

MANUAL DE DINÁMICAS DE INTERVENCIÓN 2019



CURSO DE

DISEÑO DE INTERVENCIONES EN DROGODEPENDENCIAS BASADAS EN EL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS



FINANCIADO POR:



CON LA COLABORACIÓN DE:



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

Dirección del Curso de Formación
Dra. María Sáinz Martín

Coordinación del Programa de Formación
M.ª Teresa Gómez Barroso

Técnica del Programa
Irene Ramos Núñez

Gestión y administración
Nieves Cáceres Álvarez

Comunicación y difusión
Hernán Díaz

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

Web: www.fundadeps.org



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



ÍNDICE

Introducción.....	3
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE CASTELLÓN II	5
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE LAS PALMAS II.....	17
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE TEIXEIRO.....	23
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE MENORCA	35
Modelo de Intervención en el CENTRO PENITENCIARIO DE SORIA	39

INTRODUCCIÓN

Este manual recoge algunas de las intervenciones y experiencias que profesionales sanitarios de distintos centros penitenciarios han realizado como parte práctica del Curso de **Diseño de Intervenciones en Drogodependencias basadas en el Modelo de Reducción de Daños**, que la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) ha desarrollado con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad - Plan Nacional sobre Drogas) y con la colaboración del Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias).

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

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

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

MEMORIA PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN CENTRO PENITENCIARIO DE CASTELLÓN II

Beatriz Mercado Espallargas

Minerva Serrano Balaguer

Ante la oportunidad que se nos presentó hace unos meses de formarnos a ambas enfermeras con la realización del curso “DISEÑO DE INTERVENCIONES EN DROGODEPENDENCIAS BASADAS EN EL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS” y con el interés común de las profesionales de intervenir en la Educación para Salud en nuestro centro penitenciario de una forma más continuada, hemos optado por desarrollar una intervención prolongada en el tiempo e instaurarla con carácter indefinido, dinámico y expansivo a todo el Centro Penitenciario.

Nuestro proyecto se inicia con el objetivo general de “Capacitar, informar y promover en un grupo de internos los conocimientos necesarios para desarrollar, por sí mismos, la promoción y prevención de la salud con La Educación Entre Iguales.”

JUSTIFICACIÓN

La situación de encarcelamiento, de la población penitenciaria, puede ofrecer una serie de oportunidades para las actuaciones participativas orientadas a la mejora de su salud. Las personas, aún en estas circunstancias, no pierden la capacidad de buscar información, pensar, cambiar actitudes y elegir conductas; además el medio penitenciario favorece la accesibilidad a un tipo de población caracterizada por la alta exposición a factores de riesgo para la salud y difícil de contactar en el exterior de los centros penitenciarios por su situación de marginalidad. Desde esta realidad

se nos presenta la oportunidad de desarrollar intervenciones educativas con métodos que van más allá de las tradicionales charlas, por lo que las acciones de promoción de la salud son más útiles en el medio penitenciario si se plantean según los principios actuales de promoción y prevención de la salud descritos en la Carta de Ottawa. Esto significa desarrollar un proceso participativo en todas sus fases, en el que los propios interesados (la población penitenciaria) definen sus problemas y necesidades de salud y aportan las soluciones; y los profesionales, tanto de la salud como de otros sectores (educadores, trabajadores sociales, psicólogos, funcionarios de vigilancia, etc.), facilitan el proceso de capacitación de los individuos para que puedan mejorar y adquirir las habilidades necesarias para mejorar y mantener su propia salud.

Teniendo este marco teórico como referencia y las experiencias de proyectos como el que aquí se propone desarrollado en otros centros penitenciarios, nos proponemos iniciar la primera parte de un módulo continuado en el tiempo para la promoción y prevención de la salud en nuestro centro.

En esta primera parte del proyecto nos pusimos en contacto con la Subdirectora de Tratamiento y el Educador de los dos módulos terapéuticos del centro (UTE) para informarles de nuestro deseo de implementar el taller. Tras la reunión el Educador nos facilitó un listado de nueve internos algunos voluntarios y otros que él mismo había propuesto para par-

ticipar. Nos reunimos ambas profesionales, y elaboramos un plan de actuación.

METODOLOGÍA Y TEMPORALIZACIÓN

En una primera reunión establecimos los objetivos del proyecto y el contenido inicial. Decidimos que realizaríamos una primera sesión informativa y de contacto con el grupo de internos para conocernos y conocer los intereses y necesidades de formación del grupo.

El proyecto lo hemos dividido en dos fases:

En la primera fase, realizaremos unas sesiones de formación y capacitación sobre los temas de salud que el grupo de internos nos

proponga en la sesión de presentación o durante el proceso de formación del proyecto. En esta primera parte se desarrollarán 8 sesiones de dos horas de duración, se inicia el 27 de Mayo y finalizará el 30 de Septiembre de 2019, la población diana son un grupo de 9 internos, seleccionados por el educador del centro, de los módulos terapéuticos del Centro Penitenciario de Castellón II.

La segunda fase del proyecto está pendiente de desarrollar con la finalidad de iniciar un grupo de Agentes de Salud que realicen talleres de educación para la Salud impartidos por ellos y supervisados por los profesionales del equipo de Enfermería, de Tratamiento y de Vigilancia.

PRIMERA PARTE DEL PROYECTO

Tras conocer las necesidades del grupo nos propusimos elaborar una sesión cada profesional para impartirla, pero que al mismo tiempo guardaran relación, por lo que decidimos iniciar el proyecto con el tema de drogodependencias y elaboramos ambas sesiones conjuntamente, pero las impartimos por separado. El resto de sesiones se irán realizando a lo largo de los meses de Junio a Septiembre en colaboración con el resto de profesionales enfermeros del Centro y con otros grupos profesionales que deseen participar.

1ª SESIÓN: PRESENTACIÓN

Objetivo general: Conocer las motivaciones y necesidades de formación del grupo diana.

Objetivos específicos:

1. Valorar las necesidades y conocimientos del grupo de internos que van a realizar el taller para desarrollar la temática del mismo.
2. Conocer sus motivaciones para la realización del taller.

Temporalización: La sesión se realizó el veintisiete de mayo a las 12,30 horas en el módulo terapéutico del centro, acudieron 9 internos. La duración fue de 30 minutos.

Metodología: Se realizó una presentación de las profesionales y una introducción

de los objetivos y expectativas del proyecto. Posteriormente indicamos que se presentarían individualmente al grupo y expusieran sus motivaciones y expectativas. Finalmente les propusimos que nos comentaran que temas relacionados con la salud son los que deseaban o creían que debían impartirse en las sesiones; para ello utilizamos la técnica de la tormenta de ideas, que fuimos anotando en una pizarra, para que lo pudieran ir viendo y debatiendo y por otro lado tomamos notas para desarrollar posteriormente las sesiones.

Los contenidos propuestos fueron:

- Vivir sin drogas ilegales, manejo de su abuso, uso y mitos y realidades en el patio.
- Vivir sin drogas legales, (tratamientos psicotrópicos) su relación con las drogas ilegales, efectos de su abuso y su uso, complicaciones derivadas de las interacciones entre ambos grupos.
- Programas de reducción del daño y de reinserción.
- Las enfermedades infecciosas, prevención y manejo efectivo de la enfermedad.
- Promoción de la Salud:
 - Hábitos saludables, higiene, salud bucodental.
 - Alimentación y ejercicio.
 - Hábitos del sueño.

- Actuación en grupos y estrategias de comunicación.

Tras finalizar la sesión acordamos iniciar las dos siguientes sesiones en la semana del 3 al 10 de junio.

2ª SESIÓN: VIVIR SIN DROGAS (ILEGALES)

Objetivo general: Capacitar y formar a los agentes de salud en la promoción del abandono del uso de drogas ilegales y prevención de recaídas.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar intervenciones que ayuden a reducir los comportamientos de riesgo, los daños y sus determinantes por el uso de drogas ilegales.
2. Adquirir los conocimientos sobre los diferentes conceptos de la drogadicción, desmitificando mitos y creencias.

Temporalización: La sesión se realizó el siete de junio a las 17:00 horas en el módulo terapéutico del centro. Estaba enfocada para 9 participantes, pero hubo una baja por conducción a otro centro, y otra por motivos de trabajo, quedando 7 participantes. La duración de la sesión fue de dos horas.

Metodología: Se ha llevado a cabo una intervención de tipo participativa por parte de todo el grupo.

El inicio del discurso fue mediante el planteamiento de una pregunta que sirvió para enlazar con los ítems que nos interesaba tratar. La siguiente parte de la secuencia del discurso se desarrolló durante aproximadamente una hora en la que se explicó el resto del contenido, contestando las preguntas que iban surgiendo de manera continua por parte de los participantes. Para enriquecimiento del discurso se hizo uso de contar anécdotas, planteamiento de preguntas y ejemplos.

Una tercera parte se llevó a cabo a modo de discusión o debate, moderado por el profesional sanitario.

Y la parte final se desarrolló en forma de juego, planteando mitos y falsas creencias, en los que debían responder “verdadero” o “falso”, y dar su opinión, para después contrastar con verdad y su correspondiente explicación. De esta manera interiorizaron mucho más las realidades de estos falsos mitos.

Una vez terminada la sesión, se entregó a cada miembro una breve encuesta para evaluarla.

En todo momento se intentó usar un lenguaje claro y adaptado al nivel sociocultural de los participantes, evitando usar términos que pudieran resultar excesivamente técnicos.

Contenido: Se repasaron conceptos básicos sobre las drogas y su consumo, así como las complicaciones (a nivel físico, psíquico, emocional, social y legal) derivadas del consumo de la propia sustancia y de la vía de administración elegida.

Otro punto tratado ha sido los motivos y circunstancias que hacen que una persona comience a consumir, alcanzando la adicción, y los diferentes tipos de consumidores en que se pueden llegar a convertir, exponiendo las características principales de las drogas más usadas, las repercusiones derivadas de su consumo y los programas de deshabituación y reducción de daños que se ofrecen en el medio penitenciario.

Un último punto que se incluía eran las medidas de prevención recogidas en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, así como las respuestas en el ámbito penitenciario sobre el consumo de drogas. No fue posible impartirla, de modo que se ha establecido una nueva intervención, programada próximamente.

Evaluación: Al final de la sesión se les proporcionó una encuesta para evaluar la intervención, valorando: contenido, metodología y objetivos con el siguiente resultado:

- Sobre el contenido: Todos respondieron que fue suficiente, adecuado a la sesión, con la utilización de un lenguaje adecuado y una temática comprensible.
- Sobre el desarrollo de la sesión: Todos respondieron que el uso del lenguaje fue adecuado, la exposición interesante y el material adecuado. En referencia al profesional, que fue comunicativo, resolutivo, empático e interesante. Y en cuanto a la duración de la sesión la calificaron de adecuada.
- Sobre los resultados de la sesión manifestaron que les había resultado interesante, cumpliendo con sus expectativas, con ganas de tener más sesiones, y aprender más, y a algunos les hubiera gustado disponer de más tiempo para dialogar.

OPINIÓN Y REFLEXIÓN PERSONAL

Para mí ha sido una primera experiencia el preparar una sesión de intervención llevando a cabo su práctica previa en un entorno privado, para comprobar que me ajustaba a los tiempos. Tenía programado que la duración de la sesión fuera de 2 horas, de modo que todo el contenido explicado suponía una hora de la sesión, quedando otra hora para el juego, preguntas y debate.

Las intervenciones por parte de los participantes fueron tan frecuentes que las dos horas de la sesión se hicieron cortas, se mostraron muy motivados y participativos, sin caer en ningún momento ese estado de ánimo y atención. Esto ha supuesto que una parte del contenido quedara sin desarrollar, por lo que se completará en una próxima sesión.

El ver lo interesados que se mostraban me llevó a estar más relajada y se creó un ambiente muy comunicativo entre todos, aportando sus propias experiencias en el consumo de las drogas, sus comienzos, recaídas, entradas y salidas de prisión, situaciones familiares derivadas de esos consumos...

Ha resultado muy gratificante, tanto por el ambiente de confianza que se creó como por la respuesta de interés que hubo por su parte y las ganas de seguir participando y poder empezar ellos a transmitir los conocimientos aprendidos a otros grupos de iguales.

Realizada por:
Beatriz Mercado Espallargas.

FOTOS 2ª SESIÓN





3ª SESIÓN: VIVIR SIN DROGAS (LEGALES)

Objetivo general: Capacitar y formar a los agentes de salud en la promoción y prevención del uso de drogas legales.

Objetivos específicos:

1. Identificarán las conductas asociadas al manejo inapropiado de los tratamientos psicotrópicos.
2. Desarrollarán las habilidades para transmitir una conducta positiva que refuerce un manejo efectivo del tratamiento.
3. Desarrollar intervenciones que ayuden a reducir los comportamientos de uso inadecuado o de riesgo de los tratamientos.

Temporalización: La sesión se realizó el diez de junio a las 12,00 horas en el módulo terapéutico del centro. La sesión estaba enfocada para 8 participantes pues en la primera sesión hubo una baja por conducción. La duración de la sesión fue de una hora y media.

Metodología: Se realizó una breve introducción de unos 20 minutos de los conceptos de uso general e indicaciones, terapéutica y su abuso, dependencia y tolerancia, adherencia, abuso, síndrome de abstinencia, farmacodinamia y farmacocinética, relacionados con los psicofármacos.

Posteriormente realizamos un ejercicio de reflexión individual con una ficha elaborada para la identificación de los efectos que pueden producirse por el uso/abuso de sustancias legales (psicofármacos) y sustancias ilegales (heroína, cocaína y marihuana). En la ficha, una para cada tipo de droga, debían señalar los efectos, en base a sus creencias y experiencias, que considerarán que produce su consumo. Se dejó unos 5 minutos para rellenar las 4 fichas individualmente.

Finalizados los cinco minutos del ejercicio individual pasamos a realizar una tormenta de ideas utilizando la pizarra disponible se escribió los cuatro nombres de los grupos de drogas para ir anotando previo debate la inclusión o exclusión de los efectos que las drogas pueden producir en nuestro organismo, esto nos llevó 55 minutos. Durante el debate que surgía con cada concepto se aclaraban mitos o creencias, experiencias vividas y como se produce el efecto de las drogas así como las interacciones surgidas del policonsumo.

Contenido: Introducción a los psicofármacos. Conceptos generales: definición, familias de benzodiacepinas, farmacocinética, farmacodinamia, indicaciones terapéuticas, abuso del tratamiento, adherencia, tolerancia, dependencia. Efectos producidos por el uso y abuso de los psicofármacos en el organismo, como afecta a los diferentes órganos y sus complicaciones al interaccionar con el consumo de otras sustancias (ilegales), el policonsumo.

Evaluación: al finalizar el debate y concluir la sesión se les entregó un cuestionario de satisfacción elaborado previamente para evaluar el contenido, metodología y objetivos.

En el apartado de contenido: las respuestas fueron por unanimidad que la percepción de los contenidos eran suficientes adecuados, lenguaje comprensible salvo un participante que indicó que algunos conceptos le parecían muy técnicos lo cual le costaba luego recordar dicho concepto (farmacodinamia y farmacocinética).

El desarrollo de la sesión fue con un lenguaje adecuado, la exposición les pareció interesante y el material utilizado el adecuado, en cuanto al profesional lo evaluaron como comunicativo, resolutivo, empático e interesante. La duración de la sesión expresaron dos de los participantes que les parecía insuficiente porque se les hacía corto para debatir.

En cuanto a los resultados todos se mostraban satisfechos con la sesión, les parecía enriquecedora, interesante y querían profundizar en el tema.

OPINIÓN PERSONAL

Iniciar este proyecto supone a nivel profesional todo un logro y una motivación extra al desarrollar, en mi opinión, la parte más bonita de nuestra profesión como enfermeros la Educación para la Salud uno de los pilares de nuestras mejores funciones: la Promoción y la Prevención.

El trabajar con la población penitenciaria es todo un reto supone conectar con un tipo de interlocutor que en muchas ocasiones se encuentra aislado y envuelto en un mundo, como mínimo hostil y complicado, sus experiencias a la vez que duras son enriquecedoras para los profesionales pues conocer a este tipo de población te ayuda a entender sus necesidades y enfocar tu práctica clínica diaria



de otra manera, menos paternalista o autoritaria y realizar las actuaciones desde un enfoque integral no solo del paciente sino de su entorno.

En cuanto a la sesión tengo que decir que fue muy interesante conocer y trabajar con el grupo de internos, se mostraron muy participativos y con ganas de comunicar e interés por transmitir, mi impresión fue tan buena que pude conectar desde el primer momento, incluso me integraron como una más del grupo rebatiéndome o confirmando, con sus creen-

cias y vivencias, mis explicaciones. Creo que la conexión fue buena y que de estas primeras sesiones y con el proyecto que tenemos pendiente por desarrollar en diferentes sesiones podemos poner en marcha un grupo de personas con las capacidades, conocimientos y aptitudes necesarias para buscar la promoción de la salud integral.

Sesión realizada por:
Minerva Serrano Balaguer.

FOTOS 3ª SESIÓN





ANEXO 1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

A. Contenido o materia de la sesión impartida,

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------|------------------------------|------------|
| 1. Son | SUFICIENTES | ESCASOS | EXCESIVOS |
| 2. Le parece | ADECUADO A LA SESIÓN | SIN RELACIÓN CON LA TEMÁTICA | |
| 3. Lenguaje | MUY TÉCNICO | ADECUADO | INADECUADO |
| 4. Comprensión de la temática | DIFÍCIL | COMPRENSIBLE | FÁCIL |

B. Desarrollo de la sesión impartida,

- | | | | |
|-----------------------|-------------|--------------|------------|
| 1. Lenguaje utilizado | MUY TÉCNICO | ADECUADO | INADECUADO |
| 2. La exposición | INTERESANTE | NORMAL | MONÓTONA |
| 3. Material utilizado | ADECUADO | INSUFICIENTE | |
- (Si le parece insuficiente que ha echado de menos) descríballo brevemente.

- | | | | |
|-----------------------------|--------------|------------------------------|---------------|
| 4. Profesional ha sido | COMUNICATIVO | NO COMUNICATIVO | |
| | RESOLUTIVO | DEJA CUESTIONES SIN RESOLVER | |
| | EMPÁTICO | DISTANTE | |
| | INTERESANTE | ABURRIDO | |
| 5. Duración de la sesión | EXCESIVA | ADECUADA | INSUFICIENTE |
| 6. Medios utilizados sesión | EXCESIVOS | ADECUADOS | INSUFICIENTES |

C. Resultados u Objetivos de la Sesión,

Indique brevemente si la sesión en global ha cumplido con sus expectativas y que mejoraría para las siguientes sesiones.

MEMORIA PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN CENTRO PENITENCIARIO DE LAS PALMAS II

PROGRAMA “BYE BYE SMOKING”

Laura Trapote Bonilla
Rocío Morán Rodríguez

JUSTIFICACIÓN

Se define como “escenario o entorno para la salud” el lugar o contexto social en el que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y al bienestar. En las últimas décadas se han desarrollado con éxito movimientos entornos saludables en diferentes escenarios como los centros educativos, los centros de trabajo, las ciudades, los hospitales, los mercados.

Las prisiones pueden ser entornos para la salud, ya que en ellas existe la posibilidad efectiva de promocionarla. Pero, en las prisiones, como entornos cerrados muy normativizados, se pueden producir también situaciones en las que las personas pierdan el control sobre condiciones que pueden afectar a su salud, y por lo tanto deben ser protegidas de los riesgos.

La promoción de la salud es un proceso, y cada prisión debe ir avanzando y trazando su propio camino para crear un lugar más saludable que ofrezca un espacio de oportunidades para la reinserción y la salud de las personas que se encuentran en ella.

El hábito del tabaquismo, bastante extendido en la población general, aumenta significativamente en situaciones de estrés y privaciones. En el ámbito carcelario, el consumo de tabaco se ha asociado históricamente a las consecuencias negativas de la pérdida de libertad y a los conflictos personales y situaciones subyacentes a la misma.

Consecuentemente, los problemas de salud pública que acarrea este hábito se hacen sentir marcadamente en la población reclusa, cuyo porcentaje de fumadores duplica al de la población libre.

Además, en las prisiones predominan los espacios cerrados y coexisten con una fuerte limitación de movimientos lo que incide de forma muy particular en los reclusos no fumadores que se ven obligados a compartir estos locales sin apenas capacidad de sustraerse a sus efectos nocivos. Incluso han de convivir con fumadores muchas horas del día, a veces, incluso en el propio dormitorio o espacio residencial sin contar con una adecuada ventilación. Estas limitaciones afectan, de similar manera, a los trabajadores penitenciarios que comparten largas jornadas en este ambiente.

El programa “BYE BYE SMOKING” nace tras la necesidad de dar solución a este problema de salud en la prisión de Las Palmas II. Tras la petición de varios internos, pertenecientes al módulo polivalente 13 (UTE), de ayuda para poder abandonar el hábito tabáquico, decidimos realizar un programa específico. Diseñamos, implementamos y evaluamos un programa para dejar de fumar teniendo en cuenta las características del grupo diana al que va dirigido.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

El programa se ofrece a todos los internos que viven en el módulo polivalente 13 del CP Las Palmas II. Una vez expuesto el programa

ma se procederá a trabajar en grupo con todos aquellos internos que estén decididos y quieran dejar de fumar.

METODOLOGÍA

A nivel metodológico el programa tendrá una base práctica, basada en la cooperación y participación mutua. Buscaremos la participación activa basada en la experiencia personal de los propios internos.

El programa que hemos elaborado consta de 5 unidades generales, que se corresponden con un periodo de 5 semanas (una semana por apartado). En las tres primeras unidades o semanas se describe el proceso de deshabituación. Se irán reduciendo progresivamente el número de cigarrillos que se fuman al día, al mismo tiempo que se enseñan estrategias de autocontrol y nuevas alternativas al tabaco. A partir de la unidad 4 o semana se deja por completo de fumar y se profundizan en las estrategias de autocontrol y en la prevención de recaídas. La unidad 5 o semana 5, se realiza la evaluación y control de los objetivos conseguidos.

Cada una de las unidades se detallará a continuación:

• UNIDAD 1 - 1ª SEMANA

Día: 3/05/2019

Horario: de 8.45 h. a 10.00 h.

Lugar: aula de usos múltiples del módulo polivalente 13.

Número de asistentes: 30 internos.

Se inicia la sesión entregando a cada interno una hoja con la fotografía impresa titulada "Autopsia de un asesino" (*Imagen 1*). Se aprovecha para hablar acerca de la composición de los cigarrillos, de las sustancias que contienen y sus efectos nocivos en el organismo.

Continuamos hablando de las enfermedades que se ocasionan por fumar. Damos datos estadísticos acerca del número de muertos e invalidaciones que se producen. Terminando esta primera parte tratando los beneficios de dejar de fumar, según el tiempo que haya transcurrido desde el último cigarrillo. (*Imagen 2*).

Citamos diferentes mitos que existen sobre fumar y se trata con ellos de forma dinámica y participativa. Algunos de ellos son los siguientes:

- "Dejar de fumar es muy fácil. Yo lo he dejado mil veces".
- "Dejar de fumar es cuestión de fuerza de voluntad".
- "Hay pocas cosas tan gratificantes como el tabaco... Si lo dejo, disfrutare menos de la vida".
- "Se pasa muy mal cuando se deja... Es peor el remedio que la enfermedad"

Tras todo esto se pasan a todos los internos una hoja de recogida de datos, relacionados todos ellos con el consumo de tabaco. Se les pasa también a continuación el Test de Fagerstrom para ver el grado de dependencia.

Explicamos que el Programa consta de 5 sesiones en total en las cuales se trabajara con ellos la deshabituación del tabaco para que consigan dejar de fumar.

Se da por finalizada la charla. Se les dice a los internos que estén interesados en intentar dejar de fumar que se queden y recojan una ficha para cada uno que será la tabla de consumo diario (*Imagen 3*). Se explica cómo se tiene que rellenar esa ficha y se les indica que deberán traerla dentro de una semana que será la sesión número 2.

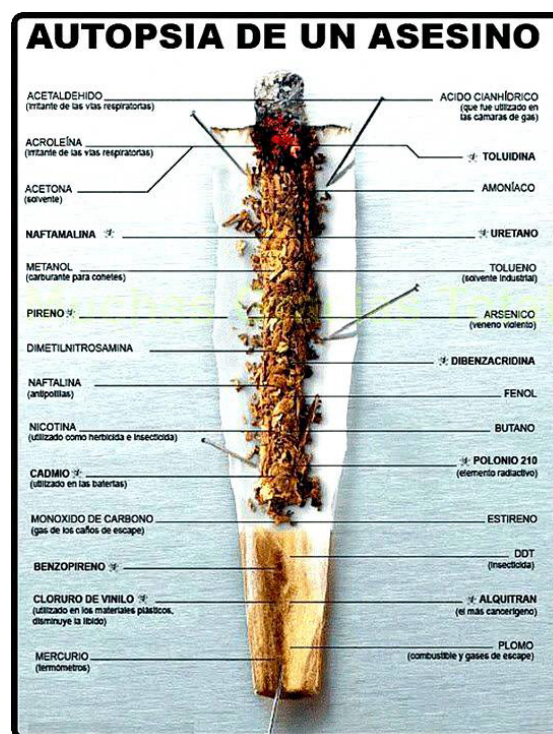


Imagen 1

CANCER	ENFERMEDAD VASCULAR	APARATO RESPIRATORIO	APARATO REPRODUCTOR	OTROS
- PULMON - LEUCEMIA - CAVIDAD ORAL - FARINGE - LARINGE - ESTOMAGO - PANCREAS - RIÑON - VEJIGO - CUELLO UTERO	- ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA - INFARTO CEREBRAL - ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA - ANEURISMA	- EPOC - NEUMONIA - ASMA NO CONTROLADO	- DISMINUCION DE LA FERTILIDAD - DISMINUCION DE LA POTENCIA SEXUAL	- COMPLICACIONES QUIRURGICAS/CICATRIZACION - BAJA DENSIDAD OSEA - FRACTURA DE CADERA - CATARATAS - ULCERA PEPTICA - ENVEJECIMIENTO PREMATURO DE LA PIEL

• FUMAR MUTA
 • SI SE ESTRELLA UN AVION AL DIA? 137 MUERTES AL DIA, 50.000 AL AÑO. ES COMO 365 ACCIDENTES DE AVIONES AL AÑO, UNO AL DIA.
 • LA LEY ANTITABACO DISMINUYO UN 10% LAS HOSPITALIZACION DE NIÑOS POR ASMA.
 • NIÑOS DE CASAS CON FUMADORES, INHALAN EL HUMO = NIÑO SE FUMARA EL MISMO ENTER 60-120 CIGARROS AL AÑO.
 • FUMADORES LA MITAD MUERE POR EL TABACO. CADA AÑO 6 MILLONES DE PERSONAS, 600.000 PASIVOS. CADA HORA MUERE UNA PERSONA.
 • 1º ENFERMEDAD EVITABLE: INVALIDEZ Y MUERTE. ENCIMA SIDA, ALCOHOL, DROGAS, ACCIDENTES DE TRAFICO
 • OMS: ES UNA DE LAS MAYORES AMENAZAS PARA LA SALUD PUBLICA.

20 MINUTOS	TA Y RITMO CARDIACO SE NORMALIZAN
8 HORAS	EL O2 SANGUINEO AUMENTA Y EL CO SE REDUCE A LA MITAD
1 DIA	SE REDUCE EL RIESGO DE MUERTE SUBITA Y LOS PULMONES EMPIEZAN A REMOVER LA MUCOSIDAD
2 DIAS	SE RECUPERA GUSTO Y OLFATO
3 DIAS	AUMENTA LA CAPACIDAD PULMONAR, SE REDUCE LA TOS Y AUMENTA LA SENSACION DE BIENESTAR
2 SEMANAS	MEJORA LA CIRCULACION SANGUINEA. DESAPARECEN LOS SINTOMAS DE ABSTINENCIA
1 A 2 MESES	AUMENTA LA CAPACIDAD FISICA Y DISMINUYE EL CANSANCIO
3 A 6 MESES	AUMENTA LA CAPACIDAD DE RESISTENCIA A LAS INFECCIONES
1 AÑO	SE REDUCE A LA MITAD EL RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIACAS

Imagen 2

“BYE BYE SMOKING”

TABLA DE CONSUMO SEMANAL

1ª SEMANA

	L	M	X	J	V	S	D
09:00-11:00							
11:00-13:00							
13:00-15:00							
15:00-17:00							
17:00-19:00							
19:00-21:00							
21:00-23:00							
23:00-01:00							
01:00-03:00							
03:00-05:00							
05:00-07:00							
07:00-09:00							
TOTAL							

Nº DE CIGARRILLOS EN TU 1ª SEMANA:

NOMBRE:

Imagen 3

• UNIDAD 2 – 2ª SEMANA

Día: 10/05/2019

Horario: de 8.45 h. a 10.00 h.

Lugar: aula de usos múltiples del módulo polivalente 13.

Número de asistentes: 20 internos, y otros 3 internos (exfumadores) que acuden de oyentes y de apoyo.

Comenzamos la sesión viendo la tabla de consumo de la semana 1, calculando el promedio de cigarrillos fumados al día. Basándonos en ese número se da la pauta de reducción de cigarrillos máximos al día que deberían consumir al día en la siguiente semana.

Si la semana anterior fumabas una media de cigarrillos/día	A partir de ahora debes fumar una media de cigarrillos/día
50	35
40	28
35	25
30	20
25	18
20	15
15	10
12	8
10	6
8	5
6	4
4	2
2	2

Hablamos sobre el ahorro que ocasiona dejar de consumir, tomando como referencia el consumo de una cajetilla al día con un coste de 3 euros. Para ello se muestran una serie de imágenes con lo que se podría llegar a tener con el ahorro de dicho dinero, se clasifican según el tiempo de ahorro: una semana, un mes, seis meses, un año, 10 años y 30 años.

Tratamos las razones para dejar de fumar. Se le dice al grupo que cada uno aporte una razón por la cual quieren dejar de fumar. Se van escribiendo todas en la pizarra, al final aportamos nosotras alguna razón más.

En la última parte de la sesión se dan estrategias que pueden llevar a cabo para disminuir el consumo de cigarrillos. Se van anotando todas en la pizarra y se cuenta siempre con la participación activa del grupo. En esto colaboran también los 3 internos exfumadores

que están de oyentes que cuentan su historia personal y las estrategias que ellos usaron para dejar de fumar.

Terminamos entregando una tabla para que cada uno durante la semana anote cuales son las 5 principales razones por las que quieren dejar de fumar y las 5 estrategias que van a seguir para ello. (Imagen 4).

NOMBRE:..... FECHA:.....

MIS RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

ESTRATEGIAS QUE VOY A SEGUIR PARA DEJAR DE FUMAR	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Imagen 4

• UNIDAD 3 – 3ª SEMANA

Día: 16/05/2019

Horario: de 8.45 h. a 10.00 h.

Lugar: aula de usos múltiples del módulo polivalente 13.

Número de asistentes: 6 internos, y otros 3 internos (exfumadores) que acuden de oyentes y de apoyo.

Comenzamos la sesión viendo la tabla de consumo de la semana 2, calculando el promedio de cigarrillos fumados al día. Basándonos en ese número se da la pauta de reducción de cigarrillos máximos al día que deberían consumir al día en la siguiente semana.

Si la semana anterior fumabas una media de cigarrillos/día	A partir de ahora debes fumar una media de cigarrillos/día
40	15
35	14
30	12
25	10
20	8
15	6
12	5
10	4
8	3

Hacemos un repaso sobre las razones por las cuales cada uno ha decidido dejar de fumar, para ellos usamos la tabla que se les entregó la semana anterior en la cual tenían que anotar las 5 razones principales por las que iban a abandonar el tabaco.

Lo mismo hacemos con las estrategias que han llevado a cabo y que más útiles le han sido para poder reducir el número de cigarrillos al día. Para ello trabajamos con la tabla que tienen desde la semana pasada y que han rellenado con las 5 estrategias más importantes. En este punto intervienen los internos exfumadores contando sus experiencias.

Seguimos explicando la razón o razones por las que se fuman cada cigarrillo. Algunas de estas razones son:

- Por rutina.
- Por abstinencia.
- Como premio.
- Para afrontar el estrés.
- Por aburrimiento.
- Por placer.

Hacemos ver que el tabaco tiene una finalidad determinada según la situación en la que te encuentres y que la idea es eliminar el tabaco para sustituirlo por otra cosa. Por ello nos ponemos a trabajar acerca de conductas alternativas que cumplan “la misma función” que estaba cumpliendo el cigarrillo. Entregamos una tabla para que escriban durante la semana las actividades alternativas que han llevado a cabo.

Por último pautamos unas reglas que hay que seguir para limitar el consumo. Durante esta semana NO podrán fumar:

- Hasta una hora después de levantarse.
- Hasta 30' después de comer o cenar.
- Viendo la televisión.
- En la cama.
- Conduciendo.
- Mientras tomas café, cerveza o una copa.
- En compañía de niños no fumadores.

Les entregamos una tabla de consumo para que sigan contabilizando el número de cigarrillos fumados al día.

• UNIDAD 4 – 4ª SEMANA

Día: 22/05/2019

Horario: de 8.45 h. a 10.00 h.

Lugar: aula de usos múltiples del módulo polivalente 13.

Número de asistentes: 6 internos, y otros 3 internos (exfumadores) que acuden de oyentes y de apoyo.

Comenzamos la sesión viendo la tabla de consumo de la semana 3, calculando el promedio de cigarrillos fumados al día. Hablamos en grupo sobre cómo les ha ido la semana y las dificultades que se han ido encontrando.

Repasamos las actividades alternativas que han seguido durante la semana y que les han sido de más utilidad. Debatisimos sobre las “reglas para limitar el consumo” que tenían que seguir durante toda esta semana.

Preparamos el “DIA D” o “EL GRAN DIA”. Todos los internos saben ya que mañana día 23/5/19 es el día del abandono del tabaco. Para prepararlo les entregamos una hoja donde tienen que anotar la fecha de mañana en grande. Tienen un calendario del mes de Mayo donde tienen que ir tachando cada día que pasan sin fumar. En la parte final de la hoja

tienen un apartado para anotar todo lo que van a hacer el día D. Les recomendamos que se organicen y se programen el mayor número de actividades posible durante el día.

Para terminar, hablamos sobre la ansiedad que se van a poder producir en ciertos momentos durante esta etapa. Para combatirla trabajamos sobre algunas técnicas de respiración eficaces.

• UNIDAD 5 – 5ª SEMANA

Día: 29/05/2019

Horario: de 8.45 h. a 10.00 h.

Lugar: aula de usos múltiples del módulo polivalente 13.

Número de asistentes: 6 internos, y otros 3 internos (exfumadores) que acuden de oyentes y de apoyo.

RESULTADOS

Hoy hace una semana del ansioso “día D” o día en el que empezaron a convertirse en exfumadores. Llegamos al módulo a reunirnos con los 6 internos que la semana pasada estaban dispuestos a dejar de fumar. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- 3 internos ya han dejado de fumar
- 1 interno se fuma 1-2 cigarrillos durante el día.
- 3 internos han disminuido considerablemente el número de cigarrillo/día aunque no han abandonado el hábito.

Iniciamos la sesión dando la enhorabuena a los participantes, especialmente a aquellos que empiezan a convertirse en ex-fumadores y han sido capaces de dejar de fumar con gracias a la intervención que hemos llevado a cabo con nuestro programa.

Durante esta sesión hemos hablado sobre la diferencia entre caída y recaída en cuanto al consumo de un cigarrillo, y sobretodo hemos resuelto dudas sobre cómo se previenen y pautas para afrontar las recaídas. Además, también hemos explicado en que consiste el síndrome de abstinencia y la relación entre dejar de fumar y el aumento de peso, duda que surgió a la mayoría de los asistentes.

Al finalizar la sesión, todos los internos del módulo han querido agradecernos el apoyo mostrado y nos han cantado con la guitarra unas canciones a modo de despedida. Por nuestra parte resaltar que ha sido un placer trabajar en este proyecto, llevando a cabo esta intervención y aportando todos los conocimientos adquiridos a lo largo del curso.

Gracias de antemano al tutor, a los profesores, al resto de alumnos y a todos los aquellos que han sido partícipes de este curso de prevención, educación para la salud e intervención en drogodependencias on line.

MEMORIA PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN CENTRO PENITENCIARIO DE TEIXEIRO

PROGRAMA “¡RESISTIRÉ!”

Delia González Tejedor
Nuria Domínguez Pin

Resilio [latín]: capacidad de resistir la destrucción, proteger la integridad y construir la propia vida a pesar de las circunstancias adversas que se presentan a cada persona.

Morales, 2000

JUSTIFICACIÓN

El Cannabis es la droga psicoactiva ilegal más consumida en la Unión Europea. Desde los años 90 del pasado siglo se ha objetivado un aumento exponencial en su consumo, alcanzando solo la estabilización en este incremento a partir del final de la primera década del Siglo XXI. Se estima que la prevalencia de su consumo a lo largo de la vida es de 70 millones de europeos adultos, lo que supone casi una cuarta parte de la población de entre 15 y 64 años, estando el estado español dentro de los cinco países europeos con mayor prevalencia anual de consumo en la población general. Su uso es casi el doble en varones respecto a mujeres. Además, la edad media de inicio de consumo (14,6 año) es la más precoz de todas las sustancias ilegales. Esta precocidad y frecuencia se ha relacionado con una percepción social de bajo riesgo en relación al consumo de esta sustancia e incluso a la asociación con determinados modos de vida alternativos, muy atractivos para jóvenes, sin hacerse hincapié en el hecho de representar una frecuente puerta de entrada a otros consumos (o incluso al policonsumo). Además, todo ello ha implicado un aumento de las demandas de tratamiento por problemas relacionados con su consumo (incluyendo tanto problemáticas agudas como crónicas y médicas como sociales).

La población penitenciaria, en su mayoría, se incluye en grupos de alta vulnerabilidad social desde edades precoces (incluso desde

antes del nacimiento en muchos casos), entendiendo como tal, no solo la procedencia de núcleos de pobreza económica sino también de núcleos de exclusión social, de lo que deriva una situación de desventaja a todos los niveles muy difícil de superar y que les introduce en una serie de riesgos que favorecen la perpetuación de dicha situación de desventaja. Entre estos riesgos ocupa un lugar prominente el riesgo de consumo y abuso de tóxicos. Este hecho es especialmente evidente entre las mujeres presas (que en muchos casos terminan conformando el grupo de los excluidos dentro de los excluidos).

Se ha visto que los programas de reducción de daños basados en los modelos de competencias (potenciación de las capacidades conocidas o descubiertas más que trabajo sobre los déficits) son más efectivos, especialmente en poblaciones vulnerables, que los tradicionales de corte más asistencialista y que no promueven el cambio a partir de reflexiones personales sobre las necesidades propias.

Estas estrategias buscan, a través de la mejora del autocuidado y la conciencia de riesgos, alcanzar un proceso reparador dirigido a la búsqueda a medio plazo de nuevas oportunidades y expectativas que permitan la construcción de un nuevo proyecto vital.

OBJETIVOS

A través de una reflexión individual a partir del conocimiento de los riesgos y consecuencias del consumo de Cannabis empleando

como base las experiencias propias, se pretende:

Objetivo general: Desarrollar una conciencia de autoeficiencia, entendiendo como tal, la capacidad de búsqueda de estrategias prosociales y de resolución de conflictos de una forma diferenciada a las conductas relacionadas con el consumo, como respuesta a situaciones de dificultad vinculadas a problemas de afrontamiento.

Objetivos específicos:

1. Identificar y expresar de manera efectiva de los sentimientos. Reconocimiento de la existencia de problemas individuales asociados al consumo de Cannabis.
2. Adquirir estrategias necesarias para afrontar este problema a partir de recursos propios (empoderamiento en el proceso de cambio):
 - 1.1. Fortalecer la autoestima y capacidades individuales de autocuidado.
 - 1.2. Mejorar las herramientas de comunicación.
 - 1.3. Reducir la arousal.
 - 1.4. Fortalecer redes (relación de ayuda). Sororidad.

POBLACIÓN

El Centro Penitenciario de Teixeiro, Curtis (A Coruña), es un centro catalogado como “tipo”, inaugurado en 1997. Desde su creación ha presentado una población mixta y heterogénea desde el punto de vista penal (preventivos primarios y reincidentes y penados en primer y segundo grado). Hasta 2010 contaba con dos módulos de mujeres, uno para madres y mujeres con destinos y baja conflictividad y un segundo ordinario. Tras el cierre de la Unidad de madres, toda la población femenina se concentró en un único módulo, lo que impide una correcta clasificación. Sólo a partir de 2015 se posibilitó el acceso de mujeres a la UTE del centro, convirtiéndose en uno de los módulos mixtos pioneros en nuestro estado.

A fecha 8 de mayo de 2019 nuestro centro contaba con una población total de 1.193 internos, de los cuales 73 eran mujeres (6,12%). Estas se encuentran residiendo en los módulos citados (68 en el módulo de mujeres, de carácter residencial, y 5 en la UTE, módulo mixto y en el cual se desarrolla un programa

de deshabituación y reeducación psicosocial con la colaboración de diferentes ONG's).

En este proyecto participaron 15 mujeres residentes en el módulo de mujeres y que se presentaron voluntarias al llamamiento realizado por el educador del módulo. Se utilizó como criterio de selección la historia de consumo de tóxicos y el uso correcto de la lengua castellana

RESULTADOS

La actividad suscitó un gran interés y una aceptación moderada, derivada esta discrepancia de, por un lado, lo que consideraban una escasa duración del curso pese a la necesidad que reconocían existía y, por otro lado, el aspecto diferencial de otros cursos de similares características (desde un inicio se explicó que buscaba una reflexión interna sobre lo que se iba a tratar a lo largo del mismo, como punto de partida para introducir cambios en hábitos individuales).

En todo momento hubo una importante participación en las actividades grupales y un amplio debate sobre los efectos del cannabis, del que, pese a reconocer su consumo, desconocían la mayor parte de sus efectos a medio y largo plazo. Del mismo modo, fue muy buena la aceptación de la práctica de relajación, en la que participó como director de la misma uno de los funcionarios de la oficina sanitaria, hasta el punto de generar un subgrupo para repetir la práctica en sucesivas semanas.

La práctica inicial de emociones permitió incorporar conceptos con los que luego se jugó a lo largo de los diferentes días de una forma muy amena e intuitiva. Más complejo fue el desarrollo de temas como el estrés y la comunicación, con un aspecto más conceptual y teórico, expresado además muy en el plano de las teorías de la aceptación y compromiso (mucho más bondadosas hacia uno mismo) pero que al requerir una cierta capacidad de abstracción fueron muy complejas y generaron cierto aburrimiento.

Es de destacar el gran respeto que mostraron todas ellas entre sí y qué, pese a no obtener una gran participación en las encuestas, reconocieron miedo a que se emplearan las mismas por parte de Tratamiento e influyera negativamente en su progresión penitenciaria, en los talleres se sintieron libres para explicar

sus experiencias tanto positivas como negativas con el consumo y varias afirmaron la movilización de sentimientos que había supuesto el tratar grupalmente este tema.

INDICADORES

Rendimiento:

1. Número de asistentes: 80% (primera sesión: 93,3%; segunda sesión: 80%; tercera sesión: 66,67%).
2. Número de horas: 100% (todas las sesiones cumplieron el tiempo estipulado e incluso se alargaron).
3. Entrega de actividades: Encuesta inicial 46,6% (7 de 15) y encuesta final 60% (9 de 15).

Percepción:

1. Utilidad del curso: 8
2. Calidad de los talleres: 7,28
3. Calidad de los materiales: 7,71
4. Interés del tema: 8,85
5. Ameno: 8,85

Clave: grado de aclaración de los conceptos no evaluable por la escasa cumplimentación de los cuestionarios.

RECURSOS

El curso se desarrolló en las instalaciones que dispone el centro para cursos de intervención por parte del personal del centro (tratamiento o Servicios Médicos) así como ONG's y que se conoce como "ISLA" (representa la antigua guardería del centro, cuando éste contaba con módulo de madres). En él se dispone de proyector y ordenador. Además, el centro proporcionó colchonetas para el desarrollo de la sesión de relajación.

Las autoras del programa facilitaron a las participantes el último día el dossier individual para su lectura y cumplimentación en una carpeta naranja (color de la intervención) y un bolígrafo.

Durante las sesiones se emplearon cartulinas de colores, folios, notas autoadhesivas de colores y otros materiales de papelería que fueron aportados por las autoras del programa. Del mismo modo, y durante las sesiones,

a fin de distender las jornadas se les ofertó bombones, pastas y caramelos que fueron gratamente aceptados por las participantes.

PROCESO

TEMPORALIZACIÓN

Se confeccionó el grupo con las 15 candidatas que se inscribieron al curso tras una única llamada realizada por el educador del módulo y las funcionarias de servicio en el mismo. Las participantes tenían edades comprendidas entre los 21 y los 54 años (media: 38,2 años) y eran mayoritariamente de nacionalidad española (73,3%). Se prescindió de la existencia de historia conocida de consumo de tóxicos, dado que se iba a recoger a lo largo del curso y podía contribuir a enriquecer el debate con perspectivas diferentes (fundamentalmente un refuerzo positivo por parte de no consumidoras).

La actividad se llevó a cabo en tres sesiones sucesivas a lo largo de los días 11 a 13 de junio de 2019, las dos primeras en horario de tarde y la última por la mañana.

PLAN DE ACTIVIDADES

El programa se desarrolló en tres sesiones, cada una de ellas con una duración propuesta de dos horas, basada cada una de ellas, como en años precedentes, en la formación significativa y buscando la reflexión a través de dinámicas del grupo, lo que facilita la comunicación y la participación activa de las asistentes en un ambiente de intimidad, confianza y respeto para poder exponer experiencias individuales y con ello es posible ayudar a crear una conciencia de autoeficiencia en la resolución de problemas mediante un análisis individual de las problemáticas personales y la búsqueda de soluciones propias. Pero además se buscaba la creación de conciencia de capacidad de ayuda (base de la educación por pares: peer to peer) y con ellos la ampliación de los resultados mediante un acercamiento de "experto".

Estas sesiones condensaban un programa de cinco talleres cada uno de ellos destinado a una temática relacionada con las causas generales del consumo de cannabis.

• Sesión 1

Se inició con una ronda de presentaciones tras explicar el objetivo del curso y su dinámi-

ca, incluyendo las normas de funcionamiento. Se facilitaron los cuestionarios iniciales con preguntas de filiación y su opinión sobre los riesgos asociados al consumo de cannabis, así como su historia de consumos. Tras ello, se comenzó con el Taller 1: “Emocionario” (definición de la emoción y descripción de su emoción predominante en esos momentos a partir de un circuito que se les entregó en papel). A fin de mejorar sus habilidades en la expresión de su estado, dividiéndose en grupos de 3- 4 personas, se realizó una definición de las principales emociones y se dialogó acerca de cómo se podía pasar de unas a otras. Tras un breve descanso se pasó a la segunda actividad (Taller 2: El cannabis y yo, primera parte) grupal que fue la descripción de las consecuencias de los consumos a corto y largo plazo, tanto positivas como negativas y posteriormente la puesta en común.

• Sesión 2

Se inició con un resumen de los contenidos y los debates entablados durante la jornada anterior (diferencias de emoción y sentimiento; conciencia de consecuencias del consumo; externalización como problema y diferencia de fases en el proceso de cambio).

Se facilitaron varias escalas para valorar su grado de adicción al cannabis (CAST1, SDS2) y una última sobre Escala de Autoestima3, a fin de ser entregadas al final del programa.

Después se comenzó con la segunda parte del taller “El cannabis y yo”, en ella se realizó una exposición de la neurobiología de las adicciones y de los efectos a nivel tanto

Después de unos minutos de descanso se pasó a hablar del estrés (Taller3: el estrés, primera parte), tanto de sus causas como de los aspectos positivos y negativos relacionados

con su presencia para finalmente comentar diferentes métodos de control.

• Sesión 3

Como en el día previo, el inicio consistió en una revisión de las dos sesiones anteriores y las dificultades encontradas, para a continuación seguir con la parte práctica del taller 3, que consistió en una sesión de relajación a través del método de “Entrenamiento autógeno” y en el que participó uno de los funcionarios del centro, experto en la materia. Al terminar dicha práctica se hizo una reflexión general, utilizando la comunicación y sus problemas como base (Taller 4: por qué no me entiendes), sobre los problemas individuales que habían encontrado a lo largo de su vida en la interacción consumo- familia.

Por problemas de tiempo, no pudo llevarse a cabo el último taller que se denominó “Yo me comprometo” y que vendría a resumir de forma individual el resultado del curso (fortalezas y debilidades individuales) y que iba destinado a que cada una de las participantes supieran los recursos tanto internos como externos con los que cuentan a la hora de afrontar su problema de consumo. Este contrato individual, requiere para ser llevado a cabo, haber interiorizado el contenido del curso y, por tanto, un periodo de introspección que no permitía la premura con la que se desarrollaron las sesiones.

Como modo de despedida se les pidió que definieran con una palabra la emoción que les había producido la actividad que habíamos llevado a cabo estos días y cerramos el curso con la entrega del cuestionario de satisfacción y un agradecimiento mutuo por la participación y la sinceridad manifestada a lo largo de las sesiones

1 (Cannabis Abuse Screening Test) de Francois Beck y Stéphane Legleye, 2007 (0, No Riesgo/1-2, bajo riesgo/3 riesgo moderado/4 o más, alto riesgo).

2 (Severity of Dependence Scale) de Ludwig Klaus, 2008 (puntuación entre 0 y 15, a mayor puntuación mayor riesgo, sin umbral).

3 Rosenberg, M. Rosenberg, 1989. Explora la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo (< 25, autoestima baja/26-29, autoestima media, hay que trabajar para mejorarla/>30, autoestima normal). A lo largo de este proceso plantearon sus dudas y expusieron sus experiencias.



	SDS ALEMANIA	CAST FRANCIA	DSM-IV EEUU
Nº DE ITEMS	5	6	5
MEDICIONES	Grado de dependencia experimentado por el usuario	Consumo que comporta consecuencias sociales y para la salud para el usuario o para otros	Abuso y dependencia según criterios DSM- IV
COMENTARIOS	Originariamente desarrollada para cocaína, anfetaminas y heroína. Empleada con éxito en consumidores de Cannabis	Utilizada con éxito en adolescentes y jóvenes	

CONCLUSIONES

Este curso, se planteó como una continuación del realizado en el año previo centrado en la drogadicción en la mujer utilizando como vehículo conductor la perspectiva de género. Esa actividad, representó la primera realizada en la mujer de forma específica en nuestro centro, y a raíz de ella han surgido nuevas, entre las que se encuentra la actual.

Globalmente, nos ha producido satisfacción por el ambiente de participación libre y respetuoso que ha permitido establecer. Durante las tres jornadas, las participantes, han hablado de sus experiencias y han reconocido la movilización de emociones que les ha supuesto. Pese a este aspecto positivo, y la buena aceptación que ha supuesto (con la petición de nuevas ediciones, pero ampliando el número de horas), en muchos momentos hemos observado la dificultad de llegar con los contenidos, bien por la elaboración de los mismos, bien por encontrarnos en algunos casos con mujeres con poca motivación para el cambio en estos momentos, bien por otras razones que desconocemos.

Durante la recogida de datos, al objeto de conocer mejor la población a la que estábamos hablando, solicitamos que respondieran de forma sincera a su situación actual sobre consumos, este hecho retrajo la recepción de cuestionarios por miedo a un uso no didáctico sino regimental/tratamental (pese a repetirse en diversas ocasiones que ese no era el interés).

Siempre es destacable la buena aceptación y participación en grupos de pares, donde encuentran un espacio en el que compartir sus emociones, y, creemos, que tiene un elevado valor terapéutico y desculpabilizador (que, en cierta forma, era lo que buscábamos con esta orientación diferenciada de las formas tradicionales de los contenidos del curso).

ASPECTOS INNOVADORES

Esta actividad ha supuesto una intervención diferenciada sobre los consumos, centrada sobre una droga a la que tiende a no prestarse atención (por la aceptación social a la que se ha tendido en los últimos años) y por desarrollarse específicamente en mujeres y buscando el abandono de la culpa para centrarse en sus fortalezas.

Las mujeres y la problemática de consumo que en ellas se da, requieren unas técnicas de acercamiento diferentes a los varones, pero, por ser un segmento minoritario en nuestro medio y a la vez implicar una problemática muy amplia (alta vulnerabilidad social, económica y familiar) tienden a constituir un grupo sobre el que escasamente se trabaja, sin embargo, participan de forma grata y abierta en estos programas, que, además, con frecuencia se convierten en una vía de escape psicológica de su situación vital (ayudan a plantearse circunstancias que ellas tienen aceptadas como no mutables y a promover la búsqueda de soluciones).

LÍNEAS DE MEJORA

Al tratarse de un curso con limitación temporal en la que realizar la intervención y elaborar una serie de materiales, el tiempo de realización de la actividad fue limitado. Este hecho no permitió el periodo de reflexión necesario entre las sesiones ni el desarrollo de los talleres en los días que habrían requerido, al menos uno por taller.

Por otra parte, el material, qué pese a que se buscó que fuera delicado para romper con el aspecto rudo que supone el medio, fue demasiado conceptual y difícil de entender por parte de las asistentes. Este hecho implica la necesidad de una reflexión sobre la forma, más que sobre el contenido, de exponer los aspectos teóricos para que puedan llegar mejor a las personas a las que van destinados.

Otro de los elementos que es importante plantearse es quizás la necesidad de plantear una intervención por fases, una inicial general y una segunda en aquellas que se objetive una motivación clara para el cambio o bien repetir el curso sobre el mismo grupo para verificar si la intervención ha tenido un impacto real.

Todas las asistentes, reconocieron la importancia de estos programas, per echaron de menos una mayor duración. En este sentido, sería importante valorarlo además de evitar hacerlo coincidir con otras actividades (la última sesión se llevó a cabo por la mañana y la afluencia estuvo muy mermada por coincidir con otros cursos, escuela...).



BIBLIOGRAFÍA

- Cannabis. Informes de la Comisión Clínica. Varios autores. PNSD. 2006
- Cannabis. Calafat, A. Plan Nacional sobre Drogas. 2015
- Consumo problemático de Cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas. Estudio colaborativo entre la Delegación del gobierno del Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009
- Cuaderno práctico de ejercicios de MINDFULNESS. Rodríguez, A. F. Círculo de Lectores
- Efectos psicológicos del cannabis. Caudavilla Gallego, F y Cabrera Majada, A. FMC. 15(5); 282-290. 2008
- Grupo de Conductas Adictivas, Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Diversos documentos. www.unioviedo.es
- Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes; visión diferencial para ambos sexos. Ayllón Alonso, E. et al. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 2008
- Intervención psicosocial. Prevención selectiva del consumo de drogas para niños/as y adolescentes en vulnerabilidad social. CONACE. Chile. 2005
- Kolokom.com Portugalete. Web oficial del ayuntamiento de Portugalete para información a jóvenes sobre diferentes problemáticas sociosanitarias (maltrato físico y psicológico, sexualidad, consumo de drogas...). www.kolocon.com
- La Marihuana. Drug Facts. NIH- National Institute on Drug Abuse. 2015
- Metodología en Educación para la Salud individual y grupal. www.navarra.es
- Monografía Cannabis. Bobes, J y Calafat Far, A. Adicciones. Vol.122, Suplemento 2. 2000
- Prevención para todos. El Cannabis, guía para padres y educadores. Agencia antidroga. SaludMadrid. Comunidad de Madrid.
- Programa CRA (Aproximación Comunitaria de Reforzamiento), Budney y Higgins, 1998. A través de Grupo de Conductas Adictivas, Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.
- Relación entre conductas prosociales, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. Hernández Serrano, O., Espada, J.P. y Guillén Riquelme, A. Anales de psicología. 2016. Vol32, nº 2 (mayo), 609-616
- THC, el libro marrón del cannabis. Gamonal García, A. y Moreno Arnedillo, G. ADES. 2010
- Saber más para decidir mejor. Varios autores. Plan Nacional sobre Drogas. 2001.

ANEXO 1

CRONOGRAMA (teórico para el que se formuló la intervención)

SESIÓN 1	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y OBJETIVOS	NORMAS	EMOCIONARIO (I)	PAUSA	EMOCIONARIO (II)	
SESIÓN 2	RESUMEN SESIÓN PREVIA Y DUDAS	EL CANNABIS Y YO			PSICOEDUCACIÓN	ENCUESTAS DE CONSUMO
SESIÓN 3	RESUMEN SESIÓN PREVIA Y DUDAS	EL ESTRÉS			ESPACIO DE RELAJACIÓN	
SESIÓN 4	RESUMEN SESIÓN PREVIA Y DUDAS	¿POR QUÉ NO ME ENTIENDES?			ENTRENAMIENTO AUTÓLOGO	TALENTOS
					ESPACIO DE AUTO-OBSERVACIÓN	
					AUTOREGISTROS	MI DIÁLOGO PENDIENTE
SESIÓN 5	RESUMEN SESIÓN PREVIA Y DUDAS	MINDFULNESS	PREVENCIÓN DE CRISIS		CONTRATO	ENCUESTA SATISFACCIÓN Y CIERRE
	17.00-17.15	17.15- 18.00		18.00- 18.15	18.15- 18.45	18.45- 19.00
						

ANEXO 2

PROTOCOLO DE LA INTERVENCIÓN (real)

• **SESIÓN 1: “EMOCIONARIO”**

Presentación de la actividad y normas de funcionamiento del grupo. Objetivos del programa.

- **Objetivo de la sesión:** Aprendizaje de las emociones, reconocimiento y expresión saludable, como base de la mejora del autoconocimiento a fin de ayudar a consolidar una identidad positiva.
- **Actividad:** Emocionario.

“EL CANNABIS Y YO” (parte I) Psicoeducación

- **Objetivo de la sesión:** Reconocimiento del problema a través de la sensibilización por medio de la psicoeducación como modo de iniciar el proceso de cambio.
- **Actividades:**
 - Revisión de aspectos biológicos y psicológicos relacionados con el consumo.
 - Conductas asociadas al consumo: desencadenantes.
 - Consecuencias positivas a corto plazo.
 - Consecuencias negativas a largo plazo.
 - Identificación patrón individual de consumo. ESCALAS

• **SESIÓN 2: “EL CANNABIS Y YO” (parte II), “EL ESTRÉS” (parte I)**

- **Objetivo de la sesión:** definición del estrés, elementos que contribuyen a él y técnicas para controlarlo.
- **Actividades:**
 - Determinación del nivel y características del estrés de forma individual.
 - Reconocimiento de distorsiones cognitivas propias.
 - Definición de capacidades.
 - Técnicas de relajación. Práctica grupal.

• **SESIÓN 3: “EL ESTRÉS” (parte II) Entrenamiento autógeno, práctica grupal.**

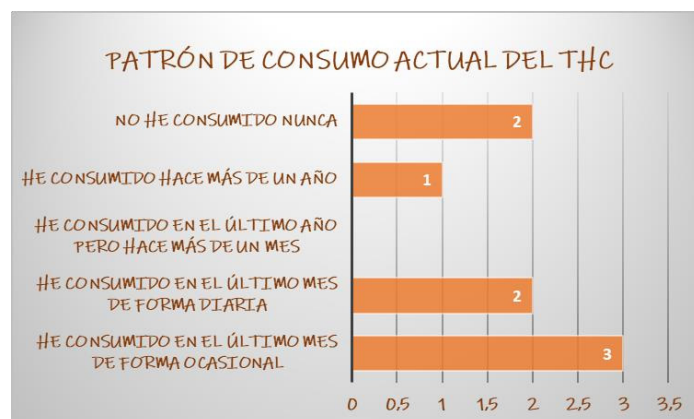
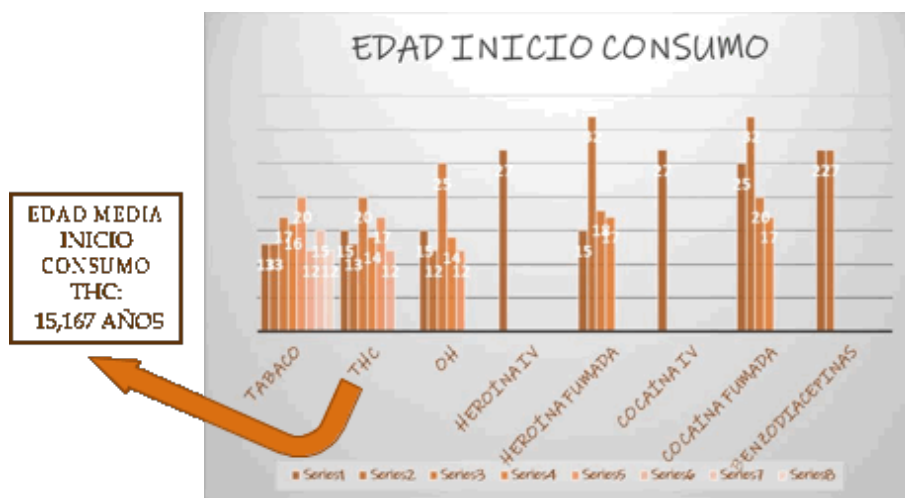
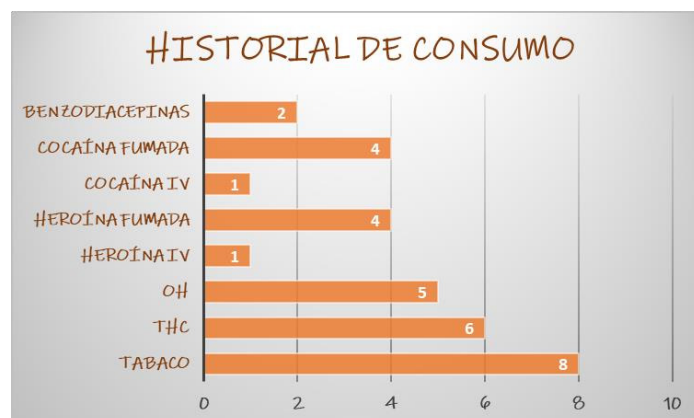
“¿POR QUÉ NO ME ENTIENDES?”

- **Objetivo de la sesión:** adquirir herramientas de comunicación positivas.
- **Actividades:**
 - Dificultades entre la expresión y la comprensión.
 - Asertividad y empatía.
 - Conectar con uno mismo.

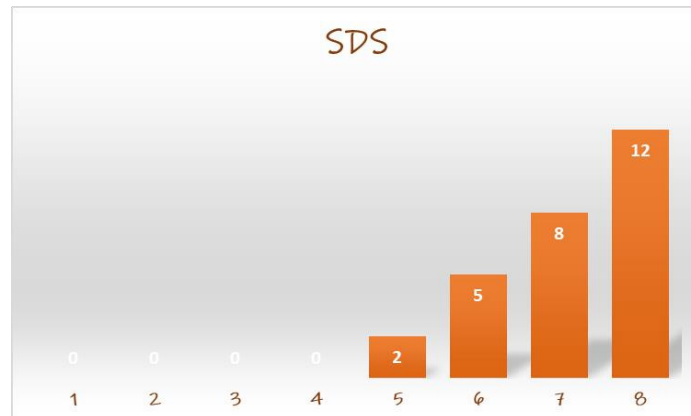
ANEXO 3

RESULTADOS DE LAS ESCALAS

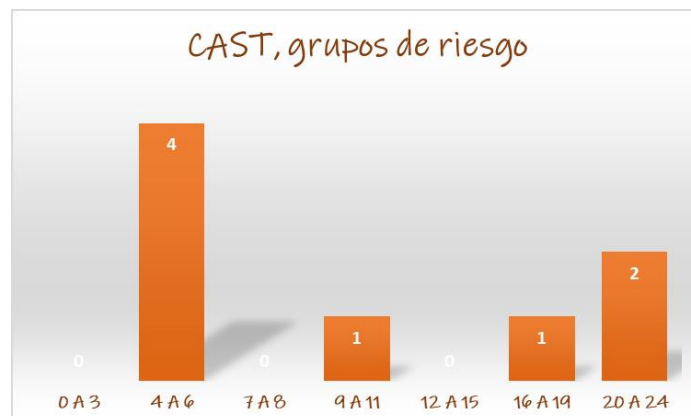
- Historia de consumos



- SDS (grado de dependencia: 0-15 sin umbral)

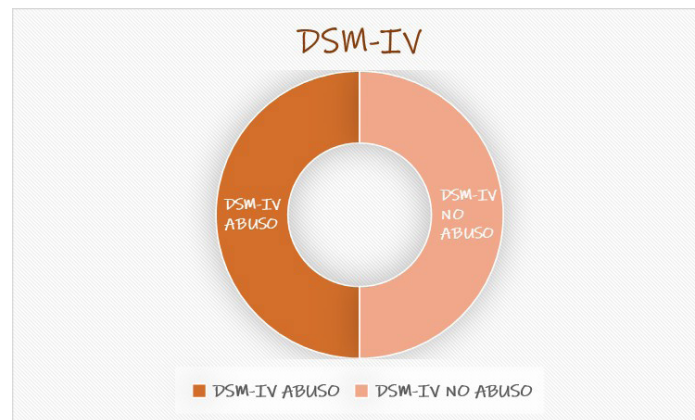


- CAST (Consumo problemático de cannabis)

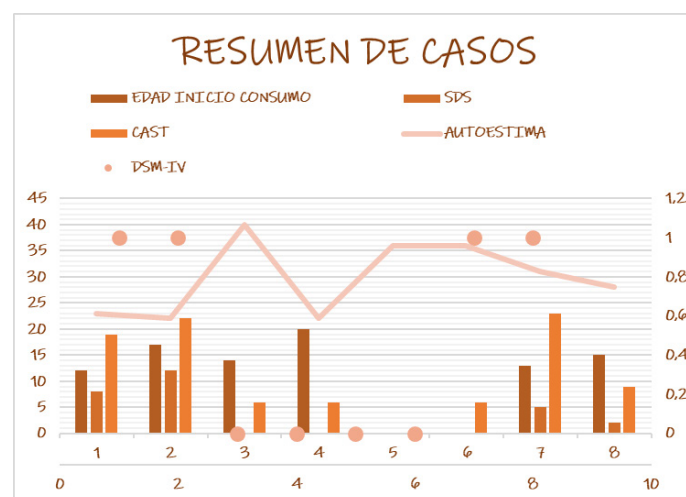
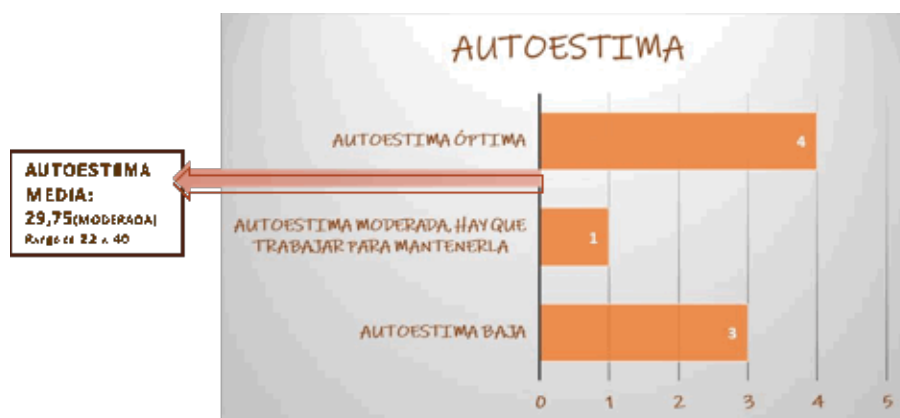


GRUPOS DE RIESGO DE MENOR A MAYOR

- DSM-IV (cumplimiento de criterios de abuso)



- AUTOESTIMA



MEMORIA PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN CENTRO PENITENCIARIO DE MENORCA

María Ramón Jiménez

INTRODUCCIÓN

En el medio penitenciario son muchas las ocasiones en que los UDVP siguen consumiendo, con las nefastas consecuencias que esto puede suponer tanto para ellos mismos, como para las personas de su contexto social próximo (familiares, compañeros de celda, trabajadores...). Estos daños asociados al consumo de drogas son multidireccionales y deben ser evitados o atenuados sin que se imponga la necesidad de eliminar el consumo.

Algunos de los riesgos están vinculados a las acciones de otras personas a través de respuestas prohibicionistas y excluyentes que aíslan y castigan a las personas que usan drogas aumentando así los riesgos y daños por el consumo, en algunos casos, como consecuencia de la estigmatización que así se produce.

El objetivo de esta intervención es implicar de forma directa y activa a los funcionarios del Cuerpo de Ayudantes de IIPP en la participación, como parte del equipo multidisciplinar, en los programas de reducción de daños, a través de la información y formación de los mismos acerca de los programas existentes en el medio penitenciario respecto al consumo de drogas, actuaciones sanitarias para la prevención y promoción de la salud y primeros auxilios frente a pinchazos o lesiones con material contaminado o frente a sobredosis.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A ABORDAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

Entre las personas que ingresan en prisión la drogodependencia es uno de los problemas más importantes por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas al consumo. Dentro de estas complicaciones, las que más preocupación generan entre los consumidores y su entorno próximo es el contagio de enfermedades a través de la vía parenteral y a través de distintas prácticas sexuales.

Por norma general, las actuaciones entorno a la reducción de daños han sido dirigidas hacia los usuarios ya que como actores principales en el consumo de drogas son las personas con mayor riesgo de contagio de enfermedades y de aparición de complicaciones agudas como puede ser la sobredosis.

Pero a pesar de la cantidad de programas sobre reducción de daños dirigidos al interno y UDYP, nos seguimos encontrando con falta de adherencia al seguimiento de los mismos, en muchas ocasiones producida por la estigmatización que sufren por parte de otros internos y por parte de trabajadores del propio Centro Penitenciario.

Por todos es sabido que los programas orientados a la reducción de daños deben ser desarrollados por un equipo multidisciplinar, entre los cuales se incluye el personal sanitario, educadores, trabajadores sociales y

psicólogos, con un papel protagonista en los mismos. Sin embargo, dentro de las prisiones, los funcionarios de vigilancia son los profesionales que más tiempo pasan con los internos, conocen sus rutinas, saben con quién se relacionan, si presentan consumo de drogas actual o han consumido drogas anteriormente, si realizan comunicaciones íntimas o familiares y otros datos relacionados con prácticas de riesgo, y por el contrario, no suelen ser tenidos en cuenta dentro del eje principal del equipo multidisciplinar. Esto hace que, en muchas ocasiones, ya sea por falta de motivación, o por falta de conocimiento de los programas existentes en la prisión, no sean colaborativos a la hora de la implantación de dichos programas.

Debido a las tareas que los funcionarios de vigilancia deben llevar a cabo en el desarrollo de su profesión, presentan riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea, que se pueden producir por cortes o pinchazos con objetos infectados cuando realizan un cacheo, cuando deben intervenir en una pelea entre varios internos o incluso cuando ellos mismos son el objetivo de la agresión. Este miedo al contagio les lleva a rechazar de manera bastante generalizada algunos programas de reducción de daños y de forma concreta el Programa de Intercambio de Jeringuillas. Así mismo, en la práctica profesional muchos enfermeros hemos presenciado como dirigen comentarios a los internos incluidos en el Programa de Mantenimiento con Metadona del tipo “¿tú también tomas de esa mierda? A ver cuando te la quitas” o “¿Para qué tomas eso? Lo que tienes que hacer es quitarte de todo ahora que estas en el talego”. Por tanto, es muy importante incluir a este grupo de profesionales para que participen de forma activa en la implementación de los programas de reducción de daños que se llevan a cabo dentro de los centros penitenciarios.

La reducción de daños en esta intervención pretende implicar a los funcionarios de vigilancia en el equipo multidisciplinar de los programas de reducción de daños, informándoles de que los riesgos a través de estos programas se reducen tanto para los internos, con mayor adherencia a los mismos, y reduciendo así la transmisión de enfermedades entre ellos, como también se reduce para los propios trabajadores, ya que habiendo menos casos de VIH, hepatitis C y hepatitis B entre

los reclusos, disminuye el riesgo de accidente laboral por contagio entre los funcionarios.

Este programa pretende formar e informar a los funcionarios de vigilancia del centro penitenciario para aumentar así la eficacia y cobertura de los programas de reducción de daños.

METODOLOGÍA EMPLEADA

La intervención se realizará mediante charlas informativas y formativas dirigidas a los funcionarios de vigilancia para aumentar el conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sanguínea, de los programas de reducción de daños y así aumentar su implicación en el desarrollo de los mismos consiguiendo de esta forma la disminución de los riesgos y daños tanto para los internos como para ellos mismos.

Se incluirán a todas las guardias de funcionarios, para lo cual deberá realizarse los días que muestra el siguiente cronograma:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1	X		X		X		
Semana 2							
Semana 3	X		X	X	X		
Semana 4							
Semana 5	X		X				
Semana 6	X		X		X		

De este modo se impartirán tres sesiones para cada una de las guardias, y cada una de ellas con una duración de dos horas, que se desarrollarán en el turno de mañana de 10h. a 12h.

Debido a las necesidades del servicio se impartirá, en una primera edición, a los jefes de servicio y encargados de cada guardia, que transmitirán la información recibida a los restantes compañeros. No obstante, cabe la posibilidad de volver a realizar el mismo proyecto de intervención con el resto de trabajadores para que los receptores sean el mayor número de personas. Por tanto, cada sesión contará con un número de participantes entre 10 y 20.

El lugar elegido para la celebración de las sesiones será una de las aulas del módulo sociocultural de la prisión.

Las acciones que se llevarán a cabo para la reducción de daños serán:

- **Educación Sanitaria:** Se informa sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y vías de transmisión del VIH y de las Hepatitis B y C. Se informa de las vacunaciones que se ofertan a los internos y se recomiendan la de los trabajadores con prevención. Se informa de la importancia de la adherencia al tratamiento del VIH para disminuir la carga viral y así reducir las posibilidades de contagio. Se dará importancia a la realización de analíticas para la detección precoz de nuevos casos.



- **Programa de intercambio de jeringuillas (PIG):** Explicar que el desarrollo del mismo no aumenta el número de consumos ni de consumidores. Dar a conocer sus normas fundamentales y su funcionamiento. Presentar los componentes de los kit que se entregan a los internos. Se favorecerá el impulso del cambio de la vía parenteral de consumo a la vía fumada.



- **Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM):** Explicar que los objetivos de estos programas son los de reducir y

limitar el consumo de opiáceos y disminuir las sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea entre los internos, y por ende entre el personal funcionario.



- **Formación en primeros auxilios, principalmente ante la sobredosis:** RCP y naloxona, así como la prevención del suceso, promocionando el uso de otras drogas. Esta formación adquiere vital importancia en los centros penitenciarios en los que el personal sanitario realiza las guardias localizadas, ya que la atención inmediata es vital para evitar las consecuencias fatales por una sobredosis.



REFLEXIÓN PERSONAL

Actualmente existen multitud de programas de distintas temáticas dentro de un centro penitenciario desarrolladas por el personal sanitario, por psicólogos, trabajadores sociales, etc., pero no debemos dar por hecho que los funcionarios de vigilancia conocen el funcionamiento y las normas de cada uno de ellos. En el caso de los programas de reducción de daños, ellos también forman una parte activa del equipo multidisciplinar, sin embargo, no reciben la formación e información necesaria

para implicarse en su correcta puesta en práctica. Es más, en algunas ocasiones producen el efecto contrario de lo que se pretende conseguir, estigmatizando a los usuarios que forman parte del programa de PMM y a los consumidores de drogas por vía parenteral.

La importancia que tiene el formar e informar a los funcionarios en los programas de reducción de daños, desde mi punto de vista aumenta la motivación y la implicación de los mismos en su puesta en práctica y seguimiento. Esto revierte beneficios en dos direcciones:

- Hacia los internos, fomentando su adherencia a los programas y disminuyendo la estigmatización de los mismos y la reducción de daños
- Hacia los trabajadores, reduciendo el riesgo de contagios de enfermedades de transmisión sanguínea durante el ejercicio de su profesión y facilitando su implicación en el seguimiento de los programas de reducción de daños por parte de los internos consumidores de drogas.

Con este proyecto de intervención intento implicar a los profesionales que actualmente pasa más tiempo con los internos y que son una fuente de acción e información con el resto de profesionales en la implementación de los programas de reducción de daños.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Trujols, A. Marco. Los programas de reducción de daños en el medio penitenciario (I): encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario. *Rev. Esp. Sanidad Penitenciaria* 1999; 2:32- 46.
2. Guía: Red Iberoamericana de ong que trabaja con drogas y adicciones (RIOD) (2018) La reducción de daños en la intervención con drogas, concepto y buenas practicas.
3. El Fondo Mundial (2017). Informe técnico. Reducción de daños para los consumidores de drogas. Ginebra-Suiza, Marzo 2017.
4. Programa Marco. Intercambio de Jeringuillas en el medio penitenciario. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. DGIP. Octubre, 2002.
5. Instrucción 3/2011. Plan de intervención general en materia de drogas en la institución penitenciaria. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Ambiente. SGIP 2011.
6. Ward, J., Bell J., Mattick, RP y Hall, W. (1998) Terapia de mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos. Guía para su uso adecuado. *Revista de toxicomanías (RET)* nº16, 9-18.

MEMORIA PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN CENTRO PENITENCIARIO DE SORIA

PROGRAMA “PREPARANDO MI LIBERTAD”

CONDUCTAS DE MENOR RIESGO PARA LA SALUD EN CONSUMIDORES DE DROGAS, EN SUS SALIDAS EN LIBERTAD

M.ª de las Mercedes Martínez Delgado
Ana Cristina de Pablo Blasco

JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas no es algo nuevo, de hecho, las drogas se han utilizado desde la antigüedad con distintos fines, religiosos, mágicos, terapéuticos, como medio de evasión entre otros. Hoy en día este fenómeno ha tomado un rumbo diferente y ha generado un problema de salud pública.⁽¹⁾

Para la OMS droga es aquella sustancia que introducida en el organismo es capaz de modificar una o varias funciones de este, especialmente del sistema nervioso central. En medicina es toda sustancia con potencial para prevenir o curar enfermedades. En farmacología es toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. Coloquialmente nos solemos referir a drogas cuando hablamos de sustancias psicoactivas y concretamente a sustancias ilegales.

Cuando hablamos de drogas es importante tener claro diferentes conceptos, entre ellos lo que se llamamos dependencia, tolerancia, adicción, “*droga de abuso*” entre otras, que se refiere a una sustancia psicoactiva, con acción reforzadora positiva (induce a repetir el consumo pese a los efectos negativos) que es capaz de generar dependencia tanto psicológica como física y que en muchas ocasiones provoca deterioro psicológico y de conducta social.

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM es un manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

que en su V edición⁽²⁾ clasifica los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos: *trastornos por consumo de sustancias* y *trastornos inducidos por sustancias*.

El *trastorno por consumo de sustancias* es la asociación de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento, que indican que la persona continua consumiendo la sustancia a pesar de los problemas y el daño que le causa. En este trastorno se unen el “*abuso*” y la “*dependencia*”.

Los *trastornos mentales inducidos por sustancias* son alteraciones mentales producidas por el uso o la abstinencia de una sustancia y similares a las que aparecen en trastornos mentales independientes como la depresión, la ansiedad o la psicosis. Para que un trastorno mental pueda considerarse inducido por sustancias, debe conocerse la sustancia implicada, que a su vez debe ser capaz de provocar las alteraciones del trastorno mental diagnosticado.⁽³⁾

El DSMV incluye 10 sustancias con las que se puede realizar el diagnóstico de trastorno por consumo: Alcohol, cannabis, tabaco, estimulantes (anfetaminas, cocaína...) alucinógenos, sedantes, opioides, inhalantes, hipnóticos y ansiolíticos.⁽²⁾

No todas las drogas son iguales, ni los tipos de consumo, especialmente en lo que se refiere al riesgo que entraña su consumo. Lo que sí está claro es que el trastorno por consumo de sustancias es actualmente un grave problema de Salud Pública que afecta a todas las esca-

las poblacionales, por una parte a población adolescente que se inicia en el consumo y por otra a consumidores de edad media que han ido desarrollando patologías relacionadas con el daño de ese consumo, debido al riesgo no controlado.⁽³⁾

El consumo de drogas y las adicciones son un problema prevalente a nivel mundial y constituye una causa de mortalidad prevenible. En el año 2014 se calcula que alrededor de 250 millones de personas en el mundo, entre 15 y 64 años eran consumidores de al menos una sustancia ilícita. En un estudio realizado en España en el que se utilizó una herramienta para el cribado de riesgos del consumo de drogas ASSIST (Alcohol, smoking and substance involvement Screenig test) en atención primaria,⁽⁴⁾ indica que la edad media de la población encuestada estaba en 51,3 años y que el 56,1% presentaba algún consumo de riesgo, moderado o grave, para nueve sustancias cribadas (tabaco 41,7% alcohol 15,4%, sedantes o hipnóticos 13, 7%, cannabis 5,7 %). Otro dato que indica este estudio es que entre las mujeres es más frecuente el uso de sedantes / hipnóticos que entre los hombres y que existe un poli consumo en el 16 % de los sujetos encuestados.

Según la encuesta estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ES-DIP) 2006 existe una elevada proporción de internos que declaran consumo de drogas. Una cuarta parte se había inyectado drogas al menos una vez en la vida y un 11,4% lo hacía de forma habitual en el momento del ingreso en prisión.⁽⁵⁾

Los datos epidemiológicos de estudios realizados en prisiones españolas ponen en evidencia la relación de los trastornos de uso de sustancias y los trastornos mentales. La prevalencia de enfermedad mental es del 40%. De este porcentaje el 6% presenta trastorno mental grave y hasta un 50% padecerían un trastorno por uso de sustancias. El 9,6% de los internos en prisiones tienen antecedentes de patología dual. Las personas en prisión que padecen trastorno por uso de sustancias psicoactivas se caracterizan por su poli toxicomanía. Pertenecen mayoritariamente a grupos sociales desfavorecidos, sin acceso real a programas de prevención y tratamiento. El consumo de benzodiacepinas está muy extendido, así como el del tabaco

que supera la prevalencia de la población general. La poli dependencia actual más habitual es alcohol-cocaína. Los trastornos antisociales y las conductas agresivas se asocian también al consumo de sustancias y presentan una prevalencia mayor que en la población general.⁽⁶⁾

Los tratamientos de los pacientes consumidores de drogas han ido dirigidos, durante muchos años, fundamentalmente a conseguir como único objetivo la abstinencia, causa de su fracaso en muchas ocasiones. En la década de los ochenta y noventa, debido en parte a la aparición del VIH las entidades médicas empiezan a plantearse lo que hoy conocemos como programas de reducción de daño.

Podemos definir los Programas de reducción de daño como: *La estrategia dirigida a individuos o grupos que tiene como objetivo reducir los daños ocasionados por ciertos comportamientos potencialmente peligrosos.*

El fin de los programas de reducción de daño no tendrá como objetivo único la abstinencia, ya que esto ha supuesto en muchos casos el fracaso de los mismos. El objetivo será mejorar el nivel de "Buen vivir" y "Buen convivir" ya que en muchos casos el consumidor nunca dejará de consumir, para ello, deberá aprender a minimizar los riesgos que esta práctica conlleva.

Cuando queremos diseñar programas de reducción de daño debemos de partir de varios fundamentos:

1. El consumo de drogas es una realidad en nuestra sociedad y es una realidad en el entorno penitenciario como parte de la sociedad que es.
2. El consumo de drogas no siempre reporta consecuencias negativas al consumidor, ya que, de forma inmediata, supone sensaciones de placer, bienestar etc. que van a ser reforzadores de la conducta y los primeros efectos que el consumidor experimente. Los efectos negativos van a producirse posteriormente, en muchos casos, como ocurre con el tabaco, quizá no lleguen a producirse nunca o se producirán décadas más tarde.
3. El consumo de drogas es complejo y multicausal. Se van a dar diferentes circunstancias que van a inducir al individuo a consumir drogas, personales,

sociales, familiares. Estas circunstancias pueden ser muy diferentes de unos a otros. Podemos encontrar personas que iniciaron el consumo en la adolescencia o por el contrario lo iniciaron en la edad adulta.

4. Los daños asociados al consumo pueden ir dirigidos al individuo consumidor o a su entorno social y familiar. Las consecuencias del consumo van a repercutir en todo el entorno social y familiar del individuo y además van a dar una diferenciación con respecto al género, donde la mujer consumidora será más estigmatizada si cabe que el hombre.

Es importante por tanto atender a las múltiples dimensiones del fenómeno de las adicciones, para poder prestar unos cuidados de calidad, ofreciendo unas pautas adecuadas a cada situación, haciendo intervenciones individualizadas, entendiendo la idiosincrasia de cada caso particular.⁽⁷⁾

OBJETIVOS

- Objetivo general:

- Concienciar a la población penitenciaria, sobre los riesgos que supone el consumo de drogas, en la salida en libertad.
- Reducir la carga de enfermedades atribuibles a las drogas, mediante la promoción del autocuidado, gestión de los riesgos y daños asociados al consumo.

- Objetivos específicos:

- Conocer los diferentes efectos de las drogas en el organismo.
- Comprender el significado de los términos: adicción, tolerancia y dependencia a drogas.
- Instruir sobre la forma de identificar las sobredosis y como actuar en caso necesario.
- Comprender el riesgo que entraña el consumo simultáneo de diferentes drogas.
- Identificar las conductas de más riesgo para la salud en el consumo de drogas.
- Comprender la relación que existe entre consumo de drogas y enfermedad mental.
- Conocer las diferentes formas de transmisión de las enfermedades relacionadas con el consumo de drogas.
- Conocer los diferentes recursos extra penitenciarios de ayuda al drogodependiente.

METODOLOGÍA

El taller irá dirigido a todos los internos presentes en el centro penitenciario, en especial a los internos que estén disfrutando de permisos penitenciarios o que lo puedan hacer en breve periodo de tiempo y a los que tengan una fecha de libertad próxima.

Se realizan dos sesiones en días consecutivos. La distribución de las actividades será la siguiente:

• PRIMERA SESIÓN

Metodología: Exposición oral

Contenidos:

Conceptos generales sobre drogas:

- Concepto de droga, tipos, vías de administración, tolerancia, dependencia, adicción.
- Efectos psicológicos y físicos de las drogas en el organismo.

Prácticas de menor riesgo en consumo de drogas:

- Sobredosis: prevención, síntomas, tratamiento.
- Interacción de las diferentes drogas en poli consumidores.
- Metadona y otros tratamientos sustitutivos de opiáceos.
- Patología DUAL.

Metodología: Taller práctico

Proyección del documental “La locura de las drogas”

• SEGUNDA SESIÓN

Metodología: Exposición oral

Contenidos:

Enfermedades relacionadas con el consumo de drogas:

- Hepatitis víricas, VIH, TBC, ETS.
- Formas de transmisión de las diferentes enfermedades.
- Programas de salud: Vacunación, programa de detección precoz de TBC.

Metodología: Taller práctico

Sesión grupal “Fiesta”. (Anexo 1)

Puesta en común de las conclusiones de cada participante.

Evaluación del taller: Test de evaluación de identificación de prácticas de consumo de drogas de mayor riesgo. (Anexo 2)

ANEXO 1

“FIESTA”

Preparación previa del educador:

En trozos de papel se irá escribiendo el “rol” que cada uno de los participantes tendrá que desempeñar (habrá tantos papeles como participantes). Algunos papeles se dejarán en blanco, en otros se escribirá la palabra preservativo (1,2 o más en función del menor o mayor número de participantes); y en dos papeles se escribirá la palabra VIH. Aparte de estos papeles, a cada participante se le entregaran tres tarjetas y en cada una de ellas cada uno anotara alguna cosa que sea muy importante para su vida.

Desarrollo del juego:

Se explica al participante en que consiste el juego.

Se trata de una fiesta a la que todos estamos invitados y vamos a tratar de relacionarnos lo máximo posible. Ahora se van a repartir una serie de papeles en los que vendrá escrito el rol que cada uno va a cumplir en la fiesta. No se abre la papeleta, hasta que no estén todos repartidos.

- ✓ En unos tendrá la palabra preservativo seguido de un número 1, 2.
- ✓ En otros tendrá la palabra VIH.
- ✓ Y otros estarán en blanco.

Podéis abrirlos e intentar que nadie vea lo que pone en vuestro papel. A continuación, empezamos a caminar alrededor de la sala intentando entablar conversación con el máximo de personas posibles.

- ✓ A los que les ponga la palabra VIH quiere decir que sois los virus que hay en esta fiesta y deberéis actuar como tal, infectar al mayor número de personas posibles. La forma de infectar será mediante un guiño de ojo. Cada vez que os infecten, contareis hasta cinco y os dirigireis a la caja que hay en el centro de la sala y depositareis una de las tres tarjetas donde habréis escrito una cosa importante para vosotros.
- ✓ Cuando os hayáis infectado tres veces ya no tendréis más tarjetas y deberéis sentaros en unas sillas que hemos dispuesto cara a la pared.
- ✓ Los que tenéis escrita la palabra preservativo estaréis seguros hasta que se os agoten el número de preservativos que figuren en vuestro papel.
- ✓ Los que tenéis el papel en blanco sois los que más peligro corréis de infectaros.
- ✓ Los que tenéis el papel con VIH también podéis infectaros (reinfección).⁽⁸⁾

ANEXO 2

CUESTIONARIO POST INTERVENCIÓN

1. Escribe tres enfermedades relacionadas con el consumo de drogas.
a) _____
b) _____
c) _____
2. Escribe tres síntomas que pueden aparecer en una sobredosis de opioides.
a) _____
b) _____
c) _____
3. Escribe tres cosas que puedes hacer para no contagiarte enfermedades infecciosas por el consumo de drogas.
a) _____
b) _____
c) _____
4. Escribe tres drogas que sean estimulantes.
a) _____
b) _____
c) _____
5. Identifica los entornos que puedan incitar tus consumos de drogas en las salidas en libertad.
a) _____
b) _____
c) _____
6. Describe qué harías ante una persona que presenta síntomas de sobredosis.
a) _____
b) _____
c) _____

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL TALLER

- a) Valora del 1 al 10 si te han parecido útiles los contenidos del taller:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- b) Valore si los profesionales que imparten el taller dominan la materia:
Poco Bastante Mucho

RESULTADOS

Al taller asistieron 18 internos. El test post intervención lo completaron 9 pacientes. Todos los pacientes contestaron a todas las preguntas excepto dos pacientes que no contestaron a la pregunta 2 donde se preguntaban los síntomas de las sobredosis. Todos identificaron alguna de las enfermedades que pueden contagiarse con el consumo de drogas, alguna de las formas de contagio, identificaron alguna droga estimulante, entornos propensos a consumo de drogas y todos contestaron como actuarían en caso de una sobredosis.

La valoración sobre la utilidad de los contenidos del taller, valorado mediante escala likert (1-10) obtuvo una puntuación media de 9,4 con una moda de 10. La valoración sobre el dominio del tema por parte de los profesionales que impartieron el taller fue valorada en una escala de: poco, bastante, mucho, la mitad de los participantes lo valoraron como mucho, la otra mitad como bastante y uno no la valoró.

CONCLUSIONES

Los talleres encaminados a disminuir los riesgos que entraña el consumo de drogas, son necesarios en el medio penitenciario, tienen una buena aceptación por parte de los internos. Las personas internas en los centros penitenciarios, son en un porcentaje alto consumidores activos de drogas y en otros casos en los que su consumo ha cesado su salida en libertad supone un reto importante a la hora de enfrentarse a esa salida. Los internos son conocedores de los efectos de las drogas de las formas de consumo, pero no tanto del riesgo que supone un consumo irresponsable, tanto en el contagio de enfermedades infecciosas como el riesgo de sobredosis que supone reiniciar el consumo o la mezcla de varias drogas en un mismo acto. Saben que el reinicio de su vida en libertad en los mismos grupos sociales de los que partieron tiene un riesgo elevado de recaída, pero desconocen cómo afrontar este hecho. Los programas de reducción de daño por lo tanto deben de encaminarse a ayudar a comprender ese riesgo y cómo afrontar determinadas situaciones que se les van a presentar en su salida en libertad.

BIBLIOGRAFIA

1. Galiana Roch J. Enfermería Psiquiátrica Barcelona: Elsevier; 2016.
2. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.; 2014. Report No.: ISBN 9788498358100.
3. Manual MSD. [Online]. [cited 2019 mayo 14/5/19. Available from: HYPERLINK "www.msdmanuals.com" www.msdmanuals.com.
4. Lopez Rodriguez JA, Rigabert A, Gomez LLano MN, Rubio G, Grupo A. Cribado de riesgo derivados del consumo de drogas utilizando la herramienta ASSIST en Pacientes de atención primaria: estudio transversal. Atención Primaria. 2018 marzo; 51(4): p. 200-207.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Intervención Sobre Drogodependencias en Centros Penitenciarios; 2008.
6. Grupo de trabajo sobre salud mental en prisiones (GSMP). Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas Madrid; 2012.
7. Fernandez Araque AM, Martinez Delgado MM, Blanco Quiroga AE, Garcés Pina E, Vera Remartinez E, Casado Hoces S, et al. Manual de Atención de Enfermería en Centros Penitenciarios. 1st ed. Ana Fernandez Araque EVR, editor. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018.
8. Equip LLuna. Talleres de Sexo + Seguro y Consumo de Drogas de menor riesgo. Guía de Intervención. Valencia: Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias., Asociación Valenciana contra el SIDA; 2000.