

L'educador social en l'àmbit de la psiquiatria penitenciària

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

Autors: Mònica Ferrer Coca, Toni Caballé i Ana Godó

Article: L'educador social en l'àmbit de la psiquiatria penitenciària

Referència: Educació Social, núm. 26 pp. 74-89

Adreça professional: Mònica Ferrer i Toni Caballé:

Crta. de Martorell a Capellades Km.23

08635 Sant Esteve Sesrovires

Tel. 93 775 80 52

uhpp@sjd-ssm.com

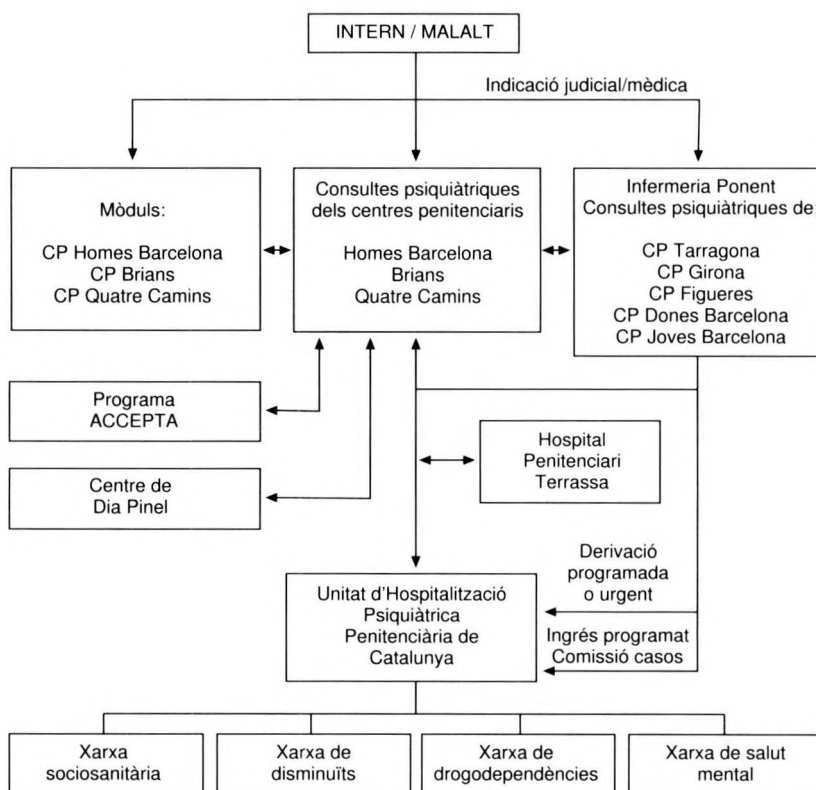
Ana Godó:

Crta. del Masnou s/n, 08400 Granollers

uhpp@sjd-ssm.com

Xarxa psiquiàtrica penitenciària de Catalunya

Per tal d'endinsar-nos en la xarxa de recursos psiquiàtrics als centres penitenciaris de Catalunya, creiem oportú fer-ho des d'una visió global d'aquests, com es comuniquen i quins accessos hi ha entre els diferents serveis, per després aturar-nos en els dispositius de la xarxa que compten amb la figura de l'educador social i que gestiona Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental: Unitat Polivalent del C.P. Quatre Camins i Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica de Catalunya.

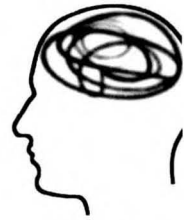


La **Unitat Polivalent de Quatre Camins** gestionada per la Institució de Sant Joan de Déu-Servei de Salut Mental té com a finalitat bàsica la millora de l'assistència global del Centre Penitenciari, tot funcionant d'acord amb la normativa penal vigent. La Unitat Polivalent neix amb la clara voluntat d'assistir a la població reclusa psiquiàtrica des d'un enfocament sanitari-assistencial seguint el model d'atenció i el marc conceptual de la Institució Sant Joan de Déu- Serveis de Salut mental.

El model d'atenció ha de permetre atendre les necessitats de tractament i de rehabilitació dels interns que pateixin de malaltia mental, tenint present el context legal i penal en el que estan adscrits oferint una qualitat de servei. Aquest tractament s'haurà de seguir amb especial dedicació un cop la persona recuperi la llibertat. És per això que la unitat ha d'assegurar la continuïtat assistencial tan important en la xarxa psiquiàtrica. El model d'atenció de l'usuari es basa en:

L'objectiu dels professionals és crear el desig profund de recuperar-se en el malalt mental

- Confiar en les capacitats de recuperació de la persona, fins i tot quan el propi individu no creu en ell mateix, animar-lo sense forçar-lo, escoltar i entendre.
 - El professional ha de situar-se davant de cada usuari amb actitud oberta i respectuosa davant la seva diferència i ha de treballar amb ell des d'aquesta condició d'ésser únic i mereixedor de tot el respecte com a individu.
 - Tenir sempre present que el principal protagonista del procés de rehabilitació és el malalt. Els professionals han de facilitar a l'usuari eines per a la recuperació. La necessitat de rehabilitació ha de sorgir fonamentalment del mateix usuari. L'objectiu dels professionals és crear el desig profund de recuperar-se en el malalt mental.
 - El pacient és el que més ha de conèixer la seva malaltia, les seves capacitats i dèficits. La informació és una eina imprescindible per a la rehabilitació.
 - La motivació del professional és una eina imprescindible per a treballar en rehabilitació.
 - Cal entendre la rehabilitació com a doble: de l'individu i el seu dèficit i de la pròpia comunitat i els seus dèficits per a integrar-lo, donar-li suport i acollir-lo.
 - Cal canviar el concepte de la rehabilitació com una qüestió d'entreteniment. La rehabilitació és un tractament específic i individualitzat.
 - L'usuari se situa com un subjecte actiu del procés de canvi i millora de la seva situació: participa i és protagonista de la seva recuperació.
 - El procés de rehabilitació utilitzarà el Pla Individual de rehabilitació, on avui constaran els objectius, la periodicitat de les avaluacions, la temporalitat del programa, les coordinacions necessàries, el referent del cas i el tutor assignat.



La **Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària** és un element integrador de la xarxa de recursos psiquiàtrics destinats als interns ingressats als centres penitenciaris de Catalunya:

- Infermeries psiquiàtriques
- Unitat Polivalent del CP Quatre Camins
- Unitat Hospitalària Penitenciària de Terrassa
- Centre de Dia Pinel
- Consultes psiquiàtriques dels centres penitenciaris

L'atenció psiquiàtrica penitenciària dels serveis de Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental s'inspira en els valors de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu i en el model assistencial de la institució, amb la finalitat d'oferir un servei de qualitat i adaptat a la normativa penal i penitenciària.

La unitat que va ser inaugurada al setembre de 2003 té com a objectius:

- Detectar la patologia mental greu als centres penitenciaris
- Valorar individualment les persones que pateixen una malaltia mental identificades.
 - Donar atenció a la crisi
 - Atendre individualment i grupalment seguint un pla de treball
 - Gestionar la coordinació amb la xarxa psiquiàtrica civil per a assegurar la continuïtat assistencial en els casos que ho requereixin.
 - Promoure la coordinació i cooperació amb la xarxa penitenciària general
 - Informar als serveis judicials de la situació evolutiva dels pacients ingressats, principalment aquells que estan sotmesos a mesures de seguretat.

Rehabilitació en salut mental

Es pot veure la rehabilitació des de dos punts de vista: un aspecte filosòfic, que ens porta a formular-nos les preguntes de què rehabilitar, per a què i cap a on rehabilitar, i un aspecte operatiu, com rehabilitar.

Pel que fa a la primera qüestió, resulta difícil donar una visió precisa i, alhora, prou compartida, ja que els corrents predominants en la rehabilitació actual (la rehabilitació psicosocial inspirada en la psicologia nord-americana i la

rehabilitació psiquiàtrica procedent de la Psiquiatria Comunitària i Social i l'Antipsiquiatria) parteixen de marcs teòrics i tradicions assistencials diferents. Tot i així, existeix una clara tendència a la integració, a partir d'uns principis bàsics comuns que, tot i amb risc de fer una assimilació simplista des d'uns marcs conceptuals a altres, sembla important destacar en un moment en què les pràctiques rehabilitadores progressen de manera heterogènia i confusa.

Per aquest motiu, i des d'un ànim integrador, cal parlar d'aquests principis bàsics comuns que ens ofereixen un marc de referència a l'hora de dibuixar un model operatiu de rehabilitació adequat a la realitat.

Rehabilitació Psicosocial. Model d'intervenció

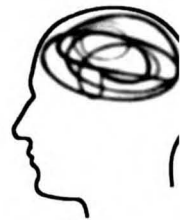
La rehabilitació psicosocial és un abordatge integral dels diferents aspectes físics, psicològics, professionals i socials dels subjectes amb discapacitats, així com de l'entorn familiar i social en el que aquests es desenvolupen.

El principi que regeix aquest enfocament és la consideració de l'ésser humà com a ésser bio-psico-social. Partint d'aquest punt de vista, l'OMS ha encunyat tres termes: lesió, discapacitat i minusvalidesa, que fan referència a tres nivells d'un mateix conjunt. Lesió fa referència a l'òrgan danyat; discapacitat al que afecta al propi subjecte; i minusvalidesa (o handicap) a les relacions més específiques entre individu i ambient.

Les persones no es redueixen a la seva malaltia o els seus dèficit

La rehabilitació se situa en el nivell de la discapacitat i la minusvalidesa, assumint que les persones no es redueixen a la seva malaltia o els seus dèficit, sinó que totes posseeixen, en major o menor grau, unes funcions conservades i un potencial humà que és possible desenvolupar. La seva acció es recolza en les parts sanes de l'individu i va encaminada a maximitzar el seu potencial de creixement i a minimitzar o fer una reconversió dels seus aspectes disfuncionals, a través d'ajudes tècniques i suports externs que li permetin enfrontar-se amb millors condicions a les demandes de la vida quotidiana i de la realitat social.

La rehabilitació és una estratègia a llarg termini, per a iniciar un procés continu i gradual de canvis favorables en l'evolució del subjecte. La mateixa idea de procés apunta un desenvolupament al llarg del temps (el futur quelcom diferent del present i del passat), oposat a la idea de cronocitat com a fixació en un estat immodificable. La filosofia de la rehabilitació, des d'una perspectiva dinàmica del desenvolupament humà, manté que no existeixen "estats definitius" d'incapacitat. Es basa en tres arguments:



- tot individu, tot i en l'edat adulta, posseeix un potencial de creixement psicosocial,
- la constatació empírica segons la qual els individus exhibeixen diferents dèficits en diferents situacions i en diferents moments de la seva evolució,
- i el fet que el grau de progrés de tècniques i disponibilitat de recursos, també determinen allò que és i allò que no és recuperable en un moment donat.

Les condicions cròniques exigeixen proporcionar una ajuda continuada (permanent o perllongada), per això, les intervencions rehabilitadores es planifiquen com a estratègia a llarg termini, en un projecte de futur. L'assistència perllongada, per tal de ser eficaç, ha de ser el més diversificada possible, cosa que significa que el subjecte ha de passar per diferents estructures terapèutiques i rehabilitadores conforme va evolucionant. Tanmateix, les intervencions han de tenir la suficient flexibilitat per tal d'adequar-se a les oscil·lacions del subjecte, ja que la seva evolució no és lineal ni uniforme, i en la dinàmica del procés hi poden haver progressions i regressions, avenços i retrocessos parcials en determinades àrees (afectiva, relacional, laboral...), períodes de crisi o estancament i variacions de ritme.

Una acció rehabilitadora integral i centrada en la dinàmica evolutiva de la persona, només es pot emprendre a partir d'un projecte individualitzat, fet a la mida de cada subjecte.

La dimensió d'individualització es refereix als processos inclosos en el programa i en els objectius que es plantegen. En la rehabilitació no resulten vàlids programes generals als que s'han d'ajustar tots els subjectes en una activitat, sinó que la inclusió d'aquests en una activitat i la creació mateixa d'una activitat o un espai d'intervenció, sorgeix de la valoració de les seves necessitats de recuperació, capacitats, motivacions i preferències, i de les fites a aconseguir amb l'activitat concreta.

Emprendre aquest projecte individualitzat requereix un compromís actiu per part del subjecte. La rehabilitació no és quelcom que pugui *fer-se-li* sense la seva participació. Ans al contrari, seran les seves pròpies idees, sentiments, interessos, habilitats i relacions els que aniran guiant les accions dels professionals. Ha de passar del rol passiu de pacient al rol de subjecte actiu. La tasca dels professionals consisteix en facilitar-li els recursos perquè els faci servir i a acompanyar-lo i donar-li suport en la seva experiència.

Ha de passar del rol passiu de pacient al rol de subjecte actiu

El problema més greu de les persones que pateixen una malaltia mental crònica és la manca de projecte personal, l'absència de futur i esperances. El procés rehabilitador, en oferir-li noves alternatives de benestar amb si mateix

i amb l'entorn, li obre un projecte de vida amb expectatives de futur, junt amb la recuperació del seu protagonisme personal i les experiències positives que vagi adquirint en el camí, constituïran la font primordial de motivació en els seus esforços de canvi. En la mesura que s'aconsegueixi concretar-les en fites realistes i assequibles, el projecte individualitzat de rehabilitació iniciat pels equips assistencials podrà transformar-se en un projecte de vida de la mateixa persona discapacitada.

Definició del programa individual de rehabilitació i reinserció (PIRR)

El procés de la rehabilitació en salut mental té tres fases: avaluació, planificació i intervenció, que se supediten i adapten a les característiques individuals de cada persona i al moment particular en el que es troba el pacient. El més freqüent és que aquestes tres fases es vaguin remodelant en funció de les fites assolides, és a dir, finalitzada una intervenció s'inicia de nou el procés d'avaluació, planificació i nova intervenció.

El Programa Individual de Rehabilitació i Reinserció, és un programa de treball en el que es materialitzen aquestes tres fases, està centrat en el subjecte i la seva idiosincràsia, i es treballa de forma sistematitzada, seqüencialment estructurada, dinàmica i flexible.

La fase d'avaluació és portada a terme pels diferents professionals d'atenció de la UHPP de Catalunya: psiquiatres, infermeria, psicòlegs, treball social i educadors socials. L'equip interdisciplinari aporta i integra tota la informació recollida sobre el pacient i es materialitza en la planificació de la intervenció més adient pel pacient. La informació de l'avaluació és la que especifica les necessitats dels usuaris i, per tant, dels canvis personals i/o ambientals que s'han de produir per aconseguir els objectius pactats de rehabilitació. És evidentment individual, cada persona té el seu programa específic i concret, amb objectius particulars i estratègies d'intervenció adaptades.

Els objectius s'acorden amb tot l'equip i amb el pacient. Per tal que siguin funcionals, es van revisant en funció dels objectius assolits, el temps i les necessitats emergents. Es revisen amb l'observació directa, mitjançant escales, autogestres... o d'altres instruments d'avaluació. Per tant, els objectius no són definitius, són revisables i modificables, ajustats al subjecte i no al professional, es pacten amb el subjecte, la seva família i els professionals i es divideixen en generals i específics.



La intervenció consisteix en la implementació del PIRR. L'usuari es vincula a diferents grups de treball, tallers específics, en funció del programa bàsic que s'ha detectat com més adient, establint-se un itinerari de recuperació, en funció de les necessitats detectades i els objectius pactats. Conjuntament amb la necessitat d'intervencions individualitzades, la rehabilitació emfasitza la necessitat d'intervenir sobre l'entorn de l'individu, creant, modificant i/o adaptant espais físics i socials d'acord amb les seves necessitats.

Això ve justificat per la importància dels factors del medi (ambient físic, clima social, relacions familiars, grupals i institucionals) en l'evolució favorable o desfavorable de la persona amb discapacitat, i més concretament, de l'existència d'ambients *facilitadors* o *inhibidors* de l'autonomia, la diferenciació individual i la participació social. Els ambients facilitadors són aquells que proporcionen una major atenció personalitzada i ofereixen certes oportunitats d'elecció, responsabilitat personal i desenvolupament dels rols actius. Els motors del desenvolupament seran l'individu, el seu ambient i la interacció entre els dos.

Des de l'òptica de la interacció individu-entorn, el procés rehabilitador consisteix en un *interjoc* entre la capacitat de l'individu per a adaptar-se a les demandes del seu entorn real, i l'adaptació d'aquest entorn a les seves possibilitats, en una direcció progressivament normalitzadora. En aquest context els dispositius rehabilitadors s'entenen com a estructures medidores entre la realitat subjectiva i la realitat social. Aquest caràcter mediador (que pot ser entès en un pla real i/o simbòlic) exigeix una intervenció a diferents nivells, en una doble direcció:

- cap a dintre, sobre l'individu i les seves relacions, així com sobre el propi espai residencial;
- cap a fora, sobre l'espai social comunitari, relacions familiars, xarxes i organitzacions socials, institucions polítiques, jurídiques, administratives.

Aquesta intervenció requereix d'espais terapèutic-rehabilitadors dinàmics i permeables, capaços de transformar-se en resposta a les demandes internes i externes, però aquests no han de pretendre satisfer totes les necessitats del subjecte, perquè d'aquesta manera l'ajust subjecte-entorn s'estancaria en una adaptació al propi espai mediador (parlaríem, llavors, d'una institucionalització del subjecte).

Ans al contrari, l'emergència de necessitats del subjecte que no poden ser ateses en el medi assistencial tal com està, serà un al·licient en la recerca de nous recursos rehabilitadors en el medi comunitari, tendint a un reajust de progrés per al subjecte.

Els dispositius rehabilitadors s'entenen com a estructures medidores entre la realitat subjectiva i la realitat social

Els Professionals de la rehabilitació. Equip interdisciplinari

Atenció interdisciplinària: tots els pacients de la unitat són valorats i tractats pels diferents professionals atenent al seu moment evolutiu, des de la vessant psiquiàtrica, somàtica, psicològica, social i educativa. A grans trets les funcions de cada disciplina serien:

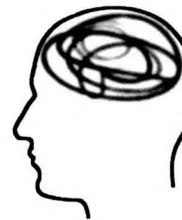
- **Infermeria:** Valoració funcional del pacient. Col·laborar en el tractament portat a terme a la Unitat. Proporcionar l'atenció que precisin els pacients tot detectant necessitats d'assistència tant psicopatològiques com somàtiques. Coordinar els programes de farmacovigilància i de tòxics. Promoure programes d'educació per a la salut i elements d'autonomia en les àrees d'activitats bàsiques.

- **Psiquiàtrica:** Valoració clínica. Definir diagnòstic psiquiàtric establint nivells de gravetat psicosocial. Valoració de la competència mental del pacient per tal d'exercir adequadament la seva autonomia. Valoració dels riscos per a un mateix, per als altres... Indicacions mèdiques i de mesures restrictives amb avaluació continuada. Elaboració d'informes periòdics.

- **Somàtica:** La presència d'un metge especialista en medicina familiar i comunitaris donarà cobertura i assistència mèdica a la totalitat de la població ingressada a la Unitat. El metge de família atindrà les qüestions relacionades amb la dependència a toxicomanies coordinadament amb el psiquiatra de referència. Tanmateix, la coordinació amb l'equip d'especialistes i metges del centre penitenciari.

- **Psicològica:** Avaluació diagnòstica de la personalitat i de la conducta del subjecte complementària a la clínica feta pel psiquiatra. Avaluació de les capacitats cognitives, neuropsicològiques del subjecte establint possibilitats i limitacions del pacient conseqüència de la malaltia mental, consum de tòxics o presència de malalties orgàniques cerebrals. Intervencions individuals i grupals definides tant a escala clínica com psicosocial.

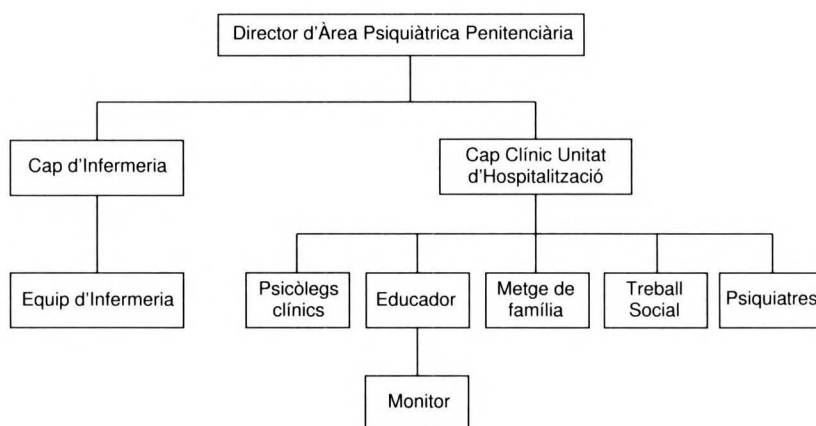
- **Social i educativa:** L'avaluació de l'entorn familiar, social i de la competència social global del subjecte és un altre element complementari de gran importància per a definir estratègies no sols rehabilitadores sinó també reeducadores.



- **Jurídica:** La presència de jurista especialitzat en jurisprudència específica del malalt mental, tot i potenciant els elements de tractament, permet que les decisions clíniques vinguin garantides per l'assessorament jurídic.

- **Espiritual:** La valoració i l'atenció espiritual de l'individu es contempla des de l'atenció integral necessària per a donar assistència global i de qualitat.

L'educador social forma part de l'equip tècnic, i dins d'aquest s'ubica en els grups de treball de rehabilitació.



Marc d'actuació, objectius i tasques de l'educador social

La figura de l'educador social està integrada dins l'equip tècnic; aquest el formen psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i infermers. El seu marc d'actuació comprèn des de la intervenció específica, a l'organització de la unitat, la formació, recerca i docència.

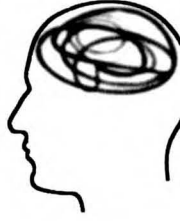
Els objectius de l'educador social són:

- Mantenir les capacitats i prevenir el deteriorament en: l'autocura, autonomia, contacte amb la realitat, funcionament cognitiu, consciència i relaxació del propi cos per a l'activació i coordinació de la psicomotricitat.
- Augmentar l'autonomia emocional (autoestima, capacitat de decisió, maduresa...).

- Elaboració emocional del delictes en el malalt mental
- Augmentar l'autocontrol generant estratègies adaptatives de resolució de conflictes.
 - Estimular la motivació per a la readaptació social, laboral i familiar
 - Introduir el valor del treball i de les relacions amb els altres
 - Recuperar i mantenir els vincles afectius amb l'exterior (iguals, familiars, comunitat).
 - Sensibilitzar i aproximar a la comunitat des de l'equip terapèutic
 - Afavorir un clima terapèutic que faciliti les interrelacions, l'aprenentatge i l'experiència del dia a dia.
 - Activar recursos i capacitats personals del malalt mental
 - Millorar capacitats individuals: àrea cognitiva, relacional, emocional i pragmàtica (conducta).
 - Treballar per aconseguir l'autonomia màxima dels pacients.

Tasques de l'educador social:

- Participar en l'elaboració dels programes de rehabilitació
- Participació en l'elaboració del PIRR
- Avaluació de les diferents àrees des de l'educació social
- Coordinació i suport als monitors de rehabilitació
- Coordinar programes específics de rehabilitació
- Disseny, realització i valoració de candidats a les activitats
- Seguiment dels processos individuals (tutories)
- Avaluació de les diferents activitats (objectius, continguts, metodologia, instruments d'avaluació...).
 - Realització d'informes educatius complementaris a les altes i/o derivacions
 - Planificació i elaboració del programa de sortides lúdiques
 - Disseny i planificació del programa d'animació sociocultural i d'educació permanent.
 - Coordinacions amb serveis comunitaris (socials, culturals, lúdics, formatius, laborals...).
 - Coordinació amb la xarxa penitenciària (Programa Accepta, Servei de biblioteca, Coordinació de docència, Coordinació d'educadors...).
 - Formació contínua en els àmbits d'educació i rehabilitació (cursos, jornades, congressos...).
 - Docència a alumnes en pràctiques de la diplomatura d'educació social i a altres col·lectius de professionals de la rehabilitació.
 - Recerca en temes de rehabilitació i educació.



Des dels dispositius de Sant Joan de Déu en l'àmbit penitenciari (UHPPC i Infermeria Psiquiàtrica C.P. Quatre Camins), els educadors han dissenyat un instrument d'avaluació; aquest consta d'una primera entrevista semiestructurada de valoració, una prova de detecció de nivell d'alfabetització i AVDs instrumentals, que juntament amb l'observació sistemàtica i les valoracions de les diferents disciplines, aporta la informació inicial per elaborar el PIRR. L'instrument d'avaluació des de l'educació social explora les diferents àrees:

- Competència social
- Història acadèmica, formativa i laboral
- Nivell d'alfabetització
- Activitats de la vida diària instrumentals
- Avaluació laboral, prelaboral, ocupacional i creativa
- Capacitats físiques i psicomotrius
- Motivació, interessos, *hobbies*, oci i temps lliure
- Sistemes de valors i creences.

Línies d'intervenció i programes

El procés de la rehabilitació en salut mental, en l'àmbit penitenciari, té unes característiques especials. El projecte vital del pacient s'inicia en un medi exclòs de la societat, el medi penitenciari, després d'haver portat a terme un delictes, habitualment en el context d'una descompensació clínica o consum de tòxics que ha agreujat la simptomatologia present. Això dona lloc a haver d'elaborar, en la mesura del possible, l'actuació que ha donat lloc a una pena i, alhora, aprendre a conviure amb aquesta part de la seva història vital i incorporar l'estigma social que comporta, el qual s'afegeix a les pròpies dificultats i minusvalideses de la persona que pateix una malaltia mental.

L'objectiu és que la persona aconseguixi crear un nou projecte vital en el qual pugui incorporar el que és com a persona, el que vol fer a la vida i com desenvolupar-ho en el medi penitenciari, comunitari... és a dir, en qualsevol lloc on hagi de conviure amb altres persones seguint unes normes de comportament social que ajudin el desenvolupament i creixement de la societat.

La població que atén la UHPP de Catalunya està distribuïda en les diferents unitats d'atenció, Aguts, Subaguts, Mitja i Llarga Estada i Trànsit a la

Comunitat, en funció de la simptomatologia clínica i les necessitats dels pacients. El concepte d'atenció clínica per Unitats es defineix mitjançant un equip terapèutic referent, una atenció clínica individualitzada i adequada a les necessitats individuals de cada cas, i unes activitats específiques.

La intervenció en rehabilitació es planifica en funció de les necessitats de tots els pacients de les Unitats, tenint en compte les característiques de la població que atenem i els objectius prioritaris a assolir.

Actualment, a la UHPP s'ha detectat que hi ha una població de persones que pateixen TMS i han comès un delictes que presenten edat avançada i/o deteriorament cognitiu important (aproximadament 10%). També hi ha persones amb dèficit intel·lectual moderat-sever. La resta de pacients de la UHPP són persones amb diagnòstic de TM Greu, d'altres TM Greu i trastorn de la personalitat, amb deteriorament cognitiu lleu o inexistent, menors de 65 anys, alguns amb possibilitats de reinserció laboral en el futur o que podrien continuar una formació reglada que els oferís més oportunitats d'inserció a la comunitat i d'enriquiment personal.

En funció d'aquest perfil, s'han dissenyat els diferents programes de rehabilitació:

1. Programa d'Educació Permanent

Objectiu general: assolir les habilitats i coneixements bàsics de la societat actual i facilitar l'accés als diferents nivells i modalitats d'educació.

2. Programa de Formació per al Treball

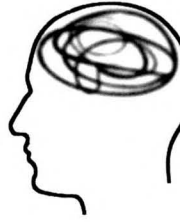
Objectiu general: facilitar un itinerari d'activitats que ofereixi la possibilitat de participar en un procés d'adquisició d'habilitats bàsiques, de formació, d'ocupació i d'inserció laboral.

3. Programa d'Animació Sociocultural

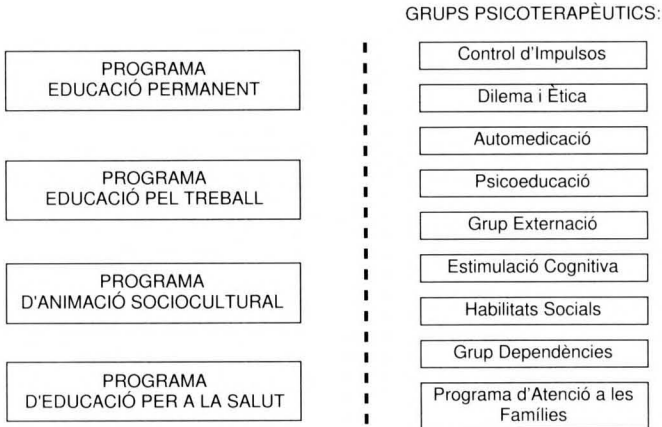
Objectiu general: fomentar l'exercici i la participació activa de la persona en el seu medi de relació social.

4. Programa d'Educació per a la Salut

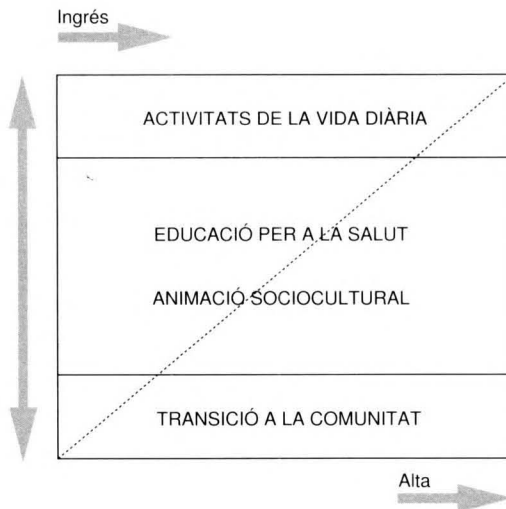
Objectiu general: promoure el comportament sa, ajudant a comprendre les accions i idees dels subjectes, i com aquestes afecten a la seva salut, fomentant la presa de decisions per a una vida sana.



Programes de rehabilitació



Tots els pacients tenen accés als diferents programes generals i als específics (psicoterapèutics), atenent les seves necessitats i característiques, el seu pas o *itínera* ve determinat per un procés gradual cap a la major autonomia, des de l'assoliment i manteniment de les Activitats de la Vida Diària més bàsiques, fins a la transició a la comunitat amb el que això representi per a cada subjecte en concret (reinserció social, inserció laboral, formació reglada, etc.). Cada procés tindrà un ritme i una evolució que cal respectar i potenciar per evitar els retrocessos, els programes han de ser prou flexibles com per recollir aquestes diferències i particularitats de cada subjecte.



Primeres reflexions: Ubicació i pràctica professional de l'educador social en l'àmbit de la psiquiatria penitenciària

La figura de l'educador social en l'àmbit penitenciari té una llarga tradició, tant en justícia juvenil com en adults, però en la psiquiatria penitenciària, aquesta és una figura més nova. És, per tant, la pràctica diària on es defineix el seu marc d'actuació i delimitació de funcions i tasques. Una funció primordial de l'educador social és la d'establir un vincle de relació entre el pacient i la comunitat, per tal de donar una continuïtat al treball rehabilitador que s'ha realitzat durant el temps que la persona ha estat ingressada a l'hospital. Aquesta actuació implica tenir un contacte permanent amb els diferents serveis comunitaris, tant de la xarxa de salut mental i sanitària, d'inserció laboral, de l'àmbit acadèmic i formatiu, cultural, oci i temps lliure, etc.

Fer aquest acompanyament del subjecte a la comunitat ens ha de permetre fer un *feedback* que reajusti els programes que es porten a terme dins de la unitat, per tal que aquests siguin cada cop més eficaços en la seva funció de dotar als pacients d'eines útils perquè la seva reinserció a la comunitat es realitzi de la manera més satisfactòria possible.

Aquest acompanyament cap a la reinserció comunitària s'afavoreix i compta amb un grau major d'èxit en la mesura en què es poden reproduir escenaris el més semblants possibles als comunitaris dins de les unitats o medis tancats. Això no sempre és una tasca senzilla, les rígides normes de seguretat i els escassos recursos, sovint impossibiliten l'exercici autònom del subjecte que es troba privat de llibertat. Crear espais d'aprenentatge significatius i útils per a la reinserció serà una de les funcions principals de l'educador per tal que aquests siguin el més extrapolables i generalitzables possible per a la seva aplicació als espais *normalitzats* de la comunitat. L'educador, doncs, ha de treballar per a la creació d'ambients facilitadors, climes educatius de confiança, afectius i justos, que proporcionin oportunitats reals per al subjecte i minimitzin les mancances i limitacions dels medis penitenciaris psiquiàtrics.

El vincle que estableix l'educador amb el pacient i la gestió que realitzi dels recursos existents, tant en la xarxa penitenciària com en la comunitària, són peces clau per a la reinserció del subjecte amb el màxim de garanties. La resta dependrà sempre del mateix subjecte i de factors externs no sempre controlables. La decisió i responsabilitat del subjecte davant el seu procés rehabilitador i de

No tenim poder sobre la decisió de l'altre, però això no significa que no puguem ser un referent positiu i important per a la persona que inicia un nou projecte de vida



reinscripció, no són elements en els que l'educador pugui sempre influir; cal, doncs, entendre que no tenim poder sobre la decisió de l'altre, però això no significa que no puguem ser un referent positiu i important per a la persona que inicia un nou projecte de vida.

Mònica Ferrer Coca
Toni Caballé
Educatadors socials

Ana Godó
Educatadora social i psicopedagoga