

Yo no quería ser un enfermo

De la comunitat a la presó, la vivència emocional de l'esquizofrènia

TREBALL FINAL DE GRAU

Nom: Gemma Català Solé

Grau: Educació Social

Professor: Oriol Segòvia

Itinerari: Salut i promoció de l'autonomia

Curs: 2018-2019

Data de dipòsit: 21 de Juny

Facultat: Facultat d'Educació social i Treball social, Fundació Pere Tarrés

Yo no quería ser un enfermo

De la comunitat a la presó, la vivència emocional de l'esquizofrènia

Agraïments:

Agraïr especialment a les persones que conviuen amb la realitat de l'esquizofrènia per explicar-se amb transparència, pel respecte i el vincle, sense el seu ajut no hagués pogut donar cos al treball. Per haver-me fet sentir gran amb un "gràcies per haver-te atrevit a sortir al pati de la presó amb nosaltres".

A la meva mare, per apropar-me al món de la salut mental.

Al David, per donar-me l'espai amb la M.

A l'Alberto i en Pablo, per haver crescut junts en aquesta realitat.

Als professors que m'han incentivat al llarg de la meva vida acadèmica.

Als escriptors que estimulen la meva capacitat reflexiva.

Yo no quería ser un enfermo

De la comunitat a la presó, la vivència emocional de l'esquizofrènia

RESUM

La vivència emocional d'un brot psicòtic afecta a la percepció, consciència, sentiments, comportament, sensacions i vincle amb l'entorn, que una persona experimenta durant el transcurs de la malaltia. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar les necessitats comunes en les set persones que pateixen o experimenten esquizofrènia paranoide al centre penitenciari Brians I i quatre persones a medi civil, a l'Hospital psiquiàtric de Martorell. Descobrir a la vegada els àmbits d'intervenció dins l'educació social i el·laborar línies i estratègies d'intervenció.

Les intervencions psicosocials on l'educador participa han demostrat la seva eficàcia en la millora del benestar de la persona, disminuint les possibles recaigudes, millorant la xarxa relacional i el funcionament social, dotant d'eines per superar inseguretats, por i estigmatitzacions. És per això, que hi ha una necessitat d'actuació rellevant per part de l'educador social en l'àmbit de l'esquizofrènia, amb la finalitat de que l'educador pugui millorar la seva qualitat de vida, tenint en compte les necessitats, objectius i preferències de la persona ajudant de manera directa (mitjançant la relació amb el mateix) on precisi suport, amb l'objectiu de promoure una major autonomia a través de tasques de suport emocional, millora de consciència de malaltia, d'acompanyament, entre d'altres, sent el professional un element terapèutic.

La metodologia s'estructurarà en tres fases. La primera d'elles, (fase I) partirà de l'anàlisi de documents i bibliografia sobre el fenomen de la esquizofrènia. En segon lloc, (fase II) analitzar les funcions, rols, professionals que intervenen en centres penitenciaris i en medi civil amb persones que pateixen esquizofrènia. En últim lloc, (fase III) comparar les vivències a medi civil i medi penitenciari. Conèixer els elements clau en l'acompanyament dels professionals en el trastorn mental. Tot això, contrastat amb la vivència de la persona, què sent, què necessita i com elabora la situació de crisi.

Les eines emprades contemplan les entrevistes estructurades i semi-estructurades i diari de camp de l'observació participant, com a tècnica d'apropament a la realitat aprofundint en dades quantitatives i qualitatives.

Eines qualitatives:

1. Enquestes
2. Entrevista
3. Histories de vida
4. Observació participant

Eines quantitatives:

1. Entrevistes
2. Observació sistematitzada

En relació a l'objectiu plantejat, s'obtenen característiques comunes entre el medi civil i el medi penitenciari, contemplant la desvinculació laboral de manera forçosa, el gran aïllament social, ocultar els símptomes de la malaltia i l'abús de substàncies estupefacents per evitar el patiment.

Paraules clau: Esquizofrènia, Salut mental, Educació social, vivències de la malaltia, centre penitenciari.

RESUMEN

La vivencia emocional de un brote psicótico afecta a la percepción, conciencia, sentimientos, comportamiento, sensaciones y vínculo con el entorno, que una persona experimenta durante el transcurso de la enfermedad. El objetivo de este estudio es analizar las necesidades comunes en las siete personas que sufren o experimentan esquizofrenia paranoide en el centro penitenciario Brians I y cuatro personas en medio civil, en el Hospital psiquiátrico de Martorell. Descubrir a la vez los ámbitos de intervención dentro de la educación social y elaborar líneas y estrategias de intervención.

Las intervenciones psicosociales donde el educador participa han demostrado su eficacia en la mejora del bienestar de la persona, disminuyendo las posibles recaídas, mejorando la red relacional y el funcionamiento social, dotando de herramientas para superar inseguridades, miedos y estigmatizaciones. Es por ello, que existe una necesidad de actuación relevante por parte del educador social en el ámbito de la esquizofrenia, con el fin de que el educador pueda mejorar su calidad de vida, teniendo en cuenta las necesidades, objetivos y preferencias de la persona ayudante de manera directa (mediante la relación con el mismo) donde precise apoyo, con el objetivo de promover una mayor autonomía a través de tareas de apoyo emocional, mejora de conciencia de enfermedad, de acompañamiento, entre otros, siendo el profesional un elemento terapéutico.

La metodología se estructurará en tres fases. La primera de ellas, (fase I) partirá del análisis de documentos y bibliografía sobre el fenómeno de la esquizofrenia. En segundo lugar, (fase II) analizar las funciones, roles, profesionales que intervienen en centros penitenciarios y en medio civil con personas que padecen esquizofrenia. En último lugar, (fase III) comparar las vivencias en medio civil y medio penitenciario. Conocer los elementos clave en el acompañamiento de los profesionales en el trastorno mental. Todo ello, contrastado con la vivencia de la persona, qué siente, qué necesita y cómo elabora la situación de crisis.

Las herramientas empleadas contemplan las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas y diario de campo de la observación participante, como técnica de acercamiento a la realidad profundizando en datos cuantitativos y cualitativos.

Herramientas cualitativas:

1. Encuestas
2. Entrevista
3. Historias de vida
4. Observación participante

Herramientas cuantitativas:

1. Entrevistas
2. Observación sistematizada

En relación al objetivo planteado, se obtienen características comunes entre el medio civil y el medio penitenciario, contemplando la desvinculación laboral de manera forzosa, el gran aislamiento social, ocultar los síntomas de la enfermedad y el abuso de sustancias estupefacents para evitar el sufrimiento.

Palabras clave: Esquizofrenia, Salud mental, Educación social, vivencias de la enfermedad, centro penitenciario.

ABSTRACT

There is a wide variety of mental disorders that are characterized by changes in the level of thinking, perceptions, affections on the emotional level, behavior and ties with the environment. Among the great cases, schizophrenia and other psychoses, depression or bipolar disorders could be highlighted.

We understand by emotional experience of a psychotic outbreak the perception, awareness, feelings and sensations that the person experiences during the course of the illness.

Therefore, the objective of the work is to discover the psycho-social role that the figure of the educator has in front of people who suffer from a psychotic outbreak, specifically diagnosed with paranoid schizophrenia within the penitentiary environment, through a first-class experience Person during the completion of fourth-year practices and, secondly, doing research on what constitutes a mental disorder and what is the scope of intervention regarding the social educator, to be able to do also, a comparative With the civil environment. The psychosocial interventions in which the educator participates have demonstrated their effectiveness in improving the well-being of the person, reducing the possible relapses, improving the relational network and social functioning, providing tools to overcome insecurities, fears and stigmatization. For this reason, it will be necessary to discover if there is a need for action by the social educator, how, at what stages and to counteract, how the person lives it, what he feels, what he needs and how he develops the crisis situation.

The methodology will be structured in three phases. The first, (phase I) will start from the analysis of documents and bibliography on the phenomenon of schizophrenia. Secondly, (Phase II) analyze the functions, roles, professionals who intervene in penitentiary centers and in the civil environment with people suffering from schizophrenia. Lastly, (phase III) compare experiences to the civil and penitentiary environment. Know the key elements in accompanying professionals in mental disorders. All this, contrasted with the person's experience, what he feels, what he needs and how he makes the crisis situation.

The tools used include the structured and semi-structured interviews and the field diary of participant observation, as a technique of approaching reality, deepening quantitative and qualitative data.

Qualitative tools:

1. Surveys
2. Interview
3. Life histories

4. Participant observation

Quantitative tools:

1. Interviews
2. Systematized observation

In relation to the objective raised, common characteristics are obtained between the civil mediation and the penitentiary environment, contemplating the forced separation of labor, the great social isolation, hiding the symptoms of the illness and the abuse of narcotic substances to avoid the suffering.

Keywords: Schizophrenia, Mental health, Social education, experiences of the disease, penitentiary center.

1. Introducció i justificació	11
2. Pregunta inicial i objectius.....	15
3. Metodologia	17
4. Marc teòric - estat de la qüestió	21
4.1 Contextualització legal	22
4.2. Salut	25
4.2.1 Salut mental i trastorns mentals.....	26
4.2.2 Sistema de classificació en els TM	30
4.2.3 Psicosis.....	31
4.2.4 Esquizofrènia.....	33
4.2.5 Subtipus i característiques clíniques de l'esquizofrènia.....	35
4.2.6 Criteris del DSM.....	37
4.2.7 Epidemiologia	38
4.2.8 Contenció farmacològica i vivència emocional.....	40
5. Intervenció de l'educador social amb pacients amb trastorns mentals	43
5.1 Rol de l'educador social en les diferents fases de l'esquizofrènia	49
5.2 Presó i salut mental	51
5.3 Malaltia mental i centre penitenciari (Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica penitenciària).....	51
6. Resultats.....	53
7. Anàlisi i discussió.....	64
8. Conclusions	73
9. Bibliografia	75
10. Acrònims.....	78

El present treball aborda una comparativa vivencial sobre la descompensació psicòtica en dos escenaris: el medi civil i el medi penitenciari. Aquesta dualitat de vivències es durà a terme a través de la població diana seleccionada, interns de la unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciària de Brians 1 (UHPP) (setembre de 2016-desembre 2016) i pacients de l'Hospital Psiquiàtric Sagrat Cor (juliol 2017- agost 2017), diagnosticats d'esquizofrènia paranoide.

La realització de l'estudi parteix, d'una banda de la cerca bibliogràfica sobre la malaltia de l'esquizofrènia, i d'altra banda, de l'expressió verbal sobre la vivència de la malaltia dels interns.

Per endinsar-se en l'àmbit de la salut mental no només es partirà de la vivència personal de l'intern. Basar-se en la vivència d'un brot psicòtic en si, seria profunditzar només en la singularitat d'un estat mental puntual. L'entorn de l'usuari és condicionant en la clínica i vivència de la malaltia. Per això, es considera essencial esbrinar com les diferents figures professionals, especialment l'educador/a social, actuen en situació de descompensació clínica (d'ara endavant brot psicòtic) i quines funcions concretes duen a terme. Així doncs, poder tenir més eines a l'hora de realitzar futures intervencions professionals.

Les persones amb esquizofrènia paranoide a la societat contemporània representen un percentatge molt petit, per això es considera una sort tant poder apropar-se a les vivències en primera persona d'aquests usuaris i alhora, conèixer el rol que realitza l'educador social i la resta de professionals en un procés de descompensació. Quan actua, com i amb quines finalitats. L'estudi pretén aportar coneixement des del camp de l'educació social, a la pràctica de les professions socials i sanitàries i alhora conscienciar als professionals sobre possibles condicionants: moment vital, factors externs, elements de la personalitat, entre d'altres.

És rellevant destacar a partir de la observació en context de pràctiques el percentatge de persones amb esquizofrènia paranoide a centres penitenciaris. Aquest representa un conjunt reduït, per tant, és una riquesa poder apropar-se a un col·lectiu minoritari i de difícil accés si no es té vinculació amb el centre penitenciari.

Tal com la OMS (Abril 2016) exposa, l'esquizofrenia afecta a més de 21 milions de persones arreu del món, però no és tan comú com molts altres trastorns mentals. És més freqüent en homes (12 milions) que en dones (9 milions), i els homes desenvolupen l'esquizofrenia generalment a una edat més jove.

L'àmbit de la salut mental té una peculiaritat que crida especialment l'atenció: fins a quin punt és capaç d'arribar la ment humana en moments de crisi; com entendre l'estabilitat mental i emocional d'una persona resulta una controvèrsia ja que pot variar d'un dia a l'altre a causa d'una situació inesperada.

El grup d'estudi o població diana, seràn interns/pacients de la unitat d'hospitalització psiquiàtrica penitenciària de Catalunya, Brians I, i de l'Hospital Psiquiàtric Sagrat Cor, amb diagnòstic d'esquizofrènia paranoide.

Els professionals que podran aportar una visió àmplia del que representa el brot psicòtic i l'acompanyament en les diferents etapes d'aquest, també seràn de la pròpia unitat UHPP: Educadors, infermers, funcionaris, treballadors, de les diferents plantes: aguts, subaguts i rehabilitació, degut a que un brot psicòtic no és només el moment de crisi, sinó els seus efectes previs i posteriors a aquesta.

Libro verde (2015), conté la visió d'establir una estratègia a nivell de la Unió Europea per tal de promoure una millora de la salut mental, garantint que els ciutadans tinguin un benestar prolongat. Per sostenir un acord d'ajut i solidaritat i aportar millores palpables en la qualitat de vida dels ciutadans, mostra com pot promoure's de manera satisfactòria estudiant que:

- Pateix una malaltia mental un de cada quatre ciutadans amb conseqüència d'arribar al suïcidi, que mostra un gran número de morts.
- Es demostra que patir una malaltia mental comporta costos i càrregues en el sistema econòmic, educatiu, social, judicial i penal.
- Trenca amb els valors rellevants europeus que hi hagi actualment una perpetuació amb els estigmes, discriminació i falta de consideració en, per una part, els drets humans de les persones i per altra, la dignitat d'aquelles persones que pateixen d'un trastorn mental, discapacitats psíquiques o d'altres alteracions.

En base al recorregut històric del concepte de la esquizofrènia apareixen diversos autors essencials que argumenten la necessitat d'abordar aquesta temàtica.

Tal com mostra Arieti, S. l'any (1965) l'esquizofrènia la podem entendre des de diferents àmbits, que estan conformats per sis models bàsics que ensenyen diferents maneres d'abordar aquesta malaltia. El primer d'ells és el físic-biològic. El segon el clínic. El tercer el psicodinàmic. En quart lloc el fenomenològic existencial. En cinquè lloc els conductuals de condicionament i en sisè i últim lloc els sociològics.



CSMA Servei de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions (2018) Memòria del servei. *Lleida*: **Dr Salvador Miret Fallada (2017)**

Alfred Hoche, Eugen Bleuler, Karl Jaspers, Carl Schneider, Kurt Schneider i Klaus Conrad realitzen cronològicament aportacions per als cinc primers nivells, què passa a nivell biològic quan naixem per tal de contraure la malaltia? Què expressa el cos sobre la malaltia? En què afecta en el dia a dia, en les activitats bàsiques de la vida diària?.

El tercer nivell, és cobert pel model psicodinàmic, nascut a Viena pel neuròleg Sigmund Freud al s.XIX 1896. Sorgeix del vuit que hi havia per a donar resposta als problemes de les persones. Els tractaments farmacològics o les diferents teories no acabaven de donar resposta a les persones que patien aquest trastorn, expressat en *La interpretación de los sueños* l'any 1899.

En quart lloc el fenomenològic existencial.

En cinquè lloc els conductuals de condicionament i en sisè i últim lloc els sociològics.

La necessitat d'abordar aquesta temàtica sorgeix per realitzar recerca en l'àmbit social, degut a la falta d'estudis socials sobre la vivència de l'esquizofrènia.

Els condicionants en els trastorns mentals s'han explorat però amb falta de dades totalment verificables. Varis estudis que s'han realitzat com el de Konner M, (1995) a través de la sociologia se centren en la relació entre els trastorns mentals amb l'estat social i econòmic de la persona, el seu origen, l'edat, el gènere i l'entorn on viuen. També s'observa que una malaltia mental apareix i evoluciona perquè la pobresa n'és un condicionant.

Destaquen més en la majoria de localitats com expressa la OMS (2001) els trastorns mentals en el sexe masculí per l'abús de substàncies psicoactives. També s'han trobat elevats índexs de personalitat psicòpata. En algunes regions s'ha observat que són les dones qui desenvolupen un TM per consum de tòxics.

Comparant la millora entre ambdós sexes Desjarlais R, Eisenberg I, Good B, Kleinman A. (1995) s'han obtingut dades on els homes desenvolupen l'esquizofrènia més joves que les dones, tenint una evolució menys positiva.

Com va exposar la OMS anys enrere (2001) ja s'observava una prevalença de depressió i ansietat en les dones.

Com a data rellevant s'observa Giddens A. (2001) que, segons la llei de "l'assistència inversa" hi ha menys recursos en salut on hi ha més necessitat d'accés i de serveis per als trastorns mentals.

Per aquests resultats, sorgeix l'interès d'explorar i analitzar l'experiència que tenen les persones que pateixen trastorns mentals, com experimenten a nivell personal la malaltia i com la interpreten, tant el malalt com les persones que acompanyen en el dia a dia amb aquesta patologia.

El treball parteix de la següent pregunta inicial: Existeixen necessitats comunes en les persones que pateixen o experimenten trastorns mentals a medi penitenciari? I del medi civil?

La pretensió del treball és realitzar una comparativa vivencial comptant amb la col·laboració i participació de les persones amb diagnòstic d'esquizofrènia.

Quins són els àmbits i els rols professionals d'intervenció de les professions presents en aquests escenaris?

Objectiu General:

- Analitzar les necessitats comunes en les persones que pateixen o experimenten Trastorns Mentals a medi penitenciari i civil.

Objectius Específics:

- Conèixer els factors que generen patiment en les persones que han estat privades de llibertat i que pateixen o experimenten trastorn mental.
- Definir els factors que generen o augmenten patiment en la privació de llibertat experimentant trastorn mental.
- Definir els factors que generen o augmenten patiment en el medi civil experimentant trastorn mental.
- Conèixer les intervencions professionals (de l'educador social i de la resta de professions) al medi penitenciari en cas de trastorn mental establint prioritats d'abordatge dels trastorns mentals a medi penitenciari.
- Assentar les bases de l'abordatge psicosocial de la disciplina de l'educació social en transtorns mentals.

Tenir la oportunitat d'aproximar-se a vivències de descompensació psicòtica en medi civil en un hospital psiquiàtric i en medi penitenciari, fa plantejar que hi ha molts agents externs que juguen un paper el procés de formar-se com a persona i de condicionar en situacions de crisi. Aquesta, actúa segons si té o no aquests agents, si els té, caldrà veure com són, què li han aportat i en què la han orientat en situacions de descompensació, i si no els ha tingut, amb quina actitud ha afrontat la situació. Per tant, veure si aquests agents són condicionants en una situació de crisi, i si és igualitària la necessitat o la innecessitat de demanar ajut.

A través del diàleg amb els pacients de psiquiatria penitenciària i medi civil es durà a terme l'objectiu de comparar la vivència emocional de la persona en un medi com en un altre i, en segon lloc, veure si l'entorn (interns) n'és un condicionant d'aquesta.

Per part dels professionals, si la formació acadèmica rebuda és un condicionant a l'hora d'actuar o tenir la visió del que suposa una descompensació psicòtica i per últim, si la diferència de sexes i les diferències d'edats (tan en pacients com professionals) interfereixen en viure-ho de la mateixa manera.

Persegueix aportar tanmateix una visió més àmplia dels àmbits de treball que engloba l'educació social al coneixement col·lectiu de les professions socials.

El present estudi recopila documents, lectures i narratives en primera persona entorn les temàtiques següents: esquizofrènia, rols i àmbits d'intervenció de l'educació social, salut mental i centres penitenciaris.

Es fonamenta amb aportacions d'autors significatius en el món de la salut mental i penitenciari, amb aportacions que han condicionat a millorar el benestar de les persones que pateixen la malaltia tals com: Kraepelin, Bleuler o bé Schneider.

Entenem per vivència emocional d'un brot psicòtic la percepció, consciència, sentiments i sensacions que la persona experimenta en el transcurs de la malaltia.

El grup diana en el que s'enfoca el següent treball partirà de pacients amb psicosis funcionals.

Concretament, el col·lectiu en el qual se centrarà el treball compta amb els set usuaris/es de la Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciària de Brians 1, que pateixen esquizofrènia d'un total de vint persones que es troben en la última fase de procés que comporta la rehabilitació i integració social del centre. També compta amb quatre usuaris de l'Hospital Sagrat Cor, amb vivències a medi civil d'esquizofrènia.

Criteris d'inclusió i exclusió:

Totes elles tenen en comú que tenen concedit el segon i tercer grau de llibertat, per tant, tenen dret a permisos ordinaris. Aquests permisos ordinaris són puntuals, viuen i dormen en el centre penitenciari. Els permisos de sortida ordinaris són concebuts en la legislació penitenciària com a instrument clau per a la preparació de la vida en llibertat. Faciliten la reinserció, redueixen els efectes negatius de la condemna prolongada i afavoreixen els vincles socials i familiars. Són, per tant, un element essencial del tractament penitenciari.

Els estudis seràn molt importants per tal de saber sobre el curs de la malaltia, història i dades de l'esquizofrènia, quin percentatge de població està a centres penitenciaris amb aquest trastorn, les etapes que té l'esquizofrènia en cadascuna de les seves fases, ja que no tots els pacients de la unitat es troben en el mateix curs de la malaltia. També les intervencions que poden realitzar-se des de presó des de l'educació social, l'àmbit penitenciari o el seu tractament.

Utilitzaré aquelles investigacions que en base a autors, m'aportin informació sobre el marc teòric que he representat en el treball.

Per altra banda, després de tota la recopilació i síntesis sobre la informació a través d'entrevistes personals, contrastaré la teoria amb la vivència pràctica, fent que els propis

pacients realitzin la comparativa sobre la pròpia vivència a medi civil i medi penitenciari. En aquest sentit les investigacions, seran útils per tal de veure quins són els agents que actúen al voltant de la persona i quins factors són rellevants de la malaltia a tenir en compte per a preguntar durant la entrevista. Per aquest motiu es desenvoluparà prèviament uns ítems per poder fer la comparativa de manera clara i que no es desvii l'objectiu del projecte.

Per a la recopilació d'informació per realitzar el marc teòric de manera fiable i filtrar-la s'han utilitzat dues fonts:

Una de les principals Internet, a través de l'ampli ventall de documents que facilita Google Acadèmic realitzant una cerca més precisa de la informació necessària per ampliar el marc teòric. I, en segon lloc, bases de dades que facilita l'accés la pròpia universitat, com PsycInfo o bé Medline.

En ambdues el volum d'informació és molt gran però sobre el tema d'esquizofrènia i presó no hi ha investigacions concretes de la cerca que es realitza, més sobre el curs de la malaltia en sí. Navegant i cercant informació s'ha trobat documentació molt interessant sobre la situació actual a Catalunya de les persones a medi penitenciari amb trastorn mental, les causes o enllaços a altres treballs d'interès basats en la salut.

Per tant, els dos grans blocs que engloben el treball són per una banda, la salut mental i els trastorns psicòtics, incidint en la esquizofrènia paranoide, i per altra banda, el centre penitenciari i el civil, la vivència de l'intern i per part del professional social, tècniques requerides i àmbits d'actuació.

L'objectiu d'usar aquesta metodologia és per a no quedar-se en la superfície d'idees que poden aportar els diferents autors, que conclouen dades sobre les seves investigacions. Els participants facilitaran aproximar-se a la vivència sense intermediaris, donant la oportunitat a que en primera persona realitzin les comparatives vivencials.

Aquest procés serà dividit en les tres fases següents:

- Fase I:
 - Objectiu: Analitzar els documents i bibliografia sobre el fenomen de la esquizofrènia.
 - Disseny: Recerca d'autors significatius i professionals dedicats a l'àmbit de la salut mental.
 - Instruments: Bases de dades, llibres, textos, estudis, narratives.
 - Mostra/població:

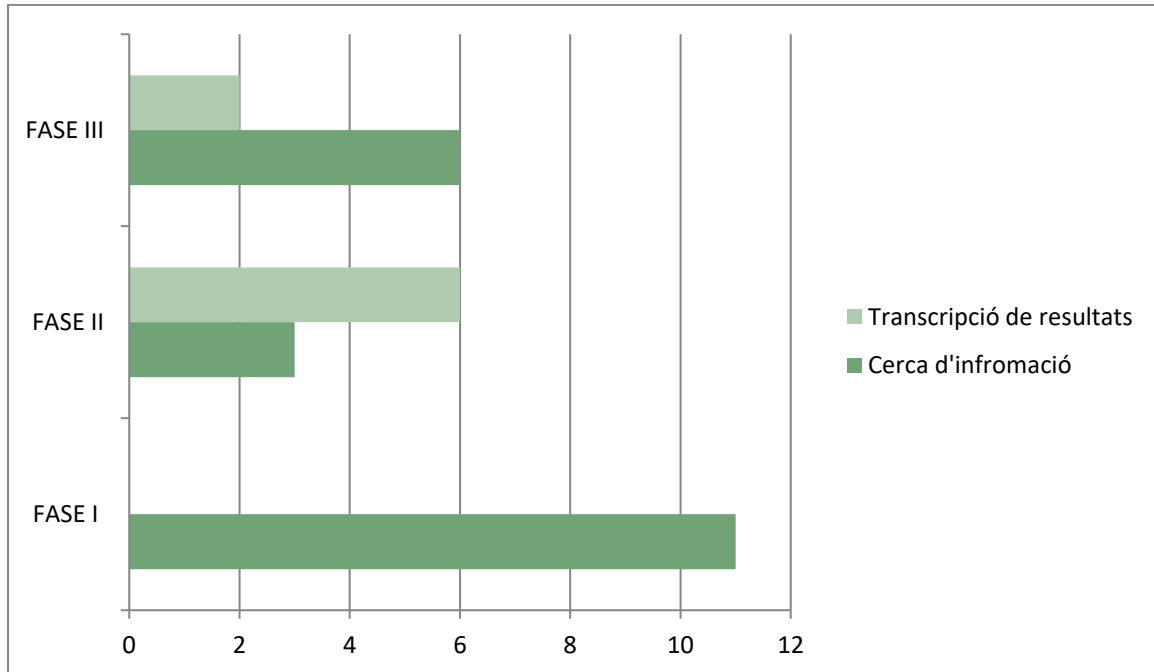
- Criteris d'inclusió i exclusió: Gènere, raça, edat, medi urbà. Possibles condicionants en el trastorn mental.
 - Realitat de la salut mental a Catalunya
- Fase II:
 - Objectiu: Analitzar les funcions, rols, professionals que intervenen en centres penitenciaris i en medi civil amb persones que pateixen esquizofrènia.
 - Disseny: Recollida d'informació i vivències pròpies de persones amb el TMS i professionals de diferents especialitats.
 - Instruments: Entrevistes a centre penitenciar i medi civil que pateixen d'esquizofrènia.
 - Mostra/població: Persones amb esquizofrènia de greu repercussió personal i social.
- Fase III
 - Objectiu: Comparar les vivències a medi civil i medi penitenciar. Conèixer els elements clau en l'acompanyament dels professionals en el trastorn mental.
 - Disseny: Establir paràmetres comparatius tals com l'entorn físic, suport familiar, causes que desenvolupen la malaltia i vivència del canvi. Consciència de malaltia, valor cap al professional social com a figura referent.
 - Instruments: Entrevista oral. Recollida de dades: formació, edat, àmbits de treball (per explorar possibles condicionants en la intervenció).
 - Mostra/població: Psiquiatres, funcionaris, educadors i treballadors socials, infermeria, monitors de lleure, metges, terapeutes ocupacionals, integradors socials.

Aspectes ètics de la investigació

- Disseny acurat d'entrevistes i adaptat a les persones a qui es dirigeix.
- Mètode rigorós i ètic, basat en experiències personals, amb consentiment verbal de qui hi participa.

- Compliment amb normes ètiques, de respecte, i legals, a nivell informatiu.
- Veracitat de la informació, realitzant una comparativa dels temes explícits que les persones exposen.
- Qualitat de la informació, escollint aquella que sigui significativa per a la recerca.
- Difusió possible dels resultats, amb cura d'aquella informació personal i el secret professional.

Cronograma de la investigació



Fase I: 11 mesos en cerca bibliogràfica.

Fase II: 3 mesos realitzant entrevistes fent cerca d'informació i sis mesos de transcripció.

Fase III: 6 mesos extreient de les entrevistes la informació, en el moment de realitzar-les.

Dos mesos de transcripció de resultats obtinguts.

Com s'ha esmentat introductòriament, l'estat actual de persones amb esquizofrènia paranoide en medi penitenciari representen un petit percentatge. També a medi civil.

Cada una d'elles actualment té diagnosticada la malaltia o bé han tingut símptomes d'aquesta.

Un dels autors que parla sobre aquest fet observat, la diversitat de símptomes és Hughlins Jackson (2010). L'autor exposa que la ment s'estructura ocasionant símptomes negatius i positius.

Els símptomes positius són aquells que es verbalitzen de manera distorsionada.

En el llenguatge s'observen contradiccions, discursos poc coherents. Deliris, al·lucinacions, destaquen sobretot les auditives. El discurs no segueix un fil conductor, il·lògic. A nivell comportamental destaca l'agitació, l'aparença peculiar, mostrant actituds destacables.

Els símptomes negatius són la manifestació explícita de la malaltia mental. L'empobriment a nivell afectiu. L'anhedònia que és el poc desitg de realitzar les coses. Afecta també a aspectes com l'atenció, i la poca capacitat de concentració en les coses, dificultant poder posar el focus d'atenció en quelcom concret.

En relació a la manifestació de tots aquests símptomes, Harrop i Trower (2001), relacionen factors de l'entorn i socials que es presenten en estudis realitzats amb persones amb esquizofrènia, explorant els següents:

Conflictes en l'entorn familiar, provocant alts nivells d'estrés. Desequilibris a nivell emocional, provocant experiències depressives. Actituds egocentristes, amb poca comprensió cap als altres, buscant causes de les coses.

4.1 Contextualització legal

A nivell legal, la legislació del 23/2009 de desembre, exposa les iniciatives pels centres de reinserció i argumenta també que en els pressupostos a nivell econòmic s'establirà que hi hagi autonomia en els centres penitenciaris de Catalunya. Això facilitarà la organització i la prioritització dels centres, complint les línies estratègies generals, a invertir en plans de millora. També ha estat un avanç que s'hagi aprovat el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya, mitjançant el Decret 329/2006. Facilita que l'administració pugui organitzar-se de manera flexible, comptant amb servidors públics amb alta qualificació professional. És important que per al tipus de població i tipus de programes, es compti amb professionals preparats en la intervenció a medi penitenciari.

A nivell de contextualització un dels document destacats en l'àmbit de la salut és l'Estrategia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut (2009) que conté objectius que es veuen promoguts en projectes i programes externs de salut mental portats a terme per organismes internacionals, amb cooperació del Ministeri de Sanitat i Política Social. D'aquests en destaquen els següents projectes de la OMS com a rellevants:

- **Organització Mundial de la Salut (OMS):** Funciona com autoritat coordinadora de manera internacional en l'àmbit de la salut pública, concretament, se centra en dirigir polítiques per a la prevenció, foment i actuació en salut a nivell mundial.

Un dels projectes acordats per la OMS (2013) s'exposa en la Declaració de Helsinki (conjunt de principis ètics a tenir en compte a l'hora de treballar en investigacions en el camp mèdic amb persones) i el Pla d'accions (bones pràctiques amb persones que pateixen trastorns mentals) que s'acorda de manera cooperativa entre els ministeris de salut de la Regió Europea. És un projecte d'avaluació de tots aquests principis i valors que comprenen aquests pactes tals com: el benestar de la persona, mitjançant la creació d'una eina que medeixi a través d'indicadors si s'estan complint els objectius d'aquests plans per a que els diferents països puguin dur-ne un registre intern, per exemple sobre el respecte cap a l'individu, riscos i beneficis de les intervencions.

Com a model d'eina s'utilitza la European Foundation for Quality Management (EFQM) (2015), que s'especifica en establir contextos per a poder realitzar-ne un avenç. Aquest projecte ha evolucionat adaptant-se als serveis de salut mental.

- **El Consell d'Europa (CoE) (2015):** promou i defensa els drets humans, afavorint la identitat europea entre les persones. Pot ser-ne membre l'estat europeu que asseguri els drets bàsics humans i la llibertat de les persones.

Va aprovar-se l'any 2004 la recomanació dels drets de les persones amb trastorns de salut mental per tal de preservar la dignitat i els drets humans de persones que pateixen trastorns mentals.

- **Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) (2015):** Es basa en l'estudi del desenvolupament econòmic centrant-se en les polítiques.

Health at a glance (2009) recull aquells indicadors claus de salut i sistemes de salut dels vint-i-vuit països de la unió Europea, exposant la importància que ha de tenir l'àmbit de la salut mental en general i l'atenció en salut mental particularment al nostre país, mostrant la necessitat d'utilitzar indicadors de qualitat en la cura de la salut mental.

Segons Libro Verde (2015) hi ha una esperança de millora amb les actuacions referents mostrades anteriorment. Hi ha iniciatives que s'emprenen envers la salut mental però és un àmbit que ha d'estar en constant desenvolupament, per tal d'adaptar-se a les circumstàncies específiques en cada un dels casos i poder-se enfortir en accions visibles. Durant la Conferència governamental europea de la OMS en la temàtica de la salut mental (2005), va acordar-se que es realitzaria una actuació global i un compromís polític que afavorís a la millora del benestar dels ciutadans i ciutadanes. En aquest moment és quan es convida a la Comissió Europea (associada a la conferència) que pogués potenciar aquestes actuacions, envers les seves competències i les perspectives que té la OMS.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2017) un dels objectius estratègics pel Ministeri de Sanitat i política social és millorar l'atenció a la salut mental en tot el país.

S'el·labora l'any 2004 un projecte conjunt entre totes les associacions professionals implicades en salut mental que presenta els següents principis i valors del model comunitari d'assistència que tot servei destinat a la millora de pacients amb trastorns mentals haurà de garantir:

- Promoure **l'autonomia**, tenint la capacitat com a servei per tal de tenir la consideració i promoure que la persona pugui ser autosuficient i valdre's per ella mateixa.
- Establir una **continuitat**, dotant d'eines al pacient per a que pugui tenir un tractament adequat, serveis enfocats a la rehabilitació, cura i suport al llarg del seu transcurs vital.

- Facilitar l'**accessibilitat**, oferint protecció i actuant com a reforç al pacient i familiars en les ocasions que ho necessitin.
- Impulsar la **comprensivitat**, implantant tots els recursos bàsics d'un servei en cada àrea sanitària, contemplant doncs, el dret a rebre assistència en tot el ventall de necessitats que pot ocasionar el trastorn mental.
- Afavorir l'**equitat** en el repartiment de mitjans sanitaris i socials, ajustats en qualitat i quantitat adaptant-se a les necessitats de la població.
- Iniciar la **recuperació personal**, restablint la pròpia salut mental i fomentant la consciència de la ciutadania envers aquestes circumstàncies.
- Promoure la **responsabilització**, d'entitats, institucions sanitàries davant dels usuaris que s'atenen, familiars i la comunitat.
- Millorar la **qualitat** dels serveis, obtenint-se els objectius que es desitjen de cara a aquesta població, i utilitzant mètodes basats en proves evidents per tal d'evaluar-los.

4.2. Salut i contextualització del fenomen

El concepte de salut i salut mental adequada fa referència al benestar personal, físic i emocional, i a l'absència de trastorns mentals. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'any 2013 fa referència a quan una persona se sent complerta en les tres àrees següents: social, física i psíquica, no únicament parlem de salut quan la persona té una malaltia, si no que, representa el benestar en el seu conjunt essencialment en el qual, la persona és conscient de les seves limitacions i competències, se sap desenvolupar en els moments més crítics al llarg de la seva vida, pot dur a terme funcions profitoses i és capaç d'aportar quelcom útil per a la societat.

Visió al llarg de la història dels trastorns mentals:

Per tal d'explicar la visió dels trastorns mentals s'ha cercat sobre la història de la psiquiatria en diferents èpoques. Agrupan-ho per termes generals, han hagut canvis dràstics en la visió sobre els "malalts mentals", podent separar-les en les següents etapes: L'antiguetat, l'Edat Mitjana, el Renaixement, la Il·lustració, i els segles XIX i XX.

S'ha tractat a la persona amb trastorn mental de maneres diverses en les etapes la història segons el predomini de la ideologia en cada una d'elles. Tot hi així es poden esmentar tres visions diferenciades sobre el concepte de trastorn mental.

Primerament, des del pensament primitiu dels nostres avantpassats, fins a la il·lustració, passant per l'edat mitjana i el renaixement, està present una visió dominada per la concepció màgica dels trastorn, més concretament, es comprenia com afectacions provinents del món demonològic, càstigs divins, bogeria; entre altres.

Més tard, a partir de l'aparició de la cultura greco-romana, es desenvolupa una concepció de caire organicista, que comprén els trastorns com una alteració de la conducta a causa d'alteracions orgàniques o físiques. Destaca en aquesta concepció la teoria dels humors d'Hipòcrates que reflexa aquesta visió dominada per els factors biològics. Per altra banda, també apareix una de les que es podria considerar, primera en les classificacions dels trastorns mentals i que s'agrupa en: mania, letàrgia, melancolia i frenitis. Aquest tipus de concepció permenaxeria durant el segles XIX i XX i arriba fins al nostres dies amb canvis significatius però conservant la idea de la qual partí en el seu dia.

Finalment, també destaca una tercera concepció psicogenètica, que contempla factors com la genètica i l'aprenentatge en el procés de comprensió dels trastorns mentals; aquesta visió va ser present amb més força durant els segles XIX i XX.

Actualment però, es disposa de dos sistemes de referència internacionals per determinar allò que es pot considerar trastorn mental i que serveixen com a guies per la determinació dels símptomes i tractament.

Un d'aquest sistemes és el CIE-10, també conegut com a ICD-10, International Statistical Classification of Diseases, que considera trastorn mental com síndrome o patró comportamental o psicològic amb significació clínica que apareix associat a malestar, discapacitat o que representa un major risc de mort, discapacitat, pèrdua de llibertat o experimentació de dolor. Segons aquest sistema de classificació, qualsevol que sigui la seva causa ha de considerar-se com una manifestació individual d'una disfunció comportamental, psicològica o biològica. També té en compte que un comportament desviat del tipus que sigui (polític, religiós o sexual) així com possibles conflictes que es puguin presentar entre individu i societat no necessàriament indica la presència d'un trastorn mental a no ser que la desviació o el conflicte sigui símptomes d'una disfunció.

L'altre sistema de classificació del qual es disposa és el DSM-V que defineix trastorn mental com a síndrome caracteritzat per una alteració clínicament significativa de l'estat cognitiu, la regulació emocional o el comportament de l'individu, que reflexa una disfunció dels processos psicològics, biològics o del desenvolupament que conformen la seva funció mental.

A més, cal tenir en compte que la visió actual sobre els trastorns mentals es basa en un enfoc multidisciplinar en el que participen per al seu tractament diferents figures professionals, tals com l'educador social, treballadors socials, psicòlegs, psiquiatres, infermers, entre d'altres.

4.2.1 Salut mental i trastorns mentals

Ollé (2012) assenyala que el concepte de salut mental és un component que no pot deslligar-se del concepte de salut i està lligat amb la satisfacció personal, familiar i comunitària.

Segons Capdevila (2008) la salut mental és quelcom essencial per tal de dur una vida eficaç i eficient en els objectius que un es proposa, podent sostenir relacions interpersonals sanes, poder-se adequar als canvis vitals i fer front als reptes que es presenten.

Des de que naixem fins al final de la vida, la salut mental és essencial ja que ens ajuda a fomentar el pensament, les habilitats comunicatives, el creixement a nivell emocional, els diferents aprenentatges en l'educació, la capacitat de resposta davant estímuls i la nostra autoestima.

L'autor exposa que fixant-nos en les rutines i hàbits que duen les persones i de quina manera, podem veure que l'entorn social influeix en gran mesura en la vida d'aquestes; per aquest motiu les variables sociodemogràfiques, són factors que poden afavorir o perjudicar l'estat de salut mental. Degut a això, les pressions que la societat exposa a causa de les diverses transformacions socials ocasionen que hi hagi un predomini en trastorns de salut mental. Per tal d'exemplificar-ho, Capdevila (2010) menciona la crisi econòmica que ha provocat que la societat aparentment estable hagi estat troncada per circumstàncies macrosocials com les pressions a la feina i en conseqüència, tensions econòmiques, polítiques, mobilitat de persones (emigració i immigració), tensions ètniques, ambientals, entre d'altres.

Una persona es manté per la estabilitat física i mental, per tant, en una situació on es veu condicionada per factors externs pot acabar en el situacions extrem desenvolupant alguna alteració psicològica si es troba en situació d'atur, no compta amb la família o no de la manera que desitjaria, té poc suport social, es troba en situació de soledat o bé trenca amb les xarxes socials que l'envolten.

Es presenten un conjunt de factors que poden donar com a resposta l'augment de conductes aïllades o antisocials, violència, depressió, ideació de suïcidi, addiccions a les drogues o d'altres problemàtiques relacionades amb la salut mental.

Un indicador a tenir en compte és que dins dels centres penitenciaris aquests factors es troben més agreujats, fent així que la tensió de la vida diària de l'individu sigui encara més alta. Els elements estressants que la societat ja genera de per sí, hi són més visibles en l'entorn penitenciar pel medi on es troba, ja que encara que sigui involuntari, el medi separa físicament de les seves xarxes de sustentació, la família, amics o feina.

En conseqüència, com descriu l'autor Capdevila (2010), anys enrere les persones amb problemàtica de salut mental eren gestionades institucionalment per l'àmbit penal, debat que avui en dia podem veure més clar en la separació interna de centres penitenciaris en mòduls en sí i centres penitenciaris amb unitat psiquiàtrica, ja que l'àmbit de la salut mental ha de fer-se partícip indiscutiblement d'aquests processos per a poder afavorir la vida d'aquests interns i el seu transcurs de la malaltia.

Es consideren trastorns mentals aquelles alteracions emocionals, cognitives o de comportament que afecten de manera directe psicològica a les emocions, motivacions o bé relacions de les persones. Segons l'Organització Mundial de la Salut (2013) la varietat dels trastorns mentals en comprèn un gran ventall, cada una amb els seus símptomes particulars. A grans trets, com s'ha esmentat anteriorment, es caracteritzen per alteracions a nivell de pensament, les percepcions, el nivell emocional, el comportament i els vincles amb

els altres. Entre la diversa casoística de trastorns mentals, destaquen l'esquizofrènia i altres psicosis, la depressió o els trastorns bipolars.

Un trastorn mental és una manifestació que a nivells clínics altera l'estat cognitiu, la regulació d'emocions o la conducta de la persona, que presenten una carença de l'evolució psicològica, biològica o del desenvolupament que es troben en el seu funcionament mental. Sovint, els trastorns mentals es manifesten en situació d'estrés predominant o discapacitat en diferents àmbits: social, laboral o d'altres tasques rellevants.

En el DSM IV - TR I DSM-5 (2013) es fa incís en que trastorn mental és un terme tan global com quelcom altre dins la ciència o la medicina i per tant, no hi ha una única definició que s'ajusti al concepte en sí perquè, s'associa a una varietat d'opinions com malestar, limitació, descontrol, incapacitat que cadascú les viu a diferent grau. Cada una de les definicions reflexen característiques de cada trastorn mental. Degut a que cap trastorn té símptomes exactament similars entre sí, la definició no abarcaria les característiques del concepte de malaltia.

Com expressa Ollé (2012) ja no és sols la definició en sí, si no també, el mesurar fins a quin punt una persona es veu afectada en el seu funcionament quotidià per una patologia. Com es podria diferenciar entre una salut mental estable i trastorn mental?

L'autor Capdevila (2010) exposa que aquest debat sorgeix al veure que hi ha persones que presenten uns símptomes que no els impedeix realitzar les tasques diàries. No els hi interfereixen de manera significativa i un episodi que els marca, pot arribar a desenvolupar aquest símptoma inicial i desequilibrar-se. En una situació de pèrdua d'un familiar, Ollé (2012) expressa que si aquests símptomes es desenvolupen i els presenta en un dol, fins a quin punt pot interferir en la funcionalitat diària habitual com a conseqüència d'anar disminuint les seves capacitats, i com diferenciar doncs, que un procés de dol està sent "sà" i adequat a les circumstàncies o està sent un procés de dol patològic.

Un altres autor que parla sobre la temàtica és Baldiz (2007), explicant que la neurosi (qualsevol desequilibri mental) té un desencadenant clau degut a diferents circumstàncies que actúa generant oscilació.

Per tant, pot ser que una persona hagi conviscut amb símptomes durant un transcurs de temps llarg, dels quals representen ítems patològics però no hagin arribat a interferir en un grau important la seva rutina i benestar mental.

Cal destacar que cada circumstància és única i relativa als factors que envolten, no hi ha un patró delimitant clar entre un estat i un altre, entre delimitar clarament trobar-se davant o no d'un trastorn mental. Degut a aquesta crisi (neurosi) pot realitzar-se un diagnòstic de

trastorn mental, però la persona podria haver tingut els símptomes des de molt abans, i l'etapa crítica els ha desencadenat. Per això, no hi ha lleis de la ciència que puguin certificar de manera totalitària, sinó que són lleis que a partir de l'observació mostren que hi ha hagut una predisposició i factors juntament, per desenvolupar aquest trastorn que en el determinat moment són vàlids però en un futur poden ser canviants ja que tant els ítems de mesura per diagnosticar i la malaltia en sí, evolucionen.

El Pla de Salut de Catalunya (2016-2020) remarca que els trastorns mentals comporten alteracions en la manera de pensar, com ens sentim anímicament o bé de les conductes de les persones que repercuteixen en el seu entorn social, laboral i familiar. Aquestes es caracteritzen per generar un malestar greu en qui els pateix com també a l'entorn, que suposa un sobreesforç econòmic i patiment social a les persones que l'envolten. La OMS (2013) explica el risc de presència dels trastorns mentals en la població, afirmant que una de quatre persones podrà patir un trastorn mental. També descriu que més de la meitat de la població que pateixi algun tipus d'alteració no arriben a demanar ajut professional.

El Consell d'Europa (2004) exposa la importància del tractament en els trastorns mentals per afavorir la rutina diària de la persona conjuntament de manera terapèutica funcionant com a intervenció física i també psicològica.

L'estudi (ESEMeD-España: Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), les següents dades rellevants en quant a trastorns mentals i factors associats: Aquest estudi diagnòstic considera que el 19,5% dels espanyols han presentat en alguna ocasió al llarg del seu transcurs vital algún trastorn mental, representant un 15,7% homes i un 22,9% en dones. L'estudi, també ha trobat dades rellevants entre les comunitat autònomes espanyoles respecte a la prevalença de la salut mental negativa (amb presència de simptomatologia que afecta diàriament a la persona) relacionen amb diferents factors a tenir en compte en la vida de les persones tal com el nivell socioeconòmic, el nivell d'estudis, la tasa de desocupació i immigració i també, amb el desenvolupament desigual entre comunitats de les reformes psiquiàtriques. Cal destacar també, que no s'han observat diferències significatives de prevalença de mala salut mental entre les persones que viuen en àrees rurals o bé urbanes.

La prevalença de mala salut mental és més alta entre dones de classes socials desfavorides i, en homes i dones amb baixos nivells d'estudis.

Presenten pitjor salut mental les dones, en relació a l'estat civil, viudes, separades i divorciades, i el 32% de les dones amb estudis primaris.

El fet de ser dona i immigrant de països en vies de desenvolupament està relacionat amb una major prevalença de mala salut mental (29,5%). No obstant això, els immigrants de

països desenvolupats o de la Unió Europea presenten millor salut mental que els autòctons espanyols.

En relació a les condicions de treball s'observa que les persones en situació de baixa laboral presenten major prevalença de pitjor salut mental seguides de les persones desocupades (37,6% entre les dones jubilades o pensionistes). S'ha suggerit que en situacions de depressió econòmica extensa és probable observar taxes més altes d'alcoholisme i drogoaddicció, depressió, suïcidi i altres problemes de salut mental, tant en països industrialitzats com en els menys desenvolupats, així mateix, la classe social influeix de forma important en el risc de patir trastorns mentals.

També va ser influent la taxa d'atur a Espanya exterioritzant la tendència creixent des del primer trimestre del 2007 fins el primer trimestre del 2010 i situant-se en 20,05% de la població activa.

També pot contemplar-se l'elevada prevalença de mala salut mental entre les persones que restringeixen la realització de les seves activitats de la vida diària. A més a més, l'origen d'aquestes limitacions són degudes a problemes de salut mental o bé físics.

És important considerar doncs, que influeixen diferents factors a nivell personal (rutina) i a nivell de l'entorn (condicionants externs).

4.2.2 Sistema de classificació en els TM

Com a eix de referència, per ubicar com poden mesurar-se els diferents eixos que abarquen en el trastorn mental es farà esment d'una tècnica usada en el centre de pràctiques Brians I, per tal d'ubicar com aquests ens donen informació sobre la persona. No és eix de cerca realitzar una descripció exhaustiva de les possibles agrupacions que es poden realitzar dels trastorns mentals, cada equip i centre utilitzarà les tècniques que li suposin més útils per als estudis dels casos, per tant, a la UHPP he pogut presenciar que la classificació en els trastorns mentals es realitza a través del diagnòstic multiaxial.

Diagnòstic multiaxial: El sistema multiaxial permet avaluar un individu en cinc eixos diferents. Cada eix aporta diferents tipus d'informació que ajuda a l'aclariment del diagnòstic, el tractament i el pronòstic.

Eix I: Trastorns clínics. Altres problemes que poden ser objecte d'atenció clínica.

Eix II: Trastorns de la personalitat. Retard mental.

Eix III: Malalties mèdiques

Eix IV: Problemes psicosocials i ambientals

Eix V: Avaluació de l'activitat global.

Un dels diversos sistemes que existeixen en la classificació dels trastorns mentals i comú en el seu ús sobretot, a l'àmbit de psiquiatria és el Diagnòstic Multiaxial. Aquest, facilita l'estudi dels casos de manera més precisa de la població diana, buscant en l'eix I: Trastorns clínics, aquelles persones que pateixen esquizofrènia paranoide. Per tant, poder fer la selecció del target concret. Aquest, aporta de més altres eixos que sumen informació sobre la vida de la persona, els trastorns de personalitat, les malalties mèdiques, problemes psicosocials i ambientals o una avaluació de l'activitat de l'individu de manera més global.

Els pacients a entrevistar, en el seu EIX 1 constarà l'esquizofrènia paranoide, mentre en els altres eixos factors de més a més que han acabat condicionant l'aparició del trastorn mental (presa de substàncies estupefacents...)

4.2.3 Psicosi

Com s'exposa en el DSM V (2017), s'entén per psicosi el conjunt de malalties psíquiques caracteritzades per una profunda alteració de la capacitat de judici de la realitat i en la qual es produeixen intenses il·lusions, al·lucinacions i llenguatge incoherent, fent que la persona no sigui conscient de la seva malaltia mentre viu un episodi psicòtic.

Les psicosis es caracteritzen pels següents factors:

- Pèrdua del sentit de la realitat.
- Manca de consciència de trastorn (pot ser conscient del brot)
- Greus alteracions en funcions mentals i conducta.
- Greus dificultats de comunicació.
- Greu alteració de la qualitat de vida.

Cal diferenciar que les psicosis poden entendre's des de dues basants: orgàniques o funcionals.

Per psicosis funcionals s'entén que els símptomes psicòtics són causats per factors psicològics, biològics i sociofamiliars. Corresponen als trastorns mentals anomenats "trastorns psicòtics".

Per psicosis orgàniques s'entén que els símptomes psicòtics apareixen en el curs d'una malaltia orgànica (demències, tumors, epilèpsia...) o bé per consum o abstinència de drogues (alcohol, cocaïna, amfetamines...).

La OMS (2013) destaca que les psicosis s'acompanyen normalment amb factors al·lucinadors tals com veure, percebre o escoltar quelcom que no existeix, semblant per al a persona una experiència real, i factors delirants, aquelles idees que s'allunyen de la realitat, són creences persistents de les quals la persona està convençuda.

Doncs, com explica la OMS, s'ha d'afavorir que l'internament de la persona sigui adequat al seu procés de recuperació, per no fomentar les fabulacions, deliris o al·lucinacions.

Per a entendre l'esquizofrènia cal aprofundir en el coneixement dels episodis psicòtics.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2016) exposa que els trastorn psicòtic es caracteritza per afectacions en àrees diferents: pensament, deliris, al·lucinacions, i comportament desorganitzat.

Com expressa el Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia (1998) la identificació d'episodis psicòtics és essencial ja que depèn d'això la regulació de la medicació i que la persona no tingui símptomes negatius. Les persones que viuràn un episodi psicòtic comencen dies abans a tenir petits indicadors i símptomes que els pot fer preveure arribar al brot. Destacarà en la persona doncs, el canvi comportamental, que estigui més irritable, més nerviós de lo normal, que normalment s'evidencien els mateixos símptomes que són fàcilment identificables per la gent del seu entorn.

Tanllavors és necessari com el Consenso Español (1998) afirma, poder establir una pauta amb la simptomatologia que la persona va presentant durant els episodis, tan en fases agudes com en fases d'estabilització, per si hi ha descompensacions properes, poder-ne fer una comparació i prevenir-ne els màxims possibles. S'ha de realitzar una guia de manera longitudinal d'evolució de la malaltia de la persona tan en els períodes crítics com en la seva evolució i rehabilitació, separant aquells símptomes més lleus dels més greus, destacant en els lleus factors relatius a la situació viscuda com és la rigidesa que pot presentar la persona davant la no comprensió de la malaltia o l'aïllament, que no podríem englobar dins els factors psicòtics.

La simptomatologia greu és la que deteriora a la persona en les seves funcions cognitives, llenguatge empobrit, manca d'afectivitat, espontaneïtat o interessos i, conductes fora de lloc. Tan en episodis psicòtics per a preveure factors rellevants com en el curs de la malaltia, una eina útil per als professionals que tracten amb persones que tenen aquest diagnòstic és l'anamnesi. En aquesta, es fa una visió de les etapes vitals de la persona, posant èmfasi en

aquelles etapes que han estat claus en el seu desenvolupament, conjuntament amb les circumstàncies biogràfiques (estat civil, ocupació laboral, etapes vitals...), aquesta conté diferents directrius per tal d'estudiar factors desencadenants anteriors que puguin afectar avui dia.

És per això rellevant, tenir en l'anamnesi (recull de dades de la persona) aquells episodis biogràfics que han estat per a la persona fets desencadenants en el seu passat i podrien ser-ho en un futur.

4.2.4 Esquizofrènia

El trastorn mental més freqüent és el diagnòstic d'esquizofrènia. El 80% de persones que tenen psicosis tenen diagnòstic d'esquizofrènia.

L'esquizofrènia és una malaltia que afecta diverses funcions psicològiques com al pensament, la percepció, el llenguatge, l'afectivitat, la motricitat, la motivació i la cognició.

Els símptomes característics són: les idees delirants, les al·lucinacions, el llenguatge desorganitzat, la incoherència, el comportament catatònic o desorganitzat, entre d'altres.

Com presenta la revista *Clínica y Salud* (2010), l'esquizofrènia no apareix com a fet puntual, sinó que és una condició que afecta a la integritat de la persona i actuarà com a condicionant al llarg de la seva vida. Al terme esquizofrènia li dona nom Eugen Bleuler (1911) inspirant-se a partir de la demència precoç, terme que va introduir l'autor Emil Kraepelin (finals s.XIX).

Kraepelin (1900) defineix el concepte de demència precoç amb diferents esquemes psicopatològics, entenent aquest com a conjunt de símptomes clínics que en el seu conjunt, eren perjudicials per al bon funcionament de la personalitat psíquica. Aquest terme sorgeix amb la visió de diferenciar-se de la resta de malalties degeneratives.

Emil Kraepelin incorpora en les seves aportacions doncs, *History of Psychiatry* (1991) el terme "Dementia praecox" vs Locura maníacodepresiva. Genera una classificació de malalties mentals que se centra en la clínica que les persones manifesten amb problemes mentals. Diferencia entre trastorns anomenats demència precoç, que després Bleuler anomena esquizofrènia i psicosis maníaco depressives, actualment el trastorn bipolar.

L'any 1883 neix el Tractat de Psiquiatria que és la base per les següents classificacions que s'el·laboren incloent les edicions de l'actual DSM. Aquest manual, és la guia en la que es basa l'actuació professional.

Kraepelin separa en dos grans grups les psicosis originades per causes internes: aquelles que fan referència a la maníaco depressió, curables, i la demència precoç, incurable. Aquesta segona, considerava que tenia dues maneres d'evolució, una primera progressiva que afectaria al deteriorament de manera continuada en la persona, i una segona que cursaria amb brots la qual ocasionaria, que la persona no pogués tornar altre vegada a l'estadi inicial. La demència precoç la definia com a malaltia d'origen natural orgànic pròpia de l'etapa d'edat jove, amb símptomes confusos que al distorsionar la personalitat de l'individu l'anomena demència.

Eugen Bleuler (1911) psiquiatra suís que destacà per les seves contribucions per a una millor comprensió sobre el que usposava la malaltia mental i en concret, l'esquizofrènia (també va centrar-se en l'autisme), que de manera etimològica s'entén com a una divisió de la ment. Bleuler va especificar que, l'esquizofrènia no necessàriament arribava a ser desenvolupada com a demència ni tampoc en tots els casos apareixia durant la joventut.

El psiquiatra alemany Kurt Schneider (1905) durant el segle XX apropa el terme esquizofrènia esmentant aquells símptomes que creu que són els fonamentals d'aquest fenomen.

Com la OMS esmenta, l'esquizofrenia pot aparèixer a part de la joventut, també en l'edat adulta. El seu tractament mèdic i l'acompanyament professional psicossocial és molt positiu. Ja que cada persona vivia el seu procés amb deliris o al·lucinacions amb diferents intensitats i emocionalment molt diferent, els psiquiatres havien de reajustar les medicacions o bé, els professionals socials, adaptar els processos al ritme de la persona, treballant allò del que necessàriament fós útil per al pacient.

Segons el *Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia (1998)* l'inici de l'esquizofrenia és quan apareixen els primers símptomes psicòtics. És fiable doncs, veure on comença la malaltia a partir d'aquesta simptomatologia, perquè clarament provoca una ruptura del dia a dia de la persona, fent que, els símptomes següents, vagin apareixent als pròxims mesos o anys. Si es realitzés un estudi sobre l'esquizofrènia a una persona que ha tingut algun primer símptoma psicòtic no podríem tenir en compte d'altres factors que també en formen part però no són visibles en primeres fases. Així doncs, afirma que l'esquizofrènia no parteix d'un factor desencadenant concret, que es desenvolupi pot coincidir en primer lloc amb situacions de sobrecàrrega, estrès psicossocial amb un cúmul de fets que desestabilitzen a la persona (abandonament de l'habitatge, pèrdua afectiva, conflictivitat greu familiar...). Com explicava anteriorment, els episodis psicòtics poden ser tan orgànics com funcionals. Doncs, en segon lloc, el *Consenso Español(2010)* defineix que hi ha factors desencadenants de l'esquizofrenia (dels quals he pogut presenciar

en el medi penitenciari) que són factors orgànics on destacaria el consum de tòxics. En tercer i últim lloc, desencadenant de la malaltia és l'abandonament dels fàrmacs.

Les emocions no han estat generalment contemplades com a àmbit d'estudi ni com a factor rellevant en el cas de l'esquizofrenia, tot i així resulta de gran importància i suport per comprendre millor el comportament de les altres variables que expliquen el funcionament psicosocial del pacient amb esquizofrènia paranoide, de la mateixa forma en que pot representar un ajut i suport per les persones que cuiden i interactuen amb el pacient.

S'ha observat que les persones tal com exposa Aproa F (2006) que pateixen d'esquizofrènia tenen un major risc de recaiguda en els casos en que el seu entorn conté alts graus d'emoció expressada tals com hostilitat, crítica o excessiva participació, envers a aquells pacients que conviuen amb un entorn menys expressiu. Per tant, és important des de la vessant psicosocial, treballar per l'educació i les eines de recolzament que es poden aplicar per tal de que l'emoció expressada resulti ser beneficiosa per el pacient i l'entorn

En aquest punt, trobem que moltes vegades la malaltia presenta una etiqueta i estigmatització que no deixa valorar factors rellevants com són les emocions pròpies del pacient, viscudes de primera pell i que afecten en el procés i transcurs de la malatia. Per aquesta raó, el paper de l'educador social també ha de centrar-se en l'expressió de les emocions dels pacients i l'elaboració d'estratègies i plans d'acció que ajudin a una millor comprensió de la persona amb si mateixa per tal de que el pacient pugui esdevenir la pròpia eina en situacions de major complexitat.

4.2.5 Subtipus i característiques clíniques de l'esquizofrènia

Endinsant-nos en termes de la malaltia, aquesta comprèn diverses característiques que són agrupades en subtipus, segons les àrees que es troben més afectades en la persona.

Esquizofrènia de tipus paranoide (exposat en un pròxim apartat: 4.5.5).

Esquizofrènia tipus desorganitzat; caracteritzada per la mostra de llenguatge inconnexa, acompanyat per riures i expressions fora de lloc al llarg del discurs. La desorganització en el comportament implica una incapacitat per realitzar activitats de la vida diària, tals com dutxar-se, vestir-se, etc. A més destaca una afectivitat aplanada o inapropiada que no encaixa amb els criteris d'esquizofrènia catatònica.

Aquest tipus d'esquizofrènia també pot presentar certes idees delirant i al·lucinacions, però a diferència del tipus paranoide, acostumen a ser fragmentades i a no girar entorn a un tema de forma coherent. (DSM-V TR, 2015).

La simptomatologia presentada inclou manierismes, rictus i altres anormalitats comportamentals. A més, en aquest cas, si s'observa un deteriorament cognitiu en l'aplicació de diverses proves psicològiques i cognoscitives.

Esquizofrènia tipus catatònic; destaca com a principals factors, una important alteració psicomotora que pot resultar en immobilitat o un excés d'activitat motora i negativisme extrem sense propòsit aparent i no influït per cap estímul extern. El mutisme i certes singularitats del moviment voluntari poden resultar en estats d'estupor o catalèpsia, així com la realització de postures inapropiades i rares de forma voluntària.

En quant a la parla, hi ha presència d'ecolàlies (repetició patològica de paraules o frases immediatament després de ser expressades per un altre) o ecopràxies (imitació repetitiva dels moviments d'una altra persona).

En aquest casos, cal una severa supervisió de la persona per tal de que no es produeixi cap tipus de lesió a sí mateix o a les persona que l'envolten, ja que hi ha un alt risc de malnutrició, esgotament i conductes d'autolesió (DSM-V TR, 2015).

Esquizofrènia tipus indiferenciada; resulta ser aquella que compleix amb els criteris d'esquizofrènia, presentant tant simptomatologia positiva com negativa en un període mínim d'1 any, però que no encaixa amb els criteris per el tipus d'esquizofrènia anteriorment esmentats.

Esquizofrènia de tipus residual; aquest tipus agrupa a aquells subjectes que hagin experimentat al menys un episodi d'esquizofrènia però que actualment no presenten símptomes psicòtics positius. Sí es mostra una continua presència de símptomes negatius i dos o més símptomes positius lleus com poden ser la presència d'idees rares, comportaments excèntrics i la presència de cert llenguatge desorganitzat.

Aquest tipus pot ser concret en el temps i mostra una transició entre l'experimentació d'un episodi florit i la remissió total del pacient, tot hi això, aquest estat pot perdurar durant anys i estar acompanyat de certs alts i baixos del pacient (DSM-V TR, 2015).

4.2.6 Criteris del DSM

Com s'ha esmentat anteriorment, l'esquizofrenia paranoide afecta al pensament distorsionant-lo.

Segons el DSM V s'han d'acomplir per tal de diagnosticar l'esquizofrènia en algun dels seus subtipus els següents criteris, dos (o més) dels següents símptomes, cadascun present durant una part significativa d'un període d'un mes (o menys si ha estat tractat amb èxit):

- Idees delirants.
- Al·lucinacions.
- Llenguatge desorganitzat (e.x. descarrilament freqüent o incoherència).
- Comportament catatònic o greument desorganitzat.
- Síntomes negatius (e.x. aplanament afectiu o abúlia).

Es requereix només un símptoma si les idees delirants són estranyes o les al·lucinacions consisteixen en veus que comenten els pensaments i el comportament del subjecte o conversen.

Una o més àrees importants d'activitat (interpersonal, acadèmic o laboral) estan clarament per sota del nivell previ a l'inici del trastorn o no arriba al nivell esperable de rendiment (quan l'inici és en la infància o adolescència).

Persisteixen signes continus de l'alteració durant almenys 6 mesos. Almenys un mes de símptomes que compleixin el Criteri A (o menys si s'ha tractat amb èxit) i pot incloure els períodes de símptomes prodròmics i residuals.

Exclusió dels trastorns esquizoafectius i de l'estat d'ànim amb característiques psicòtiques:

No hi ha hagut cap episodi depressiu major, maníac o mixt concurrent amb la fase activa dels símptomes.

Si els episodis d'alteració anímica han aparegut durant els símptomes de la fase activa, la seva durada total ha estat breu en relació amb la durada dels períodes actiu i residual.

L'alteració no es deu als efectes fisiològics directes d'una substància o condició mèdica general.

Si hi ha història de trastorn generalitzat del desenvolupament, el diagnòstic addicional d'esquizofrènia només es realitzarà si les idees delirants o les al·lucinacions també es mantenen durant almenys 1 mes (o menys si s'han tractat amb èxit).

A l'hora de determinar el rang de prevalença de l'esquizofrènia, es troben diverses visions oposades.

La prevalença de l'esquizofrenia al llarg de la vida es variable, però generalment es determina que té una tasa lleugerament inferior a un cas per cada cent habitants. El trastorn sembla tenir una distribució uniforme a tot el món, encara que poden existir algunes llacunes de prevalença més altes o baixes.

En quan a la incidència, hi ha un consens general per l'edat de risc situat entre els 15 i els 54 anys, per altra banda, s'estima que es presenta en l'1,9 de cada 10.000 habitants per any i no es troben diferències estadísticament significatives entre sexes.

L'edat mitjana de la primera aparició de la malaltia es localitza sobre els 26 anys i és significativament més alta en la població femenina que la masculina com exposa Michael J Owen (2016).

Observant l'experiència que he tingut a la presó, he pogut veure que quasi el total de persones amb esquizofrènia paranoide són homes.

Al llarg de més de més de tres dècades, el paradigma dominant per entendre les contribucions ambientals a l'esquizofrènia ha estat la hipòtesis del neurodesenvolupament, la qual es centra en establir els factors de risc per l'esquizofrenia que es presenten principalment durant el desenvolupament precoç en l'embaràs.

Igualment, els factors socioeconòmics, les adversitats durant la infantesa i la immigració han estat també associats a l'esquizofrènia. A més, alts graus d'esquizofrènia han resultat ser consistents amb individus nascuts durant el període final d'hivern o principis de primavera, aquells nascuts o educats en ciutats i amb individus amb pares relativament grans (a partir dels 40 anys) o pares primerencs (abans dels 20 anys).

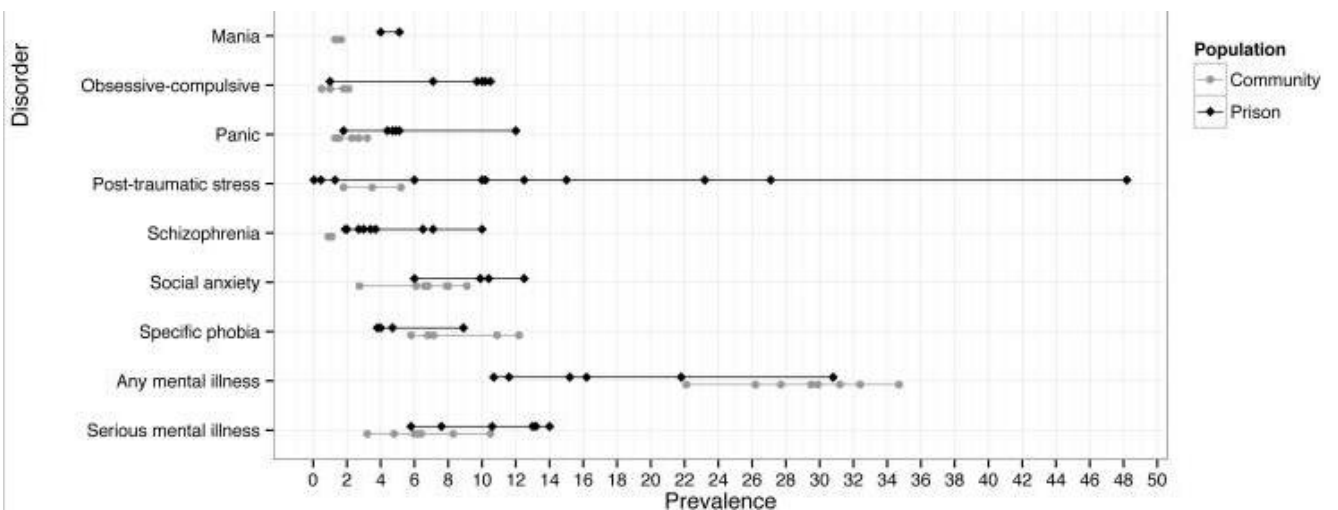
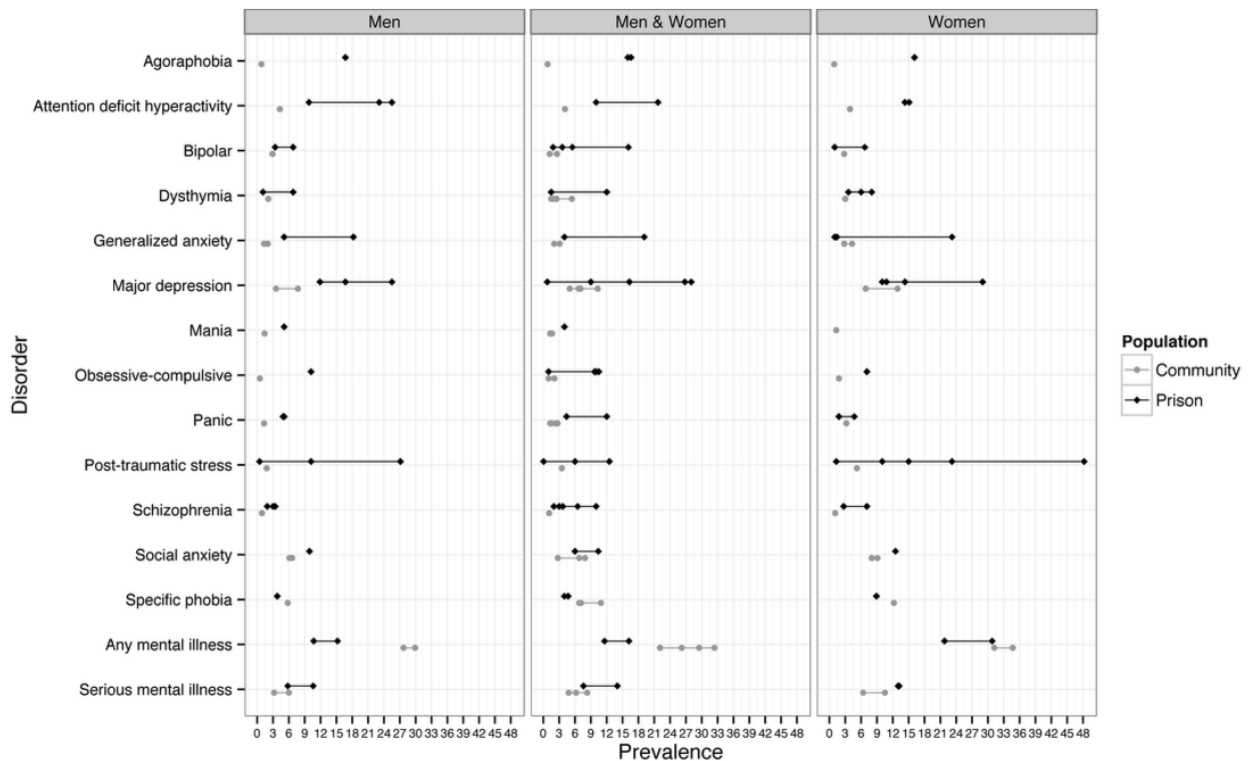
Varies evidències han relacionat el consum de cànnabis durant l'adolescència com un factor rellevant en la primera presentació de la malaltia. Més enllà, també trobem que factors com l'epilèpsia, les malalties autoimmunes, infeccions seves, etc han estat associades amb un increment del risc de desenvolupar la malaltia.

Epidemiologia a presons

L'associació entre algunes condicions mentals i l'increment del risc per conducta criminal han estat àmpliament estudiades. En sèries de 100 persones que han assassinat, el 29% ha

rebut un diagnòstic de psicosis (21% d'esquizofrenia i un 8% per trastorns afectius) mentre que el 35% ha rebut un diagnòstic per abús de substàncies (Arboleda-Flórez, 2009).

Les estimacions de l'actual prevalença de persones amb trastorns mentals en presons varia en una àmplia gama; per exemple, s'estima que el rang en el cas de l'esquizofrènia oscil·la entre el 2% i el 6.5%, tot hi així, es troben grans diferències segons l'estudi que és consultat i es pren com a referència.



Seth J. Prins (2014)

En les següents figures, es mostra la prevalença actual estimada a partir de tots els estudis que presenten evidències de diagnòstic psiquiàtric. En la segona figura, més concretament, es troben representats els resultats segons els estudis que representen evidències en homes, homes i dones i dones, respectivament com esmentà Seth J. Prins (2014).

Totes dues figures a més, presenten la franja de prevalença estimada per uns determinats trastorns a partir d'enquestes de malaltia mental.

Amb concordança d'aquestes gràfiques, Warner i Girolamo (1995) presenten diferents estudis realitzats tant a Europa com a Estats Units que mostren una prevalença substancialment superior de casos d'esquizofrènia dins l'àmbit penitenciari que en la població general, per la qual cosa, es pot afirmar que existeix una relació entre la presència d'aquesta condició i la condició criminal, però cal tenir en compte que no es tracta d'una relació un a un ja que moltes persones que pateixen d'esquizofrènia mai han comès un acte delictiu tot i l'alta prevalença d'aquest trastorn mental en la població general (Arboleda-Flórez, 2009)

4.2.8 Contenció farmacològica i vivència emocional

L'esquizofrènia està caracteritzada per diversa psicopatologia, les característiques principals són símptomes positius (alucinacions i deliris, també anomenats símptomes psicòtics, en els quals es perd el contacte amb la realitat), símptomes negatius (motivacions particulars no relacionades, reducció de la parla espontània i aïllament social) i finalment, incongruències cognitives (el pacients obtenen resultats més pobres que els control en una àmplia franja de funcions cognitives, per altra banda, també s'observa una àmplia variabilitat individual entre els pacients).

El símptomes positius tendeixen a presentar-se de nou i remetre't, tot hi que alguns pacients presenten símptomes psicòtics residuals a llarg termini. En quant als símptomes negatius i cognitius, tendeixen a ser crònics i estan associats a efectes a llarg termini en les funcions socials. El primer episodi psicòtic generalment apareix durant l'última etapa de l'adolescència i la primera etapa de l'adulthood, però freqüentment ve precedit per una fase predròmica.

Actualment, el tractament principalment consisteix en l'administració de fàrmacs antipsicòtics que tenen la capacitat de disminuir les al·lucinacions, l'agitació, confusió i els deliris psicòtics; per aquesta raó, els medicaments antipsicòtics ajuden a que el pacient es relacioni d'una forma més racional amb el món que l'envolta.

Per altra banda, el tractament de l'esquizofrenia també requereix de teràpies psicològiques, suport social (on trobariem la figura de l'educador social) i rehabilitacions. Tot hi això, hi ha una palpable necessitat d'aplicació de tractaments que resultin més efectius i impliquin un major rang de serveis.

El protocol en quant a l'administració de dosis per a cada pacient en aquest trastorn en concret no ve estrictament guiat per la resposta que s'obté. No existeix una relació d'efectivitat per dosi que permeti als professionals de la salut seguir unes pautes concretes i que els garanteixi la millora de la simptomatologia. Aquesta característica provoca que sovint es tracti d'un procés lent d'augment i disminució de dosis; fet que pot provocar una major experimentació d'efectes secundaris quan s'aplica una major dosis o per contra, un major risc de recaiguda dels pacients als quals se'ls aplica una reduïda dosis de medicació.

Per altra banda, en aquest síndrome es presenta una relació inversament proporcional en quant a l'eficàcia i les possibilitats terapèutiques; és a dir, els pacients que presenten esquizofrènia de major grau, presenten amb major probabilitat resistència al tractament i per tant es troben en una situació de més vulnerabilitat.

Cal tenir en compte, que el tractament en aquesta trastorn es presenta com un procés llarg que afecta la qualitat de vida dels pacients i que pot oscilar en diferents graus segons les característiques de cada persona.

L'aplicació de neurolèptics porta a tenir algunes consideracions sobre el seu ús, des dels problemes d'eficàcia, latència, efectes secundaris, tolerància, així com consideracions de tipus legal i sociolaboral.

4.2.8 Esquizofrènia paranoide

Segons Ollé (2012) el concepte paranoia no és freqüent degut a que els manuals DSM no l'esmenten com a tal, sino que en fan referència com a trastorn delirant.

Tal i com esmenten J. Adolfo i A. Talarn (2000) l'esquizofrenia paranoide n'és la més freqüent entre la població, representant un percentatge del 60% del total de trastorns. El que diferencia l'esquizofrènia paranoide de la resta de subtipus és la presència de deliris i al·lucinacions.

En els seus inicis, la denominació paranoia va ser esmentat per Hipòcrates per referir-se a qualsevol tipus de pensament de tipus delirant o desorganitzat que fos causat per un estat de deteriorament mental. Més tard, però cap al segle XIX els autors Neuman i Heinroth van resultar ser els primers en relacionar aquest terme amb un trastorn psíquic que alterava la salut intel·lectual i l'estat emocional de la persona.

L'any 1838, Esquirol realitza la primera descripció del concepte actual de la paranoia a partir d'un estudi sobre la monomania, que reflectiria les diferents formes en que es pot presentar la paranoia.

Més tard Lasègue (1852) publica un estudi més extens i concret sobre el deliri de persecució en el seu treball sobre el delírium tremens.

No seria fins al 1909 amb la figura de Freud i el psicoanàlisi que es relacionaria aquest terme amb la regressió autoèrotica, en la qual la persona desenvoluparia un procés de regressió a un estat d'autoestima viscut durant la infància i ara projectat en figures estranyes. Aquest procés per tant, explicaria perquè es produeix una pèrdua de connexió amb la realitat i la necessitat de convertir la nostàlgia de la infantesa en una falsa creença delirant.

Actualment l'esquizofrenia paranoide s'identifica per la presència d'idees delirants, dominant les de persecució i grandesa, encara que poden sorgir d'altres tipus. A més, pot ser que el subjecte presenti més d'una d'elles i es trobin referenciades al voltant d'un tema concret. Diversos símptomes que es troben relacionats són l'ansietat, el retraïment i la tendència a discutir (DSM-V TR, 2015).

En aquest tipus d'esquizofrenia, els pacients poden mostrar-se amb un cert aire de superioritat, actituds condescendents així com certa minuciositat. En les relacions intrapersonals es pot apreciar una falta de naturalitat i una tendència a la impulsivitat.

Les idees delirants de persecució que els caracteritzen poden predisposar la persona a dur a terme actes suïcides i juntament amb la tendència de reaccions de còlera, predisposen a l'aplicació de la violència amb els altres.

Per altra banda, no és habitual trobar alteracions en l'àmbit afectiu, tampoc dificultats en la parla, ni símptomes catatònics. A més, habitualment no es mostra un deteriorament cognitiu o en el cas que hi hagi mostres d'aquest, resulta ser mínim en les proves neuropsicològiques i test cognoscitius.

Segons alguns estudis realitzats, es considera aquest tipus d'esquizofrenia com una de les menys disfuncionals, ja que, amb el tractament farmacològic, psicològic i social les persones que la pateixen poden tenir la capacitat suficient per realitzar una vida laboral i independent.

5. Intervenció de l'educador social amb pacients amb trastorns mentals

Els Documents Professionalitzadors (2015) remarquen que una de les funcions de l'educador social, en l'àmbit de la salut mental és realitzar accions o activitats que promoguin la creació d'espais educatius, per a que la persona progressi en els diferents contextos socials a nivell personal i social, per tant, és una funció que s'extén en el treball en tots els àmbits (salut, infància, justícia...) i que dóna gran sentit en la recuperació de pacients amb trastorns mentals i a la tasca de l'educador social.

Les persones que pateixen d'un Trastorn Mental Sever són molt vulnerables a poder aconseguir els seus objectius i cobrir les seves necessitats, així que una de les tasques essencials de l'educador social serà acompanyar en el desenvolupament del potencial personal de la persona. Cal que el professional social parteixi d'entendre les limitacions de l'altre durant la rehabilitació i la normalització de la situació que caldrà treballar amb la persona.

El professional social ha de fomentar el benestar de la persona per a que pugui dur una vida satisfactòria tot i patir una malaltia mental. Comportarà que l'educador incorpori eines per a superar l'estigma que hi ha envers la malaltia mental, ja que aconseguir noves oportunitats socials i personals l'ajudarà a trobar sentit a la vida, i aquesta, no ha d'estar determinada pels rols que la societat té en el món diari.

Segons Alonso, I. y Funes, J. el rol de l'educador social en l'àmbit de la salut mental ha d'estar molt orientat a realitzar un bon acompanyament *"Para hacer posible los procesos de cambio de las personas, para que tengan posibilidades de formar parte de la sociedad (o de volver a ella si fueron segregados), para que puedan recuperar su autonomía, necesitan que se les ofrezca ser acompañadas, necesitan que se les atienda en clave de acompañamiento"*.

La finalitat de la intervenció és que l'educador pugui ajudar a la persona a crear el seu projecte vital, en el que aquesta pugui integrar el que és, el que vol i com vol fer-ho, per tal de poder-se desenvolupar en el medi on es trobi, si cal per la pena que li pertoca en el medi penitenciari o bé en el medi civil.

Que aquest projecte tingui coherència entre les metes que a la persona li agradaria assolir i les seves possibilitats/limitacions en quant a la malaltia. És facilitar que la persona pugui dur a terme de manera el més autònoma possible les activitats de la vida diària i es gestioni de

manera saludable en els espais on hagi de conviure amb altres persones, complint les normes socials de convivència que ajudin al creixement de la comunitat en sí.

Per tant, l'educador haurà de: promoure la consciència de malaltia, que formarà un eix essencial en el bon desenvolupament de la persona, i alhora la seva autonomia i control emocional i realitzar conjuntament un treball psicosocial, incidint en els grups de treball en aquelles necessitats evidents que la persona presenta.

Recursos psicosocials, teràpies i àmbits d'intervenció del professional social:

Com s'ha esmentat anteriorment, l'educador és qui acompanya a les persones en un projecte vital dins del medi aïllat de la societat, la presó, a conseqüència d'un delictes que sol ser habitualment causat inicialment per una descompensació clínica o consum de tòxics, que agreuja la simptomatologia de la persona. Intervindrà essencialment en el procés de rehabilitació, que dins l'àmbit penitenciari té unes característiques diferencials.

Per tant, trobarem la figura de l'educador social en el transcurs de la pena després del brot psicòtic, elaborant amb l'intern la situació que ha ocasionat la pena o mesura de seguretat intentant que, la persona assimili i aprengui a conviure amb aquests fets, que formen part del seu transcurs vital.

També treballa l'estigma, que dificulta en moltes ocasions els processos de millora, que ja de per si són complicats per les pròpies dificultats que la malaltia comporta.

En quant als recursos psicosocials i possibles teràpies, és essencial realitzar un abordament biopsicosocial intensiu i de qualitat de manera continuada i activa durant els anys crítics posteriors a la psicosis. Per això, és important la col·laboració i treball en xarxa entre els diferents professionals per tal de dissenyar un programa d'atenció específica capaç de proporcionar una millora per a la persona.

La psicosis interfereix en moltes àrees del desenvolupament d'una persona sobretot, jove, durant els estudis, la feina, les interaccions socials, les relacions amb els iguals, l'autoconcepte, l'autoestima i també la identitat. En quant això, caldrà que el professional social participi equilibrant les preocupacions sobre totes les temàtiques per fonamentalment evitar una possible recaiguda i en segon lloc, millorar la qualitat de vida i l'entorn social de la persona.

En l'escenari actual en el qual ens trobem, és la Direcció General de Serveis Penitenciaris (DGSP), per delegació del Departament de Justícia, i al seu torn per delegació del Govern de la Generalitat, l'encarregada de definir l'orientació de l'execució penal a Catalunya i d'implantar les propostes, plans i programes per aplicar-la. En el cas de la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica, els plans de rehabilitació s'estableixen consensuats amb la

direcció, seguint l'objectiu comú d'estancia al centre penitenciari: La rehabilitació i reinserció integral del subjecte per mitjà de les actuacions coordinades i multidisciplinàries dels professionals de l'àmbit del tractament hospitalari.

En alineació amb la Institució, la missió de la unitat psiquiàtrica és promoure l'estabilització clínica i psicosocial, així com l'autonomia de les persones amb un trastorn mental greu i persistent, oferint un abordatge integral i un suport comunitari que respecta al màxim la seva individualitat i dignitat, les seves necessitats i preferències, i tot això estimulant la motivació i amb la menor restricció possible que permeti el centre penitenciari.

Els objectius genèrics que estableix la unitat parteix de que conté un model de rehabilitació en el que introdueix un canvi substancial en la finalitat de les accions que es duen a terme, que intenten afavorir la consciència de malaltia, l'entrenament a l'adaptació del pacient a l'entorn comunitari, treballant per augmentar l'autonomia de la persona. Així doncs, en comptes d'acompanyar, faciliten, en comptes de cuidar, ensenyen, tot propiciant l'autonomia, en comptes d'entretenir, capaciten i en comptes de guiar, recolzen.

El model que hem presenciat que es duu a terme de rehabilitació es basa en els principis que proposà Anthony Giddens, autor de referència del marc teòric de la rehabilitació psicosocial. La rehabilitació psicosocial és un abordatge integral dels diferents aspectes físics, psicològics, professionals i socials dels subjectes amb discapacitats, així com 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, elements que també hem pogut observar a classe, útils quan hi treballem sempre en el seu conjunt.

La rehabilitació psicosocial tal i com esmenta Desviat (2010) neix durant els anys 70 amb l'objectiu de donar eines a la persona per a poder dur una bona qualitat de vida en els pacients que pateixen de trastorns mentals severos de manera crònica, on la malaltia es mostra limitant o disminuint les habilitats durant el dia a dia. Tal i com esmenta l'autor, la rehabilitació no té l'objectiu de cura, sinó de reprendre habilitats socials oblidades o bé desenvolupar-les, per tal de que les persones puguin dur una vida digne.

Tal i com esmenta Abelardo Rodríguez (2010) la rehabilitació psicosocial s'enfoca en àrees concretes per treballar amb persones on l'objectiu és la rehabilitació psicosocial en la psicosis. Aquestes àrees concretes són la millora de l'autonomia, de la qualitat de vida i la millora de les relacions socials per a incidir també en la integració social. Doncs, s'hauria de realitzar una evaluació a nivell funcional d'aquelles persones que pateixen psicosis o

trastorn mental sever per tal de veure quin dels programes o intervencions serien més adequades per al seu millor desenvolupament posteriorment a la comunitat.

L'educador social és partícip del procés d'elaboració conjunta amb la persona de definir els objectius individuals que la persona vol aconseguir com alhora, els mètodes o intervencions que podran ajudar a la persona a realitzar-los.

El programa de rehabilitació psicosocial té sentit si va de la mà amb altres intervencions que actuen dins un mateix fi, reforçant-se entre elles i potenciant-ne les capacitats. Els programes no han de funcionar de manera separada entre ella, sinó relacionant-se amb actuacions a nivell global que s'adreçin a les diferents carences que presenten les persones amb psicosis. És important que les habilitats que s'adquireixen en un programa puguin veure's reforçades a la resta d'espais on la persona assisteixi.

L'educador social també forma part de la decisió que s'establirà entre l'equip sobre si és més adequat un programa a nivell individual o grupal. Això dependrà de diferents factors, determinats per un millor benestar durant el desenvolupament personal, l'escenari que pugui ser més facilitador en el compliment d'objectius, la disponibilitat del recurs on es trobi i la disponibilitat en quant a realitzar grups heterogenis per a millorar capacitats, comprensió, dificultats comunes i enriquir-se entre ells.

En aquests programes és important assegurar-se que les habilitats o competències proposades són adequades en el context i reforçades en el seu medi habitual, reforçar de manera realista aquelles funcions que la persona requereix per a un millor estil de vida.

Per tal de contextualitzar, la intervenció de l'educador social podra realitzar una intervenció a través de diferents programes.

Tal com exposa la Guia de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009) escollir-ne un o altre dependrà de les necessitats, preferències, objectius i capacitats de la persona, conjuntament amb els recursos del medi on es troba.

E. Ruiz-Parra (2009) esmenta que hi ha la certesa sobre l'efectivitat d'actuacions psicoterapèutiques. Concretament, dues intervencions grupals resalten per la reducció de recaigudes en el procés de rehabilitació: l'entrenament en habilitats socials i la terapia psicològica integrada (IPT). La primera d'elles, que abarca l'educador social tindrà una repercusió positiva en l'àmbit relacional, ajudant a relacionar-se de manera més sana amb el seu entorn, així com disminuint alhora els efectes negatius que provoca la malaltia. Per altra banda, la IPT tindrà efectes positius davant la neurocognició, els símptomes negatius que provoca el trastorn mental i el funcionament psicosocial, portada a terme per un psicòleg.

E. Ruiz-Parra (2009) destaca amb èmfasi la importància de la teràpia en grup pels pacients esquizofrènics, mostra vivències realistes i estímuls positius. L'avantatge és que comporta una major autonomia de la persona, que passa a posicionar-se menys dependent del professional social. Es complementen els pacients entre ells, de manera que l'ajuda no ve donada únicament del professional, sinó conjuntament amb la resta de membres. El grup terapèutic actuarà llavors com a referència per a les persones que hi participen. Aquest grup ofereix que les persones puguin conèixer als altres, els observin, reflexionin, com també sobre si mateixos, provocant una reacció especular, fent que la persona pugui veure en què s'assembla o es diferencia de l'altre, els seus trets únics i aquelles coses en comú, que potser el preocupen, i els altres també estan vivint. A través de la perspectiva dels altres pot ajudar a un mateix a conèixe's.

En la experiència de pràctiques a Brians vaig poder observar que és positiu que el grup de pacients sigui diversificat, amb diferents patologies, per tal de donar-se estratègies entre ells per superar els símptomes de la malaltia i poder compartir les seves vivències de manera directa, trobant en el grup, una font de recolzament i podent recolzar també als altres.

Estaràn treballant com diu l'autor, les habilitats relacionals i el cas ja no s'aborda des de la perspectiva d'un subjecte aïllat, sinó que des del conjunt i l'aproximitat, donant la possibilitat d'aprendre a interaccionar de noves maneres, que recolza l'aprenentatge interpersonal, que és possible pels diferents coneixements, vivències i nivells, comprnent al grup com un tot.

L'educador acompanya en aquest procés on, les persones poden trobar-se amb dificultats en algun dels nivells de relació però poden establir vincles a un altre nivell funcionant de manera terapèutica, sense estar a consulta amb el psicòleg, podent abordar la teràpia fomentant que hi intervinguin altres factors en el propi grup que es donaràn de manera natural i funcionaran com a terapèutics.

Durant les pràctiques realitzades a la UHPP s'observen efectes positius en la relació entre pacients amb diferents patologies, dificultats i simptomatologia. El grup era format per persones que patien esquizofrènia, trastorn bipolar, trastorn límit, depressió, trastorn obsessiu-compulsiu i d'altres trastorns ocasionats pel consum de cànnabis o alcohol. No volia dir, que la cohesió que podia complementar-se entre persones molt diverses no generés dificultats, però la pròpia naturalesa de la malaltia ja genera de per sí dificultats socials, però amb les carençes d'un i les habilitats de l'altre acabaven construint-se conjuntament.

Als inicis del grup que vaig compartir d'habilitats socials amb l'educadora referent a la UHPP, els pacients mostraven dificultats de relació o cohesió social, veient-se primerament

des de fora el pacient en la seva individualitat, però, al llarg de les sessions mostrant efectes positius, noves amistats, noves relacions, millor estat d'ànim, de persones que no tenien inicialment ganes de venir al grup o bé venien i no hi participaven, fins a veure a les mateixes persones motivades per assistir i exposant verbalment que anar al grup els feia sentir molt millor. Ajuda doncs, a trencar amb idees preconcebudes, que tenien els usuaris, tan joves com d'edat més avançada de que no se sentirien bé, de que no podrien aprendre, o aprofitar els coneixements que es generarien sent un equip. També la tutora, valorava la necessitat o bé el sentit de que la persona assistís, a través d'entrevistes de seguiment individualitzades on es parlava de totes les coses, positives i negatives. Per això, vam veure que establint relacions mútues i recíproques es creaven nous vincles entre persones molt diverses i el grup funcionava multiplicant els efectes terapèutics conjuntament amb el tractament fàrmac i l'atenció de la resta de l'equip multidisciplinar.

En aquesta teràpia grupal enfocada als pacients, pot orientar-se en diferents accions, dividint-se en tres grups. El primer d'ells, seria orientat a tècniques de modificació de conducta i cognitivo-conductuals, la teràpia de grup d'orientació dinàmica i la teràpia de grup integradora, on, en el recurs de pràctiques la que s'utilitzava era la primera.

La teràpia cognitivo conductual en la que treballa l'educador social se centra en que la persona adquireixi coneixements i treballi aquelles habilitats (empatia, escolta activa, capacitat de comunicació, treball en equip, control de l'estrès, capacitat analítica, argumentació...) per tal de que la persona trobi una compensació en les limitacions que provoca el trastorn i pugui millorar el seu funcionament.

Tal com esmenta l'autor E. Ruiz-Parra (2009) en les tècniques de modificació de conducta cognitivo conductuals és on s'apliquen intervencions psicoeducatives, això significa que hi ha intervencions dirigides a fomentar la rehabilitació d'àrees concretes, en primer lloc les habilitats socials utilitzant mètodes d'entrenament concrets, en segon lloc, per treballar els dèficits neuropsicològics per tal de la recuperació cognitiva.

Amb els pacients diagnosticats d'esquizofrènia prenent d'exemple la UHPP es farà intervenció professional en tres àrees principals: l'àrea social, sociocultural i de salut. Participaran per exemple del programa d'animació sociocultural. Aquest, coordinat per l'educador/a social té l'objectiu general d'incentivar a la persona en el seu medi de relació social.

En aquest cas doncs, l'educador social enfoca l'acompanyament en objectius específics tals com:

- Fomentar el desig de la persona de participar de manera constant en les diferents activitats que es proposen dins del centre o fóra d'aquest, en el cas que el seu procés de rehabilitació estigui en la última fase facilitant que els aprenentatges puguin assimilar-se des de vivències experiencials.
- Proporcionar experiències positives que afavoreixin la motivació en ser una persona activa.
- Millorar processos de desenvolupament personal creant contextos de debat grupal.
- Afavorir que la persona tingui consciència crítica, donant les màximes eines d'informació per a una correcta presa de decisions.
- Fomentar la integració de les persones amb les seves diferències, creant grups heterogenis amb diferents característiques, en quant puguin complementar-se entre ells.
- Conèixer les oportunitat que ens ofereix el nostre entorn de relació i vida.
- Impulsar la creativitat de l'individu.

Tots els pacients de la UHPP poden participar-hi mentre no hi hagi una descompensació clínica que incideixi en el funcionament psicosocial de la persona.

5.1 Rol de l'educador social en les diferents fases de l'esquizofrènia

Una persona que pateix d'esquizofrènia i viu un brot psicòtic passa per tres etapes: la fase aguda o anomenada també de crisi, la fase d'estabilització o postcrisi i la fase estable o de manteniment

Tal i com explica en la Guia de Práctica Clínica (2009) En la primera fase aguda (de crisi) l'educador social s'abstindrà en la intervenció, ja que les tasques a dur a terme són més enfocades al personal d'infermeria, evitar que el pacient no pateixi lesions, controlar el comportament agitat, intentar reconduir els símptomes de la pròpia malaltia i la psicosis. L'educador social no intervé perquè en aquesta etapa l'acció està enfocada en investigar i resoldre aquells agents externs que han ocasionat l'aparició del brot.

Les intervencions psicosocials en aquesta fase s'enfocaran a aïllar totes aquelles situacions del pacient que li provoquin estímuls negatius, tals com estrés, sobreestimulació, i es fomentarà un diàleg senzill, degut a tot el trasvalç que provoca el brot inicialment. Com s'ha vist durant les pràctiques, el personal d'infermeria i auxiliars reconduïxen les situacions intentant orientar a la persona en el lloc on es trova, estructurant-ne la realitat.

Durant la segona etapa, d'estabilització o postcrisi que és aquella que es troba a partir del mig any següent posterior a l'episodi inicial de crisi, és on comencen a restablir-se les persones a nivell funcional, adaptant-se al nou entorn. Els objectius són evitar recaigudes greus per tal de disminuir les probabilitats de recaiguda i la simptomatologia que comporta la crisi prèvia. El professional haurà d'afavorir el procés de recuperació.

L'educador social que intervé en una etapa d'estabilització o postcrisi en la UHPP en la planta de subaguts tindria la funció amb el pacient de, conjuntament, instaurar metes realistes i objectius per a que la persona no se senti pressionada o angoixada per a que a la llarga pugui aconseguir el seu èxit inserint-se novament i de manera exitosa en les funcions socials.

Tot i així, l'educador/a que realitza la intervenció psicosocial haurà de tenir en compte que no estiguin organitzades de manera excessiva.

En la fase estable o de manteniment, és la que trobem participen-hi a l'educador/a social de manera activa. Un cop estabilitzada la persona els símptomes de la malaltia poden no estar tan visibles, però poden aparèixer d'altres com estar més susceptible, depresiú, o d'altres símptomes negatius. Tot això té conseqüències en el deteriorament cognitiu. D'altres pacients, poden presentar símptomes positius de la malaltia, amb menys proporció de la que pot donar-se en la fase aguda, tenint alguna al·lucinació, idees delirants o alteracions en el comportament.

Els objectius a perseguir de l'educador social aniràn en la línia de millorar la qualitat de vida i les actuacions de les persones, això funcionarà com a prevenció de les recaigudes. També observarà si hi ha possibles efectes adversos al tractament que està realitzant, a través del diàleg amb el propi pacient i la comunicació no verbal, ja que les antipsicòtics provoquen molts efectes adversos.

El professional social estableix amb la resta de l'equip multidisciplinar un pla de tractament que funcionarà com a intervenció psicosocial complementària al tractament farmacològic. Treballarà de manera concreta els següents aspectes:

- Reeducació de les habilitats bàsiques del dia a dia
- Entrenament de les habilitats socials
- Rehabilitació cognitiva
- Fomentar que de cara a vinculacions amb l'exterior, si la persona està d'acord serà positiu poder mantenir contacte amb el cercle relacional més proper perquè seràn els qui tindran més oportunitat per observar l'aparició de simptomatologia i factors influents en el benestar de la persona.

5.2 Presó i salut mental

Com reflexa JM Arroyo-Cobo(2010), la literatura científica que parla sobre polítiques assistencials que hauràn de tenir les administracions envers l'atenció a la problemàtica de salut mental en el medi penitenciari, tenen en comú que han d'acomplir el següents criteris: s'ha de facilitar un acompanyament terapèutic de la mateixa condició a la que perceben les persones amb trastorn mental a la comunitat, tanmateix, han de ser ateses per un equip multidisciplinar especialitzat que atengui als pacients, i és necessari un treball en xarxa, coordinant-se les administracions per tal d'atendre en la seva globalitat a la persona en lo assistència, social, judicial i medi penitenciari.

La Revista Espanyola de Sanitat Penitenciària (2017) mostra les dades de la població que està interna, prop de nou milions de persones estan a presons arreu del món, 50.000 a Espanya i concretament 8.000 a Catalunya. La totalitat d'interns que pateixen d'un trastorn mental és confusa, no hi ha una dada exacte. Estudis que van realitzar-se anys enrere, durant la dècada dels 80 (Coid, 1984; Smith 1984 i Jemelka, 1989) demostraven en els seus resultats que els trastorns mentals en la població a medi civil no eren més elevats contrastant-los amb la població general.

5.3 Malaltia mental i centre penitenciari (Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica penitenciària)

Mostra la última memòria de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2010) destaca la rellevància que té l'àmbit sanitari i social en els trastorns mentals al nostre país. Desenvolupant-se principis bàsics (autonomia, equitat, accessibilitat...) i valors per tal d'abordar amb una atenció de la millor qualitat possible a la problemàtica en el sistema assistencial públic en global.

Se centrará el treball en la intervenció que es duu a terme a la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya (UHPP) per tal de plasmar accions concretes, missió, visió i valors d'un centre penitenciari de referència, com a actuació envers els malalts mentals que pateixen d'esquizofrènia paranoide. En aquesta explicació, aprofundiré més endavant en, dins la intervenció, quin serà el rol de l'educador social.

En els programes d'atenció clínica, la UHPP hi assisteixen persones diagnosticades d'un trastorn mental greu internes en el centre. La rehabilitació psiquiàtrica s'aborda des de

l'equip multidisciplinar, compòs entre educadors socials, psicòlegs, metges, psiquiatres, i monitores de lleure.

L'objectiu és iniciar en la persona un procés de canvi a nivell personal pel que fa a les actituds, valors, sentiments, objectius i rols de la persona amb trastorn mental sever.

La unitat de la UHPP atén a persones de tot Catalunya dividint-se en diferents unitats d'actuació, d'Aguts (persones que arriben just la crisi de la malaltia), Subaguts (que s'estableix en programa de rehabilitació que es realitzarà), Mitja i Llarga Estada i Trànsit a la Comunitat. En funció de la situació, l'estat de la malaltia, la simptomatologia que presenten es derivaràn cap a una o altre unitat.

L'atenció clínica en cada una de les unitats es consensuarà a través de l'equip multidisciplinar que el conformen com he dit anteriorment: l'educador, psicòleg, infermer, psiquiatra referent, i si és necessari la delegada judicial, per tal de portar una millor coordinació i actuació a una en la mateixa línia. Actuant de manera individualitzada i adaptant-se a les necessitats de cada persona amb les activitats específiques que millorin el benestar del pacient.

En aquesta unitat hi ha molts casos amb trastorns mentals severs que han comès un delictes i que presenten una edat més avançada conjuntament amb un deteriorament cognitiu important (aproximadament d'un 10%), com també afectades intel·lectualment amb un dèficit moderat sever. Els altres usuaris que estan diagnosticades de TM greu que pateixen un deteriorament cognitiu menys accentuat, són menors de 65 anys, alguns d'ells amb oportunitats laborals en el futur o bé que podrien realitzar formació reglada.

Adaptant-se a cada un dels perfils, s'han realitzat accions concretes en cada programa de rehabilitació, n'hi ha els següents:

- Programa Residencial.
- Programa d'Educació Permanent.
- Programa de Formació pel Treball.
- Programa de Transit a la Comunitat (específic per persones que en un temps menor a un any sortiran a la Comunitat)

6. Resultats

En medi penitenciari, un 90% de les persones entrevistades expressen haver estat afectats negativament per la simptomatologia i el contingut dels deliris.

Cap d'ells té vincle amb recursos sanitaris anteriorment a l'entrada de presó, només un amb el psiquiàtric, amb seguiment per un ingrés anterior.

Totes les persones entrevistades a centre penitenciari tenen en comú i prioritzen l'inici del brot per l'aïllament social. Únicament una dona no està tant aïllada, però voldria separar-se i aïllar-se del marit, però es troba sense forces.

Segons la personalitat si és més activa o més tranquil·la, condiona en la vivència de l'espai penitenciari, físicament tot tancat.

La protecció a presó disminueix el patiment envers la seguretat personal tant per a professionals i usuaris.

Hi ha un usuari que no vol parlar del delicte perquè el remou, però verbalitza que no sent culpabilitat. Es pot preveure una possible reincidència.

Desencadena patiment la pròpia simptomatologia, la observació constant, l'agressió cap als altres, estar passiu, introvertit, perillós o espantat.

El patiment a comunitat destaca per alguns usuaris en que no és un entorn contingut.

Requereix de més esforç personal. Troben menys patiment dins d'entorn penitenciari ja que no poden entrar substàncies sota cap concepte i l'entorn és constantment vigilat.

La gestió econòmica es desestructura en quatre dels usuaris quan apareix consum i no mantenen l'adherència al tractament mèdic.

Un 90% de les persones entrevistades realitzen o idealitzen intents de suïcidi a comunitat perquè troben moment per a fer-ho. A presó amb la vigilància és més complicat.

Un 40% de les persones esmenten relats envers el rebuig cap al propi cos, l'autoimatge, i l'autoconcepte.

La totalitat dels participants expressen no conèixer ni entendre la malaltia en el moment i primers mesos de tractament. Per tant, els familiars prenen una posició de rebuig, de desentendre's de la persona. Provoca molt patiment aquesta situació en totes les persones que afecta. Tot i així, intenten per diverses vies reprendre el contacte. Promourà l'èxit en el

procés de la persona si una vegada surt de l'ingrés té contenció familiar. Les persones que compten amb familiars se senten més segures de si mateixes.

Apareixen factors de sustentació en alguns dels casos, on la persona va a l'escola, el fet de suspendre totes les assignatures i tenir un tutor que realitza supervisió, poder estudiar canvis en la persona. Quan la família és present, és més fàcil detectar descompensacions i apropar als serveis de salut, la majoria acaben en situacions greus perquè no tenen cap suport sa i com s'ha dit anteriorment, es mantenen en l'aïllament.

A medi penitenciari no intervenen en projectes vitals. Quan el jutge dicta la finalitat de la condemna la persona marxa d'alta, tingui o no els objectius que els professionals hagin marcat per abordar. És per això, que denota el risc de reincidència en persones que a punt de complir la condemna expressen que no se senten culpables pel delictes i que en una situació igual, ho tornarien a fer. Es treballa la introspecció, conèixer riscos de les situacions però no envers les opcions que té la persona una vegada hi surti. En medi civil, es té molt present el projecte vital, pel qual no es dona l'alta fins que està lligat un procés de pis de reinserció, una residència, o tornar a la unitat familiar.

Els factors que augmenten patiment medi penitenciari són els següents:

- o Intents de suïcidi (40%) i ideació de suïcidi (100%)
- o Por al desconeixement de medi penitenciari (20%)
- o Por a l'estigma (50%)
- o Angoixa per l'espai físic tancat (20%)
- o Autoconcepte, no voler veure's com un malalt. No acceptació. (90%)
- o Por per efectes adversos de la medicació (90%)
- o Condemna amb alta prevista sense projecte rehabilitador acabat (60%)
- o Augment de símptomes psicòtics per entorn vigilat (80%)

Els factors que augmenten patiment medi civil són els següents:

- o Ocultar símptomes per acceptació social o evitar patiment de la família (100%)
- o Consum de tòxics per evitar el patiment (60%)
- o Situació socioeconòmica molt dèbil (100%)
- o Desvinculació Laboral (90%)
- o No demanar ajut (80%)
- o Trencament dels vincles socials (90%)
- o Deixadesa en les activitats bàsiques de la vida diària (80%)

- o Rebuig de la família per la incomprensió de la situació (90%)
- o Recaigudes en previs tractaments de salut (20%)
- o Inexistent vinculació amb serveis sanitaris previs (80%)

Compten amb famílies amb particularitats diverses. L'equip facultatiu ha observat resistències en la participació dels familiars en el procés de millora de cada un dels usuaris. El target té en comú el distanciament familiar. També tots ells provenen d'un entorn on el consum és a l'abast i és normalitzat.

Actualment cada un d'ells presenta un estat clínic diferent. Algun dels participants presenta una descompensació de baix nivell, d'altres gran desconfiança cap al professional social, buits a nivell de memòria per situacions traumàtiques, entre d'altres. La intenció és poder entrevistar-los a cada un d'ells tot i les dificultats presentades.

Important distorsió de la realitat, on no diferencien el món real amb el món fictici. Explicant que es viu de manera aterrador, sobretot el primer cop que escoltes les veus. Un dels pacients ho descriu: vivint-ho com la conversa que tenim ara tu i jo.

S'evidencia la necessitat d'elaborar estratègies de prevenció. La majoria d'usuaris parlen molt d'ideació i intents de suïcidi.

Me hubiese gustado encontrar un servicio que pudiera ofrecerme todo lo que me ofrecen de ayuda aquí, pero con lo que me cuesta explicar como me siento no sabría decirte si hubiese llegado a ir.

Tots menys dos dels usuaris comenten no haver estat vinculats a cap recurs sanitari. Per tant, és motiu de desencadenament del brot el gran aïllament social que presenten. Únicament una persona és vinculada al Centre de Salut Mental de zona i una altre al centre psiquiàtric.

Cap usuari/a demana ajut a familiars o amics, un d'ells és obligat a anar al psiquiatra mentre està a comunitat.

Presenten models familiars aïllats, trencats o amb vincles poc positius.

Mi padre me decía desde siempre que no le importaba a nadie como está, no quiero agobiar a los demás con mi malestar. Y al vivir siempre este comportamiento lo he interiorizado y no me comunico para pedir ayuda. No tuve necesidad estando aquí de comunicarme con amigos o familiares de lo que me había sucedido o de como me estaba sintiendo.

Quatre persones dels disset als vint-i-cinc anys inicien consum amb l'alcohol o inhalants.

Destaquen els intents que realitzen per a seguir duent una vida amb normalitat, forçant la vinculació laboral. Diferents usuaris comenten haver ocultat les veus i és exploració, temps dedicació i observació per part dels professionals. Trobem que, en els serveis públics compten amb menys temps per a realitzar una visita psiquiàtrica. És per tant a l'àmbit penitenciari on no poden ocultar la simptomatologia, l'ambient controlat i l'observació constant treu a la vista el malestar i les idees psicòtiques.

L'adherència al tractament dins de presó és obligatòria. S'observa fracàs en els tractaments ambulatoris per falta de seguiment constant professional. La no obligatorietat en l'assistència permet que les persones que pel seu compte decideixen no medicar-se, no ho facin.

Una de les persones comenta que els mitjans de comunicació més propers no informen sobre aquestes temàtiques, però veient un dels programes va fer-lo reflexionar. Sabia que existia aquesta malaltia però no li feia molt de cas, fins que un dia vaig veure pel canal de tv3 una recollida de la malaltia de la esquizofrènia, que provocava separació de la unitat familiar, no li feia cas ni m'aportava ni em sentia identificat, no entenia què volia dir l'esquizofrènia.

En diferents casos expliquen que conviuen amb els símptomes psicòtics, en el cas del usuari que parla de l'àngel Haniel, ho viu positivament. Hi ha una gran diferenciació amb les ideacions negatives, on provoquen distorsió en el dia a dia de la persona.

El fet de ser creient, els gustos, preferències es projecta en els deliris i al·lucinacions que provoca l'esquizofrènia. Molts d'ells troben relació en el contingut amb els seus pensaments, o amb qui més estimen, a través de còmics o pel·lícules que han vist.

Dues de les persones viuen la malaltia com a un càstig, per males conductes, explicant que les obsessions amb les temàtiques són negatives, i per això arriba la malaltia, com a una factura que la vida passa.

Hi ha una manca de coneixement global en tots els usuaris/es envers a la malaltia, el perquè apareix, perquè passa i quins són els factors principalment desencadenants.

Desconeixement global de la malaltia.

Els usuaris se separarien en dos grups, aquella que projecten el patiment cap a la por a que li facin alguna cosa i els usuaris que projecten el patiment en fer mal als altres, per a que sentin el mateix mal que jo o com a crida d'atenció i necessitat d'ajut social.

Aspectes comuns trobats en el grup d'estudi:

Com a grup, crida l'atenció l'indicador sobre el consum de tòxics, alguns d'ells han desenvolupat trastorns per consum d'alcohol (dependència) i principalment, un trastorn per consum de cànnabis ingressant a la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària per episodis psicòtics, amb deliris, presentant fenòmens de lectura i transmissió de pensament. No tenien un compromís de vinculació amb els anteriors centres ni de tractament, i, a causa del delictes comès, entren a la unitat on el jutge considera aplicar-los una Mesura de Seguretat.

En el grup diana, aquells pacients més joves presenten la necessitat de consum immediat, lligades amb un comportament davant de la situació donada amb poc autocontrol en els permisos ordinaris i poca maduresa al no veure els efectes negatius que provocaria si seguissin consumint pel que fa a la seva malaltia de base. El delictes que també els agrupa a estar a la unitat psiquiàtrica penitenciària majoritàriament ha estat ocasionat a causa d'un consum de tòxics greu i l'aparició d'un brot psicòtic. Durant l'ingrés dels joves, presentaven una clínica psicòtica en forma de conductes hipervigilants. A l'hora d'entrar es mostraven temorosos, desconfiants cap al tractament amb temor d'enverinament. Minimitzant els símptomes. Presenten una conducta organitzada consolidada, relació empàtica amb l'equip i implicació activa en el projecte terapèutic. Així doncs, apareixen episodis de descompensacions puntuals, no relacionades amb el consum de tòxics.

Aquells pacients d'edat més avançada mostren ser molt conscients verbalment i mitjançant els seus actes en els permisos ordinaris de que el consum, la causa que els ha portat al delictes, queda totalment prohibit pel seu benestar mental i físic. Mostren interès i desprenen ganes de comunicar-se amb la família, intentant reestablir aquelles relacions interpersonals, sobretot sanes, que poguessin ajudar-los a compartir bons hàbits i millorar l'autoestima.

Per tal de reflexar el treball psicosocial que pot realitzar-se des de presó amb una persona que pateix d'esquizofrènia, ho exemplificaré amb un cas concret, exposant les seves singularitats i les funcions de l'educador social envers aquest.

El cas és el següent:

Pacient molt jove, d'origen estranger. Solter. Ingressa a la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya (UHPP-C), procedent d'un altre centre penitenciari, per alteracions de conducta i per valoració psiquiàtrica.

El pacient vivia en el domicili familiar fins entrar en el medi penitenciari. La família va realitzar el procés migratori quan el pacient tenia 14 anys.

Ingressa a la unitat d'aguts de la UHPP. Posteriorment és traslladat a la unitat de subaguts i mesos endavant es proposa el seu traspàs a rehabilitació per a començar un programa de rehabilitació i externació. Compleix una Mesura de Seguretat per un delictes de lesions. Diagnosticat d'esquizofrènia paranoide.

Accepta després de tenir gran desconfiança, un pla d'activitats i rehabilitació, que s'ha de centrar en el manteniment de l'abstinència de tòxics i en tenir el màxim de coneixement de la seva malaltia.

Pel que fa als antecedents personals va iniciar hàbits tòxics de petit amb inhalants. Més endavant consumia diàriament tabac, alcohol i hachís.

Diagnosticat al CSM de referència d'esquizofrènia paranoide, símptomes de lectura de pensament i ideació paranoide. Trastorn per consum d'alcohol (dependència) i trastorn per consum de cannabis (dependència).

Ingrés a la UHPP per episodis psicòtics alguns d'ells en context de consum de tòxics, amb deliris, presentava fenòmens de lectura i transmissió de pensament, no tenia un compromís de vinculació amb els anteriors centres ni tractament, i, a causa del delictes comès, entra a la unitat on el jutge considera aplicar-li una Mesura de Seguretat.

Durant el seu ingrés presenta clínica psicòtica en forma de conductes hipervigilants. Al ingrés es mostrava temorós, desconfiant cap al tractament i temor d'enverinament. Minimitza símptomes. Té conducta organitzada consolidada, relació empàtica amb l'equip i implicació activa en el projecte terapèutic. Presenta descompensacions puntuals, no relacionades amb el consum de tòxics.

Actualment està a la Unitat de Programes Específics (UPE). Participa en tallers formatius, club social i activitats de dinamització. Programes específics com jardineria, informàtica, teatre, ball, manualitats, poliesportiu i gimnàstica.

Té una bona adaptació a les activitats proposades, un bon nivell motivacional i de participació i una bona relació amb els companys.

<i>Educació Social</i>	<i>Externalització: sortides / permisos Emocions Vinculació amb la comunitat</i>		<i>Realització de permisos amb la família, inicialment bona adaptació i bona conducta en els primers tres permisos. En l'últim permís</i>
------------------------	--	--	---

	<p>referència (centre de salut mental de zona)</p> <p>Treball psicosocial (activitats treball autonomia i competències socials)</p> <p>Família</p>		<p>realitzat el setembre d'aquest any, dona positiu a Cannabis, el que fa anul·lar els permisos provisionalment del pacient. L'actitud que mostra és de gran irritabilitat, justificació del consum per la mala situació familiar.</p> <p>- En els grups mostra una actitud infantil, sent poc conscient del lloc on es troba.</p> <p>- No entén el tractament pel seu bé, viu la situació com "ho haig de passar per sortir de l'aro", esperant els permisos com a recompenses i tenint comportaments irritants quan no rep el que desitja.</p> <p>.- S'intenta la comunicació amb els familiars, que exposen que no saben li idioma, però no tenen actitud d'interès o esforç per tal de poder comunicar-se sovint amb l'equip. Sí que una de les germanes tradueix en ocasions puntuals de la manera que pot algun fet rellevant. Això ocasiona que només se sap</p>
--	--	--	---

			<i>la opinió del pacient quan arriba d'una sortida programada, i la família no pot explicar-nos el que ha passat</i>
<i>Treball Social</i>	<i>Documentació Permís de residència Empadronament (quan arriba al CP se li caduquen els papers)</i>	<i>Des de l'àrea de treball social se li renoven correctament els papers, tenint doncs, la documentació al dia.</i>	<i>- La família es mostra igualment més demandant amb els papers.</i>

Exposició i jerarquització de les necessitats actuals detectades d'acord a la situació presentada:

- Consciència de la malaltia
- Consciència de la gravetat del consum
- Conducta adequada en permisos amb la família (per ara, només en les sortides programades)
- Treball psicossocial (en els grups incidir en aquelles necessitats evidents que presenta)
- Promoure la seva autonomia i control emocional fora

Hipòtesis inicials i pronòstic.

Degut al consum durant l'última sortida programada amb la família l'equip veu que no s'atribueix la responsabilitat, no respon com s'espera d'ell i no és conscient dels fets. En 8 mesos té la llibertat dictada pel jutge i l'equip no veu al pacient preparat per sortir fora, ni tampoc, per anar a viure a domicili. Tot i així, ell mostra un diàleg convincent de que té les coses clares, sap on buscarà feina, quan li "interessa" parla bé de la família i exposa que no hi ha conflictes, per tal d'intentar convèncer a l'equip de poder sortir lo abans possible. Quan no és així, atribueix, com aquesta vegada, el consum als problemes familiars, verbalitzant "o fumaba, o le pagaba", o exposant que "una cosa es aprendre aquí que los tóxicos son

malos, otra, ir a la calle y enfrentarte cuando te los ofrecen, es ahí donde ves si has aprendido, y yo no pude”.

I. Objectius de la intervenció

Objectius de la intervenció	Actors/usuaris/persones ateses	Indicadors d'evolució positiva
<ul style="list-style-type: none"> - Externalitzar les sortides i permisos de Brians. - Ser conscient de la importància de gestionar les seves emocions per poder establir relacions positives amb altres persones. - Millorar l'autoestima i el sentiment de fracàs - Vincular-se amb la comunitat de referència que l'ajudi a millorar la seva relació fora de Brians. - Treballar sobre la dependència/abús de substàncies - Treballar sobre el coneixement que té del trastorn - Valorar els recursos que té la família per donar suport 	<p>Educador social / Pacient</p> <p>Psicòloga i educadora social/ Pacient</p> <p>Infermeria, psicòloga i educadora social / pacient</p> <p>Delegada judicial del territori / educadora social i treballadora social / pacient</p> <p>Psicòloga /educadora social / pacient</p>	<p>Durant la realització de les sortides programades amb l'equip referent de la UHPP es mostri col·laboratiu, participant, amb actitud motivadora. Durant les sortides compleixi amb el pla establert amb l'equip i no tingui cap consum.</p> <p>Avaluar si la persona va adquirint la capacitat per a prendre decisions. Observar l'ús de tècniques de relaxació.</p> <p>Observar si la persona assisteix en les activitats socials i comunitàries, fomenta aquelles relacions que tinguin els mateixos interessos i objectius .</p> <p>Veure l'interés pels diferents programes que hi ha a la seva comunitat i si mostra ganes per participar-hi i assistir-hi en un futur amb compromís. Veure si és possible el compliment de finalitzar la mesura de seguretat en règim ambulatori amb vinculació al CSMA. Hauran de ser</p>

	<p><i>Psiquiatra referent, psicòloga /educadora social / pacient</i></p> <p><i>Treballadora social, educadora social / pacient</i></p>	<p><i>positius els permisos anteriors.</i></p> <p><i>Veure a través de la comunicació verbal i actituds en activitats grupals (grup de tòxics i grup d'educació en valors), entrevistes la seva consciència sobre l'abús que va realitzar de substàncies i el seu coneixement sobre la malaltia.</i></p> <p><i>Entrevistar a la família per a compartir la situació actual viscuda. Per a que el pla del noi no es trenqui és important veure si la família podrà donar suport. En un futur, s'espera que fora pugui conviure amb els familiars.</i></p>
--	--	--

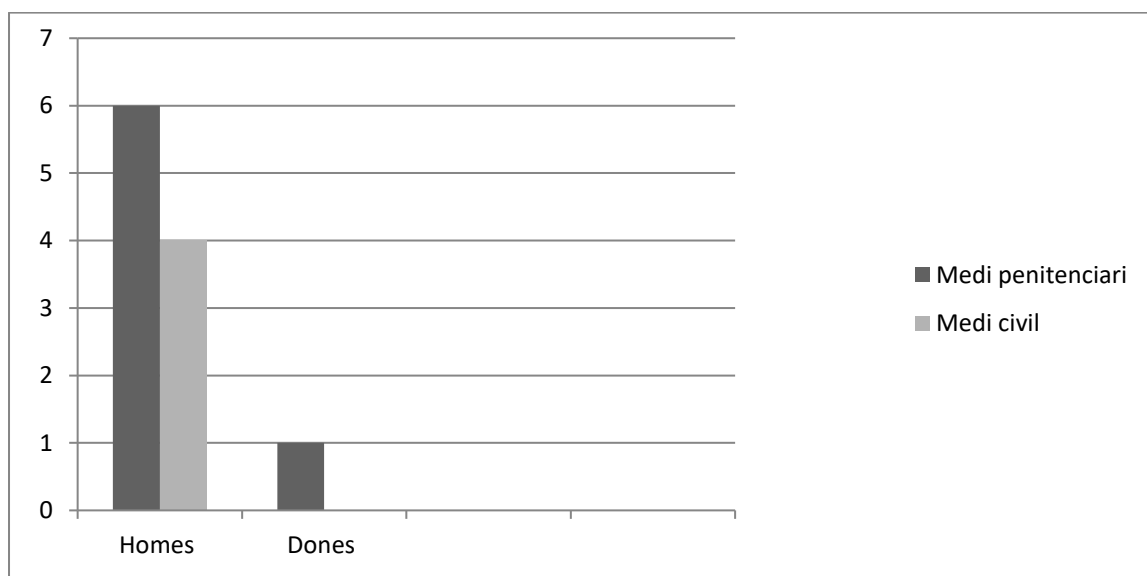
Pel que fa als objectius, tots els enfocats en la intervenció de l'externalització de la mesura de seguretat a l'agost, s'han parat. I tot s'ha parat pel seu consum, se l'ha intentat fer responsable de que no ha estat l'equip qui hagi decidit això perquè sí. Ell té una actitud de responsabilitzar a l'equip de la seva ràbia i neguit perquè "soy joven y necesito salir". Se li ha explicat que no era el que s'esperava d'ell i que ha fet tres passos enredera. Això li ha provocat sentiments molt negatius i ha costat l'acceptació. Aquestes dues últimes setmanes de pràctiques l'he observat a l'altura, i m'ha verbalitzat està intentant fer totes les coses bé per sortir el més d'hora possible i que l'equip torni a confiar amb ell.

La família desconeixia el consum que va fer, llavors s'havia d'explicar perquè el noi no assistiria als següents permisos que tenia. La psicòloga va parlar amb la germana petita de 17 anys, qui va quedar sorpresa i va mostrar molta maduresa dient que si feia aquestes coses ja s'ho trobaria.

Cal destacar doncs que aquest cas ha estat especialment difícil el tema treball familiar, al viure a Tortosa i els recursos econòmics no facilitaven les trobades, com també el tema del

transport. Igualment, he pogut veure que tot el temps que s'ha invertit en intervenir, en anar fins al municipi, en acostar-se a la família ha comportat també dificultats afegides i no ho han posat fàcil. Sempre que es truca, sona la bústia de veu, i la seva manera d'acostar-se als professionals és en una situació demandant per a realitzar tràmits administratius. En la sortida programada on es va fins a Tortosa amb objectius terapèutics, d'entrada el pare ni tan sols saluda. Això són indicadors que m'han fet veure la diferència entre un procés on la família ha estat el suport més gran i ha tirat endavant perquè estava el costat en les dificultats del fill, i aquest cas, en el que tot i les dificultats que presenta el noi, els pares es mostren bastant distants del que li passa i com se sent i han verbalitzat alguna vegada voler que li donin la pensió no contributiva per tenir un ingrés més a casa. Tampoc la família en fa un bon ús de la sortida programada, donant-li roba de més quan saben que aquesta no és la via d'entrada. També la família diu al noi que expliqui als professionals la necessitat de que tornin un altre dia a Tortosa. La demanda es nega immediatament si no han sabut fer-ne un bon ús.

7. Anàlisi i discussió de resultats



Coincidint amb la literatura, afirmat per la OMS (Abril 2016) coincideix en que destaca el gènere masculí en els trastorns esquizofrènics. La mostra que s'ha pogut abordar des de medi penitenciar, ha comptat amb l'existència i participació de sis usuaris homes i una dona. A medi comunitari, en tota la unitat hi havia quatre de les persones que pateixen o han experimentat l'esquizofrènia paranoide, tots ells homes.

L'abordatge d'anàlisi de resultats es realitzarà a partir de quatre categories principals, tal i com s'ha esmentat en els objectius específics.

A) Factors que generen patiment en les persones que han estat privades de llibertat i que pateixen o experimenten Trastorn Mental.

Les persones privades de llibertat parlen en primera instància del patiment per la simptomatologia pròpia de la malaltia. Degut a que l'esquizofrènia ocasiona al·lucinacions i deliris, la majoria d'usuaris comenten haver estat invaïts pel patiment del contingut d'aquestes.

Descriuen situacions sentint-se immòbils, amb terror, quan aquests símptomes apareixen en la dinàmica dins de centre penitenciar. Un dels usuaris exposa una situació a l'escola, on escolta veus i no pot marxar d'allà per la normativa del centre penitenciar. A mi normalmente las palabras no me afectan mucho, pero esas palabras eran fuertes, lo pasaba mal. Posa en relació aquest fet amb l'estigma de la malaltia, explicant la por a anar a l'escola per ser un fet recent i per la presència d'una noia del mateix barri. Por al que puguin

pensar sobre ell i pugui dir pel barri on viuen els dos. Per la invasió dels pensaments, deixa d'assistir alguns dies a l'escola.

Diversos usuaris centren el patiment en deliris o al·lucinacions amb contingut negatiu cap als familiars o persones estimades.

Altres usuaris centren el patiment en l'esfera emocional, per al desconeixement al medi penitenciari: Necesitaba entrar en la cárcel para hacer un parón en mi vida, aunque al principio me daba miedo entrar.

Recorden ansietat, per l'espai físic tancat i vigilat: se'm queia el món damunt, m'agafaven atacs d'ansietat en un espai tancat, jo era una persona molt activa fora que sempre estava fent activitats.

Esmenten també que l'espai vigilat augmenta l'estat clínic. La desconfiança cap als altres, pensant que las conversaciones que tenía telefónicas con mi familia las grabábais porque todo está grabado con cámaras y las estudiabais después para planear cosas y hacerme daño.

Destaquen per per les altes mesures de seguretat que conté el medi penitenciari en situació de descompensació. Explicant posteriorment, que quan han estat compensats aquest pensament s'ha transformat en positiu. Pensant que les altes mesures són benefici de seguretat i sentir-se protegit per a quan una persona es desestabilitza.

Incertesa davant els projectes de futur. No s'aprofunditza envers el projecte futur de la persona. Comenten que desencadena pors, per no saber on anar i també risc a tornar a l'entorn consumidor. Lo malo es cuando salga, no tengo dónde vivir.

Són significatives quatre vivències en relació al suïcidi. Fóra de l'àmbit penitenciari van fer ideació o intent de suïcidi, i comenten que l'entorn ha condicionat dins de presó no poder fer-ho per la vigilància i control constant del personal. Altres persones veuen positiu l'entrada al centre per evitar aquests intents de suïcidi: No tuve necesidad de comunicarme con mi familia después de este suceso, sé que esto en la calle lo hubiese vivido muy diferente, seguro que habría llegado a intentos de suicidio.

El nivell d'exigència que presenta la unitat és un fort canvi per a persones que expliquen no tenir una organització en les tasques i activitats bàsiques de la vida diària. A mantenir horaris, a l'adherència obligatòria al tractament, a realitzar activitats, a passar temps lliure sense saber gestionar-lo i tenir sentiments d'angoixa.

Exposen també la diferència d'estar fóra i ser dins, ja que fóra no estàs obligat a crear vincles. La unitat és facilitadora per a crear vincles, ja que fóra explica una usuària veure al psiquiatra, dir-li que se sent bé i renovar la recepta. Cosa que dins, tants hores en grup i amb persones, i professionals, és inevitable amagar sentiments.

Dues de les persones comenten que la privació de llibertat i la dinàmica grupal primerament provoca angoixa però posteriorment evita l'aïllament que tenien fóra i augmenta el benestar. *Fuera no me relacionaba como aquí, me relacionaba menos, con mi pareja, hermanos, de la casa al trabajo y del trabajo a la casa, nada más, en ese sentido me ha ido bien.*

Un dels usuaris parla del patiment i ràbia continguda. Al centre penitenciari es treballa en l'àmbit de la salut mental i no en el delictes. A no ser que la persona expressi deitg de tractar-ho. *Como me había echo daño la vida yo le tenía que hacer este mismo daño a alguien.*

Aquesta persona que manté patiment i ràbia continguda, no està obert a parlar-ne ni aprofundir en la temàtica, per tant sortirà d'alta en el pròxim temps amb aquest patiment instaurat.

B) Factors que generen o augmenten el patiment a medi civil

Usuaris que actualment són a presó i han patit símptomes anteriorment a medi civil:

És de destacar que sis persones (60%), esmenten el trencament dels vincles socials. Únicament el relat de la única dóna explica viure amb la parella però no sentir-se a gust i no poder marxar. Ocultar símptomes i aïllar-se és el més present en les seves conductes.

- *Lo que vivía no lo contaba a nadie.*

Pensaba que todo el mundo estaba en mi contra, siempre iba solo.

- *A veces iba solo a casas abandonadas.*

- *Es una situación donde sientes que te encuentras mal, no saben comprender los demás que te pasa, tampoco sabes explicarlo.*

- *Ells em deien que estava boig, llavors vaig començar a ocultar les alucinacions visuals i auditives que tenia. Al final vaig acabar per no dir-ho a ningú.*

- *Estuve siete años sin llamar a la familia, ellos iban llamando llamando yo no lo cogía.*

Verbalitzen no demanar ajuda per un mateix tot i que de vegades sentissin una gran pressió emocional, mals de cap i malestar general.

Expressen que per la obligatorietat de la sentència judicial realitzen el procés, els provoca patiment a tres dels usuaris pensar, que no haguessin realitzat a la comunitat un tractament de les mateixes condicions o intensitat.

Augmenta la incertesa que no hi hagi una continuïtat en el tractament un cop són donats d'alta, podent realitzar un projecte de futur anant a un pis o bé una residència. Expliquen que surten d'un dia per l'altre sense cap projecte. Tant en el tractament de rehabilitació social com el tractament mèdic.

És de destacar que quatre dels usuaris consumeixen alcohol per evitar el patiment que els provoca la simptomatologia, l'estigma: Yo en el juicio no quise hablar de la enfermedad, me daba como verguenza mi enfermedad, i la pobresa afectiva i econòmica, fins a arribar a pensar en el suïcidi: Tenia tantes paranoies amb els militars que pensava o els hi foto un tiro o mel foto jo. Vaig fer l'intent.

Descriuen angoixa per voler treure's la vida o haver-la tret a alguna persona de l'entorn: Em vaig carregar al meu pare de tanta angoixa i paranoia que tenia. L'única vegada que recordo haver plorat fora va ser per un atac d'ansietat que em va agafar de la pròpia paranoia, al pensar que tothom va en contra teu es passa molta por.

Un dels usuaris comenta haver fet tractament en diferents recursos i recaure en l'abús d'alcohol. Verbalitzant que va ser un fracàs i patiment personal. Explica també l'abús en el consum de substàncies i el voler fer mal al seu propi cos, per no tenir via de sortida: Me encontré delante de situaciones que realmente a mi me daban pánico. Me pinchaba no por placer, sino por agredir mi cuerpo, es más, me pinchaba yo y me pinchaba mal, era una agresión en toda regla. A la vez me casé y me metí en un matrimonio que no quería, y con 28 años yo quise probar todo lo que no había probado nunca.

Fuera a veces no me tomaba la medicación, consumía cocaína. Cobraba a las 12 de la noche el día 25 de cada mes y a las doce estaba sacando el dinero y ya llamaba a mis vecinos para consumir.

Es desestructura en conseqüència la gestió econòmica lligada amb el consum.

El patiment en les conductes que adopten de vigilància o d'amagatall per la simptomatologia de l'esquizofrènia. Un dels usuaris comenta haver-se posat un buf, casc i ulleres de sol per a que les persones no poguessin llegir el que pensava. Conductes com gravar situacions o bé apuntar totes les matrícules dels cotxes que pensava que el seguien. Per això, desencadena patiment la observació, l'agressió cap als altres, estar passiu, introvertit, perillós o espantat. Expliquen haver gravat i reconèixer a l'escoltar-les que parlaven ells sols.

És rellevant que sis dels usuaris per la simptomatologia de la malaltia es desvinculen a nivell laboral. És el que els manté actius en la societat i fa tenir sentiment d'identitat. Agafen baixes o bé no volen desvincular-se per no acceptar la malaltia: Uno no se quiere ver como un enfermo, yo me rendía, pero negaba, yo no quería ser un enfermo, no me daba cuenta. Me hospitalizaban algunos días y luego retomaba el trabajo.

- *Al final em van fer fora de la feina, em van dir "aquest es un boig".*

- *Me llegaba a pelear en los trabajos, les metía a los compañeros cosas en el champú o en su comida, pensaba que alguien quería fastidiarme muchísimo.*

- *Trabajaba y duraba tres días, pedía la baja*

El patiment a comunitat destaca per alguns usuaris en que no és un entorn contingut. Requereix d'esforç personal, constància, i expliquen necessitar estar obligats com a medi penitenciari per haver pogut complir aquest tractament, amb ajuda professional, i sobretot, sense substàncies estupefacients.

El sentiment de patiment és present en el rebuig cap a un mateix. Descriuen caos, angoixa, estrés i agobiament. També sensacions de fastig.

El patiment envers l'autoimatge. La medicació provoca efectes secundaris dels quals són de destacar en les persones més joves la inactivitat sexual. Els antipsicòtics treuen el desitj sexual. És un patiment per a les persones joves a comunitat, ja que els provoca sentir-se incapaces i ocasiona en situacions falta d'adherència al tractament per la no comprensió de la malaltia. També, amb medicació un usuari explica que li paralitzava parts de la cara, el deixava immobilitzat i escoltava més veus.

Quan no comprenen com es troben inicialment, descriuen por: No sabes que te pasa y tienes como un miedo inconsciente, que no está muy presente pero esta ahí.

Vivències d'usuaris ingressats a medi civil, que no han estat a medi penitenciari:

Destaca en tres persones de quatre, la desvinculació total familiar. Ha hagut un trencament amb la família total, on algun usuari explica sentir-se decebut pels germans, creant rebuig i sense proporcionar ajut. Reflexa patiment quan enyora aquestes figures tot i haver intentat contactar amb ells a través de la psicòloga. Expressa que la situació de descompensació no s'hagués donat si hagués viscut amb ells: No hagués passat si hagués viscut amb la família, n'estic segur.

El patiment resideix en l'aïllament, en la incomprensió dels símptomes per part de la família i de les persones si n'hi ha, que el rodegen.

Una de les persones exposa haver estat vinculat al CAP però per pressió familiar, així va poder evitar situacions més greus i arribar a l'hospital psiquiàtric. Ho descriu com: Tristeza, preocupació, con miedo a que pasase cualquier historia y alguien me hiciese daño a mi.

Una de les persones expressa el no comprendre perquè els altres no l'ajuden i desencadena una situació de descompensació enmig de l'església del poble.

Em sentia molt enfadat, molt emprenyat amb mi mateix. Perquè ningú m'ajudava. No tenia medicació. Em va donar el brot psicòtic per no estar medicat. No sortia perquè no em deixaven sortir les veus, els primers dies horrible. Dues de les persones comenten no haver estat vinculats a cap servei previ de salut mental, com tampoc, tenir organització en les ABVD.

Tres persones coincideixen en la ideació de suïcidi pel patiment.

El que passa és que sóc molt covard per suïcidar-me, avui per avui. Ingressat no he pensat en el suïcidi. Et ve la por de patir, però no tinc por a la mort només em molesta el patiment. Pensaba me mato, antes de que me pase algo.

La simptomatologia els provoca desconfiança, aïllant-se de l'àmbit clínic. No voler assistir al metge, o assistint com diu un dels usuaris a un metge de molta confiança que feia anys que portava a la seva mare. Contemplen idees de que els metges vulguin perjudicar-los. L'aïllament mèdic agreuja el risc de descompensació. La desconfiança es manté en les pròpies veus que escolten, dues persones expliquen que graben les converses amb el mòbil, describint-ho com a una situació tensa, i d'ira emocionalment.

Desvinculació laboral per la invasió d'idees, sentint com si el cervell estigués dins d'una presó. Aïllament total, sortides a llocs on no hi passés gent, boscos, i molta ansietat.

C) Intervencions professionals d'educadors socials i la resta de professionals especialitzats a medi penitenciari.

Es realitzarà l'anàlisi partint de quines són les necessitats psicosocials en les persones privades de llibertat, en relació al trastorn mental.

Les necessitats psicosocials que destaquen i que són treballades pels professionals s'agrupen en els següents àmbits:

En primer lloc, la comprensió de la malaltia que pateixen: Destaca en les entrevistes com la majoria d'usuaris desconeixen totalment la malaltia que pateixen en el moment de desencadenar-se. Una de les tasques dels professionals, educadors i sobretot infermers i

psiquiatres és donar la màxima informació per a que la persona compregui perquè té aquesta simptomatologia. Destaca una bona actuació que explica un usuari: Con el enfermero me sentí muy tranquilo porque me explicó por ejemplo que un indicador es el sueño, o en mi actitud, la desconfianza. Cuando no duermo bien o me siento desconfiado de los demás, puedo alertar al personal para que hagan las actuaciones necesarias. Tengo más alarmas para saber si puedo descompensarme de nuevo. Per aquest motiu és important l'explicació de factors en els que fixar-se on les persones puguin explorar-se i transmetre'ls.

En segon lloc, s'ofereix gran diversitat d'activitats, dissenyant estratègies per a cada pacient ja que alguns comenten no poder aguantar les activitats de la unitat d'Aguts.

En tercer lloc, utilitzar tècniques de reconducció o confrontació davant dels deliris davant indicacions mèdiques, tal com mostren els psiquiatres en les entrevistes. Intentar connectar a la persona amb la realitat confrontant allò que pensa, preguntant sobre el que pensa fins a poder desmuntar la idea. No en tots els usuaris pot realitzar-se. El personal de enfermería, me contraargumentaba que no era así, pero yo pensaba que me querían quitar mis poderes otra vez. Creía que iban en mi contra que les savara, que yo tenía el poder.

Promoure les dinàmiques grupals i les relacions interpersonals. Hi ha usuaris que expressen por al nou aïllament social: Pedí que no me dejaran solo. Els professionals han de ser una eina facilitadora per al bon clima grupal, tant en les activitats com donant estratègies en els moments de temps lliure.

Treball envers la consciència de malaltia i l'adherència al tractament. Comenten tres persones que no haguessin realitzat el tractament fora de medi penitenciari per falta de consciència de la gravetat de la situació. Treball també, envers als efectes secundaris de la medicació, incidint en les persones joves. Els antipsicòtics provoquen disfunció sexual, sent situacions conflictives per a la pròpia persona. És tasca del professional l'explicació de que no hi ha una dosi pautaada amb efecte complet per a tothom, cada persona és un món i el provar en variar la medicació pot augmentar simptomatologia.

Treballar també, el saber demanar ajuda.

Una tasca rellevant en l'àmbit de l'educació social són tots els grups d'habilitats socials, relacions interpersonals que es duen a terme. En aquests grups, poden treballar-se aspectes comentats anteriorment, per perseguir el mateix objectiu amb la resta de professionals. Potenciar la transmissió de valors positius, la consciència i situacions de risc

previsibles, davant de discursos com: Yo veo mejor a que no te diagnostiquen a que te diagnostiquen. Creo que sería mejor no estar aquí, con mis fantasías fuera, si yo estoy centrado. Solo sé que yo no estoy descentrado. Aquí sí que profundizo más en la enfermedad, y el hecho de no tomar medicina es Bueno para tí. Fuera no tomaria la medicina, hay chicos que no toman.

Acompanyar en situacions complexes, com també acompanyar als canvis i a les sortides de medi penitenciari. Educadors socials i psicòlegs són qui exploren interessos i motivacions del usuaris i proposen sortides en entorns normalitzats amb les persones que es troben en l'última etapa de la condemna.

D) Les prioritats d'abordatge de trastorns mentals a medi penitenciari són les següents:

- o Treball en la salut, promovent consciència de malaltia i adherència al tractament per tal d'evitar situacions de descompensació.
- o Promoure la capacitat d'introspecció, per a detectar símptomes diferents d'alarma. També, per a poder treballar l'empatia, treballant les emocions oblidades a través del delictes. El fet de poder connectar amb qui van fer mal. Un dels usuaris no sent cap tipus de culpa i se sent satisfet de la seva actuació i per tant, és un indicador de risc possible a quan surti fora del centre.
- o Treball envers l'estigma i el grup d'iguals, tots són per alguna causa de salut mental i poden trobar connotacions en comú.
- o Parlar sobre la malaltia, què senten, com evolucionen, un dels usuaris expressa: Parlar amb la gent que entenia la meua malaltia em feia estar millor. Realitzar grups amb les mateixes característiques on puguin expressar vivències. És important l'expressió emocional per a l'alliberament de la culpa, odi i ràbia que la majoria verbalitzen.

Pel que fa als professionals d'infermeria, remarquen la tasca d'observació per a prevenir situacions de risc. Coneixent també, els punts forts i febles dels propis professionals, saben què poden i què no poden abordar. Descriuen que l'entorn és agressiu, desencadenant missatges clars cap a la persona de tancament, foscor, en diferenciació d'un centre al medi civil. Es comenta també que hi ha una gran prevalença de trastorns antisocials a mòdul penitenciari, en els quals podria fer-se detecció, prevenció i tractament.

E) Bases de l'educador social en salut mental.

La figura de l'educador social és present sempre i quan no hi hagi simptomatologia activa constant de l'esquizofrènia. Pacients amb simptomatologia encara activa comenten que la figura de l'educador no els beneficia perquè se senten pendents de les veus.

Les necessitats de les persones de l'educador social estan orientades a l'escolta activa, ser assertiu i comprensiu en el que ha passat sense jutjar la situació. Que el professional em digui les coses directes, tan bones com dolentes, perquè pugui millorar, la medicació fa molt també. Que sigui una persona calmada i tingui en compte les meves preferències al sortir d'aquí.

Expressen com a base del tracte la relació d'igual a igual i el respecte entre professionals i usuaris.

També presència en el dia a dia, acompanyament en les activitats bàsiques de la vida diària fent suport en allò que necessiten promoure l'autonomia.

Sinceridad, escucha, que me intente ayudar y me comprenda, para mi lo mejor es la comunicación, el hablar.

Treball orientat al motiu d'ingrés per a que no arrossequin inquietuds i dubtes. Algun usuari comenta no saber perquè està ingressat o en fa una associació errònia.

Luego tenia ataques de piernas, no me han dicho nunca mis pedres por qué me han ingresado, yo creo que és por las piernas.

Realitzar grups de famílies, per abordar el patiment dels familiars en la situació, transmetre informació sobre el procés de la persona i la seva malaltia. Els projectes tindran més èxit com més suport compti la persona.

Pasé una racha muy mala y se juntó luego otra cosa, estaba muy ido, mi madre se asustaba de las cosas que le decía.

8. Conclusions

En resposta a la hipòtesi inicial, *existeixen necessitats comunes en les persones que pateixen o experimenten trastorns mentals a medi penitenciari?* S'afirma complint tots els objectius, que hi ha aspectes comuns destacables en ambdòs àmbits, els usuaris que han pateixen l'esquizofrènia o bé n'han tingut símptomes, tan a medi civil com a penitenciari. Els factors de patiment principals se centren com s'ha exposat anteriorment en ambdòs àmbits amb un total o quasibé un total de percentatge en la ideació de suïcidi, el no acceptar la malaltia, el trencament dels vincles socials i també familiars, no mantenir una vinculació prèvia amb cap servei de salut, un baix nivell socioeconòmic, consum de substàncies i dels més rellevants la desvinculació laboral.

El conjunt de dades donen un enfoc a que s'ha d'orientar l'actuació professional en realitzar prevenció, com també més suport en l'atenció primària. Hi ha casos en els quals les persones comenten que no s'ha detectat símptomes de risc, o que han pogut ocultar-los. Les poques persones que han arribat a l'atenció primària no han tingut més seguiment i les que no han pogut arribar-hi, han desencadenat la situació de brot per l'aïllament social, la incomprensió i el malestar general que provoca la simptomatologia de la malaltia.

És necessari també, poder fer un gran treball envers l'estigma de la malaltia mental. Tan professionals com usuaris parlen sobre un fet que no s'havia establert com a objecte d'estudi. Per un dels professionals, parlar de malaltia mental ja ho considerava estigma, normalitzant que si una persona diabètica necessita insulina, una persona esquizofrènica necessita antipsicòtics.

Les línies d'abordage doncs, podrien anar encaminades a parlar més pels mitjans de comunicació sobre les malalties mentals, a informar a la població, a normalitzar recursos. Els mateixos usuaris parlen de no voler assistir a recursos de salut mental degut a que estan massa estigmatitzats.

En l'àmbit penitenciari, es justifica la presència i necessitat de l'educador/a social per tal d'abordar en la persona una millora en l'àrea cognitiva, relacional, emocional i pragmàtica (conductual).

Les seves funcions dins del medi penitenciari envers la salut mental han d'anar enfocades a promoure i activar capacitats personals, proporcionar ajut en les dificultats que comporta el trastorn psiquiàtric, donar suport i tractant l'ansietat que pot generar el procés rehabilitador, treballar per tal d'aconseguir l'autonomia màxima dels usuaris residents (hàbits vida diària,

habilitats socials, educació permanent), aconseguir la màxima estabilitat psicopatològica i millorar l'autocura de la salut: malaltia mental, salut física, consum de tòxics a través dels grups d'habilitats socials o enfocats a la superació de situacions de consum amb tòxics. En el cas que la persona ho demani o ho necessiti, ajudarà durant l'elaboració emocional del delictes.

L'educador també proporcionarà eines per a l'autocontrol, generant estratègies adaptatives de resolució de conflictes. Finalment, també abordarà la implicació dels residents amb els recursos rellevants per a la seva integració: socials, sanitaris, laborals, socioculturals, formatius, d'oci, etc.

És important tenir en compte que no totes les persones que treballen a medi penitenciari han estat formades en salut mental, ni a la pròpia unitat hospitalària. És per aquest motiu es proposa un abordatge a nivell formatiu per a aquelles persones que siguin participants de l'equip professional. Entendre la situació, reconduir, tractar i acompanyar necessita d'un coneixement tècnic com també vivencial.

El professional social també acompanyarà donant suport per tal de mantenir les relacions familiars i els entorns sans, com també, assegurar la vinculació a recursos de la xarxa psiquiàtrica una vegada el pacient recuperi la llibertat per tal de que tota la feina feta dins del centre resti sentit.

9. Bibliografía

Alvarado, R., Oyanedel, X., Aliste F. (2011) Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: un desafío pendiente para la reforma de la atención en salud mental. *Revista de Salud Pública XV, (2)*, 6-17. Universidad de Chile.

Arboleda-Flórez, J. (2009). Mental patients in prisons. *World Psychiatry, 8(3)*, 187-189. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00249.x>

Arieti, S.: Interpretación de la esquizofrenia, Editorial Labor, 1965 pág. 7 a 32

Arroyo-Cobo, J. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria, 13(3)*, 100-111. <http://dx.doi.org/10.4321/s1575-06202011000300005>

Baldiz, M. (2007). *El psicoanálisis y las psicoterapias*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Blanco de la Calle, A., Navarro Bayón, D., & Pastor Martínez, A. (2012). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Síntesis.

Bogaert García, H. (1992). *Enfermedad mental, psicoterapia y cultura*. Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo.

Capdevila i Capdevila, M., & Ferrer Puig, M. (2008). *Salut mental i execució penal*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. (1998). [Madrid].

Council of Europe. (2017). www.coe.int. Retrieved 23 June 2017, from https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805dc0c1

Declaración Europea de Salud Mental. (2005). Consultat a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ops_c_est17.pdf.pdf

Decret 329/2006, de 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya

Desjarlais R, Eisenberg I, Good B, Kleinman A. (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press. P.40

Documents professionalitzadors. (2017). Consultat a partir de: http://www.educacionsocial.udl.cat/export/sites/EducacioSocial/.content/documents/etica_es.pdf

Engstrom, E.J. (1991). Emil Kraepelin. Psychiatry and Public Affairs in Wilhelmine Germany. *History of Psychiatry*, vol. 2; 111-132 traducció.

Enric J., N., & Rafael, H. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica Y Salud*, 21(3), 205-219. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>

Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. (2011). [Madrid].

Funtes, Marina; Fernández, Eva María; (2016). La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Julio-Diciembre, 405-420

Freud, Sigmund. *La interpretación de los sueños*. Traducción Alfredo Brotons Muñoz. Madrid (2013).

Giddens A. (2001) *Sociología*. 4ª edición. Madrid: Alianza; 2001. P.598.

Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. (2009). Barcelona.

Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., & Luque, I. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. <http://dx.doi.org/10.1157/13086324>

JarneEspancia, A., & Talarn Caparrós, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica (2a. ed.)*. Barcelona: Herder Editorial.

Konner M. (1995) Contribuciones de las ciencias socioculturales. Capitulo 4: En: Kaplan H, Sadock B (editores). Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires.

Llei 23/2009, de 23 de desembre, del Centre d'Iniciatives per a la Reinserció DOGC núm. 5536, de 30 de desembre. Versió consolidada

Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. (2005). Bruselas. Consultat a partir de https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Madrid, C. (2010). *Clínica y Salud. Volumen 21 N.º 1. Año 2010* (pp. 319-332). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Moya i Ollé, J. (2012). *Elements bàsics de salut mental per a professionals de l'àmbit social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social i Família.

OMS (2001) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Ordre JUS/370/2009, de 23 de juliol, de regulació de les taules de participació social en l'àmbit penal i penitenciari

Owen, M., Sawa, A., & Mortensen, P. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*.

Piccinelli, M., Gomez Homen, F., & Tansella, M. (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva: WHO.

Prins, S. (2014). Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: A Systematic Review. *Psychiatric Services, 65*(7), 862-872. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300166>

Psychiatric Association, A. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.

RESP - Revista Española de Sanidad Penitenciaria. (2017). Sanipe.es. Retrieved 22 June 2017, from <http://www.sanipe.es/>

The Council of Europe and the protection of human rights. (2000). Strasbourg.

Departament de justícia. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciària de Catalunya.

Departament de salut. Pla directori de Salut Mental i Addiccions de Catalunya.
www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf

Pla de Salut de Catalunya 2016 -2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Consell d'Europa. Recomanacions Rec (2004)10 sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones amb problemes de salut mental.

BASES DE DADES:

DART-Europe E-theses Portal

PSYCKINFO

PUBMED

WEB OF SCIENCE

10. Acrònims

UHPP: Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària

PANSS: Positive and negative syndrome scale

ABVD: Actividades de la vida diaria

CP: Centre penitenciari

TMS: Trastorn mental sever