínica)
- Exige “colaboración activa + comportamiento solidario”
- Necesidades de control y funcionamiento⇒ rigidez de código de conducta específico
- Importancia de comprenderlo y acatarlo

DIFICULTADES ESTRUCTURALES Y DE DOTACIÓN DE PERSONAL

- Controles sanitarios/ t. Social... = a demanda
- Falta de coordinación interna ≠ Juntas de tto.
- Condiciones de la Enfermería:
 - *Celdas de observación psiquiátrica*
 - *Elementos para la sujeción mecánica*
- Déficit de médicos y psiquiatras
- Falta de formación específica de funcionarios
- Carencia de psicólogos clínicos

CARENCIAS ACTUALES DEL SISTEMA Y LA LEY DEL MÁS FUERTE

- Sobresaturación
- Transculturalidad
- Movimientos entre prisiones y entre módulos
- + Desarraigo
- Falta de empleo remunerado
- El aislamiento “voluntario” y su control
- Pobreza dentro de la prisión
- Sustancias adictivas
- *La ley del más fuerte*

DETECCIÓN DEL ENFERMO MENTAL: UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS

INFORMACIÓN ENTRANTE: UN CAUCE SIN CANALES

- Primer ingreso en prisión:
 - Informes médicos previos: si hay familia/interés del interno*
 - Médico EP responsable del caso = desinformado*
 - Servicios sociales*
 - Reconocimiento médico inicial= oportunidad*
- Sucesivos ingresos:
 - Historial médico penitenciario*

LA MIRADA DE TODOS: CLAVE DE DETECCIÓN

- Pacientes sin conciencia de enf⇒funcionarios
- Pacientes dependientes de sustancias
- Problemáticas sociofamiliares/económicas⇒T social
- Auxiliares de enfermería y reparto de medicación
- Actividades ocupacionales
- Controles sanitarios
- Otros internos

ALGUNAS SEÑALES DE ALARMA MÁS HABITUALES

- Comportamientos extraños
- Falta de inserción social en el módulo
- Déficit de higiene personal/ de la celda
- Solicitud reiterada aislamiento voluntario (refugio)
- Hiperfrecuentador del médico con síntomas bizarros
- Falta de comunicaciones familiares, llamadas tfno...
- Hiperquerulancia: múltiples instancias dirigidas a/ con quejas inverosímiles

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR: UNA UTOPIA INDISPENSABLE

ASPECTOS JURÍDICOS

- Detección de enfermedad mental en presos preventivos
- Obligación pericial vs terapéutica
- Valoración de peligrosidad = independiente
- Detección de enf mental en condenados:
 - Sustituc condena x medida de seguridad: ¿Solución?
 - Solicitud Art.
 - Primeros grados con enfermedad mental

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

- Trabajar conciencia de enfermedad
- Psicoeducar
- Controlar nivel general de salud
- Promover la salud
- Atender a las necesidades y problemáticas específicas

TRABAJO SOCIAL ¡Y TANTO!

- Documentación
- Contacto con familias
- Gestión de incapacitaciones
- Gestión de discapacidades laborales
- Contacto con Salud Mental de área
- Contacto con embajadas
- Derivación y colaboración con las ONG

ACCESO PROTEGIDO A ACTIVIDADES LABORALES Y OCUPACIONALES

- Menores posibilidades reales de conseguir y mantener empleo remunerado
 - Mayor necesidad de ↑ tiempo cotizado a la SS
 - Asesoramiento plan terapéutico acorde con limitaciones + fortalezas
 - Necesidades específicas: habilidades sociales, actividades manuales evasivas...
- NO SE TRATA DE ENTRETENER, SINO DE →

PATOLOGÍA DUAL. UN RETO

- Peor pronóstico
- Dificultades de encaje:
 - red Salud Mental y
 - de Atención a Drogodependientes
- > Necesidad coordinación y comunicación interprofesional
- Evaluar: ¿el huevo o la gallina?
- Elaborar plan de actuación conjunta

DIFICULTADES MÁS HABITUALES

- Mala adhesión al tratamiento
 - Recaídas en el consumo
 - Recaídas de tío psicopatológico
 - Mal cumplimiento de la medicación
 - Absentismo en las citas/reuniones de grupo
- Dificultades en la relación terapéutica
 - Muchas personas y distintos roles
 - Dificultades interpersonales T. Personalidad/PG Mental
 - Expectativas y frustraciones de terapeuta

HOJA DE RUTA: UN PLAN POR PRIORIDADES

- Comunicar detección al equipo +/- autoridad judicial
- Trabajar relación /vínculo terapéutico
- Considerar qué demanda el paciente
- Negociar la gestión de su demanda
- Evaluar su estado actual y necesidades específicas
- Después priorizar:
 - -Conciencia de enfermedad +/- cumplimiento tratamiento
 - -Participación en actividades
 - -Reiniciar contactos extrapenitenciarios
 - -Trabajar habilidades interpersonales ...

MODELOS POSIBLES: SUS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS

VENTAJAS:

- Personal especializado
- Estructura física adaptada
- Flexibilización Rég Penit
- Intervenc grupales PG infrecuentes

DESVENTAJAS:

- Alejamiento familiar
- Institucionalización
- Entorno < "Normalizado"
- >Asunc Rol Enfermedad
- >Estigmatización
- < Posib Reinserc SS área

PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS ¿TODAVÍA ÚTILES?

- A definir: a quién y con qué fin se ingresa
- Ingresos xª valoración por Orden Judicial¿?
- ¿Qué escalón en el proceso?
- ¿Hay internos no tratables en CP estandar?
- ¿Es un recurso sostenible?
- ¿Es sustituible totalmente por Centros Extrapenitenciarios?

UNIDADES ESPECÍFICAS (integradas en algunos CP estándar)

VENTAJAS:

- Personal y medios
- Programas específicos
- Designac xª medidas de seguridad⇒ flexibilizac
- Ahorro
- +Posibil de protecc+ctrol

DESVENTAJAS:

- Alejamiento (salvo 1/CA)
- Peor acceso a empleo y activds ≠ desarrolladas xª programa
- Ghetos < normalizac
- Desubica presos ant otros CP + Dificulta adaptac otros
- Detecc x CP estándar

ATENCIÓN EN CADA CP

VENTAJAS:

- +Cerca de: fam + Recurs
- Ambiente + Normalizado
- <Control directo, >Autonomía
- +Alerta detección y tto
- < Dificult deriv de traslad
- >Acceso *potencial* a todos los recursos
- <Estigma y rol enfermo

DESVENTAJAS:

- Difícil encontrar personal
- > Gasto formac
- > Dependenc de las personas
- Ctros pequeños < preval
- > Necesidad programas comunes xª continuidad

MÓD ESPECIF/ ENF ψ /Equipos Salud Mental

- Enf ψ , la *trampa* de proteger
- Mód Específ, ¿Otro Ghetto? = problemas
- NUEVO: Progr S Mental ⇒Enf Estand + Mód Estand
- Equipo S. Mental ¿necesario?

MÓD ESTÁNDAR/ TODO el personal

- <Capacidad protecc+ctrol
- Necesid de formac específica xª todos
- Diluc de responsab caso
- Falta de coordinación
- Dificult física dispersión
- >% casos *perdidos*

EXCARCELACIÓN & COORDINAC. RECURSOS EXTRAPENITENCIARIOS

DEFINIR EL DESTINO/RECURSO IDÓNEO

- /º Discapacidad /Autonomía + Def necesidades atención
- Conciencia de enferm/Capacidad de cumplimiento
- Probabilidad reincidencia/ Peligrosidad
- Descripción red de apoyo extrapenitenciaria
- Recursos económicos
- /º Dependencia de sustanc y situac deshabetuac
- Progresión última etapa prisión: permisos, 3º grado...

ALGUNOS PASOS INELUDIBLES

- Intervención sociofamiliar
- Gestión alojamiento/ recursos asistenciales
- Coordinación y flujo de información SM y Servicios Sociales de Área
- Evaluar conveniencia repatriación
- Definir capacidades laborales, gestionar empleo protegido
- Informar, dotar de referencias



5-. CÓMO DETECTAR Y ACOGER LA ENFERMEDAD MENTAL

*Julieta García Canales
Psicóloga Forense y Mediadora*

Pistas para la detección de enfermedad mental: áreas de evaluación y características detectables

Pensamiento/Cognitivo:

- Lenguaje:
 - Incoherente.
 - Disgregado.
 - Incomprensible.
 - Claridad (si se le entiende o no).
 - Capacidad para iniciar una conversación.
 - La persona insiste en la misma pregunta.
 - La persona divaga sin llegar a algo concreto.
- Ideas:
 - Pensamiento circular.
 - Refiere percibir (ver, oír, sentir...) cosas que los demás no son capaces de experimentar.
 - Refiere tener una percepción de sí misma exageradamente engrandecida.
- Atención alterada: la persona no parece entender lo que se le dice.
- Capacidad en la resolución de problemas alterada.
- Desorientación (persona, tiempo, espacio).



Comportamiento/Conducta:

- Estereotipias.
- Comportamientos extraños sin sentido aparente o desorganizado.
- Mímica y contacto interpersonal fuera de la normalidad (ojo).
- Impulsividad desadaptativa, se enfada, amenaza o se irrita con demasiada facilidad. No se adapta a la vida en los módulos (ojo).
- Deterioro importante en el autocuidado:
 - Higiene personal.
 - Alimentación.
 - Sueño. (ojo)
 - Cuidado de sus cosas personales.
- Autonomía personal dentro de prisión:
 - Manejo dinero.
 - Uso de los recursos dentro del centro penitenciario: participación actividades...
- Autonomía personal en libertad: (si es que podemos tener acceso a esa información)
 - Manejo del dinero.
 - Manejo del tiempo.

- Uso de recursos fuera del centro penitenciario: búsqueda de empleo, manejo transporte público, gestiones personales (médico, INEM...).
- Autocontrol. Manejo del conflicto y afrontamiento de situaciones conflictivas:
 - Agresividad hacia otros.
 - Agresividad hacia sí mismo: autolesiones, intentos autolíticos...
 - Adicciones.
- Relaciones interpersonales:
 - Red social en el centro penitenciario (compañeros, relación con la autoridad)
 - Red social fuera del centro (si es que tenemos acceso a dicha información).
 - Aislamiento.

Lo afectivo:

- Tristeza desajustada a las circunstancias, desproporcionada o no congruente con la situación.
- Euforia desajustada o desproporcionada o no congruente con la situación.
- Labilidad emocional: cambios en el estado anímico desproporcionados.
- Abulia.
- Anhedonia

Pistas para prever la calidad del funcionamiento y participación en distintos talleres del centro/módulo.

- Buena respuesta y participación en talleres o actividades programadas:
 - No hay conductas de riesgo (intentos autolíticos, agresividad hacia otros, adicción severa...).
 - No hay síntomas positivos (alucinaciones, delirios...).
 - Hay síntomas negativos que no interfieren demasiado con la puesta en marcha y participación en la actividad.
- Mala respuesta a la participación en talleres o actividades programadas:
 - Hay síntomas positivos que interfieren seriamente.
 - Hay conductas de riesgo.

¿Qué hacer?/ ¿Cómo intervenir?

DOS PREVIOS:

ATENDIENDO A LO QUE NECESITAN, NO AL DIAGNÓSTICO. SENTIDO COMÚN.

- Escuchar*
- Transmitir empatía*
- Mantener una actitud abierta, no a la defensiva.
- Asumir que la persona con enfermedad mental es la experto de su experiencia.
- Aceptar su confusión.
- Transmitir comprensión sobre sus intentos por dar sentido a la experiencia anómala.

Cómo escuchar*

- Para escuchar se necesita únicamente sentido común y sensibilidad.

- Posición neutral, sin tomar posición de juicio sobre sus formas de ser, sus estilos de vida, ideas...sin decir lo que es bueno o malo.
- Se pueden decir cosas como: me parece que... me da la impresión de que... me parece que es mucho lo que me cuentas, ¿qué es lo que más te preocupa?
- Nunca decir cosas como: tú/usted debería... no debería... no se preocupe, tú estás... lo que te preocupa realmente es... yo que tú...

Cómo transmitir empatía*

- Manteniendo contacto visual, no amenazante, y respetuoso pues muchos pacientes con síntomas de pasividad pueden tener dificultades con la mirada del otro por miedo a influir o ser influidos.
- Manteniendo una posición corporal directa, ofreciendo la cara al paciente y mostrándose con los brazos y manos abiertos orientados hacia él.
- Usando respuestas verbales referentes a los sentimientos que ha expresado el paciente explícita o implícitamente.
- Dos personas que conectan coinciden en sus mensajes no verbales de forma no premeditada. El voluntario/a coincide no imita.
- Mostrando interés por comprender el marco de referencia del interno:
 - expresando su deseo por comprender
 - haciendo preguntas para clarificar
 - valorando las experiencias y sentimientos de la persona.
- Tratando lo que es importante para la persona:
 - indagando
 - demostrando que ha escuchado y se da cuenta de lo que es más importante para él.

Qué no hacer

- Actuar sin empatía.
- Priorizar mis creencias como voluntario o profesional.
- Contar mi propia historia.
- Ignorar sentimientos o hechos.
- Juzgar, regañar o tomar partido.
- Permitir una visión de túnel (no hay salida) ante un conflicto/problema.
- Intentar resolver situaciones aquí y ahora.
- Prometer cosas.
- Permitir que se mezclen necesidades.

Características del voluntario/psicoeducador que interviene y/o desarrolla una actividad

- Seguridad en que puede ser un educador
- Desarrollar recursos para favorecer las relaciones interpersonales y el clima del grupo.
- Tener un talante optimista para ilusionar a las personas a alcanzar las metas previstas.
- Observador de los efectos que produce la actividad en los participantes para saber adaptar los contenidos a las vivencias de éstos.
- Intuitivo para prever situaciones de estrés durante el aprendizaje.

- Ser imaginativo, con sentido del humor y capacidad de dramatizar y de ser expresivo.
- Saber manejar conflictos y conductas disruptivas en el transcurso de la actividad.
- Conocer las reacciones de los asistentes y saber adaptar la clase a ellos.
- Darse tiempo después de la actividad para una atención individualizada cuando se precise.
- Saber crear en la actividad, un ambiente seguro y de contención.
- Lograr una relación de confianza con los asistentes.
- Ser sincero evitando «dobles mensajes» y actitudes ambiguas.
- Ser flexible ante las intervenciones de los asistentes.
- Saber valorar el aporte de cada cual al grupo.
- Saber corregir destacando siempre lo positivo.
- Reducir al mínimo las posturas autoritarias.
- Ayudar a los asistentes a conseguir un alto grado de autoestima aceptándose como una persona que está en un período de aprendizaje.
- Reconocerles como personas con opiniones válidas, con capacidades inherentes para progresar y ser más feliz.
- Tener expectativas realistas sobre los logros a alcanzar.

Ante una posible crisis emocional

- *Crisis emocional*: ruptura del equilibrio. Manifestación profunda de un sentimiento. Exacerbación de un problema. Situación que requiere intervención inmediata. Una crisis emocional puede producir una emergencia, por ejemplo por pérdida de control de los impulsos.
- *Qué causa una crisis emocional*: va a depender de las características psicológicas particulares de cada individuo, pero a grandes rasgos podríamos decir que causan crisis los cambios, las pérdidas, las agresiones injustificadas provenientes del mundo exterior, la confrontación irrefutable con una realidad que no se desea reconocer, la frustración.
- *Qué podemos hacer*
 - Garantizar un espacio que permita a la persona la libre expresión de su problemática.
 - Ofrecer atención respetuosa, cordial, exenta de prejuicios que facilite la manifestación y elaboración de los desafíos.
 - Favorecer la descarga emocional en la que la persona se libere del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático.
 - Asegúrese que se toma correctamente su medicación.

Ante posible agresividad

- Háblele directamente sobre la conducta problemática, sin hacer relación a otras cuestiones.
- Sea específico y concreto refiriéndose a la agresión o a las amenazas.
- El problema es la conducta concreta y no la persona del paciente.
- Manténgase tranquilo y con normalidad, sin subir la voz ni hacer gestos de amenaza.
- Es muy importante no demostrar temor ni sensación de debilidad.
- Tampoco hacer una demostración de fuerza o de amenazar con la policía o otros recursos para aplastar la resistencia del paciente.
- Sea claro, firme y concreto.
- No acuse, sino establezca la conducta que no va a tolerar

- Recorra a ejemplos sobre las consecuencias desastrosas de la agresión entre las personas y como esto destruye los vínculos.

Afrontar problemas de comportamiento.

- Siéntese y háblele con calma. Sin emocionarse y con tranquilidad.
- Sea firme, sin enfado ni amenazas, sobre el tipo de conductas que no considera apropiadas ni permisibles.
- Sea claro y concreto, refiérase siempre a la conducta indeseable pero no acuse a la persona.
- Aprenda a definir el problema en términos de la conducta que queremos que haga.
- Establezca límites claros sobre lo que está permitido y lo que no.
- Si es oportuno ofrezca diferentes consecuencias si se cumple la norma o no y mantenga estos límites recordándolos verbalmente cuando sea necesario.
- Pero no utilice nunca la medicación o los servicios de hospitalización o los profesionales del centro como una amenaza.
- Utilice el contacto físico en su comunicación, si la persona afectada lo acepta, cójale la mano, abrácelo o siéntese junto a él para hablar.
- Utilice el sentido del humor con delicadeza y evite herirle. Intente crear una atmósfera distendida y orientada a establecer un acuerdo.
- Asegúrese que se está tomando la medicación.

Como establecer acuerdos y negociar conflictos con un enfermo mental (psicótico)

- Seleccionar el momento adecuado para hablar con la persona en conflicto.
- El momento adecuado no es cuando el problema está presente y los ánimos están alterados sino cuando existe un momento de calma y buena disposición.
- Exponer con claridad y de modo resumido el asunto.
- Se recomienda identificarlo como asunto y no cargar las tintas en que se trata de un gran problema o en el sufrimiento que le provoca el problema
- Un lenguaje demasiado emotivo creará una atmósfera tensa y poco propicia para el razonamiento y el acuerdo.
- Identificar las propuestas de la persona implicada y sus dificultades para cumplir las demandas que se le hacen.
- Sugerir opciones para solucionar la cuestión y pedir a la persona sus opciones.

Ante posible suicida potencial.

El deseo suicida no siempre se va a manifestar verbalmente y de manera directa, por eso es importante leer entre líneas.

- Refiere no encontrar sentido alguno a su existencia.
- Refiere sentirse demasiado cansado para seguir luchando.
- Menciona que a nadie le importa si desaparece

Qué hacer:

- CUALQUIER AMENAZA SUICIDA DEBE TOMARSE EN SERIO y proceder como si fuera real.
- A lo mejor está buscando encontrar en las palabras del interlocutor razones para vivir o simplemente un momento de sentirse escuchado atendido individual y personalmente. Quizá sea bueno hacerle hablar sobre esa idea para que al hacerlo descargue el impulso que lo lleva a querer atentar contra su persona Pasos:
- Detectar el deseo suicida si no es manifiesto y verbalizarlo.
- Indagar si ha habido algún intento antes.

- Si es que sí, indagar porque han fallado los otros intentos.
- Indagar sobre el significado simbólico que tiene para esa persona la muerte.
- Indicarle a la persona que existe una parte de él/ella que no quiere morir ya que está en taller, ha acudido a hablar con el voluntario...
- Reforzar los momentos que han impedido que se mate.

Comunicación con esquizofrénico

- Exprese sus ideas de una manera simple y breve. Refiérase continuamente solo a una idea central.
- Mire a los ojos de la persona con quien habla. Procure que la persona afectada le mire a la cara cuando hablan.
- Deshágase de posibles distracciones (por ej. música, televisión, otras personas en la habitación, etc.).
- Repita con frecuencia lo que dice. Manteniendo el foco sobre la idea principal, no mezcle temas ni utilice un lenguaje muy emotivo.
- Asegúrese de que le escucha y comprende. Pídale que repita lo que le ha comentado.
- Si se trata de la necesidad de llegar a un acuerdo (por ej. de colaboración en casa), escriba la conclusión final de la conversación.
- Si hay desacuerdo y el contenido no es un tema altamente sensible para él y se refiere a una mala interpretación de la realidad, es necesario con tacto y respeto manifestar nuestro desacuerdo y proporcionarle información.
- Nunca debemos optar por llevarle la corriente, hacer comentarios jocosos o asegurarle que nosotros pensamos igual que él.
- Otra actitud positiva que podemos adoptar es reconocer el sentimiento que la persona tiene en lo que dice, ignorando el contenido de su conversación. "Me doy cuenta que esto te irrita, deprime o afecta mucho, siento que lo pases mal".
- Manifestando nuestro desacuerdo pero comunicando que nos damos cuenta de su estado de ánimo.



- Subjetividad (cultura, entorno...)
- Norma: regla general, consensuada en grupo. Necesidad propia.
- La línea divisoria entre lo que la gente llama cordura y locura, es tan fina que resulta imposible de distinguir.
- ¿Es siempre adecuado el término enfermedad para referirlo a muchas de las conductas humanas que intentamos comprender?
- Lo desadaptativo o "anormal" fuera de prisión puede que no lo sea tanto dentro.

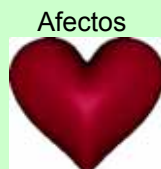
CRITERIOS QUE DEFINEN UN TRASTORNO PSICOLÓGICO

- DISFUNCIÓN PSICOLÓGICA.
- MALESTAR/ **DETERIORO**.
- RESPUESTA **ATÍPICA**.

PISTAS PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL



Cogniciones



Comportamiento

PISTAS DETECCIÓN MENTAL: COGNICIONES

Lenguaje

- Incoherente.
- Disgregado.
- Incomprensible.
- Capacidad para iniciar/mantener una conversación.
- Insistencia en una misma pregunta.
- Divaga sin llegar a algo concreto.

Pensamientos/ ideas.

- Refiere percibir (ver, oír, sentir..)cosas que los demás no son capaces de experimentar.
- Percepción de sí mismo exagerada, grandiosa.
- Atención.
- Desorientación

PISTAS DETECCIÓN MENTAL: COMPORTAMIENTOS I

- Estereotipias.
- Comportamientos extraños sin sentido aparente o desorganizado.
- Mímica y contacto interpersonal.
- Impulsividad.
- Deterioro importante en el autocuidado:
 - Higiene.
 - Alimentación.
 - Sueño

PISTAS DETECCIÓN MENTAL: COMOPRTAMIENTOS II

- Autonomía personal en prisión.
- Autonomía personal fuera de prisión.
- Manejo/afrentamiento del conflicto y la ansiedad.
- Relaciones interpersonales.

PISTAS DETECCIÓN MENTAL: AFECTOS

- Cambios anímicos desproporcionados.
- Tristeza desproporcionada/no congruente con la situación.
- Euforia desproporcionada/no congruente con la situación.
- Miedo excesivo/no congruente

¿QUÉ HACER? ¿CÓMO INTERVENIR?

*Atendiendo a lo que necesitan,
no al diagnóstico*

Sentido común

- Transmitir empatía.
- Mantener una actitud abierta no defensiva.
- Asumir que la persona con enfermedad mental es quien más sabe de su experiencia.
- Aceptar su confusión
- Escuchar.
- Transmitir comprensión

¿CÓMO ESCUCHAR?

- Sentido común y sensibilidad.
- Posición neutral, sin tomar posición de juicio.
- **Se podrían decir cosas como:** “*me parece que...me da la impresión de que...me parece que es mucho lo que me cuentas, ¿qué es lo que más te preocupa?*”
- **No decir cosas como:** “*tú deberías...no deberías...no te preocupes...a ti lo que te pasa es...yo que tú...*”

¿CÓMO TRANSMITIR EMPATÍA?

- Mostrando interés por comprender el marco de referencia de la persona.
- Tratando lo que es importante para la persona.
- La comunicación no verbal es clave aquí.

¿QUÉ NO HACER?

- Priorizar mis creencias como persona (voluntario, profesional...)
- Contar mi propia historia.
- Ignorar sentimientos o hechos.
- Juzgar, regañar o tomar partido.
- Permitir una “visión de túnel” (no hay salida) ante un conflicto o problema.
- Intentar resolver situaciones aquí y ahora.
- Prometer cosas.

CÓMO AFRONTAR PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

- Hablar con calma. Sin utilizar un lenguaje muy emotivo.
- Ser claro, firme y concreto en los mensajes. No amenazas, no enfado.
- El problema es la conducta concreta no la persona.
- No utilizar la medicación, enfermería, profesionales del centro como amenaza.
- Contacto físico si lo acepta.
- Sentido del humor si lo acepta cuidando de no herir

¿CÓMO ESTABLECER ACUERDOS CON UN ENFERMO MENTAL?

- Seleccionar el momento adecuado para hablar con la persona en conflicto.
- Momento adecuado=calma+buena disposición.
- Claridad y resumen del asunto.
- Normalizar el conflicto.
- Un lenguaje demasiado emotivo creará una atmósfera tensa y no propicia.
- Identificar sus propuestas.
- Sugerir opciones de solución.

COMUNICACIÓN Y PSICOSIS

- Expresar ideas de forma simple, lenta y breve refiriéndonos siempre a la idea central.
- Mantener contacto visual (no en las crisis).
- Deshacerse de posibles distracciones.
- No mezclar temas ni usar lenguaje emotivo.
- Asegurarse de que nos escucha y comprende.
- No optar por llevarle la corriente, hacer comentarios o asegurarle que nosotros pensamos como él/ella.
- Reconocer el sentimiento que la persona tiene en lo que dice

Y... ¿EN LAS CRISIS?

- No puedes razonar con una psicosis aguda.
- La persona puede estar asustada por lo que está experimentando.
- No gritar, no mostrar enfado o irritación.
- No sarcasmo.
- No contacto visual.
- No tocar.
- Evita distracciones

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL VOLUNTARIO QUE DESARROLLA UNA ACTIVIDAD EN EL CENTRO

- Talante optimista para ilusionar en el alcance de metas.
- Observar efectos de la actividad en los participantes y ser capaz de adaptar los contenidos a las vivencias de éstos.
- Intuición para prever situaciones de estrés.
- Manejo de conflictos.
- Saber crear en la actividad ambiente seguro y de contención.
- Sinceridad evitando dobles mensajes y actitudes ambiguas.
- Corregir destacando lo positivo.
- Reconocerles como personas con opiniones válidas, con capacidades inherentes para progresar.
- Tener expectativas realistas sobre los logros a alcanzar.



6-. MESA REDONDA

<p style="text-align: center;">NUEVA EXPERIENCIA EN SALUD MENTAL</p> <p style="text-align: center;">Centro Penitenciario Madrid III Valdemoro</p>
<p style="text-align: center;">SITUACIÓN EN EL CENTRO PENITENCIARIO</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento de patología psiquiátrica en prisión• Progresivo aumento de episodios psicóticos• Mayor número de urgencias psiquiátricas• Más ingresos en el módulo de enfermería por patología mental
<p style="text-align: center;">OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Responder a las necesidades de salud mental de forma integral• Valorar al paciente por patrones funcionales (escala de Gordon)• Consultas de enfermería• Abordaje de las urgencias psiquiátricas desde el campo de la enfermería como complemento al abordaje clínico• Seguimiento de los pacientes ingresados en enfermería para facilitar su alta a módulo• Seguimiento de todos los internos con diagnóstico psiquiátrico• Preparar y concienciar a los pacientes para su incorporación al programa de salud mental• Facilitar su adaptación familiar y social
<p style="text-align: center;">METODOLOGÍA</p> <ul style="list-style-type: none">• Análisis de situación• Crivage de pacientes:<ul style="list-style-type: none">- Historia clínica- Entrevista personal• Constitución del equipo multidisciplinar• Planificación de cuidados y actividades terapéuticas

EQUIPO DE SALUD MENTAL

- Psiquiatra
- Dos enfermeras
- Dos educadores
- Una monitora ocupacional
- Dos monitores deportivos
- Una trabajadora social

ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

Son realizadas por integrantes del equipo de salud mental y por voluntarios de:

- Capellanía
- Organizaciones no gubernamentales

Tipos:

- Exclusivas para enfermos mentales
- Actividades generales del Centro a las que se integran los enfermos mentales

ACTIVIDADES QUE REALIZAN

- Taller de dibujo y pintura (2 horas semanales)
- Deporte (2 horas semanales)
- Charlas de educación para la salud (2 horas semanales)
- Taller de comunicación. Programa de radio (3 horas semanales)
- Taller de meditación Zen (2 horas semanales)
- Taller de arte-terapia (1:30 horas semanales)

PAPEL DE LA ENFERMERA

Importancia de los profesionales de enfermería en salud mental

Su función principal es la de ayudar al paciente a recuperar aquellas parcelas que previamente se han identificado como anómalas o deficitarias.

Prevenir la enfermedad, realizar educación para la salud, colaborar en las terapéuticas planteadas y desarrollar el programa de salud mental.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS ENFERMERAS DEL PROGRAMA

Coordinación del programa de salud mental

Consultas de enfermería

- valoración por patrones funcionales
- diagnósticos de enfermería
- elaboración de un plan individualizado de cuidados
- seguimiento de evolución clínica
- trabajar conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento
- educación para la salud
- participación en la fase de rehabilitación
- intervención familiar
- establecer vínculo terapéutico con el paciente

VINCULO TERAPÉUTICO

- Intercambio de energía entre dos personas que se establece de manera consciente
- El personal de enfermería establece una conexión con el paciente para ayudarlo a manejarse con sus necesidades vitales específicas

HABILIDADES Y RECURSOS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

- Aceptación
- Autenticidad
- Empleo terapéutica de sí mismo
- Confianza
- Empatía
- Escucha activa
- Cuidado
- Esperanza

NIVELES DE INTERVENCIÓN

Se establecen tres niveles de intervención:

Parámetros valorados

- Características clínicas
- Respuesta al tratamiento
- Diagnósticos de enfermería

NIVEL 1

(Deben cumplir todos los criterios)

- Pacientes compensados con adecuada conciencia de enfermedad y buen cumplimiento del tratamiento farmacológico
- No presenta conductas de riesgo
- Ausencia de conductas disruptivas
- Ausencia de síntomas positivos
- Presencia de sintomatología negativa que no interfiere significativamente con su integración

Si se cumplen todos los criterios puede realizar vida normal en módulo. Precisa seguimiento. Puede realizar actividades generales del centro.

NIVEL 2

(si está presente alguno de los criterios)

- Pacientes parcialmente compensados con deficiente conciencia de enfermedad y que precisan tratamiento directamente observado para garantizar el cumplimiento
- Ausencia de conductas de riesgo
- Presencia moderada de conductas disruptivas
- Persistencia parcial de síntomas positivos
- Presencia de síntomas cognitivos y/o afectivos que interfieren en su integración
- Presencia de síntomas negativos que interfieren parcialmente la integración y el funcionamiento diario

Si cumple uno o más de estos criterios puede realizar vida en módulos pero precisa seguimiento y evaluación periódica.

Puede realizar actividades específicas del programa de enfermos mentales, sin perjuicio de que pueda incluirse en determinadas actividades generales del centro.

NIVEL 3

(si está presente alguno de los criterios)

- Pacientes descompensados, con nula conciencia de enfermedad y mala respuesta al tratamiento
- Presencia de conductas de riesgo
- Presencia de conductas disruptivas
- Presencia de síntomas positivos

Preferentemente estará ingresado en el departamento de enfermería. Precisa control médico.

Puede realizar actividades muy específicas.

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (EMC)

CENTRO PENITENCIARIO MADRID IV

- Análisis de realidad Instituciones Penitenciarias
- *Estimación de población y situación de la misma*
- *Marco de referencia: Atención Comunitaria Española*
- Formación de profesionales penitenciarios
- Petición ayuda externa: ONG INTRESS
- Decisión C.P. donde iniciar programa piloto

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS RECLUSAS QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA (1999 – Act.) C.P. Navalcarnero

- Subvenciona: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (0.52)
- Gestiona: INTESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales)
- Impulsa: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

EL P.I.P.S. DENTRO DEL C.P.

- 9 años de funcionamiento
- No depende del C.P. a nivel de organización intraequipo
- Criterios de inclusión propios
- Basado en *Filosofía de Rehabilitación*
- Programa de tratamiento específico
- Equipo mixto (personal de INTRESS y del C.P.): 3 Psicólogas (1 coordinadora), 1 T. Social, 1 Educador, 1 Terapeuta Ocupacional y 1 Administrativo
- Coordinación con todo el personal del Centro (funcionarios de vigilancia, equipos de tratamiento, servicios médicos, otros programas, escuela...)
- Movilidad por todo el Centro (gimnasio, talleres, módulos)

PERSONAS QUE SUFREN ALTERACIONES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS

Aquellas personas que sufren ciertos trastornos graves y crónicos (síndromes cerebro-orgánicos, esquizofrenia, trastornos paranoides y otras psicosis, trastornos maniaco-depresivos, así como otros trastornos que pueden convertirse en crónicos) que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a (tres o más) áreas o aspectos de la vida diaria, como higiene personal y autocuidados, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, ocio, etc. y que dificultan el desarrollo de su autonomía o autosuficiencia económica. Muchos de tales individuos han requerido atención hospitalaria de mayor o menor duración... se incluye así, tanto a las personas que

han sido “residentes” de instituciones u hospitales psiquiátricos, como a personas que están en riesgo de institucionalización a causa de sus discapacidades psiquiátricas crónicas (Goldman H.H., Gatozzi, A.A., Taule C.A. 1981)

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Siguiendo a Anthony (1980), la “Rehabilitación psicosocial” es un proceso que tiene como objetivo el asegurar que la persona con una discapacidad psiquiátrica pueda realizar, recuperar y/o adquirir las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir, trabajar y relacionarse en su entorno (desempeño del mayor número de roles socialmente valiosos) con el menor apoyo por parte de los profesionales y servicios, y con la mayor autonomía e independencia posible.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- Concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos
- Promover la integración en su comunidad natural (familia, barrio, amigos, ciudad)
- Principio de autonomía e independencia
- Principio de normalización
- Principio de individualización
- Constante énfasis en la evaluación de resultados
- Actitud positiva
- Promover y fomentar la implicación activa y responsable de los afectados en sus vidas y en el proceso de rehabilitación contando con sus decisiones, aportaciones, etc.

LAS ESTRATEGIAS

- Evaluación e intervención del usuario y sobre el ambiente específico (áreas vitales)
- Planificación sistemática, individualizada y estructurada de todo el proceso de rehabilitación por objetivos (PIR y TUTOR)
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, en todas las fases del proceso
- Entrenamiento específico y estructurado de habilidades necesarias para manejarse en los diferentes ambientes
- Seguimiento y monitorización del sujeto en los diferentes contextos de su vida
- Trabajo enfocado o desde una perspectiva en equipo multiinterdisciplinar
- Coordinación entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario
- Evaluación periódica de los resultados alcanzados para el ajuste de objetivos e intervenciones

ESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN

1. Derivación y alta
2. Acogida
3. Evaluación inicial + PIR
4. Intervención (individual y grupal)
5. Preparación para la libertad
6. Seguimiento

FACTORES IMPLICADOS	
<p>Factores de riesgo</p> <p><i>Medioambientales:</i> Alta emoción expresada familiar Aislamiento familiar Sucesión de acontecimientos vitales estresantes</p> <p><i>Personales:</i> Consumo de tóxicos Abandono medicación</p>	<p>Factores de protección</p> <p><i>Medioambientales:</i> Baja emoción expresada familiar Incremento del apoyo social a la familia Incremento capacidad de autoprotección</p> <p><i>Personales:</i> Incremento capacidad autocontrol Incremento conciencia enfermedad</p>
<p>Factores mediadores</p> <p><i>Medioambientales:</i> Falta de soporte comunitario</p> <p><i>Personales:</i> Falta de habilidades de afrontamiento personal y social</p>	<p>Factores mediadores</p> <p><i>Medioambientales:</i> Incremento red de apoyo</p> <p><i>Personales:</i> Incremento de habilidades sociales Incremento capacidad autocuidado</p>
<p>INTERVENCIÓN GRUPAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aula de tiempo libre... Educador • Ocio y Tiempo Libre... T.O. • Autocuidados.... T.O. • Psicomotricidad... T.O. • Autocontrol... Psicóloga • Habilidades sociales... Psicóloga • Educación para la Salud... Psicóloga • Preparación de libertad... Psicóloga, T.O. y T. Social • Etc. 	
<p>PREPARACIÓN PARA LA SALIDA EN LIBERTAD</p> <p>Objetivo General</p> <p>Apoyar y procurar un proceso de externalización lo más completo y seguro posible</p>	
<p>PREPARACIÓN PARA LA SALIDA EN LIBERTAD</p> <p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de evolución del Programa Individual de Rehabilitación C.P. • Análisis de situación y programación de actuaciones (variables pronóstico) • Cambio intervención individual y grupal dentro y fuera C.P. con usuario y familia (afrontamiento, prevención recaída, planificación ocupacional, adaptación exterior y orientación-búsqueda de recursos) • Elaboración de informes. Evolución y derivación 	

<ul style="list-style-type: none">• Aumento coordinaciones intrapenitenciarias• Derivación y coordinación con recursos externos• Aumento intervención con acompañamiento durante salidas C.P.
<p style="text-align: center;">VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</p> <p style="text-align: center;">Perfil personas atendidas (enero 1999-diciembre 2007)</p> <ul style="list-style-type: none">• Edad Media: 35 años• Estudios EGB, Bachillerato o inferior: 86.1%• Falta apoyo familiar: 29.7%
<p style="text-align: center;">VARIABLES CLÍNICAS</p> <p style="text-align: center;">Perfil personas atendidas (enero 1999-diciembre 2007)</p> <p>Diagnóstico principal: 53.5% T. psicótico 46% T. personalidad 0.99% animo/ansiedad</p> <p>No contacto previo con SSM: 63.4%</p> <p>Nº importante de consumo: 91%</p>
<p style="text-align: center;">VARIABLES PENALES</p> <p style="text-align: center;">Perfil personas atendidas (enero 2005-diciembre 2006)</p> <p>Reincidente penal: 74.25%</p> <p>Nº ingresos penitenciarios 0 a 5: 75% (<i>atendidos 2007</i>)</p> <p>Tipo de delito: <i>Robos: 50% C.S.P.: 25% Lesiones, violencia, amenazas: 25%</i></p> <p>Nº años de condena a lo largo de la vida: <i>0 a 5 años: 25% 5 a 10 años: 50% >10 años: 25%</i></p> <p>Nº años de condena actual: <i>0 a 5 años: 50% 5 a 10 años: 25% >10 años: 25%</i></p>
<p style="text-align: center;">RESULTADOS</p> <p style="text-align: center;">Respecto al usuario (en tratamiento >8 – 12 meses)</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución o eliminación de conductas disruptivas: autolesiones, cambios de mod., etc.• Disminución de “rechazos medicación psiquiátrica”• Disminución frecuencia, duración e intensidad de crisis• Aumento de la motivación e iniciativa para la búsqueda de recursos normalizados dentro y fuera del C.P.• Elevada vinculaición de los usuarios con el programa• Mantenimiento en recursos externos de derivación (75-80%): SSM, etc• Acortamiento de la estancia del interno en prisión L.C. etc.

7-. ENMARQUE DEL ÁREA SOCIAL DENTRO DE LA PASTORAL PENITENCIARIA (a partir de la página 89)

3

ACTIVIDADES DEL ÁREA SOCIAL DE LA PASTORAL PENITENCIARIA

REUNIÓN DEL GRUPO DE APOYO Y REFLEXIÓN DE ÁREA SOCIAL

Madrid 12 de abril de 2008

El día 12 de abril ha tenido lugar en Madrid la reunión del Grupo de Apoyo y Reflexión, recientemente reforzado. Ha quedado constituido por 8 representantes de diferentes zonas y diócesis: Andalucía, Castilla- León-(Asturias), Madrid, Castilla la Mancha (Ciudad Real), País Vasco (Álava) y Madrid (Getafe) más la Coordinadora del Área Social. Se espera que para la próxima reunión, estén representadas el resto de zonas.



El grupo ha valorado positivamente la posibilidad de participar y contribuir al desarrollo y al cumplimiento de los fines del Área Social y de asumir las tareas de representatividad y de comunicación entre el Área Social del Departamento y las diversas zonas y diócesis.

A lo largo de la reunión se fueron analizando los objetivos del Grupo:

- Representar a todas las zonas pastorales.
- Recabar información de las actividades de la Pastoral Penitenciaria, nuevos proyectos, dificultades y logros relacionados con el campo social de las zonas pastorales, diócesis, Comunidades Autónomas, Centros Penitenciarios, para su posterior publicación en [C@UCE](#)
- Hacer llegar al Área Jurídica, dificultades, carencias y propuestas relacionadas con el campo jurídico, penitenciario o legislativo.
- Informar sobre recursos sociales, alternativas a la prisión, experiencias innovadoras, convocatorias de subvenciones, etc., a sus respectivas zonas y diócesis
- Impulsar el desarrollo del Área Social en la Pastoral Penitenciaria de la Diócesis
- Fijar los contenidos formativos sociales y los de las Jornadas Anuales del Área
- Estudiar los contenidos, presentación y difusión del Boletín C@UCE.

La reunión resultó muy enriquecedora, no sólo por el mutuo conocimiento personal que ayudará a ir haciendo grupo, sino también por la completa información que recibieron relativa al Departamento de la Pastoral Penitenciaria y a los objetivos y tareas del Área Social.

Se intercambiaron informaciones de cada una de las zonas y se pusieron en común diferentes experiencias y actividades, todas ellas marcadas por el sello de la entrega y del deseo de atender a las personas presas desde los grupos de voluntariado de la Pastoral Penitenciaria y de otros grupos de Iglesia que trabajan en red, dando acogida, haciendo acompañamiento y consolidando procesos de rehabilitación y recuperación personal, dentro y fuera de prisión.



El grupo continuará trabajando y comunicándose a través de Internet para llevar a cabo las tareas que cada uno ha asumido. Quedó fijada la fecha de la próxima reunión para el 25 de octubre de 2008.

4

NOTICIAS... PRENSA... PRENSA

1-. LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS Y LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Un 25% de los reos sufre trastornos, según el primer estudio de Instituciones Penitenciarias

Madrid - 10/03/2008

Está muy contento. Quién lo diría: los barrotes que le custodian desde hace ocho años asfixian a una persona libre en un par de horas. Pero tiene razones de sobra para sentirse feliz y orgulloso de lo que está consiguiendo.

José Arradi, de 43 años, ha hecho dos grandes avances: habla sin tapujos de su enfermedad, esquizofrenia paranoide, y tiene un proyecto para rehacer su vida, algo muy difícil para un preso, y más con su patología. "Me gustaría comprar un barco para pescar coral rojo, que vendería a las joyerías", relata con una tímida sonrisa.

No es una utopía, porque José conoce el oficio. Trabajó como buceador profesional y su hermano, con quien ha rehecho lazos tras agarrar su enfermedad por los cuernos, le ayudaría económicamente a montar el negocio. Alicia Abad, la psicóloga responsable de la terapia que sigue en la cárcel madrileña de Navalcarnero, lo corrobora. Mientras, José saca sobresalientes en el curso equivalente a tercero de ESO.

Reos con problemas mentales

Uno de cada cuatro presos en las cárceles españolas sufre una patología psiquiátrica, y la mitad, una alteración mental, por enfermedad o por drogodependencia. Otro 12% suma a su enfermedad el consumo de drogas. Son datos del primer estudio que realiza Instituciones Penitenciarias, con los historiales de casi 1.000 reos de todas las comunidades excepto Catalunya, que gestiona sus cárceles.

La cárcel de Navalcarnero, que acoge a 1.370 de los 67.750 reos en España, es una de las pioneras en impulsar un programa de salud mental. El año pasado recibió un premio de la OMS por el programa que realiza con la ONG INTRESS. Al igual que otras prisiones, como la de Zuera (Zaragoza), lleva una década impulsando programas de salud mental.

Pese a las excepciones, las cárceles españolas no están preparadas para afrontar la realidad de sus internos: casi un 18% de los reos ya recogía en su historia clínica problemas psiquiátricos antes de entrar en prisión. ¿Por qué? "La mayoría viene de entornos marginales", explica José Manuel Arroyo, de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y médico en la prisión de Zuera. "Controlado el sida, ahora el problema de las cárceles es la salud mental", asegura.

Mariano Hernández, de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, apunta que la atención a la salud mental, que afecta a un 10% de ciudadanos, también es insuficiente en la red sanitaria. A su juicio, en las cárceles faltan más de 100 psiquiatras. Según explica, "la cárcel

en sí provoca trastornos psíquicos; si a eso le sumamos que entra gente sin tratar o mal tratada, llegamos a la situación actual".

José es el ejemplo de lo que puede conseguir una buena terapia, algo a lo que sólo una minoría de internos tiene acceso. Cuando ingresó en Navalcarnero llevaba el pelo alborotado y sus ojos parecían de cristal. Hoy va pulcramente afeitado y unas generosas entradas le despejan la cara.

Sonríe con los ojos, consciente de que entre el hombre de la foto que muestra y el José actual poco hay en común. "Empecé a oír voces que me decían cosas horribles de mi madre. Le rompí una silla en la cabeza y murió". José explica el suceso que le puso entre rejas tranquilo, con una mirada directa, como si otro lo hubiera hecho por él. Ha aprendido a afrontar la realidad gracias a la terapia que sigue desde que ingresó en Navalcarnero.

La Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía recuerda en un informe que la ley permite que algunos presos con trastornos se beneficien de salidas terapéuticas o de un adelanto de la libertad condicional. Pero insiste en que debe probarse que no son peligrosos, algo difícil de conseguir.

Faltan unidades mixtas

José Manuel Arroyo y Mariano Hernández aseguran que ninguno de los dos modelos que existen (la cárcel ordinaria y los dos psiquiátricos penitenciarios, en Alicante y Sevilla) son la panacea. "Se les aísla y no asegura la reinserción, al contrario", explica Arroyo. "Lo ideal sería una unidad mixta, con seguridad pero atendida por profesionales", asegura.

Hernández coincide. Valora que el programa marco de salud mental que elaboró hace unos meses Instituciones Penitenciarias "reconoce un problema que hasta ahora estaba oculto" y dice que "va en la buena línea, la de conectar al preso con el mundo externo". Pero sólo es el primer paso.

La atención primaria en las cárceles depende de Interior, y no de las consejerías de Sanidad. Unos 800 médicos, funcionarios de prisiones, trabajan en sus enfermerías: módulos donde tanto se curan heridas como se atiende día y noche a enfermos crónicos. "La mitad de las plazas las ocupan enfermos psiquiátricos", indica Hernández.

En cambio, los médicos especialistas dependen de las consejerías de Sanidad. Según el acuerdo de cada comunidad con Instituciones Penitenciarias, los reos acuden al psiquiatra en un furgón blindado o éste va periódicamente a la prisión a pasar consulta, pasando por soluciones intermedias.

José tiene unos ojillos vivarachos que transmiten voluntad. Afronta "unos cuantos años", con sus días entre barrotes, pasillos larguísimos, entre una puerta que no se abre hasta que la que la precede no se cierra. Pero dice sereno que no quiere pensarlo. "La medicación me ha equilibrado. Ahora me gusto como soy", respira

2- ENFERMOS MENTALES PRESOS (Artículo de opinión)

12 de marzo de 2008

NOTA DEL EQUIPO EDITOR:

Aunque por el momento nuestra página no permite la inclusión de comentarios a las noticias que publicamos, esta sí puede ser comentada en su fuente original: www.abogados.es – EL BLOG DE LOURDES CHASCO

EL BLOG DE LOURDES CHASCO (www.abogados.es).- Imaginad esta escena si sois tan amables. Estáis con un joven nacido a finales de este siglo y os hace preguntas para conocer cómo eran las prisiones, vosotros las iréis contestando mentalmente. Para entendernos, a vosotros os llamaremos “HOY” y, al joven, “MAÑANA”.

- MAÑANA pregunta interesado: ¿En las prisiones estaban encerradas las personas con enfermedad mental? ¿Incluso casos graves?

- HOY: (...)

- MAÑANA calla durante un rato pero vuelve a preguntar interesado: ¿Eran casos contados, algo muy excepcional?

- HOY: (...)

- MAÑANA empieza a sentirse incómodo, su voz interior no le permite permanecer en silencio durante más tiempo: ¿Los presos con enfermedad mental tenían una atención psiquiátrica y un seguimiento igual e incluso mayor que los enfermos mentales que vivían en libertad?

- HOY: (...)

- Las preguntas se agolpan en la cabeza de MAÑANA y, pese a la cara de pocos amigos que empieza a poner HOY, MAÑANA pregunta: ¿Se les enviaba a centros especializados en tratar sus patologías? ¿Con qué recursos contaban fuera de prisión? ¿Y qué era eso de los hospitales psiquiátricos penitenciarios?

- HOY: (...) Se vuelve hacia otro lado de la estancia y como si alguien le llamara pide disculpas y se aleja de ese joven ávido de unos conocimientos que a él le generan un cierto desasosiego.

Este pequeño ejercicio quizás pueda servir para la reflexión individual de un tema que planteaba Manuel de La Coruña a partir del Reportaje de “El País” de 11 de noviembre de 2007, creemos que titulado “Cárcel de mentes enfermas”.

Manuel nos decía así: “He leído con atención el informe de El País este fin de semana sobre el número de presos con enfermedades mentales. ¿Es tal como lo relata el periódico? da la sensación de que las cárceles son más un psiquiátrico que otra cosa y que, especialmente para estos internos, las posibilidades de reinserción son cero”. (sic) Manuel. La Coruña.

Quizás inicialmente le ha sorprendido a Manuel la cifra que se maneja en dicho reportaje: “Uno de cada dos presos padece algún tipo de alteración en su estado mental”.

Lamentablemente el dato no parece ser un error o una exageración periodística. Coincide con muchas de las afirmaciones que se dijeron en el VI Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria del año 2006. Las cifras que en ese Congreso se barajaban era: “El 40 por ciento de los presos padece alguna enfermedad mental, que es severa o psicótica entre el 6 y el 8 por ciento de la población reclusa, mientras que este porcentaje en el resto de la sociedad es del 4 por ciento”.

Este Congreso organizado por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria contó con la participación de más de 500 profesionales de prisiones de toda España. El presidente del Congreso don José Manuel Arroyo afirmó en rueda de prensa: "La salud mental es el primer problema sanitario en las cárceles españolas". Por su parte el presidente de la SESP, Julio García Guerrero, dijo que este tipo de enfermedades empeoran al entrar en un medio "duro y hostil" como es la cárcel. El presidente de la SESP criticó la "deficitaria" presencia de psiquiatras a nivel global en las instalaciones penitenciarias.

En otro congreso, esta vez en el XI Congreso Nacional de Psiquiatría que se celebró recientemente en Santiago de Compostela se remarcaba también que la salud mental de la población penitenciaria española presenta determinadas peculiaridades que invitan a una revisión de la psiquiatría penitenciaria. Uno de los retos más importantes es la formación de profesionales de la salud mental -no sólo de psiquiatras- en la atención del trastorno mental en las cárceles. Y dentro de esta revisión concluían los expertos: "se trataría de modernizar la psiquiatría penitenciaria y situarla al mismo nivel que la que se ofrece al resto de ciudadanos".

Cuando en la carretera se detecta un punto negro y no se realizan las obras necesarias para reducir la siniestralidad solemos decir: "cuántas muertes serán necesarias para que se pongan manos a la obra". El problema de la deficiente asistencia psiquiátrica de los presos es un punto negro del sistema penitenciario, punto negro en el que coincidimos todos. Cabe preguntarnos ¿cuántas reincidencias por falta de reinserción serán necesarias?, ¿de cuánto riesgo de suicidio en las prisiones deberemos ser testigos? ...

Mi último comentario se centrará en la afirmación de Manuel de que las posibilidades de reinserción en estas circunstancias son cero. Desde luego la prisión no es el lugar para un enfermo mental y la evolución de la enfermedad en ese entorno es negativa. En alguna ocasión, algún Psiquiatra al que se ha derivado a su consulta algún interno ha manifestado abiertamente que cualquier terapia quedaría inocua si la persona tratada seguía ingresada en prisión.

Los presos enfermos mentales graves encuentran variadas dificultades en su reinserción. Carecen de apoyo familiar y social, y hábitos laborales. Son un auténtico problema para la institución penitenciaria que ni cuenta con profesionales que los entiendan y puedan tratar, ni actividades laborales, formativas y deportivas en las que ellos puedan encajar. Su propia enfermedad mental les impide la adaptación a prisión, lo que conlleva en buena medida la imposición de sanciones, los traslados, el no participar en actividades y con ello el escaso acceso a beneficios penitenciarios, permisos, terceros grados y, como último eslabón de una cadena, aboca al cumplimiento íntegro de las condenas.

Hay asignaturas pendientes como la falta de psiquiatra en muchos centros penitenciarios, la falta de alternativas al tratamiento de los enfermos mentales infractores tanto en prisión como en la comunidad, la falta de apoyo una vez alcanzada la libertad, dificultad de encontrar un recurso para internos con patología dual (drogodependencia y enfermedad mental), deficiente número de plazas en comunidades terapéuticas y un largo etcétera.

Por concluir por hoy, la reinserción en estas circunstancias es harto difícil, pero también diré que no es cero absoluto, porque pese a todo hay presos enfermos mentales que se reinserían y no gracias al malísimo caldo de cultivo en el que tienen que hacerlo.

Lamento haberme extendido tanto pero el tema nos preocupa.

Para quien quiera seguir opinando la puerta está abierta a los comentarios, para quien quiera seguir profundizando en el tema os recomiendo la lectura de un excelente trabajo de María Isabel Mora, Abogada y miembro de la APDHA, que lleva por título "Enfermos Mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso para la sociedad del bienestar".

<http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=1374>

MAÑANA mira a HOY que se ha alejado silencioso. Aún tiene una pregunta que no le ha dejado hacerle.

3-. PREMIO DE LA OMS AL “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS RECLUSAS QUE PADECEN ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA” QUE INTRESS REALIZA EN EL CENTRO PENITENCIARIO MADRID IV. NAVALCARNERO.

La Organización Mundial de la Salud convoca desde hace dos años el Premio Europeo a las Buenas Practicas de Salud en prisiones.

Estos Premios tiene como objetivo el reconocimiento y la difusión de los mejores programas y políticas en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en instituciones penitenciarias de los estados miembros de la OMS.

En el año 2007, en la Primera Categoría “Ejemplo de buena practica relacionado con los servicios de salud ofrecidos a los internos”, se ha premiado el Programa presentado por España y que se realiza en el Centro Penitenciario Madrid IV. Navalcarnero.

En la evaluación de los programas premiados se ha valorado la importancia del problema de salud a que se refiere el trabajo, la correcta planificación y desarrollo del mismo, la evidencia de los resultados y la utilidad del trabajo para su aplicación en otros países miembros de la OMS.

El Programa premiado es un Proyecto que en el año 1999 fue presentado por INTRESS a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y desde entonces se viene realizando con cargo a la subvención del IRPF (0.52).

Partíamos de la experiencia de INTRESS en la rehabilitación de enfermos mentales y de la hipótesis de que este tipo de programas podían ser de gran ayuda para los enfermos mentales reclusos, los grandes olvidados de la atención especializada.

El Programa se realiza con un equipo de profesionales integrado por personas del Centro Penitenciario y personas de INTRESS, con la Dirección de INTRESS, contando con todo el apoyo institucional de la Dirección del Centro Penitenciario.

Lo que en 1999 era una hipótesis de trabajo se ha convertido en una evidencia. El Programa ha conseguido disminuir las alteraciones de conducta del interno, aumentar la conciencia de enfermedad, así como una mejora clínica, la adherencia al tratamiento y la disminución de las fases agudas. Además ha logrado una mejor integración en el centro penitenciario, la inserción en el medio externo y la adaptación progresiva en su vida exterior.

Este Premio supone un gran refuerzo y reconocimiento a los las profesionales que con gran esfuerzo y en condiciones precarias buscan la mejora continua.

La entrega del Premio tuvo lugar el 12 de diciembre 2007 en el salón de actos del Ministerio del Interior, en Madrid. Lo entregaron la Directora General de Instituciones Penitencias del Ministerio de Interior y la Subdirectora General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo. ¡Enhorabuena al equipo del Programa! Nuestro objetivo para el año 2008 es conseguir una mayor estabilidad del Programa y una mejora de sus condiciones, así como la posibilidad de extenderlo a otros Centros Penitenciarios.

Montserrat Castanyer

Directora Territorial de INTRESS en Madrid

4.- CARITAS ESPAÑOLA APOYA EL TRABAJO DE CARITAS CAMBOYA CON LOS RECLUSOS

Ha aprobado una nueva partida de 36.611 euros

MADRID/BATTAMBANG, domingo, 6 abril 2008 (**ZENIT.org**).- «Caritas española» acaba de aprobar una nueva partida de 36.611 euros para seguir apoyando, como viene haciendo desde 2005, el programa de salud que «Caritas Camboya» desarrolla desde hace seis años con la población reclusa de la prisión de Siem Reap, en la diócesis de Battambang.

Este programa, del que se benefician más de un millar de reclusos -incluidas 55 mujeres y 3 recién nacidos- tiene como objetivo no sólo garantizar el acceso a los tratamientos médicos adecuados a los enfermos crónicos en situación más delicada (tuberculosis y vih), sino también promover el cuidado integral de los presos en sus aspectos psicológicos, emocionales, espirituales y culturales, informa la página web de «Caritas española».

El apoyo al programa de salud de la prisión de Siem Reap permite a «Caritas Camboya» contar con una consulta mínimamente equipada en la que pasa consulta diaria a los ingresados.

Asimismo se contempla un apoyo alimentario a los reclusos en estado más precario, además de una serie de actividades de capacitación del personal de la prisión y de los propios reclusos. Dentro de éstas, a lo largo del año se celebran doce talleres sobre temas como prevención de vih/sida y tuberculosis, hábitos de higiene personal, salud y nutrición infantil, toxicomanías, derechos humanos, tráfico de personas y violencia doméstica.

A través del programa de salud, «Caritas Camboya» desarrolla también actividades de formación y de obtención de ingresos con objeto de favorecer la reinserción social de los presos una vez que recuperan su libertad.

*Caty R. pertenece a los colectivos de Rebelión, Cubadebate y Tlaxcala. Esta traducción se puede reproducir libremente a condición de respetar su integridad y mencionar al autor a la traductora y la fuente

5.- PROPUESTA RESOLUCIÓN PARLAMENTO EUROPEO SOBRE LAS MUJERES EN PRISIÓN

RESOLUCIÓN PARLAMENTO EUROPEO.-

Sobre la situación especial de las mujeres en los centros penitenciarios y las repercusiones de la encarcelación de los padres sobre la vida social y familiar

CONSIDERACIONES

- El papel de los centros penitenciarios debería ser la reinserción social y profesional, teniendo en cuenta las situaciones de exclusión social y de pobreza que frecuentemente caracterizan el pasado de muchas de las personas detenidas, tanto hombres como mujeres.

- Muchas de las mujeres que ingresan en prisión se encuentran inmersas en procesos legales en curso (procedimientos de desamparo, acogida temporal o adopción de menores, divorcios o separaciones, desahucios de vivienda, etc.) que en el momento de su encierro quedan sin resolver, produciéndose una situación de indefensión que provoca en ellas un estado permanente de incertidumbre.
- Las personas encarceladas muchas veces carecen del conocimiento de los recursos sociales existentes, y que en muchos casos la inexistencia, pérdida o falta de vigencia de su documentación administrativa (carnet de identidad, cartilla sanitaria, libro de familia, etc.) les impide, en la práctica, ejercer los derechos reconocidos a todos los nacionales de cada Estado miembro.
- El aumento del número de reclusas se debe en parte al empeoramiento de las condiciones económicas de las mujeres.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Las mujeres representan en Europa oscila, como media, entre el 4,5 y el 5 %, de la población reclusa total (cifra que se sitúa entre el 2,9 % que se registra en Polonia y el 7,8 % en España).

Las prisiones siguen adaptándose a las necesidades de los prisioneros masculinos y suelen ignorar los problemas específicos de las mujeres, que constituyen un porcentaje pequeño, pero cada vez más importante, de la población reclusa. Entre los principales ámbitos de preocupación figuran la asistencia sanitaria, la situación de las madres con hijos y la reintegración profesional y social.

La estructura de la población carcelaria revela que entre las prisioneras se registra un grado elevado de uso de estupefacientes y que son muchas las prisioneras con un historial de abusos psicológicos, físicos o sexuales. Debería prestarse una atención especial a la asistencia sanitaria de las mujeres y a sus necesidades en el ámbito de la higiene, en particular de las mujeres embarazadas, que necesitan recursos y atención especializados en materia de alimentación, ejercicio, vestimenta, medicación y asistencia médica. Más de la mitad de las reclusas en las prisiones europeas son madres de por lo menos un hijo.

Este porcentaje es particularmente elevado en España y en Grecia. Los hijos que permanecen con sus madres en prisión necesitan una protección y unos cuidados adecuados y no deberían ser objeto de ningún tipo de discriminación. La encarcelación de las mujeres puede tener repercusiones particularmente graves en aquellos casos en que antes de entrar en prisión tenían a sus hijos exclusivamente a cargo. Un problema adicional es la conservación de los lazos familiares. Teniendo en cuenta que los centros penitenciarios que acogen a mujeres son cada vez menos, estas pueden ser encarceladas lejos de sus hogares y comunidades, lo que limita las posibilidades de recibir visitas.

Las mujeres presas también pueden ser víctimas de discriminación en relación con el acceso al trabajo, a la educación y a los servicios de educación y de formación profesional, que con frecuencia resultan insuficientes, tienen una orientación específica en función del género, y que raramente están adaptados a las necesidades del mercado laboral. Teniendo en cuenta que el número de mujeres encarceladas ha aumentado en numerosos países europeos y que en ocasiones incluso lo ha hecho más rápidamente que la población prisionera masculina (por ejemplo en Inglaterra y Gales entre 1992 y 2002 la población carcelaria masculina se incremento en un 50 % mientras que la femenina lo hizo en un 173 %1), la adopción de medidas para abordar las necesidades de las mujeres encarceladas se ha hecho imprescindible.

• Cuidados sanitarios en prisión

En el marco de unos sistemas carcelarios orientados básicamente a los hombres, las necesidades de las mujeres en materia de salud frecuentemente no reciben una atención suficiente en las políticas, programas y procedimientos carcelarios ni por parte del personal de las prisiones.

Las mujeres tienen necesidades adicionales y diferentes con respecto no solo a la higiene, los cuidados ginecológicos o los relacionados con la maternidad sino también en lo que se refiere a la salud psicológica, en particular como consecuencia de haber sido víctimas con más frecuencia, en el pasado o recientemente, de abusos de naturaleza física, emocional o sexual.

Por consiguiente, es importante hacer hincapié en la necesidad de elaborar programas de atención sanitaria y unas condiciones higiénicas adaptadas a las necesidades específicas de las reclusas y garantizar una formación adecuada del personal médico de los centros penitenciarios. Asimismo, debe aplicarse un enfoque integrado en relación con la drogodependencia y otros problemas de salud.

• Drogodependencia

La población carcelaria puede considerarse un grupo de alto riesgo en términos de drogodependencia: en los centros penitenciarios, el porcentaje de consumidores de estupefacientes es muy superior al porcentaje total y una cantidad importante de reclusas han sido condenadas por delitos relacionados con la drogodependencia (en la mayoría de los casos debido a la posesión de estas sustancias) lo que demuestra que los estupefacientes son un problema significativo cada vez más importante en la vida de las mujeres delincuentes.

No obstante, según un reciente estudio, tan solo algunos Estados europeos han elaborado programas de tratamiento de la drogodependencia destinados a los reclusos. En su informe anual referido al año 2006, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) concluyó que, hoy por hoy, se admite que la comprensión de las diferencias de género en los comportamientos ligados al consumo de estupefacientes es una condición básica para desarrollar respuestas eficaces, y que garantizar la igualdad en términos de acceso y la sensibilidad con respecto a las cuestiones específicas relativas al género son dos elementos fundamentales para desarrollar una atención de alta calidad en este ámbito. Sobre la base de la información disponible en 2006, los informes nacionales revelan que solo cuatro países ((Francia, Portugal, Eslovaquia y Suecia) disponen de proyectos específicos orientados en función del género destinados a las reclusas drogodependientes.

• Salud mental

La institución penitenciaria tal y como existe en la actualidad no solo es una solución inadecuada para acoger a las personas que padecen enfermedades mentales graves y crónicas sino que el aislamiento y la privación que caracterizan el encarcelamiento también puede contribuir al desarrollo de enfermedades mentales. Si bien se supone que el personal carcelario debe mantener el orden y la seguridad, los centros penitenciarios siguen siendo un entorno hostil que puede afectar a las personas que anteriormente han sido víctimas de violencia y de abusos. Por consiguiente, es muy importante que se adopte una política integrada en materia de salud que aborde tanto los problemas mentales como físicos y que proporcione ayuda psicológica a los reclusos que padecen enfermedades mentales.

• Madres reclusas

El encarcelamiento de una madre puede perturbar totalmente la vida familiar. La edad media de la mayoría de las mujeres reclusas en Europa oscila entre los 20 y los 40 años y, en consecuencia, es probable que las mujeres sean o vayan a ser madres. En aquellos casos en que ya sean madres en el momento de su detención, frecuentemente son ellas las que se tienen la custodia exclusiva o principalmente.

El estudio elaborado en nombre de la Comisión Europea confirma que en todos los informes nacionales de hizo gran hincapié en las pérdidas y las rupturas provocadas por la separación de los hijos como una de las razones principales del sufrimiento de las mujeres reclusas.

Los prisioneros que han fracasado como ciudadanos pueden tener éxito como padres y, además, su éxito como padres puede ayudarles a ser mejores ciudadanos. Distintos estudios han probado que unos vínculos familiares positivos son importantes en el momento de la liberación en particular porque un entorno familiar estable al que poder volver es un elemento de primer orden para la prevención de la reincidencia.

• Educación, formación y empleo

Las estadísticas sobre las mujeres encarceladas revelan que estas tienen un bajo nivel de instrucción y deficiencias en términos de aptitudes profesionales. Por ejemplo, en el Reino Unido el 46 % de las mujeres no tienen ningún diploma de estudios. Si bien el porcentaje de expulsados de los centros educativos en la población en su conjunto es del 2 %, el porcentaje entre las mujeres reclusas alcanza el 33 %². Si el objetivo que se persigue es que el tiempo que se pase en prisión se dedique a la preparación de los reclusos a una vida más estable tras su liberación, la educación debería ser un instrumento importante en este contexto.

En muchos centros penitenciarios europeos la formación profesional dirigida a las mujeres y las necesidades del mercado laboral no coinciden. La mayoría de los centros penitenciarios ofrecen una formación profesional feminizada limitada al desarrollo de aptitudes y capacidades tradicionalmente atribuidas a las mujeres en el contexto del papel que desempeñan en los ámbitos cultural y social (modista, peluquería, limpieza, textil, costura, etc.). Estas actividades poco remuneradas no están muy consideradas en el mercado laboral y, por ello, pueden contribuir al mantenimiento de las desigualdades sociales y a comprometer la integración social y profesional.

Debería animarse a las autoridades penitenciarias a facilitar una formación profesional de calidad adaptada a las necesidades del mercado laboral así como oportunidades de empleo diversificadas libres de todos los estereotipos relacionados con el género. Debería promoverse la colaboración de las instituciones penitenciarias con empresas exteriores con vistas al empleo de los reclusos como parte del proceso de rehabilitación de las personas detenidas.

• Inserción social

Al abandonar el centro penitenciario, la mayor parte de los prisioneros deben enfrentarse a numerosos problemas como encontrar alojamiento, lograr unos ingresos regulares, reforzar las relaciones con los niños u otros miembros dependientes de la familia, y encargarse de ellos. Para que tenga éxito, la inserción social de los prisioneros debe prepararse durante y tras la detención con la cooperación de los servicios sociales y de otras organizaciones competentes para velar por una transición tranquila entre el centro penitenciario y la libertad. Debe prestarse una atención especial a la preparación psicológica (análisis del delito, gestión de los traumas y adicciones con ayuda y tratamientos psicológicos adecuados) y la

prestación de ayudas sociales en el momento de la liberación (elaboración de proyectos positivos).

ALGUNAS DE LAS PETICIONES

- A la Comisión que, en su informe anual sobre los derechos humanos, incluya una evaluación del respeto de los derechos fundamentales de las personas detenidas, tanto hombres como mujeres, y de las condiciones especiales de detención previstas para las mujeres;
- Insta a los Estados miembros y a los países candidatos a la adhesión que ratifiquen el Protocolo facultativo al Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) que prevé la creación de un sistema de control independiente de los centros penitenciarios y pide al Consejo y a la Comisión que promuevan la ratificación de dicho Convenio y de su Protocolo en el marco de la política exterior de la Unión Europea;
- Pide a los Estados miembros que adopten una política penitenciaria en materia de salud de carácter global que defina y trate, desde el momento de la encarcelación, los problemas físicos y mentales y que ofrezca una asistencia médica y psicológica a todas las personas detenidas, tanto hombres como mujeres, que sufren problemas de adicción, respetando al mismo tiempo las características específicas de las mujeres;
- Recomienda que se recurra en mayor medida a las penas de sustitución de la reclusión, como las alternativas sociales, en particular para las madres, (...) recomienda, de igual modo, contemplar la posibilidad de que los reclusos masculinos bajo cuyo cuidado y responsabilidad directa se encuentren los hijos menores o que tengan otras cargas familiares, puedan disfrutar de similares medidas a las establecidas para las madres;
- Subraya que las repercusiones del aislamiento y el desamparo en la salud de las mujeres embarazadas reclusas pueden tener efectos perjudiciales, e incluso peligrosos, para el niño, y que ello debe tenerse muy seriamente en cuenta a la hora de tomar una decisión sobre el encarcelamiento;
- Insiste, por otra parte, en la necesidad de que la administración judicial se informe sobre la existencia de hijos antes de tomar una decisión sobre la prisión preventiva o antes de pronunciar una condena, y que vele por la adopción de medidas que garanticen la totalidad de sus derechos;
- Constata con pesar que muchas de las mujeres encarceladas son madres solteras que pierden el contacto con sus hijos, a veces para siempre; pide a la Comisión y a los Estados miembros que diseñen y apliquen políticas alternativas para evitar esta total separación;
- Estima como objetivo prioritario que en cada centro de detención existan, para las personas detenidas, tanto hombres como mujeres, que voluntariamente quieran acceder a ellos, programas de acompañamiento y tutela personal para el diseño, desarrollo y culminación de su proyecto de superación personal e inserción social, cuya labor ha de continuar más allá de su excarcelación;
- Recuerda la necesidad de aplicar, durante y después del periodo de detención, medidas de apoyo social que tengan como objetivo preparar y ayudar al recluso en los tramites que realice de cara a la reinserción y, en particular, en la búsqueda de un alojamiento y de un empleo para evitar las situaciones de exclusión social y de reincidencia;
- Destaca la importancia de mantener y favorecer los contactos de los reclusos, tanto hombres como mujeres, con el mundo exterior, en particular mediante su acceso a la prensa escrita y a los medios, así como su comunicación con organismos de asistencia social, ONG y asociaciones de carácter

- Considera que, salvo en los casos en que existan riesgos importantes para la seguridad pública y de penas de larga duración, una mayor utilización de los regímenes de libertad condicional que permitan a las personas detenidas, tanto hombres como mujeres, trabajar o seguir una formación profesional en el exterior del marco penitenciario podría facilitar su reinserción social y profesional.

5

LIBROS

LIBROS

“Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España”

Estudio que publica el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), en colaboración con la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Grupo editorial CINCA

Avda. Doctor Federico Rubio y Galí, 88

28040 Madrid

grupoeditorial@edicionescinca.com

www.cermi.es

Formación de voluntariado en salud mental: “Guía para ser monitor”

Asociación AMAFE. C/ Ruiz Perelló, 7- 28028 Madrid

Teléfonos: 91 3612768 638 03º977, Fax 91 3613001

centrodedia@amafe.org

www.amafe.org

“Inmigrantes ¿Invasores o ciudadanos?”

www.fespinal.com

6

PÁGINAS WEB

Enfermedad mental :

www.femasam.org

www.madrid.org

www.seg-social.es

www.schizophrenia.ca

www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/ect_sp.ht

www.amafe.org

www.feafes.com

www.ceifem@feafes.com (Centro Español de Información y Formación sobre enfermedad mental)

Otras:

www.pastoralpenitenciariapalencia.org

(Pastoral penitenciaria de Palencia)

www.sepapben.org

(Secretariado Pastoral Penitenciaria Barcelona)

www.caritasalamanca.org

(Cáritas Diocesana de Salamanca)

www.derechopenitenciario.com



LA PASTORAL PENITENCIARIA CATÓLICA

Pastoral de Justicia y Libertad

¿Qué es?

Pastoral
de
Justicia
y
Libertad

ES LA ACCIÓN DE LA IGLESIA QUE PRETENDE

Llevar
la paz y serenidad
de Cristo resucitado
a quienes están
privados de libertad

Ofrecer
a quien delinque
un camino de
rehabilitación y
reinserción
positiva
en la sociedad

Prevenir
la delincuencia

Pastoral de
Encuentro
personal

Pastoral de
Libertad

Pastoral de
Integración

Pastoral de
Comunión

Pastoral de
Esperanza

Pastoral de
Animación y
Promoción



FE EN DIOS

Presencia amorosa de Dios en nuestra vida

FE EN EL SER HUMANO

Perfectibilidad humana

Los presos y sus posibilidades de cambio y conversión

FE EN “OTRA” JUSTICIA

Justicia Restaurativa vs. Vindictiva

Mediación - Reconciliación - Perdón

Responsabilidad ética

FE EN EL FUTURO-UTOPIÍA

Opción por las alternativas

FE EN LA NOVEDAD

Creatividad

Cambio de mentalidad

Renovación personal, social y jurídica

FALTA DE FE EN LOS SISTEMAS VIGENTES

Reconocimiento de déficits éticos en los sistemas penal y penitenciario



Mensaje de Juan Pablo II para el Jubileo en las cárceles

9 julio 2000

Plan de Pastoral Penitenciaria según el Mensaje de Juan Pablo II para el Jubileo en las cárceles



EL DEPARTAMENTO DE PASTORAL PENITENCIARIA

Pastoral
Penitenciaria

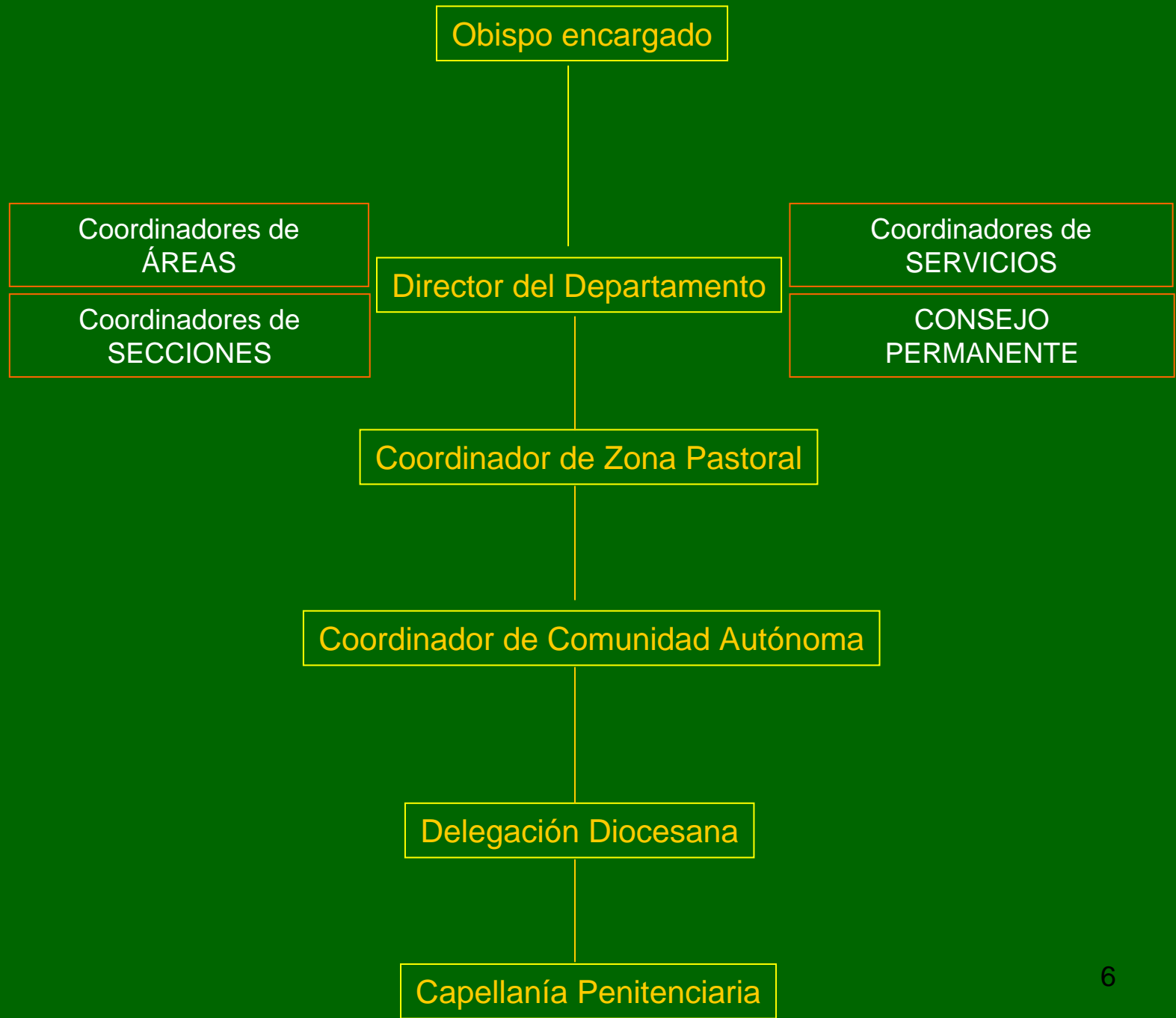
Pastoral
de
Justicia
y
Libertad

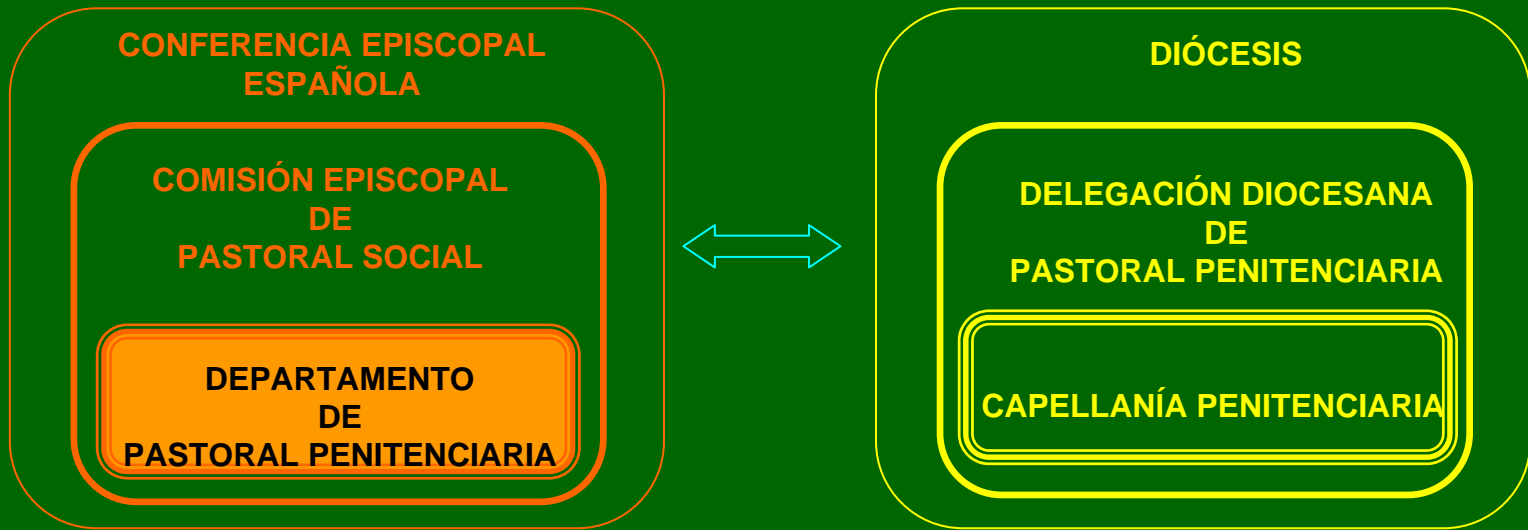
Departamento de Pastoral Penitenciaria

¿Cómo se organiza?

Pastoral Penitenciaria

Pastoral de Justicia y Libertad





DEPARTAMENTO integrado en la Comisión Episcopal de Pastoral Social (CEPS) para ...

“Promover el compromiso cristiano con el mundo marginal penitenciario, potenciando los servicios y personas que, como instituciones y miembros de su respectiva Iglesia Diocesana, trabajan en la Pastoral Penitenciaria”

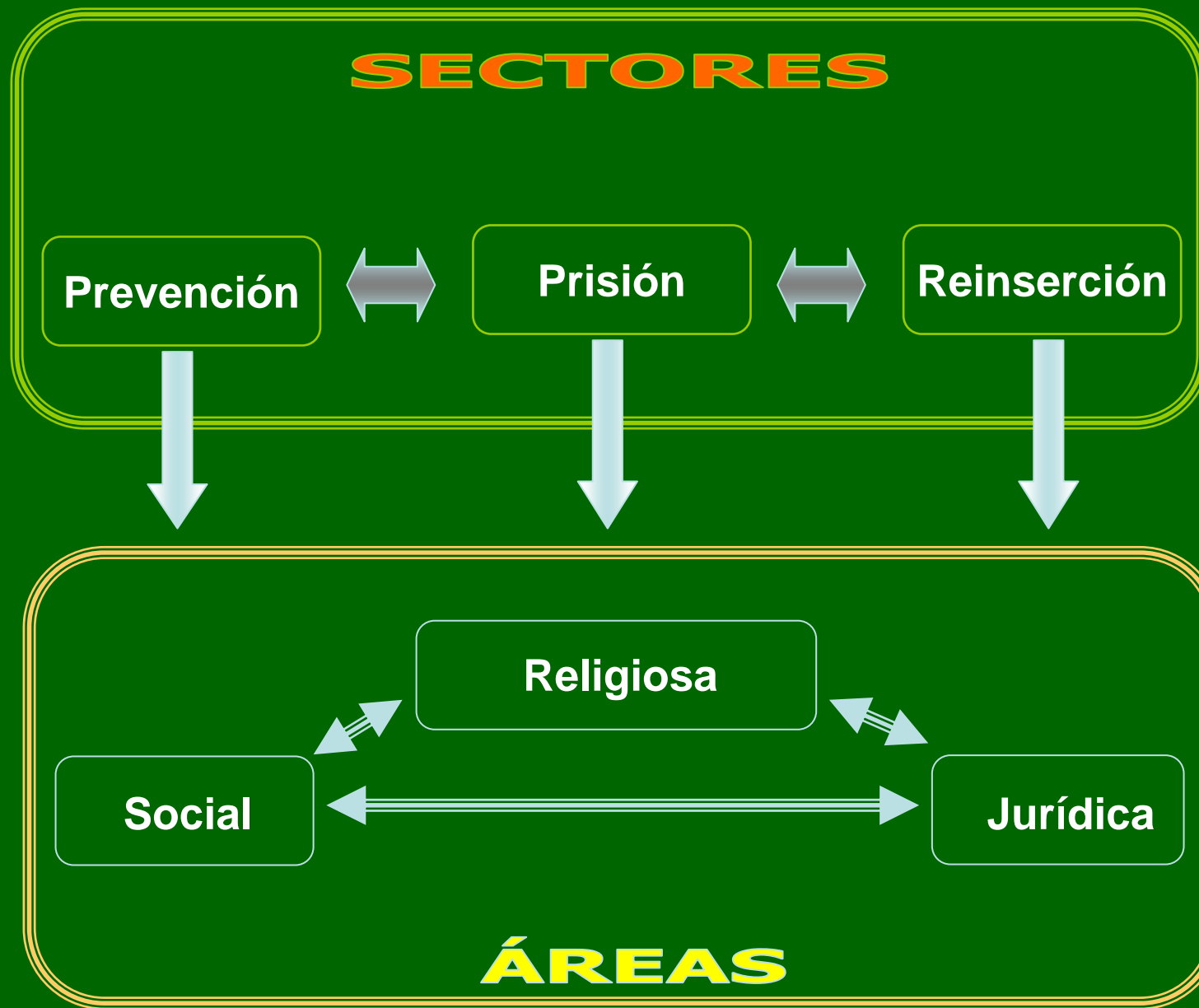
“Impulsar el desarrollo y evolución de la Pastoral Penitenciaria en las prisiones, en las parroquias y en las diócesis, a fin de que la levadura del Evangelio recorra aguas arriba, desde su desembocadura en la cárcel, el largo río penitenciario, ayudando a superar las dolorosas secuelas de tantas familias rotas y desestructuradas y las situaciones de marginación social en las que malviven tantos seres humanos”

Departamento de Pastoral Penitenciaria
¿Cómo se organiza? Zonas Pastorales

Pastoral Penitenciaria

Pastoral de Justicia y Libertad





Área Religiosa

Constatar, evaluar y atender las necesidades espirituales de los hombres y mujeres presos

Promover y realizar estudios teológicos que fundamenten, orienten y animen la Pastoral Penitenciaria

Promover y facilitar la reconciliación de las personas en el ámbito penal y en el penitenciario

Área Social

Promover y/o desarrollar programas de promoción humana y preparación para la vida en libertad

Promover y/o gestionar recursos para la reinserción

Promover y/o posibilitar la aplicación de alternativas a las penas de prisión

Trabajar en red impulsando acciones de sensibilización y prevención

Área Jurídica

Promover y facilitar la colaboración de juristas con la Pastoral Penitenciaria

Promover y facilitar la coordinación de juristas de los distintos países europeos para proponer ante las correspondientes Instituciones Europeas objetivos comunes en materia penal y penitenciaria

Promover e impulsar la humanización progresiva en los sistemas penal y penitenciario



AREA SOCIAL

- ❑ Promover y/o desarrollar programas de promoción humana y preparación para la vida en libertad
 - ❑ Promover y/o gestionar recursos para la reinserción
 - ❑ Promover y/o posibilitar la aplicación de alternativas a las penas de prisión
 - ❑ Trabajar en red impulsando acciones de sensibilización y de prevención

LA PASTORAL PENITENCIARIA CATÓLICA

Objetivos Generales

Pastoral Penitenciaria

Pastoral de Justicia y Libertad



Área Religiosa

Colaborar en la construcción de una sociedad mejor previniendo el delito

Contribuir al establecimiento de procesos de redención y de crecimiento personal y comunitario fundados en la responsabilidad

Área Social

Contribuir en un cambio de mentalidad que favorezca una conveniente adaptación de las instituciones jurídicas

Favorecer una valoración serena del funcionamiento de las instituciones penales y de los fines con los que la sociedad afronta la criminalidad

Fomentar iniciativas para una renovación auténtica de mentalidad e instituciones

Área Jurídica

Colaborar en dar forma jurídica a procesos de redención y crecimiento; y en la adecuación del sistema penal a la dignidad de la persona

Animar la revisión del sistema carcelario y en la implantación de penas no privativas de la libertad

PREVENCIÓN

PRISIÓN

REINSERCIÓN

Favorecer un encuentro con Cristo que facilite decisiones orientadas a remediar el mal causado y promover el bien

Facilitar la vivencia del tiempo de cárcel como tiempo de Dios

Facilitar que los presos se involucren en proyectos de solidaridad y caridad

Facilitar la personalización del individuo, el descubrimiento de la verdad sobre sí mismo y acelerar su paso hacia la salvación

Favorecer los contactos regulares de los presos con sus seres queridos

Prever iniciativas que hagan más humana la cárcel y estrategias que la conviertan en lugar de redención

Colaborar en la adecuación de las estructuras carcelarias y en la revisión de la legislación penal

Favorecer en la sociedad civil, autoridades, juristas y colectividad el sentido de la pena y abrir nuevos horizontes

Crear nuevas ocasiones de recuperación para cada situación personal y social

Prevenir la delincuencia y reprimirla eficazmente

Ofrecer a quien delinque un camino de rehabilitación y de reinserción positiva en la sociedad

Favorecer el desarrollo de la reflexión sobre la reinserción positiva

Facilitar contactos regulares de los presos con sus seres queridos

Estimular la capacidad de ayuda reinsertadora de las estructuras y acompañar a quien sale de la prisión en su nueva reinserción social



PREVENCIÓN

Área Religiosa

Colaborar en la construcción de una sociedad mejor
previniendo el delito

Contribuir al establecimiento de procesos de redención y de
crecimiento personal y comunitario fundados en la responsabilidad

Área Social

Contribuir en un cambio de mentalidad que favorezca una
conveniente adaptación de las instituciones jurídicas

Favorecer una valoración serena del funcionamiento de las
instituciones penales y de los fines con los que la sociedad afronta
la criminalidad

Fomentar iniciativas para una renovación auténtica de mentalidad
e instituciones

Área Jurídica

Colaborar en dar forma jurídica a procesos de redención y
crecimiento; y en la adecuación del sistema penal a la dignidad
de la persona

Animar la revisión del sistema carcelario y en la implantación
de penas no privativas de la libertad



PRISIÓN

Área Religiosa

Favorecer un encuentro con Cristo que facilite decisiones orientadas a remediar el mal causado y promover el bien

Facilitar la vivencia del tiempo de cárcel como tiempo de Dios

Facilitar que los presos se involucren en proyectos de solidaridad y caridad

Área Social

Facilitar la personalización del individuo, el descubrimiento de la verdad sobre sí mismo y acelerar su paso hacia la salvación

Favorecer los contactos regulares de los presos con sus seres queridos

Prever iniciativas que hagan más humana la cárcel y estrategias que la conviertan en lugar de redención

Área Jurídica

Colaborar en la adecuación de las estructuras carcelarias y en la revisión de la legislación penal

Favorecer en la sociedad civil, autoridades, juristas y colectividad el sentido de la pena y abrir nuevos horizontes



REINSERCIÓN

Área Religiosa

Crear nuevas ocasiones de recuperación para cada situación personal y social

Área Social

Prevenir la delincuencia y reprimirla eficazmente

Ofrecer a quien delinque un camino de rehabilitación y de reinserción positiva en la sociedad

Favorecer el desarrollo de la reflexión sobre la reinserción positiva

Área Jurídica

Facilitar contactos regulares de los presos con sus seres queridos

Estimular la capacidad de ayuda reinsertadora de las estructuras y acompañar a quien sale de la prisión en su nueva reinserción social

**Departamento -
ICCPPC**

Reuniones del Comité de la ICCPPC-Europa
XII Congreso Mundial de la Pastoral Penitenciaria Católica

**Área
Religiosa**

Publicación trimestral de PUENTE y PUENTE-FORMACIÓN
XX Jornadas Nacionales de Capellanes de Prisiones
VIII Encuentro Nacional de Funcionarios Cristianos de Prisiones
II Encuentro Europeo del Área Religioso-Pastoral
XII Jornadas de Delegados Diocesanos de Pastoral Penitenciaria
V Encuentro Nacional Juvenil de Pastoral Penitenciaria

**Área
Social**

Publicación trimestral de C@UCE
II Encuentro Europeo de Trabajadores Sociales y Pastoral Penitenciaria
X Encuentro Nacional del Área Social de Pastoral Penitenciaria
VI Encuentro de Enfermos Mentales – Prisión
IX Jornadas Nacionales de Niños y Adolescentes en Riesgo

**Área
Jurídica**

Publicación trimestral de LA REVISTILLA
XI Encuentro Nacional de Juristas y Pastoral Penitenciaria
IV Encuentro Europeo de Juristas y Pastoral Penitenciaria



ACTIVIDADES DEL AREA SOCIAL 2007-08

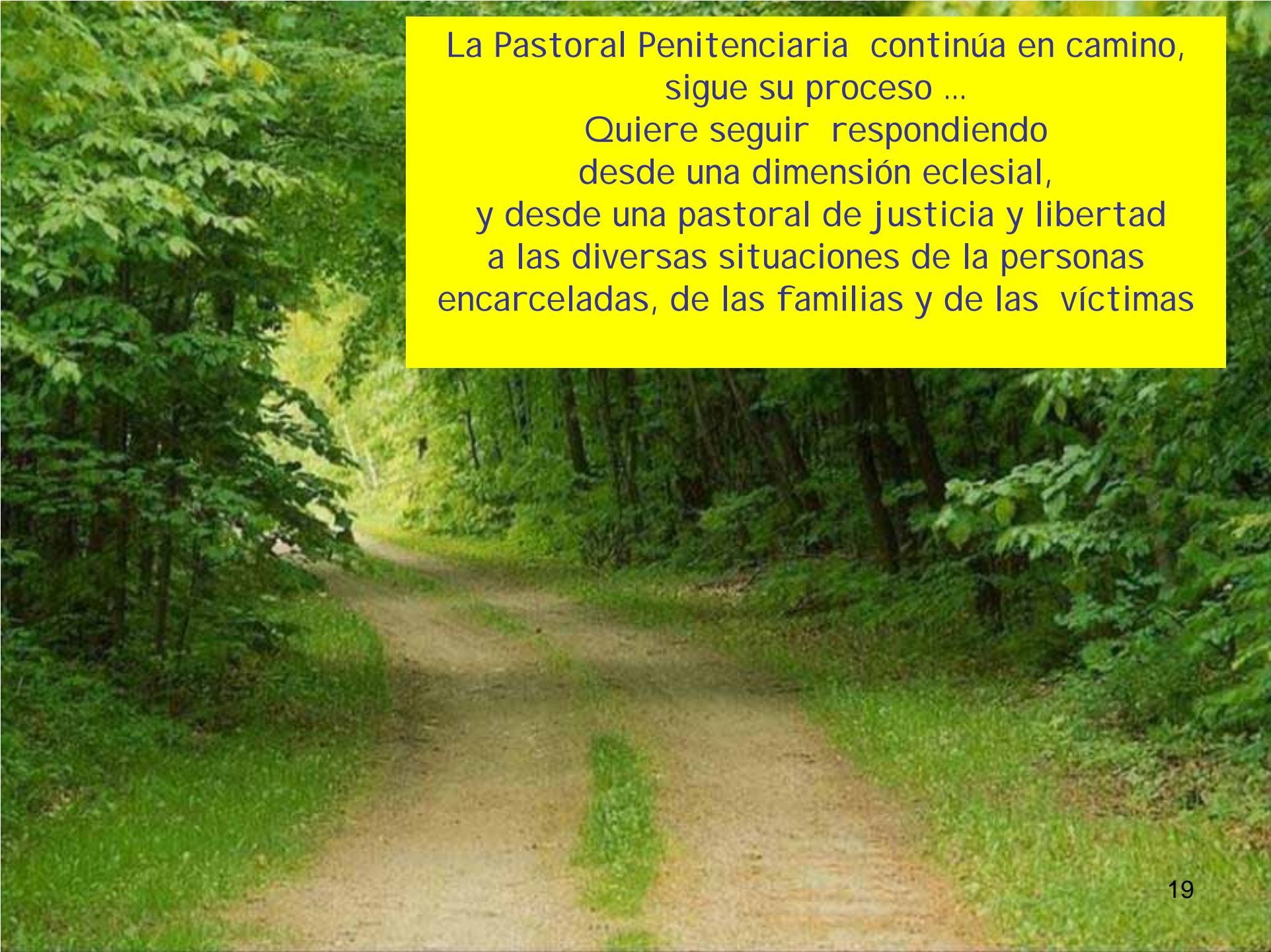
- Participación en el Congreso Mundial de la Pastoral penitenciaria Católica(Roma sep 2007)
- Coordinación y participación en los dos Encuentros Europeos del Área, celebrados en Alemania(Enero 07 y enero 08)
- Organización y coordinación de las Jornadas Anuales del Área.
- Organización y Coordinación del Encuentro Anual de Enfermos Mentales y Prisión

Participación en los Encuentros Anuales de Delegados y Capellanes

ACTIVIDADES DEL AREA SOCIAL 2007-08

□ Participación en la Comisión de Seguimiento del Voluntariado y entidades colaboradoras con Instituciones Penitenciarias con las siguientes acciones:

- Jornadas Nacionales de ONGs e Instituciones Penitenciarias (Marzo 2007)
- Aportaciones a la Instrucción 4/07
- Consejo Social Penitenciario (Rueda de prensa)
- Informe las prisiones vistas por las ONGs y propuestas para Instituciones Penitenciarias
- Observatorio Penitenciario de la Reinserción

A photograph of a dirt path winding through a dense, green forest. The path is light brown and leads into the distance, flanked by tall trees and thick foliage. The scene is bright and natural.

La Pastoral Penitenciaria continúa en camino,
sigue su proceso ...
Quiere seguir respondiendo
desde una dimensión eclesial,
y desde una pastoral de justicia y libertad
a las diversas situaciones de las personas
encarceladas, de las familias y de las víctimas