

CONFEDERACIÓN

REVISTA DE LA CONFEDERACIÓN DE
ENTIDADES PARA LA ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES



EDITORIAL

3. *Equipo de cocaína Proyecto Hombre Zamora*

ARTÍCULO

4. La otra mirada.
Por Jesús Sánchez

EN PROFUNDIDAD

7. Teresa Perales.
Campeona paralímpica.
Por José Carlos Aguelo Arguis

ARTÍCULO

15. Terapia ocupacional en adicciones. *Alfar "Taller de cerámica"*

A 3 BANDAS

18. *Fundación GIZAKIA, Centro de Solidaridad - Zaragoza y Centro de Solidaridad - Huesca,* nos hablan de su labor social en las prisiones con internos de Centros Penitenciarios.

... Y ADEMÁS

- 5. III Certamen de fotografía Confederación
- 6. Libros recomendados
- 10. Noticias Confederación
- 12. Como fomentar hábitos de vida saludables
- 14. Novedades DVD
- 22. Cursos, Jornadas y Seminarios.
- 23. Direcciones de interés

Presidente CEPPPH
Fernando Huarte Oroz

Director Revista
José Carlos Aguelo

Redacción
Estíbaliz Barrón,
Izaskum Sasieta,
José Antonio Gimeno,
Luis Roche,
Frederic Bayer,
María León,
M^a Pilar Polo
Juan Manuel Ferrer,
Begoña Hermosell
Olga Sánchez

Coordinación Revista
Carlos Martín,
Nekane Avellanal,
Amparo Tolosa,
Asier Tutor,
María Roig,
Elena Palacio,
Sara Salvador

Colaboran en este nº
Jorge Gracia, Esther Blas

Fotografía Portada
José Carlos Aguelo

Diseño y Realización
Contexto Gráfico

Redacción y administración
C/ Conde de Aranda, 68, 1^o
50003 Zaragoza

Depósito Legal
Z-3281-2005



Los servicios de atención a las adicciones hemos podido comprobar en la última década cómo la cocaína se ha convertido en una de las sustancias más consumidas de nuestra sociedad. La atención al toxicómano en España ha evolucionado en cuanto a dispositivos asistenciales de nada al todo en apenas 30 años. Los modelos de tratamiento han cambiado, la sociedad ha cambiado, el consumidor y su patrón de consumo por su parte también lo han hecho.

Sabemos más. Conocemos mejor qué es una adicción, qué es un adicto, qué es la dependencia, qué es evaluar y qué es un tratamiento. Disponemos de artículos científicos que nos dan luces sobre cómo actúa la cocaína en el cerebro de un consumidor. Disponemos de diferentes disciplinas que aportan todas y cada una de ellas, conocimiento, método y rigor para que no falte en ningún momento apoyo teórico suficiente que dé respuesta a tantas y tantas dudas que el día a día pone encima de la mesa.

Hacemos del vocabulario un acertijo: craving, priming, sistema dopaminérgico, S.A.R., E.V.A., amígdala, núcleo accumbens, la cocaína, Corteza Prefrontal, Área Ventral Tegmental, neurona transmisora, neurona receptora.....

Facilitamos opciones para el cambio. Realizamos entrevistas motivacionales, firmamos contratos terapéuticos, aplicamos pruebas psicométricas, diagnosticamos, procuramos control de estímulos, estrategias de autocontrol, prevenimos recaídas y todo un arsenal de herramientas psicológicas contrastadas, derivadas de modelos teóricos perfectamente elaborados para nuestros cometidos.

Disponemos de más. Profesionales comprometidos con la idea de que es posible siempre hacer algo mejor. Voluntarios convencidos de que el tiempo entregado "así" merece la pena.

Tenemos, por tanto, un buen momento para hacer que la invasión del famoso e histórico alcaloide resulte menos gravoso para nuestro entorno.

Pero no todo es favorable.

Existe una realidad paralela y delirante que promociona su utilización para el trabajo, para la diversión, o para cualquier actividad que requiera energía vital intensa. No es fácil encajar que el esfuerzo de vivir conlleva fatiga y que a su vez ésta precisa del descanso. Los psicoestimulantes, y como principal exponente la cocaína, se pasean por nuestra sociedad gozando de buena reputación y dando la respuesta precisa para todo tipo de momentos. Por si fuera poco, en una sociedad de vértigo, resulta difícil ver modelos sociales que sean recompensados por la medida y no por el exceso.

Pero la imagen central de este fotograma son personas que sufren la adicción. Diferentes, únicas, a veces parecidas y otras incomparables e impredecibles. Su comportamiento consiste en la búsqueda y consumo compulsivo de droga, sin considerar las consecuencias adversas para su vida, con una elevada tasa de recaídas tras el propósito de abstinencia. Cada uno de ellos, independientemente del estadio de cambio en el que se encuentre (Prochaska y DiClemente), precisa de nosotros cualificación, esfuerzo, paciencia, y posiblemente lo más necesario: esperanza.

“LA OTRA MIRADA”

Jesús Sánchez

Director Centro de adicciones del Centro de Solidaridad de Zaragoza.

Según datos del Plan Nacional sobre drogas, la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida tanto en la Unión Europea como en España, y su consumo ha seguido una tendencia creciente en los últimos años.

Existen perfiles muy distintos de consumidores de cocaína, pero el consumo se concentra en jóvenes de 15 a 34 años, perfectamente integrados en la sociedad y que han incorporado la cocaína como instrumento de socialización y aumento de la duración e intensidad de la diversión en su tiempo de ocio.

El consumo se asocia a los valores de éxito social y placer, manifestándose una escasa percepción del riesgo entre la población consumidora.

Pero se puede constatar que la demanda de tratamiento por abuso de cocaína en España ha aumentado considerablemente, convirtiéndose en la droga ilegal que causa un mayor número de admisiones a tratamiento, sobre todo entre pacientes que inician la atención por primera vez. Probablemente la demanda de tratamiento en la mayoría de los casos suele ser tardía y se produce cuando se han generado conflictos personales, fracaso profesional, problemas económicos, familia rota, etc.

La ausencia de un abordaje farmacológico claramente eficaz en la actualidad, hace muy necesaria la intervención integral desde un punto de vista psicológico-biomédico y social.

No existe un único modelo terapéutico contrastado, pero parece que es adecuado un abordaje de larga duración, que en la mayoría de las ocasiones pueda ser de tipo ambulatorio, aunque se puedan plantear posibles ingresos en Comunidades Terapéuticas si las condiciones lo aconsejaran.

Para que se dé un tratamiento efectivo se deberían constatar una serie de variables entre las que podríamos encontrar las siguientes:

- * Mantener la abstinencia a largo plazo
- * Prevención de las recaídas
- * Modificar el estilo de vida
- * Retención de la persona en el proceso terapéutico

Desde nuestra experiencia en el tratamiento de estas personas, sobre todo desde programas ambulatorios, podemos manifestar que la adecuación de los tratamientos desde un planteamiento normalizador implica una adhesión a los mismos que posibilita un mayor éxito.

Esto supone una adaptación a todas las circunstancias que rodean a estas personas (familiares, laborales, sociales, etc.), presentando las diferentes propuestas de intervención, más desde las necesidades que ellos mismos plantean que desde los pretenciosos objetivos que a veces nos planteamos desde los centros de tratamiento.

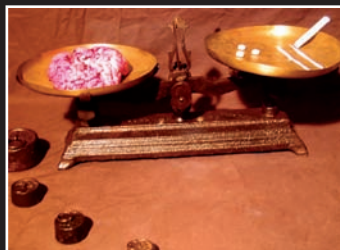
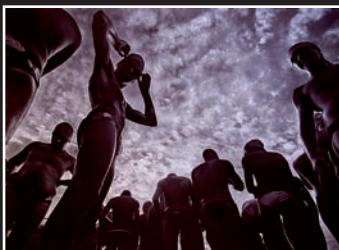
No disponemos de suficientes publicaciones sobre modelos de intervención psicoterapéutica constatando la eficacia de los mismos, pero en la mayoría de ellos se contempla la intervención grupal como un instrumento válido a lo largo de todo el tratamiento.

Aunque debemos fomentar y facilitar todavía más el acceso de los consumidores de cocaína a los centros de tratamiento, el hecho mencionado con anterioridad en cuanto al aumento considerable de la demanda en los últimos años supone para todos nosotros un reto esperanzador.

Por otro lado, la realidad manifestada por los propios pacientes que finalizan sus procesos terapéuticos, tiene que suponer un aliciente para las diferentes propuestas de intervención, ya que la mayoría agradece el haber podido disfrutar de un apoyo continuado que les ha posibilitado un cambio bastante global en sus vidas.

En algunas ocasiones se ha podido argumentar que el objetivo ideal para algunos pacientes sería eliminar las consecuencias negativas del consumo de cocaína sin prescindir de él, pero cuando estas personas consumidoras realizan un programa terapéutico desde una perspectiva integradora y manteniendo el largo plazo como objetivo, pueden llegar a expresar que la cocaína ya no tiene un espacio en su nuevo estilo de vida.

En definitiva, esto supone una apuesta por la persona, por la posibilidad del cambio personal, por la formulación de nuevos estilos de vida, por la mejoría de las relaciones personales, por la recuperación de las familias, por un ocio y tiempo libre gratificantes, por recuperar la ilusión y “por la otra mirada”.





III Certamen de Fotografía Conphederación

DOS INTERNOS DE LA PRISIÓN DE ZUERA SE ALZAN CON EL 2.º Y 3.º PREMIO DEL CERTAMEN DE FOTOGRAFÍA DE LA CONPHEDERACIÓN

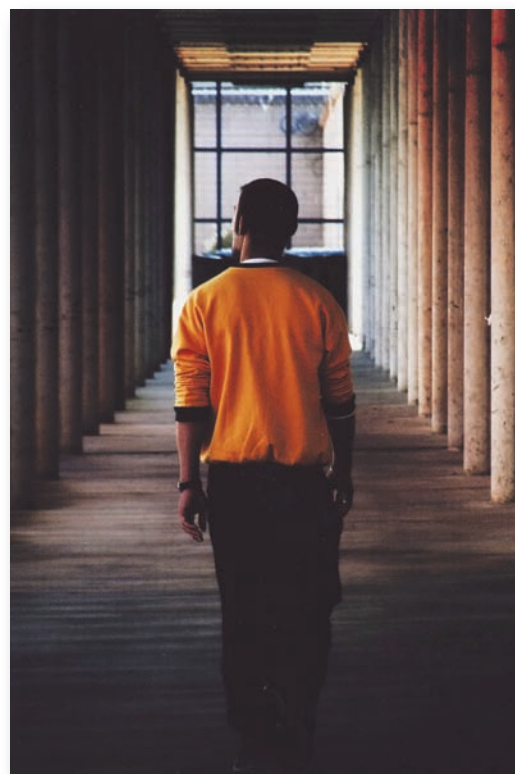
El III Certamen de Fotografía Conphederación que organiza la Confederación de Entidades para la Atención a las Adicciones, con el patrocinio por el Plan Nacional sobre drogas, con el slogan “Que las drogas no decidan por ti”, acaba de concluir. El Jurado ha escogido las 3 fotografías ganadoras y las 13 finalistas, que formarán parte de una exposición itinerante que recorrerá parte del Estado Español, de entre las más de 120 imágenes recibidas.

Este año destacamos la alta participación de mujeres, más de un 60% de los participantes, así como la colaboración de internos del Centro Penitenciario de Zuera (Zaragoza), que han participado con 18 instantáneas, de las que dos de ellas se han alzado con el 2.º y 3.º premio.

El primer premio, dotado con 2.000 €, ha recaído en José Ramón Moreno, por su fotografía “Mejor sin drogas”. El segundo premio, dotado con 1.000 €, en José Antonio Villar, por su obra “Échale un pulso a la vida”, y el tercer premio, dotado con 600 €, recayó en Juan Salinas, por su obra “Busca una salida”.

El concurso, que surgió con el objetivo de impulsar la prevención y en la necesidad de tomar decisiones responsables ante el consumo drogas, se ha ido afianzando a lo largo de estos años como referente en el ámbito de las toxicomanías.

Los organizadores y el jurado, además de felicitar a los ganadores, quieren hacer una mención especial a todos los participantes que han presentado sus excelentes imágenes al concurso, valorando muy positivamente el alto nivel de los mismos.





LIBROS RECOMENDADOS



VV.AA.: **5 Top Secret sobre el cannabis.** Zaragoza 2008

Material didáctico, elaborado por el Consejo de la Juventud de Aragón y los Ayuntamientos de Zaragoza y Jaca, es el resultado de un trabajo conjunto cuya finalidad ha sido crear un programa en el que se cuestionara aquellas afirmaciones que, de tanto ser leídas, escuchadas y justificadas, se convierten en razones que justifican el consumo de cannabis: “el cannabis es natural e inocuo”, “es terapéutico”, “es más sano que fumar tabaco”, “no es una droga”.

Dirigido a chicos de entre 15 y 18 años, consumidores o no de cannabis, es un programa entretenido e impactante, basado en la interacción. Por eso requiere una dinámica activa, basado en estudios contrastados, que permite a cada participante llegar a sus propias conclusiones, adoptando una actitud autónoma y personal ante esta sustancia

El marco de aplicación puede ser cualquier entorno educativo: escolar, centros de tiempo libre, asociaciones juveniles..... El programa se estructura en siete sesiones de 50 minutos cada una. El contenido de cada una de las sesiones, con el material necesario se adjunta en un CD.

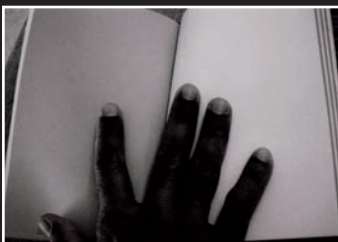


CONDE, Fernando: **Los estilos educativos de las familias españolas y el consumo de drogas en la adolescencia.** Informe 6, Madrid, CEAPA 2007.
265 págs.

Investigación desarrollada por iniciativa de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres y cuyo objetivo pretende analizar los estilos educativos familiares que puedan favorecer o prevenir el uso de drogas en los hijos.

Según el estudio, el consumo de drogas es una preocupación presente en la mayoría de las familias representadas en el mismo; sin embargo, su prevención tiende a reducirse a conversaciones puntuales al respecto, generalmente cuando los hijos ya consumen, por lo que queda debilitado su posible efecto preventivo.

Dos son los estilos imperantes en las familias españolas según los autores: el estilo normativo, que combina autoridad y diálogo, y otro sobreprotector y permisivo. Concluyen el estudio abogando por la mejora de las condiciones de comunicación en la familia, especialmente estableciendo y recuperando espacios comunes en la casa.



TERESA PERALES

Por José Carlos Aguelo

Para este número de Confederación hemos conversado largo y tendido con Teresa Perales, ganadora en las últimas paraolimpiadas de Pekín de 16 medallas.

Teresa un buen día dejó su profesión de fisioterapeuta para dedicarse a la política. Primero, como Diputada en las Cortes de Aragón y, posteriormente como Directora General para la Dependencia del Gobierno de Aragón. En la actualidad es asesora en el Ayuntamiento de Zaragoza. Mujer trabajadora que sabe compaginar la natación con su profesión, logrando en las dos el reconocimiento y consideración. Aparte de las medallas Olímpicas, este último año ha recibido, entre otros premios, As al deporte y Real Medalla Francesa de las Juventudes y el Deporte.



Una enfermedad a los 19 años te dejó en un silla de ruedas...

Si, perdí la movilidad desde la cintura a causa de una neuropatía. Imagínate, 19 años, con muchos sueños en mi cabeza, como estudiar medicina para irme a ayudar a África de misiones. Pero de repente, mi vida cambió de la noche a la mañana. Aquellos meses fueron duros. Tuve que asimilar que había

perdido la capacidad de andar y adaptarme a mi nueva situación. Recuerdo el primer día que bajé a la calle en silla de ruedas: no podía salvar las escaleras que separaban el ascensor de la puerta de la calle, y tuve que hacerlo por la rampa del garaje. Empezaban los problemas, sentí vergüenza por mi situación... pero gracias al apoyo de mi familia y de mis amigos, puede superarlo todo, y aquí estoy ahora.

“Las pruebas se ganan o se pierden con la cabeza. La autoestima y la confianza en mí misma son mis dos principales bazas. Mi lema es querer es poder”

“El deporte es sacrificio, es esfuerzo, te enseña a marcarte objetivos y poco a poco ir cumpliéndolos. Esos logros te ayudan a estar bien con uno mismo. El deporte es un filosofía de vida que lo aplicas a todo lo que haces a lo largo del día. Te ayuda a estructurarte a ti mismo, a saber en cada momento lo que tienes que hacer, es planificación continua”



¿Siempre habías sido deportista?

Si, el deporte me gustaba, pero la verdad es que nunca me había planificado la competición.

Fue a los pocos meses de quedarme en la silla cuando por casualidad empecé con la natación y en cuestión de un año empezaron las competiciones.

Y las medallas. ¿Cuál es la clave de tu éxito?

Las pruebas se ganan o se pierden con la cabeza. La autoestima y la confianza en mí misma son mis dos principales bazas. Mi lema es “querer es poder”. Lo único que me diferencia del resto de la gente es que tengo una silla pegada a mi trasero, nada más.

Antes veía la vida desde mi metro 62 y ahora unos 10 cms más abajo. Tengo muy claro que las barreras sólo nos las ponemos nosotros mismo. Gracias al deporte he aprendido a luchar, me ayuda a establecer metas a corto plazo y a vivir cada minuto de la vida.

Además de deportista de élite eres una mujer solidaria y desde hace unos meses has decidido formar parte de la Junta Asesora del Centro de Solidaridad de Zaragoza. ¿Qué crees que puedes aportar?

Puedo aportar la experiencia deportiva, enseñar lo que para mí ha supuesto siempre el deporte. El deporte está por encima de todo, lo imaginable e inimaginable. El deporte está por encima de las culturas, de

las religiones, de las razas, de los colores de las fronteras, de las capacidades, de las discapacidades. El deporte nos enseña que todo está a nuestro alcance, todo depende de si en la cabeza lo queremos hacer.

¿Que se podría hacer para que el deporte se integrara dentro de las terapias de nuestros trabajo?

Lo que se tiene que hacer es implantarlo dentro de la misma terapia para hacer que las personas, a través del deporte, se vuelquen en sí mismas. Algo importante que tiene el deporte es que te ayuda a estar con uno mismo, por lo menos en un deporte como el mío, que es la natación. El único momento al día que es sólo para mí, es en cuando practico deporte.

El deporte es sacrificio, es esfuerzo, te enseña a marcarte objetivos y poco a poco ir cumpliéndolos. Esos logros te ayudan a estar bien con uno mismo. El deporte es un filosofía de vida que lo aplicas a todo lo que haces a los largo del día. Te ayuda a estructurarte a ti mismo, a saber en cada momento lo que tienes que hacer, es planificación continua. Te ayuda a disciplinarte, que es muy importante en nuestras vidas.

Si te esfuerzas en el deporte, esto hace que la gente vea que además de tus problemas, los que sean, te estás esforzando en algo y esto está muy bien visto por la sociedad.

El deporte, además, es salud, mejora la forma física, capacidad pulmonar, cardíaca, los músculos, la movilidad... Cuando dejas de practicarlas notas que te falta algo.

¿Y el que tú practiques sólo un deporte no puede haber un aislamiento? ¿No es mejor un deporte colectivo?

Depende, en mi caso cada día entreno cuatro horas diarias; es verdad que estoy sola, pero a mí me sirve pues es mi momento de reflexión conmigo misma y esto me ayuda a estar luego totalmente abierto al resto del mundo a lo largo del día. También pertenezco a la selección española y eso supone que cuando estamos todos juntos tengo que fomentar el equipo. Preocuparme por el resto de mis compañeros, estar atentos a sus necesidades...

¿Es importante la autoestima y confianza en uno mismo al practicar un deporte?

Es fundamental, si quieres conseguir objetivos tu autoestima tiene que estar por las nubes. Tienes que creer en ti mismo. Una de las magias del deporte es descubrir que no tienes límites. Da igual qué tipo de deporte practiques, pero hay que tener constancia. La disciplina es la base en la práctica del deporte, no valen las excusas de hoy no tengo ganas, hace frío, está lloviendo....

Sí pero la autoestima, si estás en un equipo y no eres ganador en algunas competiciones... ¿se puede ver mermada?

Es muy importante potenciar la autoestima en uno mismo y en el resto de los componentes del equipo. Siempre tenemos que marcarnos un objetivo claro, por ejemplo, no quedar el último en un campeonato, meter un gol, una canasta, o simplemente pasártelo bien y disfrutar. El objetivo del deporte no es necesariamente ganar. Ese será un objetivo en un competición, pero no en el día a día.

¿Cómo ha ayudado el deporte en tu vida?

En mi vida he notado un cambio gracias al deporte. La gente tiene una buena visión de mí y eso me gusta. Te aseguro que a Teresa Perales, sin el deporte, la gente no la habría conocido como se me conoce ahora. A raíz de las olimpiadas he notado un gran cambio de cómo veían antes y cómo me ven ahora que he ganado 16 medallas olímpicas.

¿Cómo ves tantos casos de doping en el deporte?

Está claro que cuando tú practicas un deporte hay cosas que no te puedes permitir. En mi caso no me puedo permitir consumir sustancias que me perjudican. Jamás diré sí a cualquier tipo de sustancia nociva, porque por encima de todos, incluido el éxito deportivo, está el éxito de mi salud y yo eso no la arriesgaré jamás. No me puedo arriesgar a que me de un infarto, a perder neuronas. Me da igual perder, pero desde luego nunca utilizaría drogas. Me parece triste tener que recurrir a este tipo de consumos para mejorar marcas o incluso conseguir el éxito deportivo. Si dopado consigues una medalla sabes que es un fraude, a ti mismo y a la sociedad.

¿Debería darse importante desde pequeños en la escuela al deporte?

El deporte no debería de ser la asignatura maria, la educación en el deporte es educación en la vida, en valores, lo más importante que me enseña el deporte es el aprender a valorar las cosas. La vida te va poniendo trabas, pero el deporte me

“Lo mas importante que me enseña el deportes es el aprender a valorar las cosas. La vida te va poniendo trabas, pero el deporte me enseña que no importa y que puedo tener una segunda oportunidad, o tercera”

enseña que no importa y que puedo tener una segunda oportunidad, o tercera.

Sabes que si un día te caes, al día siguiente te tienes que volver a levantar.

¿Tus próximos retos?

En lo profesional ir a Londres en 2012 y en lo personal me gustaría ser mamá.





NOTICIAS DE LA CONFEDERACIÓN

■ FUNDACION GIZAKIA

La Fundación Gizakia es una entidad sin ánimo de lucro que desarrolla acciones en tres campos de actuación: la prevención, la asistencia y la inserción sociolaboral. Cada año atendemos a más de 3.500 personas entre:

Adolescentes que presentan conductas de riesgo, drogodependientes, familias y profesionales de la educación y los servicios sociales.

EL VALOR DEL ESFUERZO PARA CAMBIAR LAS COSAS

Llevamos más de 20 años trabajando para apoyar a jóvenes y sus familias en momentos complicados y ayudando a personas con graves problemas de drogadicción y reinsertándolas posteriormente en la sociedad.

Comenzamos creando Proyecto Hombre en 1985, que nos convirtió en un referente en la lucha contra la drogodependencia. Desde entonces hemos seguido siendo pioneros en el desarrollo de distintos proyectos. Ejemplo de ello es **Hirusta**, dirigido a la prevención y apoyo a conductas de riesgo en adolescentes, con más de 400 personas atendidas en lo que va de año.

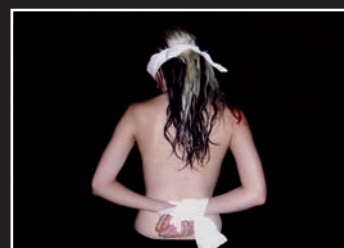
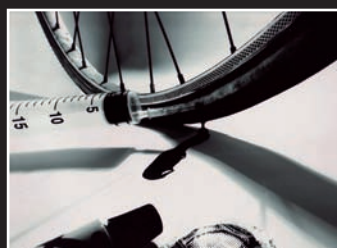
Contamos contigo 2008/2009. Es el lema de la Campaña de Sensibilización con la que Gizakia busca promover hábitos de vida saludables.

Los objetivos de la Campaña son:

- Trabajar los aspectos positivos que hacen que las personas tengan un desarrollo adecuado y una vida plena.
- Transmitir valores ligados a la solidaridad, al trabajo en equipo y a la responsabilidad personal.
- Visibilizar el trabajo que realiza la Fundación Gizakia, acercándolo y poniéndolo a disposición de la sociedad.

Se han programado diversas actividades en torno a 3 ejes: deporte, cultura y comunicación.

- Jornada de Promoción del deporte y I Regata Nocturna “Fundación Gizakia” (26/09/2008)
- Distribución de materiales de sensibilización a familias y 140 centros escolares de Euskadi
- Habilitación de espacio de consulta en la web de Gizakia
- Grupos de trabajo con jóvenes universitarios
- Elaboración de una Guía de Socialización de Experiencias
- Presentación de resultados y Concierto en el Euskalduna con Oskorri, Kepa Junkera y El Consorcio (25/06/2009).



■ JORNADAS “INTERVENCIÓN EN PRISIONES”

Durante los días 23 y 24 de octubre se han llevado a cabo, en Badajoz, unas jornadas sobre “Intervención en prisiones”, que reunió a todos los programas de la Confederación.

Es el III Encuentro de formación que se realiza este año, y se planteó como un tema de interés para todos, ya que trabajamos en 14 prisiones del Estado directa o indirectamente, tanto con pacientes drogodependientes como con aquellos que tengan causas judiciales. Este año se han atendido en prisión a 669 personas, de las cuales 246 han sido personas excarceladas.

El objetivo de estas jornadas era una puesta en común de experiencias y trabajos que se realizan en las distintas fundaciones.

El día 23, por la mañana, la conferencia inaugural corrió a cargo de D. Quintín Montero, Secretario Técnico en Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, que habló sobre la intervención de los centros Penitenciarios de Extremadura desde el II Plan Integral de Drogodependencias y otras conductas adictivas.

Posteriormente Lurdes Iglesias Sequedo, coordinadora del “Programa Regional de Intervención con Drogodependientes privados de libertad”, del programa de Cruz Roja, nos presentó el programa que desarrollan.

Pablo López, responsable del Servicio Jurídico Penitenciario de Proyecto Hombre San Sebastián, nos habló del tratamiento de personas drogodependientes con medidas alternativas.

Amparo Rodríguez Soriano, de la Comunidad Intrapenitenciaria de Picassent (Valencia), nos expuso la forma de trabajo dentro de la comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

José Manuel Moraleda, Coordinador del equipo que interviene en los Centros Penitenciarios de Daroca y Zaragoza, nos habló sobre la Intervención con Drogodependientes en centros Penitenciarios.

El 23 por la tarde, Josune Aguirre Iturbe nos presentó el informe realizado entre distintas entidades de la intervención social para la constitución del CONSEJO SOCIAL PENITENCIARIO regulado a través de REAL DECRETO, en coordinación con la DIRECCION GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.

Una vez clausuradas las jornadas se visitó la Comunidad Terapéutica Urbana y los Programas Ambulatorios de Proyecto Vida.

El día 24, por la mañana, se visitó el Centro Penitenciario de Badajoz, para conocer el modulo terapéutico.

Como conclusión, ha resultado gratificante el buen nivel de participación, la diversidad de experiencias, el enriquecimiento y la variedad de enfoques desde las distintas fundaciones, ya que son distintas realidades y ¡cómo no! las nuevas tareas que salen de este tipo de jornadas. Queda claro desde todos los asistentes a estas jornadas, la necesidad de una coordinación con los centros penitenciarios.



■ EXPERIENCIA BEHOBIA-SAN SEBASTIÁN

El 9 de noviembre de 2008 fuimos invitados por la Asociación AGIPAD de Guipúzcoa, a participar en la carrera Behobia-San Sebastián de 20 Km de recorrido bastante duro. De Zaragoza participamos 9 usuarios de los diferentes programas de la Fundación, acompañados por 3 trabajadores y 2 voluntarios. Previo a nuestra participación estuvimos realizando un trabajo previo de 2 meses de duro entrenamiento, esperando con ganas el día 9 de noviembre. Nuestro mejor premio, el que todos fuimos capaces de superar el reto de finalizar la carrera.

Además de participar en la carrera, pudimos disfrutar de un estupendo fin de semana en San Sebastián, muy bien acompañados de nuestros amigos de AGIPAD.

Experiencias como ésta nos confirma de la interrelación que existe entre la práctica del deporte y la deshabituación de la drogodependencia.



Este material forma parte de una **campana de sensibilización y promoción de hábitos de vida saludables**.

Te proponemos que dediques unos minutos a responder al cuestionario que te presentamos.

Con vosotros, padres y madres, que construís cada día caminos para hacerles la vida más fácil, y que tratáis de ir siempre por delante para apartar los obstáculos. Con vosotros que conocéis a vuestros hijos e hijas mejor que nadie, aunque en algún momento dudes, temáis u os sentíamos perdidos/as. Contamos con vosotros y con vosotras; podéis contar con nosotros.

No es un camino solitario, mirad a vuestro lado; los fracasos como los triunfos, son cosas de todos, de todas. Como líderes, como guías, como confidentes, como amigos o amigas, pero, sobre todo, como padres o madres. **Vuestros hijos/as cuentan con vosotros.**

no les falléis

Cómo fomentar hábitos de vida saludables

Este cuestionario está dirigido a padres y madres de chicos/as de 12 a 16 años.



Y vosotros padres y madres...¿cómo lo véis?

¿Estás dispuesto o dispuesta a reflexionar sobre las actitudes que adoptas ante los retos que te plantea la relación con tus hijos o hijas adolescentes? Si es así, contesta a este cuestionario teniendo en cuenta que:

V= Verdadero / F= Falso

- | | |
|--|-----|
| 01 Trato de valorar a mi hijo/a cuando se esfuerza, independientemente del resultado | V F |
| 02 Mi hijo o hija no debe colaborar en las tareas de casa, porque ya tiene bastantes cosas que hacer | V F |
| 03 Decidir el destino de las vacaciones es cosa de los padres y madres, los hijos o hijas tienen que amoldarse | V F |
| 04 Cuando discuto con mi hijo o hija pierdo la calma y grito más que él o ella | V F |
| 05 Cuando pongo un castigo me cuesta, pero logro mantenerlo | V F |
| 06 Me siento seguro o segura de la buena relación con mi hijo o hija si me cuenta todo | V F |
| 07 Tengo pendiente una conversación con mi hijo o hija, pero no encuentro el momento, porque estoy muy ocupado o ocupada | V F |
| 08 Critico a sus amigos/as para que se dé cuenta de con quién anda | V F |
| 09 Fomento que mi hijo o hija esté ocupado o ocupada en distintas actividades para que no se meta en líos | V F |
| 10 Debo revisar las cosas de mi hijo o hija (diario, messenger, cartera...) para evitar que se meta en problemas | V F |
| 11 Aunque creo que mi hijo o hija pasa mucho tiempo conectado a internet, yo no puedo hacer nada | V F |

- | | |
|---|-----|
| 12 No puedo compartir espacios con mi hijo o hija, porque no tenemos ni los mismos gustos ni los mismos horarios | V F |
| 13 Creo que mis comportamientos con respecto a las drogas (alcohol, tabaco y otros) pueden influir en las conductas de mi hijo o hija frente al consumo | V F |
| 14 Los y las adolescentes sólo piensan en emborracharse y fumar porros | V F |
| 15 Los hijos e hijas hoy en día saben más de sexualidad que los padres y las madres, no tenemos nada que enseñarles | V F |

Resultados: 1V 2F 3F 4F 5V 6F 7F 8F 9F 10F 11F 12F 13V 14F 15F

Si has acertado en la mayoría de los enunciados **¡Enhorabuena!**

Se ve que estás bien situado o situada ante la etapa que te toca vivir con tus hijos e hijas

Si has tenido mucho errores, **no te preocupes, pero...**

Párate a pensar, tómatelo con calma; si ves que necesitas hablarlo con alguien, hazlo. En esta reflexión te pueden ayudar los links que hemos incluido al final.

Recuerda

Límites, comunicación y confianza son herramientas que pueden ayudarnos en la difícil tarea de ser padres y madres hoy.
No estás solo ni sola

La convivencia con hijos e hijas adolescentes plantea retos

Los y las adolescentes no son niños ni niñas, pero tampoco personas adultas. Aunque no lo crean, les falta experiencia: no renuncies al diálogo

Al adolescente le gusta soñar como adulto o adulta: puedes ayudarle a acercarse a la realidad

Parece que no están dispuestos/as a escuchar, pero hay que buscar el momento y eso exige disponibilidad de los padres y madres

En la adolescencia se puede llegar a ser muy críticos y críticas, por eso tenemos que ser coherentes con lo que hacemos y decimos

El y la adolescente necesita límites claros, y la obligación de establecerlos recae predominantemente en los padres y en las madres

Aceptémoslo. Los/as adolescentes necesitan espacios propios para crecer: debemos darles un voto de confianza





PELÍCULAS RECOMENDADAS EN DVD

Por Esther Blas Vicente

Recomendamos en esta ocasión 3 películas muy distintas, pero tiene un denominador común: las tres transcurren alrededor de personas que tienen una discapacidad intelectual o mental. Tres deliciosas historias, con dosis de ternura, donde el personaje, en teoría "disminuido", va a propiciar la reflexión del resto de las personas que les rodean sobre su propia existencia, haciéndoles llegar a conclusiones que nunca habrían sospechado. Son historias deliciosamente humanas y que ponen de relieve el pequeño salto que existe entre lo normal y lo patológico, y la incongruencia que, en la mayoría de ocasiones, reina en nuestra vida; donde lo llamado racional y coherente no resulta tan lógico como se supone. Son tres historias donde los "no válidos" acaban cuestionando la existencia "racional" de los que nos sentimos adaptados.

Las películas son LAMERICA, de Gianni Amelio; LA DUCHA, de Zhang Yang Zhu Xu, y LA FAMILIA SAVAGES, de Tamara Jenkins.

LAMERICA



Dirección: Gianni Amelio.
País: Francia-Italia. **Año:** 1994.
Duración: 143 min.
Interpretación: Enrico Lo Verso
 Michele Placido Piro Milkani
 Carmelo Di Mazzarelli

Dos estafadores italianos viajan a Albania después de la caída de los comunistas para crear una empresa ficticia y embolsarse las subvenciones. Necesitan un hombre de paja y encuentran a Spiro, un viejo. Pero cuando el más joven de los italianos se encuentra a solas con Spiro, surgen los problemas. Lejos de sus raíces, perdiendo su identidad en la Albania profunda, comienza a cambiar.

LA DUCHA



Dirección: Zhang Yang.
País: China.
Año: 1999. **Duración:** 123 min.
Interpretación: Xu Zhu (Liu), Wu Jiang (Erming), Peng Du (Miao Zhuang), Cun Xin Pu (Daming).

Abandonado por su hijo mayor, que se ha marchado al área de desarrollo económico de Shenzhen en busca de fortuna, el padre permanece en Beijing criando a su hijo menor, que es retrasado, y aferrado a su profesión vocacional de encargado de una casa de baños tradicional. Creyendo erróneamente que su padre ha muerto, el hijo mayor vuelve a Beijing y descubre la magia de la casa de baños y su importancia dentro de la comunidad. Rodeado de los viejos clientes y absorbido por la cultura del baño comunitario, el hijo se ve obligado a hacer frente a las responsabilidades familiares y a los problemas que acarrea la modernización.

LA FAMILIA SAVAGES



Dirección: Tamara Jenkins.
País: USA. **Año:** 2007
Duración: 108 min.
Interpretación: Laura Linney (Wendy Savage), Philip Seymour Hoffman (Jon Savage), Philip Bosco.

Lo último que hubieran deseado hacer los hermanos Savage es volver atrás, a su difícil historia familiar. Después de haberse liberado del dominio de su padre, ahora se encuentran firmemente anclados a unas vidas propias bastante complicadas. Wendy es una autora de teatro que se esfuerza por salir adelante, una desocupada que pasa sus días solicitando becas, robando suministros de oficina y quedando con su vecino casado. Jon es un neurótico profesor de facultad que escribe libros sobre oscuros temas. Pero entonces llega la llamada que le informa de que el padre al que siempre ha temido y evitado, Lenny Savage, se consume lentamente.

TERAPIA OCUPACIONAL en ADICCIONES

Alfar “Taller de cerámica”

Fernando Ribas de Pina Pérez – Educador Social
Fundación Miguel Roca – P.H. Valencia

Terapia Ocupacional (TO) es la utilización terapéutica de las actividades de auto-cuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la enfermedad⁽¹⁾. Siendo la ocupación un generador del desarrollo humano y de salud, su uso, bajo unas premisas básicas, lo convierten en herramienta terapéutica⁽²⁾.

El componente básico de la TO es la acción en sí misma y el desarrollo de ésta. Esto, en la base filosófica de la TO es la **actividad propositiva** que siguiendo los estudios de Trombly, podremos definir como una actividad, cuyo propósito “es producir una respuesta calculada del paciente ante la actividad que se aplica a sus objetivos de tratamientos”⁽³⁾.

Siendo la TO prioritariamente no verbal, frente a las otras disciplinas que son prioritariamente verbales, no por esto se excluye el grupo verbal “clásico” que es de hecho una herramienta de refuerzo. Mosey (1981) asegura que la TO conlleva aprender haciendo, en situaciones realistas en las cuales el usuario es capaz de aprender nuevas habilidades e identificar los patrones de conducta fallidos.

La TO es claramente holística frente a otras disciplinas con una visión reduccionista. El todo es más que la suma de las partes y la intervención en una parte genera movimientos en todas y en el todo.

España fue pionera en estas experiencias, a través de “La Casa de Inocentes



y de Locos”, aprobada por el *Consell de la Ciutat de València* en 1409, en el que antes de acuñarse el termino *tratamiento moral* o el de *terapia ocupacional*, su filosofía y técnicas ya se estaban empleado en este hospital⁽⁴⁾. Hay una experiencia similar en la ciudad de Zaragoza (Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia -1425) donde aparece por primera vez descrito el tratamiento con ocupaciones o trabajos. A pesar de este arranque, el desarrollo de la TO paso a manos británicas y norteamericanas y no será hasta la reforma de 1991 cuando aparezca como título universitario.

La organización de vida en los Centros de Día y las CC.TT., busca, entre otros objetivos, crear hábitos de vida que sean generadores de salud, ya que su deterioro no sólo es un síntoma de la enfermedad, sino causa de ésta. Para ello se emplea cotidianamente la Tera-

pia Ocupacional, aunque en algunos casos con poca conciencia de ello. La organización e importancia del horario, el control de la ansiedad, la resolución de problemas, muchas de las intervenciones grupales, etc., se alinean en la TO.

La TO puede presentar dos enfoques complementarios en estos centros:

1.- Conocerse y comprenderse

“Puede estructurar el uso de las actividades como camino para una salida emocional, un método de promover la interacción familiar, o un medio para comprender sus patrones de interacción social”⁽⁵⁾.

La TO no sólo conduce a un fortalecimiento de lo aprendido mediante otras disciplinas, sino también al autoconocimiento y comprensión de las

“La organización de vida en los Centros de Día y las CC.TT., busca, entre otros objetivos, crear hábitos de vida que sean generadores de salud, ya que su deterioro no sólo es un síntoma de la enfermedad, sino causa de ésta”

acciones, sentimientos, motivaciones etc...

2.- Puesta en práctica y retroalimentación

“La participación... en terapia ocupacional brinda a los usuarios la oportunidad de poder practicar las destrezas que están aprendiendo”⁽⁶⁾.

Para que la actividad en TO resulte fructífera, el usuario debe descubrir el nexo entre ésta y su proceso de rehabilitación. Sin este descubrimiento, la actividad puede resultar banalizada e infrautilizada.

Es función del terapeuta facilitar el aprendizaje y el proceso grupal necesario para que se vea afectado su sistema de creencias internas. El aprendizaje será evidente cuando el usuario verbalice los cambios con sus propias palabras.

La capacidad del terapeuta para lograr el conocimiento de este nexo deriva de su manejo de tres áreas.

1. La dinámica del usuario.
2. El proceso de la rehabilitación.
3. La dinámica de la actividad.

El conocimiento de la dinámica del usuario proviene de la evaluación previa, del contacto con él mismo y su integración con el equipo terapéutico.

El conocimiento del proceso de rehabilitación proviene de la experiencia del trabajo en la rehabilitación y de la preparación al respecto.

Y el conocimiento de la dinámica de la actividad proviene de sus conocimientos sobre ella y de su utilización en la Terapia Ocupacional.

Las actividades se van diseñando con un plan y objetivos claros, y adaptándose constantemente a las evoluciones y nuevas demandas de cada uno de los usuarios.

En todo caso hay que tener en cuenta unos aspectos básicos sobre la metodología⁽⁷⁾:

- Debemos encontrar una relación coherente entre la calidad de desenvolvimiento en las actividades diarias (higiene, cuidado personal, organización del horario) y otras áreas más complejas, como es la adquisición de habilidades sociales. La una y la otra no pueden avanzar por separado. Coherencia en el conjunto de las actividades.
- Evitar al máximo la artificialidad. Las habilidades que está adquiriendo el usuario han de ser útiles y fácilmente trasladables a su vida social y laboral.
- No caer en la falta de exigencia. Es más fácil oír a los usuarios quejarse de la banalidad y falta de exigencia de las actividades que de lo contrario. Existe más miedo a la sobrecarga que a la infraestimulación, pero no hay que perder de vista que si el usuario no encuentra útil la actividad fácilmente la abandonará. Un adecuado nivel de exigencia es sinónimo de mayor éxito.
- Evitar la generalización. Cada usuario tiene unas necesidades particulares, basadas en su propia historia. Un

buen análisis y la creatividad del terapeuta han de evitar una normalización irreal de las actividades.

En el *Centre València de Solidaritat*, que gestiona el programa educativo – terapéutico Proyecto Hombre, en Valencia, desde 1985, llevamos adelante, a través del **ALFAR** (taller de cerámica) una experiencia de Terapia Ocupacional.

Alfar nace en el 2002. Se ubica en el Centro de Actividades, un centro de día, con un proceso completo desde la acogida hasta la reintegración socio – laboral, con diversas estructuras de apoyo, familia, refuerzo académico, tiempo libre y ocio o el servicio jurídico, entre otros.

Evidentemente, las actitudes y habilidades en las que se entrena el usuario ocupan todas las áreas de su vida, convirtiéndose el Alfar, en una herramienta para los objetivos de su plan de intervención.

La plasticidad de la cerámica, su versatilidad (modelado, esmalte, torno, etc.), el amplio abanico de las posibilidades para enfocar su trabajo; desde la producción más rígidamente industrial, a una utilización radicalmente artística, trabajar sólo o en equipo, trabajos grandes o pequeños, sencillos o cargados de detalles, la necesidad de prever, de



El primer paso con cada nuevo usuario es ayudarlo a comprender que el objetivo del Alfar “no es hacer cerámica”, sino que la actividad del taller y la convivencia son “herramientas para alcanzar los objetivos de su proceso personal”



organizar, de mantener un orden y una limpieza,... junto con lo sencillo de las técnicas básicas y la recuperación de los materiales, hacen de la cerámica una actividad ideal para su empleo en la TO.

El riesgo de accidentes en su desarrollo es casi nulo, aun con intenciones autolesivas. Por lo que es recomendable, incluso, para usuarios con baja estabilidad emocional y control de la impulsividad.

Perfil de los usuarios del Centro de Actividades⁽⁸⁾:

- El 85% son varones.
- Con más de seis años de consumo.
- La gran mayoría no está trabajando.
- Han estado en tratamiento otras veces.
- El 70% está soltero y un 15% separado.
- Politoxicómanos, con la cocaína como sustancia principal.
- Familias desestructuradas. Bastantes necesitan vivienda.
- Deterioro cognitivo, patología dual y triple diagnóstico (salud mental, VIH, drogodependencias).
- Disfunción ocupacional: Responsabilidades familiares, ocio y actividad laboral.
- En los últimos 5 años un incremento muy significativo de patología dual.

Dentro de este perfil, se prioriza para el Alfar a los usuarios que llegan con mayor deterioro psico-social y/o que

presentan mayores dificultades en el proceso educativo-terapéutico.

El primer paso con cada nuevo usuario es ayudarlo a comprender que el objetivo del Alfar “no es hacer cerámica”, sino que la actividad del taller y la convivencia son “herramientas para alcanzar los objetivos de su proceso personal”, aunque ello conlleva un esfuerzo y un aporte de recursos a la cerámica con los que realizará, cada vez, mejores piezas.

La organización habitual del Alfar es la siguiente:

1er bloque de taller.– Recordar objetivos. Trabajos y previsiones personales. Captar el ambiente.

Almuerzo/Grupo.– Espacio para la verbalización de lo descubierto y del trabajo sobre los objetivos personales.

2º bloque de taller.– Propiciar los cambios de actitud y/o de actividad, que hagan falta.

Limpieza.– Supone el cierre de la actividad, comienzos y finales claros. Responsabilidad sobre lo que han utilizado.

La vertiente artística, ofrece rasgos sobre el estado emocional. Las piezas se convierten en espejos de su autor. Aspecto éste que trabaja la arte – terapia, pero que nos conformamos en usar

como una herramienta de lectura para enriquecer nuestra visión del proceso de cada usuario.

A los usuarios con más de tres meses de asistencia al taller, se les pasa una autovaloración sobre la experiencia, con los datos obtenidos se deduce que:

- El Alfar se ha mostrado particularmente útil en los usuarios con deterioro cognitivo.
- Su dificultad en la elaboración abstracta de conceptos y en la realización de análisis, se ve compensada al trabajar con y sobre lo emergente, en el aquí y ahora.
- La posibilidad de Evidenciar los Cambios y Tomar Conciencia aumenta, trabajando desde lo no verbal.

CONCLUSIONES

–La Actividad Ocupacional se ha mostrado útil en el proceso de rehabilitación de las adicciones.

–Es una herramienta muy adecuada en los casos de patología dual y, sobre todo, de deterioro cognitivo.

–Aumenta su calidad de vida mediante la adquisición de competencias a nivel personal, interpersonal y social.

(1) Helen L, Hopkins: “Terapia Ocupacional” Edit.- E.M. Panamericana.

(2) Ribas de Pina Pérez, Fernando: 2004. Master de Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas ADEIT – Universitat de València.

(3) Molina, Pilar: “Terapia Ocupacional en salud mental; principios y practica” Edit. Masson.

(4) “Historia de Valencia” Edit. Universidad Literaria de Valencia, 1999.

(5) y (6) Nancy L, Beck: “Terapia Ocupacional” Edit. E.M. Panamericana. Pag. 581.

(7) Ribas de Pina Pérez, Fernando: 2004. Master de Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas ADEIT – Universitat de València.

(8) Memoria Fundación Miguel Roca, 2007.

En este número, nuestra sección a 3 bandas La Fundación Gizakia, y los Centros de Solidaridad de Zaragoza y Huesca, nos exponen el trabajo de la Comisión de las ONG's que interviene en prisiones y la labor que llevan a cabo nuestras Fundaciones con los internos de los Centros Penitenciarios.



Comisión de trabajo realizada por ONG's que intervienen en prisiones y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias

El sábado 8 de noviembre de 2008 se publica en el Boletín Oficial del Estado (B.O.E. nº 270) la Orden INT/3191/2008 del Ministerio del Interior de creación del Consejo Social Penitenciario y los Consejos Sociales Penitenciarios Locales.

Se crea el mismo "como órgano de relación entre las entidades sociales y organizaciones no gubernamentales que intervienen en el ámbito penitenciario y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con la finalidad primordial de fomentar la participación y colaboración del Tercer Sector en el desarrollo de las políticas penitenciarias de reinserción social".

Esta publicación es fruto del trabajo que desde el año 2006, 12 entidades de ámbito estatal, entre ellas la Confederación de Entidades para la Atención a las Adicciones, ha venido realizando en una Comisión de trabajo de ONG's que intervienen en los centros penitenciarios, junto con la Dirección General de Instituciones penitenciarias con la finalidad de integrar la visión y el trabajo de las organizaciones del tercer sector en la gestión del sistema penitenciario.

A lo largo del año 2007 se adquirieron dos compromisos mutuos por parte de todas las entidades participantes:

- La creación de un órgano consultivo que permita una mayor colaboración y comunicación entre las organizaciones del Tercer Sector y el sistema penitenciario.

- La elaboración por las organizaciones del Tercer Sector de un docu-

mento global que refleje nuestra visión sobre la realidad actual del sistema penitenciario.

Las conclusiones a las que llega la comisión y que deja planteado el trabajo para el año 2008 son:

- Se aprueba, por parte de la comisión, el borrador del Real Decreto para la creación y constitución del Consejo Social Penitenciario, pendiente de la aprobación por los órganos de gobierno correspondientes y su publicación oficial en el B.O.E. Posterior a ello se constituirá una nueva comisión de trabajo regulada por el mismo, en la que se decidirá qué entidades son las que participarán en el desarrollo del mismo en el año 2008.

- Se elabora el documento global "FOTO FIJA" de la visión de las entidades del Tercer Sector, de la situación actual del sistema penitenciario, pendiente de su entrega a la Dirección General de IIPP para su visto bueno y posterior difusión.

A día de hoy, las dos conclusiones planteadas han sido llevadas a cabo, como refleja tanto la publicación de la orden ministerial como el Informe elaborado en el que se pretende ofrecer a la administración penitenciaria la visión que tenemos algunas organizaciones del Tercer Sector de la institución penitenciaria, con un guión de propuestas de actuación para desarrollar en la próxima legislatura.

Las áreas recogidas en el informe abordan la integración laboral, salud, salud mental, discapacidad intelectual,

personas extranjeras, madres con hijos/as, cultura-ocio, personas con especial vulnerabilidad, mujer, así como aspectos generales, y como la necesidad de apostar por un modelo transversal de las políticas reinserción, integrando a la población penitenciaria en las políticas educativa, de inserción social, sanitaria, social, de vivienda, de empleo, y otros sectores de la administración pública.

La oportunidad que se abre con la creación del Consejo Social Penitenciario, así como con los consejos locales, supone el primer paso en el reconocimiento del trabajo realizado por las entidades del Tercer Sector (más de 5.000 personas interviniendo en los centros penitenciarios a través de más de 500 entidades), así como una apuesta por integrar la visión de dichas entidades en la gestión del sistema penitenciario.

Plantea igualmente la necesidad de tener en cuenta la propuestas generadas por estas entidades entendiendo que el marco de actuación establecido por las mismas pretende acercar la realidad social al ámbito penitenciario, así como, a la inversa, posibilitar que las personas privadas de libertad se integren socialmente en las condiciones más adecuadas.

Desaprovechar esta fuerza y el momento actual supondría no atender a la necesidad cada vez mayor de abrir las prisiones al exterior, así como la necesidad de establecer una conciencia social que permita un cambio en las respuestas a las conductas delictivas que integren no sólo actuaciones punitivas, sino educati-

vas y generadoras de procesos de integración social y laboral.

Las personas privadas de libertad forman parte de cada una de nuestras comunidades y a ellas van a volver. Será labor de todos y todas las personas que intervenimos en este ámbito y de la sociedad en

general ofertar en cada caso la respuesta más adecuada a la problemática planteada por cada una de las personas presas optimizando, coordinando, complementando y evaluando los recursos puestos a disposición de las mismas para que la reintegración social se haga en las mejores condiciones.



Josune Aguirre.

Resumen del documento presentado en las Jornadas de Badajoz

INTERVENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA

Desde su creación en 1986 el CSZ ha estado presente en los CP de Zaragoza y Daroca. Siempre se ha tenido la convicción de que la prisión es un lugar donde es necesaria una presencia que estimule la reinserción social del drogodependiente. No en vano, hoy el 79,7% de los internos manifiestan haber consumido drogas en el mes previo a su ingreso. Podríamos afirmar que no existe ningún otro espacio en nuestra sociedad donde se aglutine tanta población drogodependiente.

Como es natural, a lo largo de estos años ha habido diferentes momentos que han marcado y definido nuestro trabajo. Es a partir del año 1996 cuando los CP de Zaragoza y Daroca solicitan la colaboración de entidades que están trabajando con drogodependientes, a la par que se modifica el código penal donde se permite el cumplimiento parcial o total de condenas en programas terapéuticos. Esto significa un salto cualitativo en la intervención; la posibilidad de acceso al interior, el trabajo conjunto con los profesionales penitenciarios, la creación de los equipos multidisciplinarios para la atención a los drogodependientes, (GAD) teniendo como nueva perspectiva la derivación a los programas terapéuticos.

Con la apertura de la nueva prisión de Zuera, se crea el módulo terapéutico para drogodependientes, y paralelamente en el CP de Daroca también se habilita un espacio para tal fin. De esta forma se materializa una necesi-

dad expresada por el CSZ y por los profesionales penitenciarios. Esto impulsa de nuevo la intervención en ambas prisiones, abriendo nuevas posibilidades y, sobre todo, se empieza a contemplar la prisión no sólo como espacio punitivo, sino también como un recurso terapéutico.

Nuestro trabajo en prisión se centra en la realización de un proceso personal previo al ingreso en algún programa del CSZ. Este proceso se centra en seleccionar, acompañar, diagnosticar y preparar lo mejor posible antes de la derivación.

Este proceso se realiza a través de la realización de grupos y entrevistas individuales y está orientado hacia:

- refuerzo de conductas y actitudes que eviten el consumo de sustancias tóxicas.
- mantenimiento de la motivación al cambio de actitud tendente a la abstinencia y la no-dependencia.
- trabajo sobre dificultades comportamentales y de relación.
- toma de conciencia de la reconstrucción de vínculos afectivos sanos, y ruptura de relaciones con personas consumidoras.

Además se informa de los programas del CSZ, se informa y acompaña a la familia y se establecen métodos y

protocolos de coordinación con los profesionales penitenciarios y otros agentes sociales que intervienen.

Actualmente se considera una intervención transversal del todo el CSZ estando todos los programas representados. El programa de Prevención, que en este aspecto centra su intervención con el acompañamiento a menores con medidas judiciales, derivados por el juez o por el centro de reforma, la Comunidad Terapéutica, que es la receptora del mayor número de derivaciones, y el Centro de Diagnóstico y Tratamiento donde se acogen a internos en programas ambulatorios y se atienden a las familias.

Esta labor la desarrolla un equipo multidisciplinar compuesto por 7 profesionales. Uno de ellos cumple la función de coordinador. 2 psicólogas, 4 trabajadores sociales y un abogado.

La intervención propia en el interior de las dos prisiones se realiza desde el programa residencial. En CT la intervención está integrada dentro de la planificación terapéutica que se desarrolla.

Se atienden anualmente entre ambas prisiones en torno a 125 internos. Las derivaciones anuales oscilan entre 25-30 internos, siendo la CT el recurso que predomina. Las altas terapéuticas es la forma habitual de finalizar el tratamiento; sólo algunos casos abandonan o reingresan en prisión

Es necesario destacar que en el proceso desarrollado en estos años vamos contemplando la prisión como una oportunidad para el drogodependiente. Esta oportunidad se manifiesta en:

- Detiene la espiral del consumo del delito y en muchos casos el consumo continuado en grandes dosis.

- De un mercado amplio en la oferta de sustancias se pasa a un espacio donde la oferta de sustancias es más reducida.

- De una vida marcada por la consecución de la dosis diaria, por tanto caótica en muchos casos, se pasa a una vida marcada por un reglamento y una disciplina, al menos estructura horaria y hábitos en un principio.

- Efecto coercitivo y punitivo de la prisión, recuerda al drogodependiente que hay límites que respetar.

- Pone en contacto al drogodependiente con dispositivos sanitarios y programas de intervención, lo que hace que tenga más posibilidades de seguimiento y atención.

- La pérdida de la libertad puede motivar una toma de conciencia con respecto a su adicción y la vida que desarrollaba

- El encarcelamiento resitúa las relaciones socio-familiares, lo que hace valorar más objetivamente las relaciones personales.

Desde esta perspectiva, la prisión puede resultar esperanzadora, y es esta oportunidad la que alimenta nuestro trabajo.

Sin embargo, no podemos dejar de señalar que la prisión también tiene límites claros que pueden amenazar esta oportunidad de reinserción.

- El límite fundamental es el perfil al que nos enfrentamos. El aumento de patologías psíquicas asociadas provocan que la drogodependencia empiece a ocupar un lugar secundario o complementario en la intervención

- La motivación fundamental del interno es la de salir en libertad. Tra-

bajamos en un espacio con personas que residen en contra de su voluntad, con lo cual el reto es reconvertir su motivación inicial.

- Imposibilidad de trabajo mixto de género, lo que adultera aún más las relaciones entre diferentes sexos.

- La seria limitación para la realización de un diagnóstico preciso. La adaptación de los internos trae como consecuencia que no afloran a menudo aquellas dificultades que saben que les va a perjudicar, además alejados de su contexto socio-familiar natural.

- Predominio de la seguridad sobre el tratamiento, que se manifiesta en una plantilla muy reducida de profesionales de tratamiento, siendo los recursos limitados para los objetivos que se pretenden.

- Alta rotación de los profesionales, lo que afecta a la continuidad de la intervención.

- Relaciones solidarias entre los internos, con un alto contenido utilitarista y proteccionista, lo que influye negativamente en la relación con la autoridad, siendo contemplada más como una amenaza, que como una ayuda.

- El tiempo viene marcado a veces por la condena y no por el proceso y, por lo tanto, a menudo no coincide el tiempo penal y el “terapéutico”

- Aquellos internos que no regularizan su vida (inmigrantes sin papeles) no pueden acceder al art. 182, ya que pesa sobre ellos la orden de expulsión.

- La masificación, puede amenazar la intervención, reduciéndose su alcance e intensidad.

- La falta de una financiación estable de la intervención da como resultado un modelo de colaboración que resulta débil y llama a ser superado.

Ser conscientes de estos límites nos ayuda a remover obstáculos y tener un horizonte de futuro y no nos impide valorar la realidad que tenemos.



El CP de Zaragoza es el segundo CP de todo el país que más derivaciones a recursos comunitarios realiza, teniendo una clara vocación de reinserción social y confiando en el CSZ como un lugar de referencia para la reinserción de drogodependientes.

La participación del CSZ en el GAD, las sesiones de trabajo conjuntas entre ambos equipos, el intercambio de criterios de intervención, la complementariedad, la posibilidad del disfrute de permisos en CT, las salidas terapéuticas para el fomento del deporte son avances que denotan un interés real por continuar con esta intervención.

Asimismo, el CP de Darocan con reducidos recursos, ha conseguido reconvertir y mantener la antigua sección abierta en un módulo para drogodependientes, dotando a la prisión de un espacio privilegiado para la preparación para la libertad.

Por último, señalar la experiencia positiva que significa que en el CSZ nuevos profesionales se incorporen al trabajo en prisión, lo que ayuda para el mantenimiento de la intervención, estimulando el interés y la formación profesional en este campo.

TRABAJO CON MUJERES EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE ZUERA



Durante el año 2008, el Centro de Solidaridad de Huesca ha desarrollado un programa de educación para la salud en el módulo de mujeres del centro penitenciario de Zuera en Zaragoza, incidiendo en varios contenidos importantes (autocuidado y autoestima en las mujeres privadas de libertad por delitos de drogodependencias y control de factores de riesgo en la transmisión de enfermedades infecciosas).

El programa se ofreció a todas aquellas internas que por motivos de consumo de drogas u otras adicciones están cumpliendo condena.

El contenido y objetivo del programa ha versado en “Conocer y valorar cuál es el estado de salud de cada interna participante, desde una visión Psicosocial e informar, formar y prevenir situaciones de riesgo, mejorando su autoestima y favoreciendo estrategias médico-sanitarias de prevención de enfermedades infectocontagiosas y prevención de drogodependencias, favoreciendo la realización de un programa terapéutico libre de drogas y evitar su reingreso en prisión

La estructuración de los contenidos del programa se desarrollara en cuatro bloques:

- Hábitos de vida saludables
- Educación afectivo sexual
- Prevención de drogodependencias
- Información y prevención de VIH/SIDA

La metodología utilizada ha constado de charlas informativas de salud, drogas, VIH, etc, entrenamiento en hhss, grupos de autoayuda, entrevistas y seguimiento individualizado, siendo el objetivo final la inclusión de las internas en el programa del GAD (Grupo de atención al drogodependiente) de la cárcel, planteando que este grupo pueda ser mixto para continuar el proceso en el apoyo terapéutico en el momento que se produzca su excarcelación.

En el programa han participado 45 mujeres reclusas del modulo del Centro Penitenciario de Zuera, en Zaragoza.

Hemos tenido en cuenta en la intervención terapéutica que parte de la

población diana a trabajar son extranjeras o de minorías étnicas.

La participación a los talleres de este proyecto ha sido de carácter voluntario y consecuencial.

En nuestro acercamiento a la realidad de la prisión, precisábamos conocer la población y el perfil de la mujer reclusa.

Constatamos un cambio importante en función de las transformaciones socioeconómicas.

De hecho, valoramos que más que cualquier otra institución, educativa o sanitaria, los centros penitenciarios se han visto afectados por el fenómeno de la heroína a finales de los años setenta, la crisis económica y el SIDA en la década de los ochenta, la transformación del rol de la mujer en los noventa, y en los últimos años por la inmigración y el consumo de cocaína.

Aunque las mujeres son una minoría, toda política en prisiones ha de tener en cuenta su particular situación y sus necesidades: un alto porcentaje de las mujeres encarceladas son madres, algunas están en prisión con sus hijos menores de tres años; un elevado porcentaje ha roto sus vínculos familiares y sociales y la situación empeora cuando sus parejas están también cumpliendo una pena, algo muy frecuente; más de un tercio son extranjeras, encarceladas por un delito contra la salud pública y sin vínculos ni apoyos en nuestro país; por último, muchas son gitanas, soporte de familias con graves problemas de drogodependencias y marginación.

Los perfiles sociodemográficos de las mujeres reclusas atendidas en el programa ha sido:

Edad de 18 a 50 años con una edad media de 30 años. Un 60% no tenía terminada la ESO y el 40 % restante sin estudios primarios acabados y con problemas en lectura, escritura y dificultad con el castellano.

El 40% con penas menores a 3 años por delitos contra la propiedad y el consumo de drogas y un 60% con penas mayores a 3 años por delitos contra la salud pública.

Un 35% tiene VIH. En cuanto a la sustancia preferente de consumo, más del 95% consumió cocaína, cannabis y alcohol. Un 50%, alucinógenos; en torno al 22% anfetaminas y heroína.

Policonsumo. El total de las internas ha utilizado en sus patrones de consumo varias sustancias paralelas

La valoración es positiva en cuanto a la participación continuada, y estable, a la motivación y seguimiento terapéutico de las internas.

El objetivo final es satisfactorio respecto a la inclusión de 4 internas en el programa del GAD, (libre de drogas).

Las restantes internas que asisten al programa GAD se quedan pendientes de incluirlas de forma gradual, realizando un seguimiento terapéutico individual y grupal.

Han manifestado gran interés en la asistencia; en las actividades han expresado satisfacción e interés consiguiendo un alto índice de participación y compromiso en los grupos de apoyo y autoayuda,

El éxito de este programa ha sido en función de:

- Un soporte teórico claro.
- El carácter integral del programa.
- Un equipo técnico competente.
- Buenas condiciones físicas.
- Escenarios estructurados.
- Evaluación amplia de la interna.
- Formulación individualizada de objetivos..
- Provisión de cuidados posteriores a la excarcelación.

Durante este año 2009 vamos a continuar realizando el programa de forma coordinada con los profesionales del C.P. de Zuera y con los compañeros del CSZ que intervienen en el programa del GAD.





JORNADAS, CURSOS Y SEMINARIOS

■ Máster Oficial en Educación y Rehabilitación en Conductas Adictivas

Organiza: European Institute of Social Services (EISS), de la Universidad de Kent

Destinado a: profesionales, políticos e investigadores en los ámbitos de los cuerpos policiales, prisiones, sanidad y justicia penal.

Lugar: Cracovia (Polonia)

Fecha: 25 al 27 de marzo de 2009

Teléfono de información: +32 495 495142

E-mail: c.brentari@kent.ac.uk

Página web:

www.connectionsproject.eu/conference2009



■ XXXVI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

Organiza: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, las Toxicomanías y otras Dependencias (Socidrogalcohol)

Patrocina: Ministerio de Sanidad y Consumo

Colaboran: Plan Regional de drogas de Castilla y León, Diputación de Salamanca y Ayuntamiento de Salamanca

Lugar de Celebración: Salamanca

Fecha: 26, 27 y 28 de marzo de 2009

Teléfono de la Secretaría Técnica: 96 315 57 88

Más información en: <http://socidrogalcohol.org/>



■ Taller: Cocaína y craving. La Prevención, su Diagnóstico y el Tratamiento (5ª Edición)

Fecha: Del 1 al 27 de abril de 2009

Tipo de evento: Taller

Entidad organizadora: PNSD del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universitat de Valencia, promovidos por la Asociación Española de Estudios en Drogodependencias.

Lugar: Virtual

Más información en:

<http://www.adeit.uv.es/tallercocaina>



■ XI JORNADAS NACIONALES DE PATOLOGÍA DUAL: DE LA PSICOPATOLOGÍA A LA ADICCIÓN O VICEVERSA

Organiza: Asociación Española de Patología Dual

Patrocina: Asociación Mundial de Psiquiatría

Dirigido a: Personal sanitario de la red pública y privada, médicos, psicólogos y otros profesionales sanitarios interesados en esta problemática.

Fecha: 29 y 30 de mayo de 2009

Lugar de celebración: Madrid (Hotel Meliá Castilla, c/ Capitán Haya, 43)

E-mail: jornadas@patologiadual.es

Más información:

www.patologiadual.es/XI_Jornadas/





DIRECCIONES DE INTERÉS



Confederación de Entidades para la Atención a las Adicciones.

Asura, 90. C.P. 28043 Madrid

Secretaría Técnica:

Av. Madariaga, 63. 48018 Bilbao. 94 447 10 33

■ ARAGÓN

Fundación Centro de Solidaridad
Manuela Sancho, 3-9. 50002 Zaragoza. 976 200 216

Fundación Centro de Solidaridad Interdiocesano
Sancho Abarca, 18. 22001 Huesca. 974 24 52 00

Centro de Solidaridad de Teruel
Hartzenbusch, 9. 44001 Teruel. 978 60 20 89

■ CASTILLA LEÓN

Programa de Drogodependencias-Cáritas Diocesana
Cº Viejo de Villaralbo, s/nº. 49001 Zamora. 980 51 18 70

■ CATALUÑA

Centre Català de Solidaritat
Banys Nous, 16-2º. 08002 Barcelona. 93 317 74 38

■ EXTREMADURA

Proyecto Vida
Bravo Murillo, 40 A. 06001 Badajoz. 924 222 150

■ PAÍS VASCO

Fundación Jeiki
San Ignacio de Loyola, 2. 01001 Vitoria-Gasteiz. 945 14 37 20

Fundación Gizakia
Av. Madariaga, 63. 48014 Bilbao. 94 447 10 33

Fundación Izan
Calzada Vieja de Ategorrieta, 87. 20013 Donosti-San Sebastián. 943 27 39 00

■ VALENCIA

Fundación Arzobispo Miguel Roca
Padre Esteban Pernet, 1. 46014 Valencia. 96 359 77 77

■ PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Recoletos, 22. 28001 Madrid

SER VOLUNTARIO/A

Una forma de vida

Buscamos hombres y mujeres que reúnan los siguientes requisitos:

- Que quieran ejercer la solidaridad
- Que sean sensibles al mundo de las toxicomanías
- Que tengan disponibilidad para participar en nuestro programa
- Que deseen trabajar en equipo
- Que dispongan de tiempo libre
- Que tengan actitud de ayuda

Te ofrecemos formación para desempeñar tu trabajo, conocimientos de la organización, formación específica, apoyo...

SI ESTÁS INTERESADO/A LLÁMANOS AL 902 471 818

Esta publicación ha sido subvencionada por:



**Confederación de
Entidades para la Atención
a las Adicciones**



**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO**

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

