

El educador social en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria

El educador social en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria

Para adentrarnos en la red de recursos psiquiátricos en los centros penitenciarios de Cataluña, creemos oportuno hacerlo desde una visión global de estos, cómo se comunican y qué accesos existen entre los distintos servicios. La figura del educador social en el ámbito penitenciario tiene una larga tradición, tanto en justicia juvenil como en adultos, pero en la psiquiatría penitenciaria, ésta es una figura más nueva. El vínculo que establece el educador con el paciente y la gestión que realice de los recursos existentes son piezas clave para la reinserción del sujeto con el máximo de garantías.

The social educator in the field of penitentiary psychiatry

We believe that the network of psychiatric resources in penitentiary centres in Catalonia is best explored from the standpoint of an overall vision, of how they communicate and what access exists between the different services. The figure of the social educator has a long tradition in the penitentiary field, both in juvenile and adult justice. However, this figure is a relative newcomer to penitentiary psychiatry. The link established with the patient and the educator's management of existing resources are key elements for success in the occupational re-integration of the individual.

Palabras clave

Atención interdisciplinaria, Educador social, Individualización, Interacción, Rehabilitación psicosocial

Key words

Interdisciplinary care, Social educator, Individualisation, Interaction, Psycho-social rehabilitation

Autores: Mónica Ferrer Coca. Toni Caballé y Ana Godó

Artículo: El educador social en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria

Referencia: Educación Social, núm. 26 pp. 76-91

Dirección profesional: Mónica Ferrer y Toni Caballé:

Crta. de Martorell a Capellades Km.23

08635 Sant Esteve Sesrovires

Tel. 93 775 80 52

uhpp@sjd-ssm.com

Ana Godó:

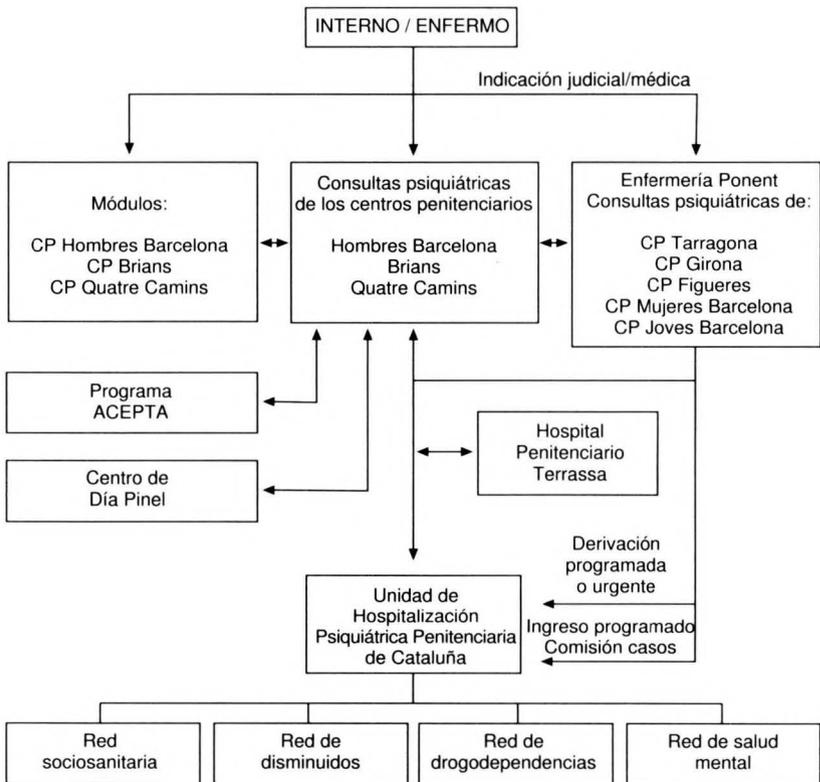
Crta. del Masnou s/n, 08400 Granollers

uhpp@sjd-ssm.com

El educador social en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria

Red psiquiátrica penitenciaria de Cataluña

Para adentrarnos en la red de recursos psiquiátricos en los centros penitenciarios de Cataluña, creemos oportuno hacerlo desde una visión global de estos, cómo se comunican y qué accesos existen entre los distintos servicios, para después detenernos en los dispositivos de la red que cuentan con la figura del educador social y que gestiona Sant Joan de Déu - Servicios de Salud Mental: Unidad Polivalente del C.P. Quatre Camins y Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Cataluña.

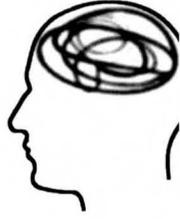


La **Unidad Polivalente de Quatre Camins** gestionada por la Institución de Sant Joan de Déu-Servicios de Salud Mental tiene como finalidad básica la mejora de la asistencia global del Centro Penitenciario, funcionando de acuerdo con la normativa penal vigente. La Unidad Polivalente nace con la clara voluntad de asistir a la población reclusa psiquiátrica desde un enfoque sanitario-asistencial siguiendo el modelo de atención y el marco conceptual de la Institución Sant Joan de Déu- Servicios de Salud mental.

El modelo de atención ha de permitir atender las necesidades de tratamiento y de rehabilitación de los internos que sufren de enfermedad mental, teniendo presente el contexto legal y penal en el que están adscritos ofreciendo una calidad de servicio. Este tratamiento se tendrá que seguir con especial dedicación una vez la persona recupere la libertad. Es por esta razón que la unidad debe asegurar la continuidad asistencial tan importante en la red psiquiátrica. El modelo de atención del usuario se basa en:

El objetivo de los profesionales es crear el deseo profundo de recuperarse en el enfermo mental

- Confiar en las capacidades de recuperación de la persona, incluso cuando el propio individuo no cree en sí mismo, animarlo sin forzarlo, escuchar y entender.
- El profesional ha de situarse delante de cada usuario con actitud abierta y respetuosa frente a su diferencia y ha de trabajar con él desde esta condición de ser único y merecedor de todo el respeto como individuo.
- Tener siempre presente que el principal protagonista del proceso de rehabilitación es el enfermo. Los profesionales han de facilitar al usuario herramientas para la recuperación. La necesidad de rehabilitación ha de surgir fundamentalmente del propio usuario. El objetivo de los profesionales es crear el deseo profundo de recuperarse en el enfermo mental.
- El paciente es el que más ha de conocer su enfermedad, sus capacidades y déficit. La información es una herramienta imprescindible para la rehabilitación.
- La motivación del profesional es una herramienta imprescindible para trabajar en rehabilitación.
- Es necesario entender la rehabilitación como doble: del individuo y su déficit y de la propia comunidad y sus déficit para integrarlo, darle apoyo y acogerlo.
- Es preciso cambiar el concepto de la rehabilitación como una cuestión de entretenimiento. La rehabilitación es un tratamiento específico e individualizado.
- El usuario se sitúa como un sujeto activo del proceso de cambio y mejora de su situación: participa y es protagonista de su recuperación.
- El proceso de rehabilitación utilizará el Plan Individual de rehabilitación, donde hoy constarán los objetivos, la periodicidad de las evaluaciones, la



temporalidad del programa, las coordinaciones necesarias, el referente del caso y el tutor asignado.

La **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria** es un elemento integrador de la red de recursos psiquiátricos destinados a los internos ingresados en los centros penitenciarios de Cataluña:

- Enfermerías psiquiátricas
- Unidad Polivalente del CP Quatre Camins
- Unidad Hospitalaria Penitenciaria de Terrassa
- Centro de Día Pinel
- Consultas psiquiátricas de los centros penitenciarios

La atención psiquiátrica penitenciaria de los servicios de Sant Joan de Déu - Servicios de Salud Mental se inspira en los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y en el modelo asistencial de la institución, con la finalidad de ofrecer un servicio de calidad y adaptado a la normativa penal y penitenciaria.

La unidad que fue inaugurada en septiembre de 2003 tiene como objetivos:

- Detectar la patología mental grave en los centros penitenciarios
- Valorar individualmente las personas que sufren una enfermedad mental identificadas.
- Prestar atención a la crisis
- Atender individual y grupalmente siguiendo un plan de trabajo
- Gestionar la coordinación con la red psiquiátrica civil para asegurar la continuidad asistencial en los casos que lo requieran.
 - Promover la coordinación y cooperación con la red penitenciaria general
 - Informar a los servicios judiciales de la situación evolutiva de los pacientes ingresados, principalmente aquellos que están sometidos a medidas de seguridad.

Rehabilitación en salud mental

Se puede ver la rehabilitación desde dos puntos de vista: un aspecto filosófico, que nos lleva a formularnos las preguntas de qué rehabilitar, para qué y hacia dónde rehabilitar, y un aspecto operativo, cómo rehabilitar.

Respecto a la primera cuestión, resulta difícil dar una visión precisa y, al mismo tiempo, suficientemente compartida, puesto que las corrientes predominantes en la rehabilitación actual (la rehabilitación psicosocial inspirada en la psicología norteamericana y la rehabilitación psiquiátrica procedente de la Psiquiatría Comunitaria y Social y la antipsiquiatría) parten de marcos teóricos y tradiciones asistenciales diferentes. Aun así, existe una clara tendencia a la integración, a partir de unos principios básicos comunes que, pese al riesgo de hacer una asimilación simplista desde unos marcos conceptuales a otros, parece importante destacar en un momento en que las prácticas rehabilitadoras progresan de forma heterogénea y confusa.

Por este motivo, y desde un ánimo integrador, hay que hablar de estos principios básicos comunes que nos ofrecen un marco de referencia a la hora de dibujar un modelo operativo de rehabilitación adecuado a la realidad.

Rehabilitación Psicosocial. Modelo de intervención

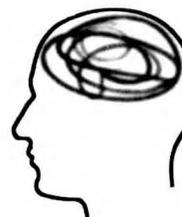
La rehabilitación psicosocial es un abordaje integral de los distintos aspectos físicos, psicológicos, profesionales y sociales de los sujetos con discapacidades, así como del entorno familiar y social en el que estos se desarrollan.

El principio que rige este enfoque es la consideración del ser humano como ser bio-psico-social. Partiendo de este punto de vista, la OMS ha acuñado tres términos: lesión, discapacidad y minusvalía, que hacen referencia a tres niveles de un mismo conjunto. Lesión hace referencia al órgano dañado; discapacidad al que afecta al propio sujeto; y minusvalía (o handicap) a las relaciones más específicas entre individuo y ambiente.

Las personas no se reducen a su enfermedad o sus déficit

La rehabilitación se sitúa en el nivel de la discapacidad y la minusvalía, asumiendo que las personas no se reducen a su enfermedad o sus déficit, sino que todas poseen, en mayor o menor grado, unas funciones conservadas y un potencial humano que es posible desarrollar. Su acción se apoya en las partes sanas del individuo y va encaminada a maximizar su potencial de crecimiento y a minimizar o hacer una reconversión de sus aspectos disfuncionales, a través de ayudas técnicas y apoyos externos que le permitan enfrentarse con mejores condiciones a las demandas de la vida cotidiana y de la realidad social.

La rehabilitación es una estrategia a largo plazo, para iniciar un proceso continuo y gradual de cambios favorables en la evolución del sujeto. La misma idea de proceso apunta un desarrollo a lo largo del tiempo (el futuro algo



diferente del presente y del pasado), opuesto a la idea de cronocidad como fijación en un estado inmodificable. La filosofía de la rehabilitación, desde una perspectiva dinámica del desarrollo humano, mantiene que no existen “estados definitivos” de incapacidad. Se basa en tres argumentos:

- todo individuo, aun en la edad adulta, posee un potencial de crecimiento psicosocial,
- la constatación empírica según la cual los individuos exhiben diferentes déficit en distintas situaciones y en distintos momentos de su evolución,
- y el hecho de que el grado de progreso de técnicas y disponibilidad de recursos, también determinan lo que es y lo que no es recuperable en un momento dado.

Las condiciones crónicas exigen proporcionar una ayuda continuada (permanente o prolongada), por esto, las intervenciones rehabilitadoras se planifican como estrategia a largo plazo, en un proyecto de futuro. La asistencia prolongada, para ser eficaz, ha de ser lo más diversificada posible, lo que significa que el sujeto debe pasar por distintas estructuras terapéuticas y rehabilitadoras conforme va evolucionando. Sin embargo, las intervenciones han de tener la suficiente flexibilidad para adecuarse a las oscilaciones del sujeto, ya que su evolución no es lineal ni uniforme, y en la dinámica del proceso pueden haber progresiones y regresiones, avances y retrocesos parciales en determinadas áreas (afectiva, relacional, laboral...), períodos de crisis o estancamiento y variaciones de ritmo.

Una acción rehabilitadora integral y centrada en la dinámica evolutiva de la persona, sólo se puede emprender a partir de un proyecto individualizado, hecho a la medida de cada sujeto.

La dimensión de individualización se refiere a los procesos incluidos en el programa y en los objetivos que se plantean. En la rehabilitación no resultan válidos programas generales a los que se han de ajustar todos los sujetos en una actividad, sino que la inclusión de estos en una actividad y la misma creación de una actividad o un espacio de intervención, surge de la valoración de sus necesidades de recuperación, capacidades, motivaciones y preferencias, y de los hitos a conseguir con la actividad concreta.

Abordar este proyecto individualizado requiere un compromiso activo por parte del sujeto. La rehabilitación no es algo que pueda *hacérselo* sin su participación. Antes al contrario, serán sus propias ideas, sentimientos, intereses, habilidades y relaciones los que irán guiando las acciones de los profesionales. Tiene que pasar del rol pasivo de paciente al rol de sujeto activo.

Tiene que pasar del rol pasivo de paciente al rol de sujeto activo

La tarea de los profesionales consiste en facilitarle los recursos para que los haga servir y a acompañarlo y darle apoyo en su experiencia.

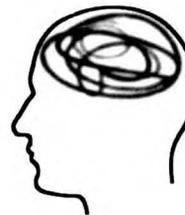
El problema más grave de las personas que sufren una enfermedad mental crónica es la falta de proyecto personal, la ausencia de futuro y esperanzas. El proceso rehabilitador, al ofrecerle nuevas alternativas de bienestar consigo y con el entorno, le abre un proyecto de vida con expectativas de futuro, junto con la recuperación de su protagonismo personal y las experiencias positivas que vaya adquiriendo en el camino, constituirán la fuente primordial de motivación en sus esfuerzos de cambio. En la medida que se consiga concretarlas en metas realistas y asequibles, el proyecto individualizado de rehabilitación iniciado por los equipos asistenciales podrá transformarse en un proyecto de vida de la propia persona discapacitada.

Definición del programa individual de rehabilitación y reinserción (PIRR)

El proceso de la rehabilitación en salud mental tiene tres fases: evaluación, planificación e intervención, que se supeditan y adaptan a las características individuales de cada persona y al momento particular en el que se encuentra el paciente. Lo más frecuente es que estas tres fases se vayan remodelando en función de las metas alcanzadas, es decir, finalizada una intervención se inicia de nuevo el proceso de evaluación, planificación y nueva intervención.

El Programa Individual de Rehabilitación y Reinserción, es un programa de trabajo en el que se materializan estas tres fases, está centrado en el sujeto y su idiosincrasia, y se trabaja de forma sistematizada, secuencialmente estructurada, dinámica y flexible.

La fase de evaluación es llevada a cabo por los diferentes profesionales de atención de la UHPP de Catalunya: psiquiatras, enfermería, psicólogos, trabajo social y educadores sociales. El equipo interdisciplinario aporta e integra toda la información recogida sobre el paciente y se materializa en la planificación de la intervención más adecuada por el paciente. La información de la evaluación es la que especifica las necesidades de los usuarios y, por consiguiente, de los cambios personales y/o ambientales que se deben producir para conseguir los objetivos pactados de rehabilitación. Es evidentemente individual, cada persona tiene su programa específico y concreto, con objetivos particulares y estrategias de intervención adaptadas.



Los objetivos se acuerdan con todo el equipo y con el paciente. Para que sean funcionales, se van revisando en función de los objetivos alcanzados, el tiempo y las necesidades emergentes. Se revisan con la observación directa, mediante escalas, autoregistros... u otros instrumentos de evaluación. Por consiguiente, los objetivos no son definitivos, son revisables y modificables, ajustados al sujeto y no al profesional, se pactan con el sujeto, su familia y los profesionales y se dividen en generales y específicos.

La intervención consiste en la implementación del PIRR. El usuario se vincula a diferentes grupos de trabajo, talleres específicos, en función del programa básico que se ha detectado como más adecuado, estableciéndose un itinerario de recuperación, en función de las necesidades detectadas y los objetivos pactados. Conjuntamente con la necesidad de intervenciones individualizadas, la rehabilitación enfatiza la necesidad de intervenir sobre el entorno del individuo, creando, modificando y/o adaptando espacios físicos y sociales de acuerdo con sus necesidades.

Esto viene justificado por la importancia de los factores del medio (ambiente físico, clima social, relaciones familiares, grupales e institucionales) en la evolución favorable o desfavorable de la persona con discapacidad, y más concretamente, de la existencia de ambientes *facilitadores* o *inhibidores* de la autonomía, la diferenciación individual y la participación social. Los ambientes facilitadores son aquellos que proporcionan una mayor atención personalizada y ofrecen ciertas oportunidades de elección, responsabilidad personal y desarrollo de los roles activos. Los motores del desarrollo serán el individuo, su ambiente y la interacción entre los dos.

Desde la óptica de la interacción individuo-entorno, el proceso rehabilitador consiste en un *interjuego* entre la capacidad del individuo para adaptarse a las demandas de su entorno real, y la adaptación de este entorno a sus posibilidades, en una dirección progresivamente normalizadora. En este contexto los dispositivos rehabilitadores se entienden como estructuras mediadoras entre la realidad subjetiva y la realidad social. Este carácter mediador (que puede ser entendido en un plano real y/o simbólico) exige una intervención a distintos niveles, en una doble dirección:

- Hacia dentro, sobre el individuo y sus relaciones, así como sobre el propio espacio residencial;
- hacia dentro, sobre el espacio social comunitario, relaciones familiares, redes y organizaciones sociales, instituciones políticas, jurídicas, administrativas.

Los dispositivos rehabilitadores se entienden como estructuras mediadoras entre la realidad subjetiva y la realidad social

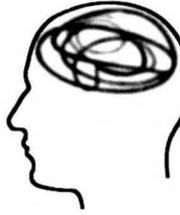
Esta intervención requiere de espacios terapéutico-rehabilitadores dinámicos y permeables, capaces de transformarse en respuesta a las demandas internas y externas, pero estos no tienen que pretender satisfacer todas las necesidades del sujeto, porque de esta manera el ajuste sujeto-entorno se estancaría en una adaptación al propio espacio mediador (hablaríamos, entonces, de una institucionalización del sujeto).

Antes al contrario, la emergencia de necesidades del sujeto que no pueden ser atendidas en el medio asistencial tal y como está, será un aliciente en la búsqueda de nuevos recursos rehabilitadores en el medio comunitario, tendiendo a un reajuste de progreso para el sujeto.

Los Profesionales de la rehabilitación. Equipo interdisciplinario

Atención interdisciplinaria: todos los pacientes de la unidad son valorados y tratados por los diferentes profesionales atendiendo a su momento evolutivo, desde la vertiente psiquiátrica, somática, psicológica, social y educativa. A grandes rasgos las funciones de cada disciplina serían:

- **Enfermería:** Valoración funcional del paciente. Colaborar en el tratamiento llevado a cabo en la Unidad. Proporcionar la atención que precisen los pacientes detectando necesidades de asistencia tanto psicopatológicas como somáticas. Coordinar los programas de farmacovigilancia y de tóxicos. Promover programas de educación para la salud y elementos de autonomía en las áreas de actividades básicas.
- **Psiquiátrica:** Valoración clínica. Definir diagnóstico psiquiátrico estableciendo niveles de gravedad psicosocial. Valoración de la competencia mental del paciente para ejercer adecuadamente su autonomía. Valoración de los riesgos para uno mismo, para los demás... Indicaciones médicas y de medidas restrictivas con evaluación continuada. Elaboración de informes periódicos.
- **Somática:** La presencia de un médico especialista en medicina familiar y comunitarios dará cobertura y asistencia médica a la totalidad de la población ingresada en la Unidad. El médico de familia atenderá las cuestiones relacionadas con la dependencia a toxicomanías coordinadamente con el



psiquiatra de referencia. Sin embargo, la coordinación con el equipo de especialistas y médicos del centro penitenciario.

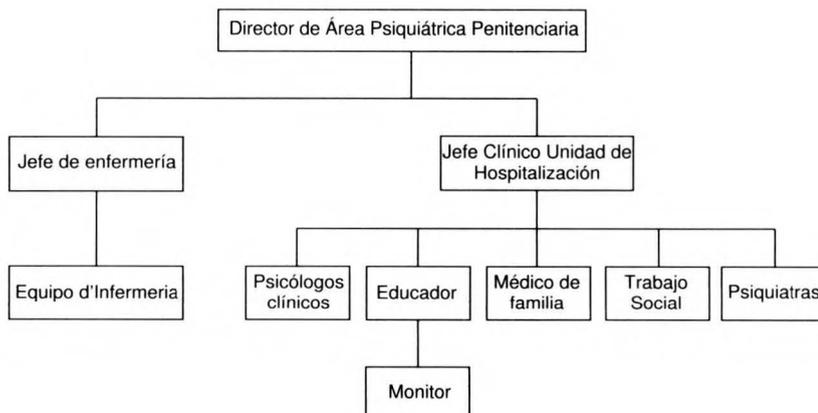
- **Psicológica:** Evaluación diagnóstica de la personalidad y de la conducta del sujeto complementaria a la clínica efectuada por el psiquiatra. Evaluación de las capacidades cognitivas, neuropsicológicas del sujeto estableciendo posibilidades y limitaciones del paciente consecuencia de la enfermedad mental, consumo de tóxicos o presencia de enfermedades orgánicas cerebrales. Intervenciones individuales y grupales definidas tanto a escala clínica como psicosocial.

- **Social y educativa:** La evaluación del entorno familiar, social y de la competencia social global del sujeto es otro elemento complementario de gran importancia para definir estrategias no sólo rehabilitadoras sino también reeducadoras.

- **Jurídica:** La presencia de jurista especializado en jurisprudencia específica del enfermo mental, aun potenciando los elementos de tratamiento, permite que las decisiones clínicas vengán garantizadas por el asesoramiento jurídico.

- **Espiritual:** La valoración y la atención espiritual del individuo se contempla desde la atención integral necesaria para dar asistencia global y de calidad.

El educador social forma parte del equipo técnico, y dentro del mismo se ubica en los grupos de trabajo de rehabilitación.



Marco de actuación, objetivos y tareas del educador social

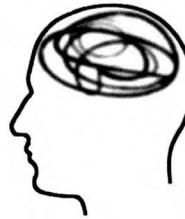
La figura del educador social está integrada dentro del equipo técnico; éste lo forman psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Su marco de actuación comprende desde la intervención específica, en la organización de la unidad, la formación, investigación y docencia.

Los objetivos del educador social son:

- Mantener las capacidades y prevenir el deterioro en: la autocura, autonomía, contacto con la realidad, funcionamiento cognitivo, conciencia y relajación del propio cuerpo para la activación y coordinación de la psicomotricidad.
 - Aumentar la autonomía emocional (autoestima, capacidad de decisión, madurez...).
 - Elaboración emocional del delito en el enfermo mental
 - Aumentar el autocontrol generando estrategias adaptativas de resolución de conflictos.
 - Estimular la motivación para la readaptación social, laboral y familiar
 - Introducir el valor del trabajo y de las relaciones con los demás
 - Recuperar y mantener los vínculos afectivos con el exterior (iguales, familiares, comunidad).
 - Sensibilizar y aproximar a la comunidad desde el equipo terapéutico
 - Favorecer un clima terapéutico que facilite las interrelaciones, el aprendizaje y la experiencia del día a día.
 - Activar recursos y capacidades personales del enfermo mental
 - Mejorar capacidades individuales: área cognitiva, relacional, emocional y pragmática (conducta).
 - Trabajar para conseguir la autonomía máxima de los pacientes.

Tareas del educador social:

- Participar en la elaboración de los programas de rehabilitación
- Participación en la elaboración del PIRR
- Evaluación de las distintas áreas desde la educación social
- Coordinación y soporte a los monitores de rehabilitación
- Coordinar programas específicos de rehabilitación
- Diseño, realización y valoración de candidatos en las actividades
- Seguimiento de los procesos individuales (tutorías)



- Evaluación de las distintas actividades (objetivos, contenidos, metodología, instrumentos de evaluación...).
- Realización de informes educativos complementarios en las altas y/o derivaciones
 - Planificación y elaboración del programa de salidas lúdicas
 - Diseño y planificación del programa de animación sociocultural y de educación permanente.
 - Coordinaciones con servicios comunitarios (sociales, culturales, lúdicos, formativos, laborales...).
 - Coordinación con la red penitenciaria (Programa Acepta, Servicio de biblioteca, Coordinación de docencia, Coordinación de educadores...).
 - Formación continua en los ámbitos de educación y rehabilitación (cursos, jornadas, congresos...).
 - Docencia a alumnos en prácticas de la diplomatura de educación social y a otros colectivos de profesionales de la rehabilitación.
 - Investigación en temas de rehabilitación y educación.

Desde los dispositivos de Sant Joan de Déu en el ámbito penitenciario (UHPPC y Enfermería Psiquiátrica C.P. Quatre Camins), los educadores han diseñado un instrumento de evaluación; éste consta de una primera entrevista semiestructurada de valoración, una prueba de detección de nivel de alfabetización y AVDs instrumentales, que junto con la observación sistemática y las valoraciones de las distintas disciplinas, aporta la información inicial para elaborar el PIRR. El instrumento de evaluación desde la educación social explora las diferentes áreas:

- Competencia social
- Historia académica, formativa y laboral
- Nivel de alfabetización
- Actividades de la vida diaria instrumentales
- Evaluación laboral, prelaboral, ocupacional y creativa
- Capacidades físicas y psicomotrices
- Motivación, intereses, *hobbies*, ocio y tiempo libre
- Sistemas de valores y creencias.

Líneas de intervención y programas

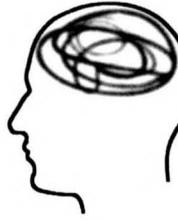
El proceso de la rehabilitación en salud mental, en el ámbito penitenciario, tiene unas características especiales. El proyecto vital del paciente se inicia en un medio excluido de la sociedad, el medio penitenciario, después de haber llevado a cabo un delito, habitualmente en el contexto de una descompensación clínica o consumo de tóxicos que ha agravado la sintomatología presente. Esto da lugar a tener que elaborar, en la medida de lo posible, la actuación que ha dado lugar a una pena y, al mismo tiempo, aprender a convivir con esta parte de su historia vital e incorporar el estigma social que conlleva, que se añade a las propias dificultades y minusvalías de la persona que sufre una enfermedad mental.

El objetivo es que la persona consiga crear un nuevo proyecto vital en el que pueda incorporar lo que es como persona, lo que quiere hacer en la vida y cómo desarrollarlo en el medio penitenciario, comunitario... es decir, en cualquier lugar donde tenga que convivir con otras personas siguiendo unas normas de comportamiento social que ayuden el desarrollo y crecimiento de la sociedad.

La población que atiende la UHPP de Catalunya está distribuida en las diferentes unidades de atención, Agudos, Subagudos, Media y Larga Estancia y Tránsito a la Comunidad, en función de la sintomatología clínica y las necesidades de los pacientes. El concepto de atención clínica por Unidades se define mediante un equipo terapéutico referente, una atención clínica individualizada y adecuada a las necesidades individuales de cada caso, y unas actividades específicas.

La intervención en rehabilitación se planifica en función de las necesidades de todos los pacientes de las Unidades, teniendo en cuenta las características de la población que atendemos y los objetivos prioritarios a alcanzar.

Actualmente, en la UHPP se ha detectado que existe una población de personas que sufren TMS y han cometido un delito que presentan edad avanzada y/o deterioro cognitivo importante (aproximadamente 10%). También hay personas con déficit intelectual moderado-severo. El resto de pacientes de la UHPP son personas con diagnóstico de TM Grave, de otros TM Grave y trastorno de la personalidad, con deterioro cognitivo leve o inexistente, menores de 65 años, algunos con posibilidades de reinserción laboral en el futuro o que podrían continuar una formación reglada que les ofreciera más oportunidades de inserción a la comunidad y de enriquecimiento personal.



En función de este perfil, se han diseñado los diferentes programas de rehabilitación:

1. Programa de Educación Permanente

Objetivo general: alcanzar las habilidades y conocimientos básicos de la sociedad actual y facilitar el acceso a los diferentes niveles y modalidades de educación.

2. Programa de Formación para el Trabajo

Objetivo general: facilitar un itinerario de actividades que ofrece la posibilidad de participar en un proceso de adquisición de habilidades básicas, de formación, de ocupación y de inserción laboral.

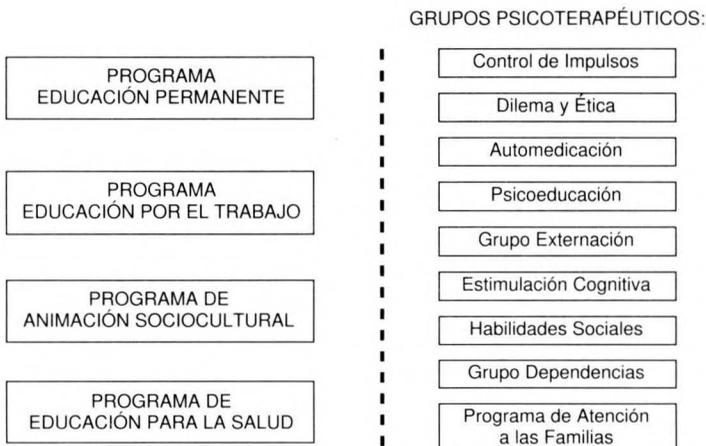
3. Programa de Animación Sociocultural

Objetivo general: fomentar el ejercicio y la participación activa de la persona en su medio de relación social.

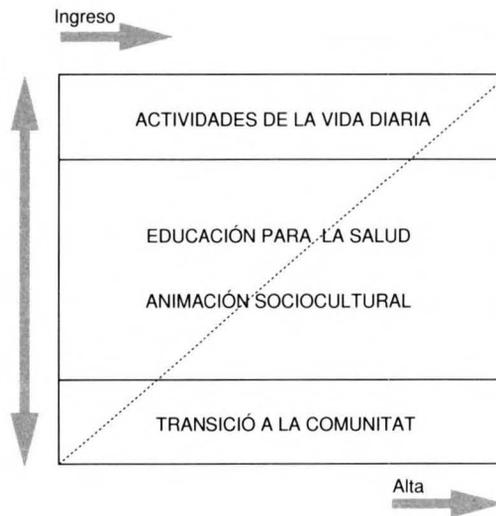
4. Programa de Educación para la Salud

Objetivo general: promover el comportamiento sano, ayudando a comprender las acciones e ideas de los sujetos, y como éstas afectan a su salud, fomentando la toma de decisiones para una vida sana.

Programas de rehabilitación

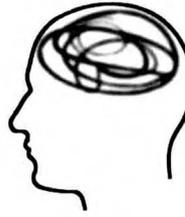


Todos los pacientes tienen acceso a los diferentes programas generales y a los específicos (psicoterapéuticos), atendiendo a sus necesidades y características, su paso o *itínere* viene determinado por un proceso gradual hacia la mayor autonomía, desde el logro y mantenimiento de las Actividades de la Vida Diaria más básicas, hasta la transición a la comunidad con lo que esto represente para cada sujeto en concreto (reinserción social, inserción laboral, formación reglada, etc.). Cada proceso tendrá un ritmo y una evolución que hay que respetar y potenciar para evitar los retrocesos, los programas han de ser suficientemente flexibles como para recoger estas diferencias y particularidades de cada sujeto.



Primeras reflexiones: Ubicación y práctica profesional del educador social en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria

La figura del educador social en el ámbito penitenciario tiene una larga tradición, tanto en justicia juvenil como en adultos, pero en la psiquiatría penitenciaria, ésta es una figura más nueva. Es, por consiguiente, la práctica diaria donde se define su marco de actuación y delimitación de funciones y tareas. Una función primordial del educador social es la de establecer un vínculo de relación entre el paciente y la comunidad, para dar una continuidad al trabajo rehabilitador que se ha realizado durante el tiempo que la persona



ha sido ingresada en el hospital. Esta actuación implica tener un contacto permanente con los diferentes servicios comunitarios, tanto de la red de salud mental y sanitaria, de inserción laboral, del ámbito académico y formativo, cultural, ocio y tiempo libre, etc.

Hacer este acompañamiento del sujeto en la comunidad nos tiene que permitir hacer un *feedback* que reajuste los programas que se llevan a cabo dentro de la unidad, para que estos sean cada vez más eficaces en su función de dotar a los pacientes de herramientas útiles para que su reinserción en la comunidad se realice de la forma más satisfactoria posible.

Este acompañamiento hacia la reinserción comunitaria se favorece y cuenta con un grado mayor de éxito en la medida en que se pueden reproducir escenarios lo más parecidos posibles a los comunitarios dentro de las unidades o medios cerrados. Esto no siempre es una tarea sencilla, las rígidas normas de seguridad y los escasos recursos, con frecuencia imposibilitan el ejercicio autónomo del sujeto que se encuentra privado de libertad. Crear espacios de aprendizaje significativos y útiles para la reinserción será una de las funciones principales del educador para que estos sean lo más extrapolables y generalizables posible para su aplicación a los espacios *normalizados* de la comunidad. El educador, pues, debe trabajar para la creación de ambientes facilitadores, climas educativos de confianza, afectivos y justos, que proporcionen oportunidades reales para el sujeto y minimicen las carencias y limitaciones de los medios penitenciarios psiquiátricos.

El vínculo que establece el educador con el paciente y la gestión que realice de los recursos existentes, tanto en la red penitenciaria como en la comunitaria, son piezas clave para la reinserción del sujeto con el máximo de garantías. El resto dependerá siempre del mismo sujeto y de factores externos no siempre controlables. La decisión y responsabilidad del sujeto ante su proceso rehabilitador y de reinserción, no son elementos en los que el educador pueda siempre influir; es necesario, pues, entender que no tenemos poder sobre la decisión del otro, pero esto no significa que no podamos ser un referente positivo e importante para la persona que inicia un nuevo proyecto de vida.

No tenemos poder sobre la decisión del otro, pero esto no significa que no podamos ser un referente positivo e importante para la persona que inicia un nuevo proyecto de vida

Mònica Derrer
Coca Toni Caballé
Educatores sociales

Ana Godó
Educatora Social y psicopedagoga