



El Fenomen de la Infermeria Penitenciària: Una proposta formativa

Antonia Coll Càmera

Barcelona, juny 2014





Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Títol	El Fenomen de la Infermeria Penitenciària: Una proposta formativa
Realitzada per	Antonia Coll Cámara
en el Centre	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
i en el Departament:	Educació
Dirigida per	Dra. Montserrat Alguacil De Nicolás

C.I.F. G: 59069740. Universitat Ramon Llull Fundació Privada. Ratre. Fund. Generalitat de Catalunya núm. 472 (28-02-90)



**FACULTAT DE PSICOLOGIA, CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ I
DE L'ESPORT BLANQUERNA**

UNIVERSITAT RAMON LLULL

**PROGRAMA DE DOCTORAT
EN INVESTIGACIÓ PEDAGÒGICA**

TESI DOCTORAL:

***El Fenomen de la Infermeria Penitenciària:
Una proposta formativa***

Realitzada per:

Antonia Coll Cámara

Dirigida per:

Dra. Montserrat Alguacil De Nicolás

Juny, 2014

Portada: Fotograma de la película CAGED (1950).

AGRAÏMENTS

En primer lloc agraeixo especialment a la meva directora de Tesi Dra. Montserrat Alguacil la confiança dipositada en mi per creure'm capaç de tirar endavant aquest treball, així com per les seves guia, orientacions, suggeriments i ànims en tot moment.

El meu agraïment a Ramon Parés exdirector general de Serveis Penitenciaris que em va brindar l'oportunitat de poder dur a terme aquesta investigació.

Agrair també a tot el personal d'infermeria dels centres penitenciaris ja que sense la seva col·laboració aquest treball no hagués estat possible: Isabel, Josefina, Josep Lluís, Lluís, Ma. Àngels i Valentina i, com no és possible nombrar-los a tots, a tota la plantilla d'infermeria dels centres el meu més sincer agraïment.

La meva gratitud a les companyes d'infermeria de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, i molt especialment a la Dra. Isabel Pérez, pel seu recolçament i per haver apostat per la meva proposta de formació.

Els meus agraïments també a l'Antonio Laliga, pel seu assessorament i ànims brindants en tot moment. I com no podria ser d'un altra manera, per la resta de companys de feina Maribel, Rafa, Victoria, Elisabet, Virginia, Elisabet i Elvira que comparteixen el dia a dia amb mi i m'han encoratjat a seguir endavant en aquest projecte.

Gràcies a la Dra. Olga Canet i a la Dra. Mercedes Reguant per les seves aportacions, consells, disponibilitat i ànims en els moments difícils.

A la companya i amiga Montse que m'ha acompanyat en aquest viatge, que ha compartit amb mi tots els moments més difícils i m'ha ajudat a superar-los, per la seva dedicació, les seves aportacions, el seu assessorament i, sobretot, per la seva paciència, un agraïment molt especial.

Per últim gràcies a la meva família: Biel, Hugo, Gerard, Judith, Sonia i Josep, Carmen i Montse, per entendre que el temps robat per la dedicació a aquesta tesi no ha estat en va. Especialment, al meu marit Ricardo gràcies per creure en mi, per donar-me suport i animar-me a seguir endavant en el dia a dia, sobretot en moments de davallada el seu acompanyament ha

estat el motor per arribar a concloure aquest projecte. *Tal como escribió tu tío: “El placer de descansar nace de haber trabajado, es como después de andar gozar por haber llegado”* (Alarte, 1999).

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	11
1A PART: MARC TEÒRIC	19
1. PRESÓ I SANITAT	21
1.1 La Presó com Institució: Evolució al Llarg de la Història	21
1.2 Context Penitenciari: Passatge de Relacions	26
1.2.1 Visió Ontològica i Epistemològica del Context Penitenciari	27
1.2.2 Presonització i Subcultura Carcerària	29
1.3 La Institució Penitenciària a Catalunya	33
1.3.1 Transferència dels Serveis Penitenciaris de l'Estat a la Generalitat de Catalunya	33
1.3.2 Infraestructura Penitenciària	34
1.3.3 Classificació dels Interns	34
1.3.4 Classificació dels Establiments	35
1.3.5 Reeducació i Reinserció	36
1.4 La Sanitat a les Presons	37
1.5 Estat Actual de la Sanitat Penitenciària a Espanya	39
1.6 Traspàs de Competències a Catalunya en Matèria Penitenciària que afecten a la Gestió Sanitària	40
2. LA INFERMERIA EN EL MEDI PENITENCIARI	43
2.1 Visió Històrica de la Infermeria	43
2.1.1 Sinopsis de les Etapes Històriques de la Infermeria	43
2.1.1.1 Etapa domèstica	43
A. Prehistòria	43
B. Societats Arcàiques Superiors	45
C. El Món Clàssic	49
2.1.1.2 Etapa vocacional	52
A. Inici de l'Era Cristiana	52
B. Edat Mitjana	53
C. Edat Moderna	60

2.1.1.3	Etapa tècnica	63
2.1.1.4	Etapa professional	66
2.1.2	La Infermeria a Espanya des del S. XVII	72
2.1.2.1	Situació sanitària durant els segles XVII, XVIII i XIX	72
2.1.2.2	El reformisme social i la infermeria	73
2.1.2.3	Reconeixement de la infermeria com a professió	74
2.2	La Infermeria als Centres Penitenciaris de Catalunya	76
2.2.1	Concepte de Salut i Malaltia	76
2.2.2	Factors de Salut Característics de la Població Reclusa i Funcions d'Infermeria	80
2.2.2.1	Característiques sociodemogràfiques de la població penitenciària catalana	81
2.2.2.2	Condicionants a l'ingrés al centre penitenciar	86
2.2.2.3	Condicionants de salut característics de la població reclusa en l'atenció infermera	90
2.2.2.3.1	Atenció a l'intern-pacient amb problemes de drogodependència	92
Trets Definitoris	92	
Tipus de Programes i Tractaments	95	
Funcions d'Infermeria	106	
2.2.2.3.2	Atenció a l'intern-pacient amb problemes de salut mental: malaltia mental, discapacitat i risc de suïcidi	111
Trets Definitoris	111	
Tipus de Programes	122	
Funcions d'Infermeria	132	
2.2.2.3.3	Atenció a la dona i l'infant	138
Trets Definitoris	138	
Tipus de Programes	142	
Funcions d'Infermeria	144	
2.2.2.3.4	Prevenició i atenció de malalties infectocontagioses (VIH/SIDA, Tuberculosi, Hepatitis B I C i Infeccions de Transmissió Sexual)	147
Trets Definitoris	147	
Control Epidemiològic	161	
Vacunacions	162	
Programes i Funcions d'Infermeria	163	
Adherència al Tractament i el Tractament Directament Observat (TDO) en el Medi Penitenciar	166	
2.2.2.3.5	L'intern/a en situacions límit	170
Trets Definitoris	173	
2.2.3	Models i Teories d'Infermeria: Una Proposta de Model Conceptual per les Cures Infermeres Penitenciaris: Imonege King	184

3. LA FORMACIÓ INFERMERA I EL CONTEXT PENITENCIARI: COMPETÈNCIES I PLANS D'ESTUDIS	190
3.1 La Competència	190
3.1.1 Etimologia del Terme Competència	190
3.1.2 Conceptes Afins	192
3.1.3 Classificació de les Competències	194
3.1.4 Diferents Enfocaments de les Competències	201
3.2 Competències de la Profesió Infermera	203
3.3 Competències de la Infermeria Penitenciària	214
3.4 Situació Actual dels Estudis d'Infermeria	216
3.4.1 Situació Actual dels Estudis d'Infermeria a la Comunitat Europea (CE)	216
3.4.1.1 Antecedents	217
3.4.1.2 La convergència del sistema universitari espanyol en l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES)	222
3.4.1.3 Contextualització dels estudis d'infermeria	223
3.5 Principals Perfils Professionals dels Titulats en Infermeria	231
3.6 Objectius del Títol de Grau d'Infermeria	233
3.7 Estructura General del Títol de Grau en Infermeria	234
3.8 Plans d'Estudi del Grau d'Infermeria d'una Universitat Privada i d'una Universitat Pública Catalanes	235
3.9 Oferta Formativa d'Especialització i/o d'Expertesa	239
3.10 La Formació de l'/a Infermer/a Penitenciari/a a Altres Països	240
2a PART: MARC METODOLÒGIC	247
4. METODOLOGIA	249
4.1 Aproximació Metodològica	249
4.2 Investigació Avaluativa	250
4.3 Objectius	256

4.4	Anàlisi de Necessitats	257
4.4.1	Concepte de Necessitat	257
4.4.2	Què és una Anàlisi de Necessitats (AN)?	259
4.4.3	Models d'Anàlisi de Necessitats	260
4.5	Model A.N.I.S.E.	266
4.5.1	Fase de Reconeixement	267
4.5.1.1	Identificació de situacions desencadenants	268
4.5.1.2	Selecció d'instruments per a la recollida de dades	269
4.5.1.3	Fonts d'informació	270
4.5.2	Fase de Diagnòstic	270
4.5.2.1	Situació actual	270
4.5.2.2	Situació desitjable/ideal	272
4.5.2.3	Anàlisi del potencial	273
4.5.2.4	Identificació de les causes de discrepància	274
4.5.2.5	Identificació de sentiments en front a les discrepàncies	274
4.5.2.6	Definir problema	275
4.5.3	Fase de Presa de Decisions	276
4.5.3.1	Priorització de problemes	276
4.5.3.2	Proposta de solucions	277
4.6	Model d'Acció	278
4.7	Fonts d'Informació	278
4.7.1	Revisió de Documents	278
4.7.2	Informants Clau	281
4.8	Tècniques i Instruments per a la Recollida de Dades	282
4.8.1	Enquesta Mitjançant Qüestionari	282
4.8.1.1	Validació de l'instrument	284
4.8.1.2	Distribució i seguiment dels qüestionari	285
4.8.2	Grup Focal	285
4.8.2.1	Convocatòria de reunió	286
4.9	Anàlisi de la Informació	287
4.10	Ètica i Rigor Científic	292
3a PART: RESULTATS I CONCLUSIONS		297
5.	ANÀLISI DE LES DADES I INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS	299

5.1	Anàlisi Documental: Plans d'Estudi	299
5.1.1	Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna (FCSB)	299
5.1.2	Pla d'Estudis de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona (UB)	308
5.1.3	Oferta Formativa de Segon Cicle d'Infermeria	317
5.1.4	Competències d'Infermeria Penitenciària <i>versus</i> Competències ANECA <i>versus</i> Competències Grupo Tuning	319
5.2	Qüestionari	327
A.	Perfil dels infermers/es de les presons catalanes	327
B.	Àmbit formatiu dels infermers/es	332
C.	Necessitats formatives de la infermeria	337
D.	L'atenció d'infermeria en el medi penitenciari	346
5.3	Grup Focal	350
5.4	DISCUSSIÓ	355
6.	CONCLUSIONS	361
6.1	Conclusions Finals	361
6.2	Conclusions Metodològiques	373
6.3	Limitacions de l'Estudi	374
6.4	Línies Futures d'Investigació	375
7.	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	377
8.	ANNEXES	425
8.1	Carta de Presentació de la Investigació (Català/Castellà)	425
8.2	Qüestionari Autoadministrat (Català/Castellà)	427
8.3	Guió Grup Focal	437
8.4	Llibre de Codis	439

ÍNDIX DE TAULES

TAULA 1: RELACIÓ DE PERSONAL SANITARI ADSCRIT ALS CENTRES PENITENCIARIS I JUSTÍCIA JUVENIL DE CATALUNYA.....	42
TAULA 2: POBLACIÓ ENCARCERADA ALS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS 2003-2012. 82	
TAULA 3: POBLACIÓ ENCARCERADA ALS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS 2003-2012 PER GÈNERE.....	82
TAULA 4: POBLACIÓ ESTRANGERA ENCARCERADA ALS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS 2003-2012.	83
TAULA 5: COMPARACIÓ DEL CONSUM DE DROGUES ENTRE POBLACIÓ GENERAL <i>VERSUS</i> PENITENCIÀRIA CATALANA A L'INGRÈS A PRESÓ (ANYS 1997-2009).....	93
TAULA 6: NOMBRE DE MORTS PER SOBREDOSI ALS CP DE CATALUNYA DURANT ELS ANYS 2003-2012.	110
TAULA 7: FACTORS ASSOCIATS A UNA MAJOR PREVALENCIA DE PATIR PROBLEMES DE SALUT MENTAL.	113
TAULA 8: CATEGORIES DIAGNÒSTIQUES MÉS FREQUENTS DE L'ACTIVITAT AMBULATÒRIA DE LA XARXA SALUT MENTAL.....	115
TAULA 9: PAÏSOS AMB INTERNS AMB TRASTORNS MENTALS SEGONS LITERATURA CONSULTADA.	116
TAULA 10: LÍNIES DE TREBALL DEL PLA DIRECTOR REFERENT A INSTITUCIONS PENITENCIÀRIES.....	119
TAULA 11: RELACIÓ DE TAXES DE MORTS PER SUÏCIDI A DIFERENTS PRESONS EUROPEES ANY 2007.....	120
TAULA 12: NOMBRE DE SUÏCIDIS <i>VERSUS</i> NOMBRE DE MORTS A LES PRESONS CATALANES ANYS 2003-2012.	121
TAULA 13: ÀREES DE RECURS PSIQUIÀTRIC DE LA UHPP CATALUNYA.	123
TAULA 14: USUARIS DEL PROGRAMA DE FEAPS ALS CENTRES PENITENCIARIS DE L'ESTAT ESPANYOL.....	125
TAULA 15: NOMBRE D'INTERNS VIH (+) EN ELS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS ANYS 2009-2013.	148
TAULA 16: NOMBRE DE MORTS PER SIDA EN ELS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS ANYS 2001-2012.	150
TAULA 17: NOMBRE D'INTERNS MALALTS DE TB EN ELS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS ANYS 2001-2012.	154
TAULA 18: NOMBRE D'INTERNS HC (+) EN ELS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS ANYS 2010-2013.	158
TAULA 19: CURES D'INFERMERIA EN EL PROGRAMA VIH/SIDA EN CENTRES PENITENCIARIS CATALANS.....	163
TAULA 20: CURES D'INFERMERIA EN EL PROGRAMA TUBERCULOSI EN CENTRES PENITENCIARIS CATALANS.	164

TAULA 21: CURES D'INFERMERIA EN EL PROGRAMA VHB/VHC EN CENTRES PENITENCIARIS CATALANS.....	165
TAULA 22: CURES D'INFERMERIA EN EL PROGRAMA VHB/VHC EN CENTRES PENITENCIARIS CATALANS.....	165
TAULA 23: NOMBRE D'AUTOLESIONS DELS CP DE CATALUNYA DURANT ELS ANYS 2003-2012.	175
TAULA 24: NOMBRE DE VAGUES DE FAM DELS CP DE CATALUNYA DURANT ELS ANYS 2008-2012.	177
TAULA 25: CARACTERÍSTIQUES DIFERENCIALS ENTRE <i>BODY PACKER VERSUS BODY STUFFER</i>	178
TAULA 26: RELACIÓ DE TEORIES I MODELS D'INFERMERIA.	186
TAULA 27: COMPETÈNCIES DE LA INFERMERIA PENITENCIÀRIA A CATALUNYA.....	216
TAULA 28: ESTUDIS D'INFERMERIA PER PAÏSOS.....	230
TAULA 29: RELACIÓ D'INFORMACIÓ REQUERIDA I FONTS DOCUMENTALS.	281
TAULA 30: RELACIÓ D'INFERMERS ADSCRITS ALS CP DE CATALUNYA.	282
TAULA 31: AVANTATGES I INCONVENIENTS DEL QÜESTIONARI.	283
TAULA 32: TEMPORITZACIÓ DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ.....	287
TAULA 33: CATEGORITZACIÓ DE LES PREGUNTES OBERTES DEL QÜESTIONARI.....	289
TAULA 34: ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA FCSB.	307
TAULA 35: ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA UB.	316
TAULA 36: OFERTA FORMATIVA D'INFERMERIA DE SEGON CICLE DE L'ÀREA ASSISTENCIAL MEDICOQUIRÚRGICA CURS 2012-2013.	317
TAULA 37: OFERTA FORMATIVA D'INFERMERIA DE SEGON CICLE DE L'ÀREA ASSISTENCIAL URGÈNCIES I EMERGÈNCIES CURS 2012-2013.	318
TAULA 38: OFERTA FORMATIVA D'INFERMERIA DE SEGON CICLE DE L'ÀREA ASSISTENCIAL PEDIÀTRICA CURS 2012-2013.	318
TAULA 39: OFERTA FORMATIVA D'INFERMERIA DE SEGON CICLE DE L'ÀREA ASSISTENCIAL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA CURS 2012-2013	318
TAULA 40: OFERTA FORMATIVA D'INFERMERIA DE SEGON CICLE DE L'ÀREA ASSISTENCIAL SALUT MENTAL I TOXICOMANIES CURS 2012-2013.....	319
TAULA 41: OFERTA FORMATIVA D'INFERMERIA DE SEGON CICLE D'ALTRES ÀREES CURS 2012-2013.	319
TAULA 42: COMPARATIVA DE COMPETÈNCIES ESPECIFIQUES PENITENCIÀRIES (CP)/COMPETÈNCIES ESPECIFIQUES ANECA (CE)/COMPETÈNCIES ESPECIFIQUES TUNING (N).....	326
TAULA 43: FREQUÈNCIES PER INTERVALS D'EDATS DELS INFERMERS I INFERMERES DE LES PRESONS CATALANES.	328
TAULA 44: FREQUÈNCIES I PERCENTATGES DE LA SITUACIÓ CONTRACTUAL DELS INFERMERS I INFERMERES DE LES PRESONS CATALANES.	328

TAULA 45: FREQUÈNCIES I PERCENTATGES DE TEMPS TREBALLAT AL MEDI PENITENCIARI.	331
TAULA 46: CORRELACIÓ ANYS DE PROFESSIÓ COM INFERMER/A VERSUS ANYS DE TREBALL EN ELS CENTRES PENITENCIARIS.	332
TAULA 47: FREQUÈNCIES I PERCENTATGES DE LA FORMACIÓ DE SEGON CICLE.	332
TAULA 48: FREQUÈNCIES I PERCENTATGES DELS ESTUDIS DE POSTGRAU I MÀSTER.	333
TAULA 49: FREQUÈNCIES I PERCENTATGES DE L'ASSISTÈNCIA A CURSOS DE FORMACIÓ CONTINUADA.	337
TAULA 50: FREQUÈNCIES I PERCENTATGES DE L'OPINIÓ SOBRE ELS ESTUDIS D'INFERMERIA.	338
TAULA 51: OPINIÓ SOBRE LA NECESSITAT DE FORMACIÓ DE SEGON CICLE PER TREBALLAR EN ÀREES DETERMINADES DE LA INFERMERIA.	338
TAULA 52: PROPOSTES FORMATIVES DELS INFORMANTS.	340
TAULA 53: RELACIÓ D'ÀREES D'EXPERTESA VALORADES PELS INFERMERS DE PRESONS. .	342
TAULA 54: SUBCATEGORIES SOBRE LA NECESSITAT DE TENIR UN PERFIL ESPECÍFIC PER TREBALLAR EN EL MEDI PENITENCIARI.	344
TAULA 55: DIFERÈNCIES DE L'EXERCICI DE LA PROFESSIÓ AL TREBALLAR EN UNA PRESÓ.	351
TAULA 56: DEMANDES MÉS FREQUENTS DE CURES D'INFERMERIA SEGONS ELS EXPERTS.	352
TAULA 57: COMPETÈNCIES I CONTINGUTS FONAMENTALS DE L'INFERMER DE PRESONS SEGONS ELS EXPERTS.	353
TAULA 58: ÀREES DE LA INFERMERIA PENITENCIÀRIA SEGONS ELS EXPERTS.	354

ÍNDEX DE GRÀFICS

GRÀFIC 1: TAXA DE LA POBLACIÓ ENCARCERADA/100.000 HABITANTS (CATALUNYA-ESTAT, ANYS 2003-2012).	81
GRÀFIC 2: DISTRIBUCIÓ POBLACIÓ ENCARCERADA CATALANA PER INTERVALS D'EDAT 2003- 2012.	85
GRÀFIC 3: PERCENTATGE SEGONS GÈNERE DELS INFERMERS I INFERMERES DE PRESONS CATALANES.	327
GRÀFIC 4: DISTRIBUCIÓ COMPARATIVA GÈNERE SEGONS RELACIÓ CONTRACTUAL.	329
GRÀFIC 5: RELACIÓ INTERVALS D'ANYS DE PROFESSIÓ COM IMFERMERS/ES.	329
GRÀFIC 6: ÀREES DE DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL EN PERCENTATGES.	330
GRÀFIC 7: SERVEIS DE DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL A L'ÀREA D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA.	331
GRÀFIC 8: RELACIÓ ENTRE LA FORMACIÓ DE SEGON CICLE I LA SITUACIÓ CONTRACTUAL DEL PROFESSIONAL.	333
GRÀFIC 9: ÀREES FORMATIVES CURSADES EN EL TÍTOL DE POSTGRAU.	334
GRÀFIC 10: ÀREES FORMATIVES CURSADES EN EL TÍTOL DE MÀSTER.	334
GRÀFIC 11: TEMPORALITAT DE LA FORMACIÓ DE SEGON CICLE.	335

GRÀFIC 12: DISTRIBUCIÓ DELS MOTIUS PER CURSAR FORMACIÓ DE SEGON CICLE.....	336
GRÀFIC 13: ESTUDIS DE LLICENCIATURA/GRAU.	336
GRÀFIC 14: ESTUDIS RELACIONATS AMB EL MEDI PENITENCIARI.....	336
GRÀFIC 15: DISTRIBUCIÓ DE LA UTILITAT DE LA FORMACIÓ DE SEGON CICLE PER LA MILLORA DE LES CURES INFERMERES.	339
GRÀFIC 16: DISTRIBUCIÓ D'INFERMERS QUE CREUEN NECESSÀRIA UNA FORMACIÓ ESPECÍFICA PER TREBALLAR EN EL MEDI PENITENCIARI.	339
GRÀFIC 17: DISTRIBUCIÓ DE TIPUS DE FORMACIÓ ESPECÍFICA PER TREBALLAR EN EL MEDI PENITENCIARI.	340
GRÀFIC 18: DISTRIBUCIÓ EN PERCENTATGES D'ALTRES TIPUS DE FORMACIÓ ESPECÍFICA.	341
GRÀFIC 19: REPRESENTACIÓ DE LES ÀREES D'EXPERTESA DE L'INFERMER DE PRESONS. .	342
GRÀFIC 20: TEMPORALITAT DE LA FORMACIÓ EN RELACIÓ D'AJUDA/COUNSELING, COACHING.....	343
GRÀFIC 21: DISTRIBUCIÓ DE LA NECESSITAT DE TENIR UN PERFIL ESPECÍFIC.	344
GRÀFIC 22: RELACIÓ DE CURES INFERMERES MÉS ATESES EN EL MEDI PENITENCIARI.	346
GRÀFIC 23: VALORACIÓ DELS INFERMERS DE LES CURES INFERMERES D'ACORD AMB DIFERÈNCIES CULTURALS, GRUP ÈTNIC, CREENCES I VALORS DE LA POBLACIÓ RECLUSA.	347
GRÀFIC 24: DISTRIBUCIÓ DE LA PERCEPCIÓ DELS INFERMERS QUAN A LA VALORACIÓ DE LA SEVA TASCA PER PART DELS USUARIS.	348
GRÀFIC 25: VALORACIÓ DELS INFORMANTS DE LA FORMACIÓ I ATENCIÓ INFERMERA EN EL MEDI PENITENCIARI.....	349

ÍNDEX DE FIGURES

FIGURA 1: PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC DE LA POBLACIÓ ENCARCERADA CATALANA. ANY 2012.	86
FIGURA 2: PROGRAMES D'INTERVENCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES A LES PRESONS CATALANES.....	106
FIGURA 3: ESTRUCTURA DELS SERVEIS D'ATENCIÓ PSIQUIÀTRICA DE LA UHPP CATALUNYA.	123
FIGURA 4: PROGRAMES D'ATENCIÓ SANITÀRIA A LA DONA EN ELS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS.....	143
FIGURA 5: FUNCIONS DE L'INFERMER/A EN EL PROGRAMA D'ATENCIÓ GINECOLÒGICA.	144
FIGURA 6: FUNCIONS DE L'INFERMER/A EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓ FAMILIAR.	146
FIGURA 7: FACTORS ASSOCIATS A LA MALA ADHERÈNCIA AL TAR.	167
FIGURA 8: FACTORS ASSOCIATS A LA CORRECTA ADHERÈNCIA AL TAR.....	167
FIGURA 9: FACTORS DESENCADENANTS DE SITUACIONS LÍMIT.	171
FIGURA 10: CAUSES DE LES SITUACIONS LÍMIT DE L'INTERN/A.....	172

FIGURA 11: PLA D'ESTUDIS DEL GRAU D'INFERMERIA DE LA FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT BLANQUERNA 2012-2013.	237
FIGURA 12: PLA D'ESTUDIS DE L'ESCOLA D'INFERMERIA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA 2012-2013.	238
FIGURA 13: MODEL A.N.I.S.E.	267
FIGURA 14: IDENTIFICACIÓ SITUACIONS DESENCADENANTS.	269
FIGURA 15: FACTORS INFLUENTS EN LA SITUACIÓ ACTUAL.	272
FIGURA 16: SITUACIÓ IDEAL.	273
FIGURA 17: IDENTIFICACIÓ SENTIMENTS EN FRONT A LES DISCREPÀNCIES.	275
FIGURA 18: PROPOSTA DE SOLUCIONS.	277
FIGURA 19: MODEL D'ACCIÓ.	278
FIGURA 20: DISSENY DE LA INVESTIGACIÓ.	291

INTRODUCCIÓ

i. Motivació Personal i Justificació de la Investigació

En aquesta tesi es proposa demostrar la necessitat de que els/les infermers/es que treballen al medi penitenciari adquireixin una formació específica basada en les competències pròpies del seu lloc de treball i aquelles que se'n deriven de la professió infermera.

Les raons que justifiquen aquesta investigació es basen des del propi interès personal com a infermera de base i posteriorment com responsable de l'àrea d'infermeria dels Centres Penitenciaris de Catalunya. En una primera fase com infermera, vaig poder experimentar la necessitat de tenir una base més sòlida quan a coneixements en psicologia i pedagogia, coneixements imprescindibles per a poder fer un millor apropament amb els pacients-interns i per a poder dissenyar programes i impartir educació per a la salut tan necessària en aquest tipus de població. Posteriorment, com a responsable d'infermeria del medi penitenciari català vaig poder constatar les mancances dels professionals a l'iniciar-se en la pràctica infermera dins aquest context fent-se palesa la necessitat d'orientar-los des d'un punt de vista reflexiu i competencial.

Per aquest motiu, i al comprovar que necessitava ampliar els meus coneixements en pedagogia i psicologia vaig decidir matricular-me a psicopedagogia a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Seguidament, portada per la meua actitud inquieta i curiosa vaig decidir fer els cursos de doctorat.

El meu interès psicopedagògic ha girat al voltant de l'idea de generar instruments que m'ajudessin a valorar el perfil del personal d'infermeria a l'àmbit penitenciari, i dissenyar, implementar i avaluar cursos que ajudessin a desenvolupar les competències necessàries per a poder treballar en el medi.

Com antecedents a aquesta investigació cal destacar els estudis realitzats entre 2001 i 2010 dins del context penitenciari de Catalunya.

L'any 2001, amb l'objectiu de demostrar que el personal d'infermeria de presons tenia un perfil específic, si ho comparàvem amb els professionals de la infermeria

que treballaven en altres medis (hospitalari, atenció primària o en altres àmbits com el sociosanitari, el psiquiàtric o la geriatria), conjuntament amb la cap d'infermeria del Centre Penitenciari de Quatre Camins, vàrem realitzar un estudi multicèntric a tots els centres penitenciaris de Catalunya: "Estudio del perfil de los enfermeros en los Centros Penitenciarios de Cataluña" (Coll i Mejías, 2002). Els resultats d'aquest estudi va donar lloc a la proposta de creació d'un perfil adequat a les necessitats infermeres dels centres penitenciaris catalans.

De l'any 2003 al 2008, i pensant en el possible treball de recerca dels cursos de doctorat, vaig dur a terme un segon estudi: *La formació infermera en el medi penitenciari: una formació específica*. Aquest estudi tenia com objectiu demostrar la necessitat de tenir unes competències pròpies i un perfil específic que integrés els coneixements, habilitats i actituds adequats per atendre a la població reclusa susceptible d'aquestes cures.

S'ha de tenir en compte que durant molts anys el personal sanitari de presons ha estat el gran desconegut del sistema sanitari públic. Molts centres penitenciaris a penes comptaven amb un metge i un infermer i els recursos eren escassos. És a partir dels anys vuitanta i amb l'aparició de noves patologies derivades de l'ús de drogues per via parenteral com l'hepatitis B o el VIH/SIDA, que es produeix un canvi substancial. L'haver de tenir cura d'un nou tipus de malalt va donar lloc a que el personal d'infermeria adquirís un nou rol de suplència¹ en el tractament pal·liatiu.

A mitjans dels anys noranta amb l'aparició de nous fàrmacs antiretrovirals es produeix un canvi en el paper de l'infermer/a. El compliment dels nous tractaments dependrien en gran mesura de les habilitats comunicatives i socials de les que disposés el professional d'infermeria per tal de garantir una bona adherència al tractament. El rol de l'infermer/a evoluciona cap unes cures d'acompanyament al pacient crònic.

A la dècada del 2000 es detecten dos canvis importants en la població penitenciària. D'una banda l'augment de la immigració (barrera idiomàtica, creences, valors, costums,...) requereix que els equips d'infermeria adaptin les seves cures a aquest nou fenomen. D'altra banda, l'increment de patologia mental

¹ Virginia Henderson (1964) defineix el rol de suplència com l'acció de suplir o ajudar a realitzar les accions que la persona no pot dur a terme en un moment de la seva vida, accions que preserven la vida, fomentant l'autocura part de la persona.

afegit a la privació de llibertat provoquen una pluralitat de problemes de salut que requereixen d'una atenció d'infermeria amb polivalència i especificitat.

Aquesta pluralitat de canvis ens va emmarcar en una nova etapa de la infermeria penitenciària en la que és indispensable saber identificar les característiques de les cures i les prestacions d'infermeria en el procés de curar, determinar les competències dels infermers per a que els usuaris de les cures sàpiguen el que poden esperar, i per que els que donen cures es puguin valer dels mitjans i les condicions necessàries per a la seva prestació.

En definitiva, els factors que influeixen en el desenvolupament del si de les actuacions infermeres en el medi penitenciari, ens va obligar, de cara a un futur, a identificar les competències específiques dels professionals d'infermeria en el context penitenciari (Coll i Mejías, 2002).

ii. Formulació i Delimitació del Tema

Existeixen múltiples factors que influeixen en el benestar de la població reclusa. A nivell de salut els més importants són: les característiques de la població, les patologies prevalents en el medi, la privació de llibertat i les influències legals.

a) Característiques de la població:

En primer lloc cal conèixer les característiques de la població. A data 31 de desembre de 2012² la població reclusa de Catalunya era de 10.062 interns, dels quals un 93,3% eren homes i un 6,6% eren dones, sent la mitjana d'edat 37 anys. Però s'ha de tenir en compte que també existeix un sector de gent gran, més de 51 anys, i de joves, entre 18 i 25 anys, sense oblidar-nos de l'assistència a les dones i als seus fills.

Una característica rellevant d'aquesta població és la zona d'on provenen. Habitualment són individus amb baix nivell cultural i econòmic, de famílies desestructurades, la majoria no han tingut contacte amb el món laboral i no coneixen ni utilitzen la xarxa de salut pública.

La relació entre població espanyola i estrangera oscil·la entre un 55% *versus* 45%. L'origen de la població reclusa estrangera correspon a un 6,6% de la Unió Europea

² Estadístics de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació 2013 (DESPiR). Departament de Justícia.

i un 38,8% al reclus no comunitari. Els països amb el nombre d'interns/es més representat són: Marroc (1284), Colòmbia (337), Romania (317), República Dominicana (286), Equador (281), Algèria (141), Bolívia (129), Nigèria (115), Perú (92), Pakistan i Senegal (91), respectivament. La població estrangera a diferència de la espanyola són menys consumidors de drogues però amb una major professionalització delictiva (DGSP³, 2012a).

D'altra banda, l'increment de la població estrangera ha representat un gran esforç per a tots els professionals. L'obstacle de la barrera idiomàtica, les diferents creences, cultures, costums i valors ha suposat una adaptació contínua dels professionals de forma asèptica, sense prejudicis ni estereotips.

Aquestes característiques repercuteixen en la planificació dels plans de cures d'infermeria. En primer lloc s'ha de tenir present el centre on es treballa, si és una presó d'homes, de dones o de joves. Per fer una diferenciació, a la presó de dones es fa el seguiment del programa de la dona i atenció pediàtrica als seus fills; a la presó de joves es treballa amb població amb poca patologia, però amb més problemes d'alteracions de la conducta (poc control dels impulsos); a les presons d'homes existeixen múltiples malalties infectocontagioses, toxicomanies i patologia mental. A més, el baix nivell cultural acompanyat d'un entorn desfavoridor fan que aquests individus siguin desconfiats, manipuladors i amb poc o sense apego a la vida (Redondo, Funes i Luque, 1993).

b) Patologies prevalents en el medi:

Un altre factor important és la gran diferència entre les patologies més prevalents de la població penitenciària (VIH/SIDA, tuberculosi, hepatitis B i C, toxicomanies, salut mental,...) i les patologies més prevalents de l'assistència primària (malalties cròniques).

Queda patent que les cures d'infermeria en el medi penitenciari abracen un ventall de patologies diferents i més ampli a les que habitualment es troben a l'assistència primària. Per tant, els professionals que hi treballen a més de tenir els coneixements de les infermeres generalistes que treballen a l'assistència primària, precisen adquirir una formació que els doti de coneixements, eines i recursos.

³ DGSPiR: Document intern. Direcció General Serveis Penitenciaris i Rehabilitació

c) La privació de llibertat:

Un condicionant sobre la salut de l'intern/a és la privació de llibertat. El compliment de condemna comporta una desvinculació de la família, dels amics i del context social on habitualment es mou l'individu. Aquest trencament provoca una sèrie de canvis en el seu estat emocional que poden acabar produint crisis d'ansietat, estats depressius i manca de confiança amb els professionals i els seus companys/es (Redondo et al., 1993). Molts d'aquests efectes negatius de la presó han estat descrits com conseqüència del fenomen presonització, terme encunyat originàriament per Clemmer (1940).

En alguns casos aquest trencament pot ser beneficiós com és el cas de les drogodependències ja que suposa perdre el contacte amb tot allò que el vincula al món de les drogues. Però aquest és un benefici a curt termini ja que en poc temps podran aconseguir drogues de forma il·legal dins del centre.

D'altra banda, la privació de llibertat suposa un canvi substancial en la vida de l'individu. Des del moment que s'ingressa a un centre penitenciari es perden valors importants, valors com la privacitat ja que habitualment els interns comparteixen cel·la, és a dir, estan acompanyats, disminueix la llibertat a l'hora de prendre decisions i d'actuar, el compliment de la normativa interna i la figura del funcionari com a zelador durant les activitats quotidianes. Tots aquests canvis emocionals i d'aptituds motivats per la institucionalització de l'individu poden arribar a dificultar la fluïdesa en els seus actes, i per tant, també en matèria de salut. Així doncs, l'infermer/a requereix tenir eines i recursos per a poder donar una atenció adequada a cada cas i pacient, és a dir, una atenció individualitzada.

d) Influències legals en l'atenció sanitària dels interns:

Els interns reivindiquen els seus drets utilitzant el seu cos com vehicle de protesta. Existeixen moltes maneres de reclamar l'atenció amb l'objectiu d'aconseguir el seu propòsit. A mode de resum detallaré les més freqüents: vagues de fam, ingesta de cossos estranys, ingesta de càustics, autolesions, ofegament, negativa a prendre la medicació, etc. Segons el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (2006), davant d'aquests successos s'ha de saber diferenciar entre la reivindicació o la demanda d'ajuda oculta (problema de salut mental). Per aquest motiu, el professional d'infermeria ha de comptar amb els coneixements, les habilitats i destreses que ajudin a identificar l'origen del problema.

e) Coneixement del Reglament i normativa penitenciària:

De la mateixa manera és necessari conèixer el Reglament Penitenciari i la normativa interna de cada centre per a poder assumir les responsabilitats amb causa. A Catalunya, el Reglament d'Organització i Funcionament dels Serveis d'Execució Penal, al títol V. de les prestacions de l'Administració, Capítol I. de l'Assistència sanitària, als articles 68 al 89, determina i desenvolupa el caràcter que ha de tenir l'assistència sanitària necessaris per garantir una continuïtat assistencial als interns/es i alliberats/ades condicionals.

iii. Objectius

En base a les qüestions definides anteriorment podem afirmar que els infermers que treballen en el medi penitenciari es veuen obligats a afrontar un context diferent de la infermeria que els obliga a plantejar nous i complexes reptes. Per aquest motiu i amb la finalitat de definir amb claredat la investigació que ens ocupa, hem proposat dos objectius generals. Aquests emmarcaran i guiaran la investigació per tal d'arribar a les conclusions.

Objectius generals

- ✦ Interpretar el context penitenciari i els factors de salut característics de la població reclusa com un element diferenciador de l'atenció infermera.
- ✦ Valorar el perfil de competències específiques i àrees de formació requerides per desenvolupar el treball infermer en el context penitenciari.

Objectius específics

- ✦ Definir els factors de salut característics de la població reclusa en base als programes de prevenció i promoció de la salut, els protocols i les estadístiques sanitàries.
- ✦ Descriure el context penitenciari i les característiques que afecten el desenvolupament de la tasca infermera.
- ✦ Analitzar les competències del pla d'estudis del grau d'infermeria des de la perspectiva del perfil de l'infermer/a de presons.

- ▲ Analitzar i contrastar les percepcions del gestors (caps d'infermeria) i dels infermers/es en actiu dels centres penitenciaris de Catalunya, en relació a la seva realitat formativa assistencial.

- ▲ Identificar i descriure les àrees de formació competencial de l'infermer/a penitenciari/a.

v. Organització i Estructura Formal de la Tesi

Quan al desenvolupament de la tesi com memòria d'investigació, s'ha estructurat en la introducció i tres parts, a més de les referències bibliogràfiques i annexes.

La Primera Part, que correspon al Marc Teòric, s'ha organitzat en tres capítols. El primer correspon a la contextualització del tema Presó i sanitat. En aquest capítol es presenta un resum de l'evolució de la presó com institució i de la sanitat penitenciària al llarg de la història; el context penitenciari: aquest apartat ens ajudarà a tenir una visió ontològica i epistemològica així com de la presonització i de la subcultura carcerària. El final d'aquest capítol ens servirà per conèixer la Institució Penitenciària a Catalunya i l'estat actual de la sanitat penitenciària.

El segon capítol fa referència a la Infermeria en el medi penitenciari. En aquest capítol el que s'ha pretès és donar una visió global de la infermeria penitenciària per la qual cosa vàrem creure important revisar els aspectes que envolten aquest fenomen. Des de les etapes històriques de la infermeria fins arribar al reconeixement de la infermeria com a professió. En el segon punt hem volgut donar a conèixer els factors de salut característics de la població reclusa i les funcions d'infermeria en els centres penitenciaris de Catalunya. Finalitzem aquest capítol presentant una proposta de model teòric per la infermeria penitenciària.

El tercer capítol correspon a la formació infermera i el context penitenciari: competències i plans d'estudis. En aquest capítol per una banda, s'ha revisat el terme competència, la classificació i els seus diferents enfoc, la competència de la professió infermera, i concretament, en l'àmbit penitenciari. D'altra banda, s'ha revisat la situació actual dels estudis d'infermeria a l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), els principals perfils professionals dels titulats en infermeria i els objectius i estructura del títol de Grau en infermeria. A més, s'ha presentat el pla d'estudis de grau d'infermeria d'una universitat privada i d'una universitat pública,

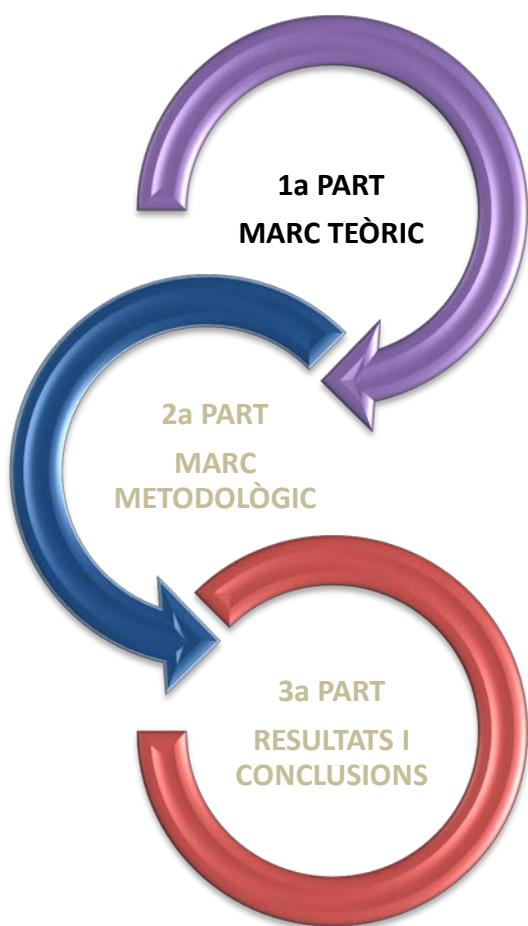
així com l'oferta formativa de segon cicle del curs 2012-2013 de diferents universitat catalanes. Hem finalitzat aquest capítol fent un recull de la formació de la infermeria penitenciària a altres països del món.

La Segona Part correspon al Marc Metodològic que s'ha estructurat en un capítol. En aquest capítol es desenvolupa la metodologia emprada en aquesta investigació. Es descriuen els objectius, el model teòric d'anàlisi de necessitats utilitzat, el model d'acció, així com les fonts d'informació i, tècniques i instruments de recollida d'informació, per acabar amb l'apartat d'ètica i rigor científic.

La Tercera Part està organitzada en dos capítols Resultats i Discussió, i Conclusions. En el cinquè capítol, primer d'aquesta part, es presenten els resultats obtinguts de l'anàlisi documental, l'anàlisi quantitativa dels qüestionaris i l'anàlisi qualitativa del grup focal. L'exposició dels resultats obtinguts s'han acompanyat de gràfics i taules per una millor comprensió. Al final d'aquest capítol s'inclou l'apartat de discussió dels resultats.

En el sisè capítol o capítol de conclusions, hem exposat les reflexions finals d'aquesta investigació incloent les conclusions metodològiques, les limitacions de l'estudi i les línies futures d'investigació. Aquestes reflexions han reforzat el caire científic que des d'un principi ha cercat la investigadora en relació a cobrir la necessitat formativa dels infermers de presons.

Al final d'aquesta investigació s'han incorporat les referències bibliogràfiques i els annexes que formen part d'aquesta recerca.



1. PRESÓ I SANITAT

En aquest capítol hem considerat important donar una visió de la presó com institució, per aquest motiu hem fet un breu recorregut històric per arribar al context penitenciari i donar una visió ontològica i epistemològica, així com de la presonització i subcultura carcerària. El següent apartat d'aquest capítol fa referència a l'evolució de la sanitat a les presons i a les competències en matèria penitenciària que afecten la gestió sanitària.

1.1 La Presó com Institució: Evolució al Llarg de la Història

Al llarg de la història cada societat ha utilitzat mètodes diferents per fer front i pal·liar les conductes antisocials dels seus membres. A l'antiguitat, llevat de casos excepcionals, els delinqüents no eren confinats, sinó que eren sotmesos a penes corporals com la mutilació, la crucifixió, la lapidació, l'esquarterament, els treballs forçats o l'expatriació entre d'altres.

La presó com a tal apareix relativament tard, doncs es tenia la creença que els confinats representaven un perjudici pel poble ja que era necessari tenir llocs per a recloure'ls i havien de ser alimentats. Per tant, abans de fer servir la presó es varen fer servir altres mètodes com l'esclavitud, el maltractament físic, la mutilació, i fins i tot la mort (García Valdés, 1997).

L'estudi del *quid prodest*⁴ dels centres de reclusió és molt antiga ja que la reclusió apareix amb la civilització i amb les societats estructurades sorgeix la preocupació de com anul·lar el crim utilitzant el càstig. No obstant, la presó no apareix inicialment relacionada amb la idea del càstig sinó amb la idea de la detenció.

Peña (1997) assenyalava que els vestigis que ens han deixat les civilitzacions més antigues com Xina, Egipte, Israel i Babilònia ens mostra la presó com un lloc de custòdia i turment.

⁴ Quid prodest: expressió llatina "qui es beneficia" es sol atribuir la frase a Lucio Casio Longino Ravilla i el seu ús va ser popularitzat per Ciceró. És una expressió habitual en el Dret Romà.

Els Xinesos, una vegada que els delinqüents eren confinats, els obligaven a realitzar treballs forçats i els aplicaven diferents tècniques de tortura com el ferro calent.

A Egipte, les presons eren cases privades en les quals els presos eren obligats a realitzar treballs forçats.

Per als israelites, la presó tenia dos funcions: la primera era assegurar que els delinqüents no es poguessin escapar fins a ser jutjats, i la segona era la de constituir una sanció o pena.

A Babilònia, les presons eren conegudes com llac de lleons en els que els calabossos o cel·les que recloïen els presos estaven inundades d'aigua.

Durant l'edat mitjana, la reclusió continua aplicant-se amb caràcter preventiu quedant vigents les penes corporals i tot tipus de càstigs aberrants, o l'aplicació de la pena de mort en llocs públics. Fins el segle XVI la norma general de l'empresonament és la custòdia de l'individu fins el moment del judici, però les múltiples circumstàncies del moment (la crisi del model de vida feudal, el deteriorament de l'agricultura, l'expansió dels nuclis urbans), i l'increment de la criminalitat produït per l'augment de captaires, vagabunds i prostitutes que assolaven els camins i les ciutats d'Europa, fa que sorgeixi la presó com a pena privativa de llibertat (Von Henting, 1968).

A Anglaterra, el 1552 apareixen les primeres cases d'asil per a captaires i prostitutes que ben aviat van ser imitades per Alemanya i Holanda. En poc temps els estats europeus van anar adaptant la presó com a pena privativa de llibertat, tot i que subsistissin els càstigs corporals i el desterrament (Garrido, 1983)

Països com Anglaterra, França, Nàpols, Venècia, Espanya, copiant el model de l'antiga Grècia i Roma aprofitaren el moment de canvi per enviar els presoners a complir penes a les famoses galeres o presons flotants. Aquests eren encadenats els uns amb els altres i obligats a remar sota l'amenaça de càstigs atroços, Segurament, aquesta manera de complir la pena va ser una de les més cruels que han existit (Peña, 1997).

Monge (1997), defineix la situació del Dret Punitiu fins el segle XVIII, com una amalgama de càstigs heterogenis, caòtics, desiguals, cruels i arbitraris on el veritable objectiu era provocar la por.

Durant la segona meitat del segle XVIII, filòsofs i teòrics del dret realitzaren multitud de protestes respecte als tipus de condemnes i actes sanguinaris que feien servir les autoritats per aplicar justícia. És gràcies a l'expansió cultural i econòmica, que per la necessitat d'obtenir ma d'obra barata, fan que sorgeixin les anomenades cases de treball o cases de labor, que serviren per dignificar en part les persones privades de llibertat.

Un dels personatges que destaca com a defensor dels drets humans i que va lluitar per dignificar l'estat de les presons tant a Anglaterra i Gales com a tot el continent europeu va ser John Howard 1726-1790. La seva obra es considera un clàssic de les ciències socials "El estado de las prisiones en Inglaterra y Gales" editada per primera vegada el 1777. En aquest llibre Howard descriu l'horrible estat de les presons europees que havia visitat. L'odissea del viatge denominat gràficament *Geografía del dolor* es remunta segons Bejarano (1997), a diferents països on va visitar presons, *lazarets* i hospitals de campanya. Howard va dedicar part de la seva vida a visitar i a fer diagnòstics meticulosos de l'estat en que es trobaven les presons. El seu treball va servir per implantar un conjunt de reformes que donessin un caràcter més humanitari i digne pels presoners. Howard va ser víctima de la seva vocació al contagiar-se de pesta mentre visitava la presó de la ciutat de Jerson a Ucraïna .

La primera casa de treball de la qual es te notícies és la famosa *House of Correction of Bridewell* a Londres, però ben aviat altres ciutats angleses i del continent europeu incorporaren aquest tipus de cases de treball per a recloure als acusats de delictes menors. Com indica Fernández-García (2001), a Amsterdam apareixen les *Rasphuis* que eren presons d'homes on treballaven raspant i tallant fusta, i les *Sphhuis* o presons on les dones treballaven com a filadores. Durant el 1600 el govern Holandes amplia aquest tipus d'institucions creant cases destinades a joves rebels que eren entregats pels seus propis familiars per a la seva rehabilitació.

Segons Gudin (2008), les primeres manifestacions que es te de establiments penitenciaris com a tal, és a dir, edificis construïts específicament per aquest ús són: l'Hospici de Sant Michele a Roma (1704) i la Presó de Gante a Bèlgica (1773).

L'edifici de Sant Michele va ser construït per ordre de Climent XI per a delinqüents joves. Va ser dissenyat de tal forma que de dia es compartien les activitats i de nit es respectava la separació dels individus.

A Gante, Jean Vilain XIV, batlle de la ciutat, fundà *La maison de la force*. El sistema que es va implantar en aquest centre va ser la separació per pavellons d'homes, de dones, de joves i de captaires. Segons Tellez (1998) aquesta presó estava edificada en pisos distribuïts amb cel·les, menjadors, sales, magatzems i tallers on poguessin treballar. García Valdés (1997) considera que el canvi del sistema penitenciari no pot ser explicat únicament per idees economicistes, sinó que coexistia un profund esperit humanitari en el que es tractava d'anar suprimint la crueltat innecessària, les penes corporals i la pena de mort, per tractaments de penes privatives de llibertat on es tractés de reeducar la conducta dels empresonats.

Al nou continent, William Penn, que no creia amb el càstig corporal, va instaurar la pena de mort només en els casos d'assassinat premeditat. Va crear correccionals i va fixar penes pecuniàries pels diferents delictes. Fins a la mort de Penn (1718), Pennsilvània es va distingir per la humanitat del seu règim penitenciari. Posteriorment, el vell codi anglès, tot i les seves condicions intolerables, va passar a substituir el règim de Penn. Cap d'aquests sistemes va servir com a procés de reeducació (Tercero, 1997).

Posteriorment, els quàquers de Filadèlfia van implantar un sistema totalment innovador, en el que es partia de la idea que els presoners eren persones i no mers objectes. Consistia en un sistema cel·lular o d'aïllament absolut. Per dur a terme aquest sistema es va construir la presó de Walnut Street (1790), on s'edificaren una trentena de cel·les individuals. El que es pretenia era que l'individu iniciés un procés de reflexió a l'interior de la cel·la, aïllat de tota temptació. La sistematització d'aquest sistema postulava en torn a dues idees: evitar l'aspecte corruptor d'uns presoners amb els altres i provocar el penediment mitjançant la meditació. Però aquest sistema no va tenir l'èxit esperat ja que el que es va aconseguir va ser augmentar el número d'alienats a causa de la falta de comunicació (Tercero, 1997).

Durant la segona meitat del segle XVIII a Nordamèrica sorgeix un nou moviment penitenciari preocupat pel tractament dels delinqüents joves. S'instaura un nou tipus de centre, el reformatori. En aquests centres s'utilitzaven mètodes de

caràcter físic, instrucció, ensenyament religiós i treball. El sistema dels reformatoris es va iniciar a la presó d'Elmira (Nova York) sota la inspiració de la vida en llibertat, intentant aconseguir la readaptació de l'individu combinat amb un sistema de pena relativament indeterminat (Dorado, 2000).

Els avenços nortamericans feren tan eco a Europa que diversos governs europeus varen enviar comissions per estudiar el sistema penitenciari nordamericà: el govern francès envià a Alexis de Tocqueville (jutge auditor de Versalles) i al seu amic Gustave Beaumont per estudiar el règim penitenciari; el Regne Unit envià a William Crawford, que després de visitar Walnut Street, Auburn i Pittsburgh realitzà un informe altament favorable dels sistema penitenciari nordamericà (Redondo, 1984).

A Espanya, el coronel Manuel Montesinos director del centre penitenciari de València des de 1834 instaurà un sistema de compliment. Montesinos dividia la condemna en tres períodes: el primer període de ferros o d'aïllament, el segon període de treball a escollir pel propi reclus entre els oficis que hi havia dins del centre penitenciari, i el tercer el de llibertat intermèdia, durant el qual els presidaris sortien a treballar com obrers lliures a l'exterior. El sistema de Montesinos no demostrà només una bona organització sinó la gran part humana i profund plantejament filosòfic (Sanz, 1962).

Des de finals del segle XIX principis del XX, a Espanya s'escriurà moltíssim sobre la reforma penal i penitenciària. S'inicia l'època de l'anomenada reforma de les presons, amb figures com Salillas, Concepción Arenal o Dorado Montero, i nombroses associacions o entitats meitat socials meitat governamentals (Antón, 1951; Landrove, 1969) Un altre figura important en la reforma penitenciària va ser Victoria Kent. Les primeres mesures instaurades per aquesta directora general de presons varen ser de caire humanitari com per exemple la supressió de ferros i grillets (Tamarit et al, 2005). A més, la nova normativa sobre presons, correccionals i dipòsits municipals és aclaparadora, però la realitat amb poc temps serà molt diferent. Es crea una política penitenciària centralista i els dipòsits, correccionals, presons peninsulars i presons a Àfrica cada vegada estaran més plens. Els ideals de correcció i reinserció acabaran sent paper mullat.

Durant molts anys, les presons continuaren ubicades en els mateixos edificis, expel·lint misèria i malaltia al seu voltant. En aquestes condicions era molt difícil

verificar els principis de classificació i aïllament o ensenyar al pres disciplina, moralitat, higiene i poder exercir de manera pacífica el dret individual de cadascú. Ni el panòptic tant comentat pels governants, ni l'higienisme promulgat pels reformadors arribaren amb força a unes presons cada vegada més massificades. La construcció de noves presons anomenades *Modelo* no va donar resposta als objectius marcats pels reformadors sinó a les necessitats d'espai amb finalitat punitiva.

A partir el segle XX es van dur a terme multitud de projectes economicistes en el sistema penitenciari espanyol, i fins i tot, les reformes republicanes es van moure en els mateixos paràmetres. El franquisme ens portà a una hipertròfia del sistema: camps de concentració pels perdedors de la guerra civil i a les presons una filosofia que es va anar forjant com redencionista mitjançant el treball penitenciari. A la resta dels països neix un corrent neocorrecionalista i neopositivista creada per l'italià Gramàtica, una reformulació de la teoria de la defensa social. L'última fase d'aquest corrent està marcat pel nou pensament sobre la resocialització del penat. A Espanya es comença a imposar aquesta tendència a partir dels anys seixanta, però realment no triomfarà fins la transició democràtica (Oliver, 2000).

La realitat actual manté una dualitat entre la pretensió resocialitzadora dels governants (constitució, lleis penitenciàries,...) i la vocació de disciplina de les institucions penitenciàries, és a dir, presons que garanteixin una seguretat, un ordre, una disciplina, uns horaris, els escorcolls, els controls, els actes i els moviments dels reclusos. Malauradament, les presons continuen sent institucions segregatives, que tot i tenint projectes d'humanitzar segueixen institucionalitzant.

1.2 Context Penitenciari: Passatge de Relacions

El context penitenciari és un espai de comunicació, accions i normes que determina les relacions que s'arriben a desenvolupar entre els agents que viuen (interns/es) i conviuen (personal) dins la institució penitenciària. La intenció d'aquest apartat era abordar des de la visió més integradora aquest terme per poder destacar la importància que aquest medi disposa a tots els agents participants.

Escriu Solé (2004), historiador: *“La presó és un món propi, crea el seu propi univers, però veritablement és un reflex perfecte de la societat que la genera, la crea i la manté.”* (p. 177).

Cal delimitar les paraules que atribuïm al concepte de presó. Des del punt de vista semàntic definint cadascuna d'elles segons el Diccionari de la Llengua Catalana (2a edició, DIEC2):

- ▲ Medi (sociologia): *“Conjunt de costums, d’esdeveniments, de circumstàncies, entre els quals viu una persona, es produeix un fet, etc.”*
- ▲ Espai (sociologia i psicologia): a) *“Superfície que cal a un grup, un poble, una nació, etc., per a poder viure amb les necessitats bàsiques satisfetes.”*
b) *“Camp psicològic que comprèn l’individu i el seu entorn.”*
- ▲ Ambient: *“Conjunt de circumstàncies enmig de les quals hom creix, viu, fa una cosa.”*
- ▲ Entorn: *“Ambient, medi.”*
- ▲ Context: *“Conjunt de factors de situació i d’ordre sociocultural i interpersonal d’acord amb els quals s’interpreten apropiadament els enuncisats.”*
- ▲ Institució (sociologia): *“Categoria social conformada pel conjunt de pautes sistematitzades de conducta d’un grup d’individus relacionats per vincles de parentiu, econòmics, culturals o altres, que, apareguda per atendre alguna necessitat bàsica de la societat, assoleix caràcter orgànic i permanent i, sovint, una reglamentació jurídica.”*
- ▲ Àmbit: *“Conjunt de tot allò en què una institució o una persona són competents.”*

D’aquí en endavant, per parlar de presó haurem de contextualitzar el concepte, doncs no és només com defineix el Diccionari de la Llengua Catalana *“Lloc on hom està pres o detingut”* sinó dependrà de la visió teòrica d’abordatge.

1.2.1 Visió Ontològica i Epistemològica del Context Penitenciari

La teoria del context explica com els participants són capaços d’adaptar (la producció i la recepció/interpretació) del discurs a la situació comunicativa-interpersonal-social (Van Dijk, 2001). La situació social-comunicativa és una noció sociocultural i es descriu en termes d’una teoria sociològica: participants, relacions entre participants, grups, institucions, poder, etc.

Per a Weber (1971), l'objecte de les ciències humanes és *la conducta orientada de manera que tingui sentit o encara el comportament significant mútuament orientat i socialment integrat*. Aquests enunciats signifiquen que l'orientació de l'acció depenen de la societat, o que el sentit de l'acció té un caràcter bàsicament social.

Ricouer (1986) subratlla que l'acció és social. Que l'acció és el resultat de la intervenció intencional d'un agent. Que l'acció és una obra oberta que s'inscriu en el temps social, deixant trets que són objecte de la mateixa història. L'acció, com obra social oberta està sotmesa a interpretació, i aquesta interpretació ha de fer intervindre tres categories de factors:

- ▲ L'acció és un sistema orientat de comportaments que produeixen un efecte en el món, i s'ha d'analitzar des d'aquesta perspectiva.
- ▲ Simultàniament, l'acció es desenvolupa en un context social generador de convencions (valors, símbols, normes), i així doncs, el sentit de l'acció ha d'analitzar-se com producte d'aquest control social.
- ▲ L'agent es submergeix en les relacions socials integrant a la seva acció unes característiques singulars, que són les pistes que *lo deja ver* de sí mateix als demés, interpretant-se també l'estilística de l'acció.

Habermas (1987) descriu l'apropament a l'acció mitjançant tres conceptes:

- ▲ Fer teleològic (*agir téléologique*) es refereix a que l'agent provoca l'aparició d'un estat desitjat (meta o efecte), seleccionant els mitjans que poden ser més apropiats en una situació determinada. En funció d'una meta escull una de les accions possibles i aquesta decisió es basa en la seva interpretació de la situació. Aquesta forma d'actuació pot incloure un aspecte estratègic. En aquest fer es posa en joc les úniques relacions possibles entre un agent i el món objecte (físic); l'agent és percebut des del punt de vista de les seves capacitats cognitives (inclosa la voluntat) i el seu producte (coneixements i opinions). La significació del fer teleològic es mesura en funció de la veritat de la relació que s'estableix entre aquest fer i el món objectiu i en funció de l'eficàcia de la modificació que es produeix en aquest món. (Presó: privació de llibertat).

- ▲ Fer regulat per les normes que es distingeix del fer estratègic perquè no es tracta d'un agent solitari que té en comptes altres agents en el món objectiu, sinó que es relaciona amb l'orientació que els membres d'un grup donen a les seves accions en funció dels valors que comparteixen. Les normes (els valors, els símbols) són formes reglades mitjançant les que s'expressa l'acord en el que es basa la vida social. En aquest fer es posa en joc unes relacions que s'estableixen entre l'actor i els dos mons: el món objectiu (tal com s'ha definit anteriorment) i el món social concebut com el marc que defineix les modalitats legítimes de les relacions interpersonals i els agents participants que juguen un paper en aquestes interaccions reglades. La significació del fer regulat per normes es mesura pel criteri de rigidesa (o conformitat) en relació a les expectatives del món social. (Institució penitenciària).

- ▲ Fer dramàtic no té a veure ni amb l'agent que decideix ni amb el rol social. Tot agent tindria un accés privilegiat a l'esfera íntima dels seus pensaments, desitjos, sentiments,... i manipularia la interacció regulant (o controlant) l'accés públic a aquesta subjectivitat. Procediria a una auto-presentació (Goffman, 1973), no a través d'una modalitat explícita sinó per estilització de la seva acció de cara als espectadors. Per a Habermas, aquest fer pressuposa dos mons: el món objectiu (constituït pels interlocutors que interactuen objectivament) i el món subjectiu o món de les experiències viscudes per l'agent, el qual aquest últim té un accés privilegiat. Pot ser la interiorització dels coneixements objectius o valors. La significació del fer dramàtic es mesura per la veracitat que es manifesta en relació al món subjectiu. (Presonització, Garrido et al, 1995).

1.2.2 Presonització i Subcultura Carcerària

La presonització (Clemmer, 1940; Pinatel, 1969; Goffman, 1970; Pèrez i Redondo, 1991) es caracteritza per l'assimilació per part dels interns d'hàbits, usos i cultura de la presó i una disminució del repertori de la conducta humana, com a resultat d'una permanència perllongada en una institució total. Goffman (1970) defineix la institució total com: *"Un lloc de residència i treball on un gran nombre d'individus en igual situació, aïllats de la societat per un període apreciable de temps, comparteixen en el seu tancament una rutina diària administrada formalment."* (p. 18).

Aquesta forma d'organització com a institució social no només és pròpia dels centres penitenciaris, sinó també s'inclourien els hospitals, centres psiquiàtrics, camps de treball i concentració, les casernes,... i les característiques bàsiques d'aquestes institucions poden resumir-se en (Goffman, 1970):

- ▲ Obstaculització de la interacció social amb l'exterior i de l'èxode dels membres.
- ▲ Tots els aspectes de la vida es desenvolupen en el mateix lloc i sota la mateixa autoritat única.
- ▲ Col·lectivització de les actuacions personals i maneig de moltes necessitats humanes mitjançant l'organització burocràtica.
- ▲ Estricta programació de les activitats quotidianes, des de les més complexes fins a les més simples.
- ▲ Eliminació de certes oportunitats de comportament i impossibilitat de mantenir-se al dia amb els canvis socials recents de l'exterior.
- ▲ Desculturalització.
- ▲ Despersonalització i desintegració del Jo.
- ▲ Pèrdua de l'autonomia personal, limitació dràstica de les possibilitats de decisió i nombrosa reglamentació.
- ▲ Repressió, per mètodes punitius, de les reaccions expressives d'autoprotecció.

La presó es constitueix com un sistema social. Aquest sistema social es pot descriure en termes de valors, normes i rols al voltant dels quals s'orienten el pensament i l'acció dels interns i del personal penitenciari (Garrity, 1961; Caballero, 1982; García i Sancha, 1985).

Segons Mead (1993), l'acte social emès en qualsevol context desencadenarà en diferents actes individuals on es contemplen i adquireixen sentit unes per referència a altres. El començament d'un acte social és el gest que estimula la reacció d'un altre individu. Aquest gest es converteix en símbol significant quan el

que ho produeix sap, implícitament, la reacció de l'altre, i modifica la seva conducta segons aquesta reacció. Així, doncs, l'individu és part d'un grup social i és també, individu creador. La persona és, doncs, l'acte social. Ser persona implica reconèixer als demés i ser reconegut. La persona és la internalització de l'acte social i no és anterior a la societat. Una societat humana, des del punt de vista fisiològic, només es satisfà amb els seus semblants. Des la visió institucional és un conjunt de reaccions idèntiques dels demés, amb les que sorgeix el llenguatge simbòlic, i que controlen la realització dels instints. El llenguatge és part de la conducta social, que ha fet possible a la societat diferenciadament humana. El llenguatge sembla expressar una sèrie de símbols que responen a un cert contingut mesurablement idèntic a l'experiència dels diferents individus.

Els processos de socialització organitzacional es caracteritzen perquè intenten adherir el subjecte nou a l'organització. El nou membre ha d'aprendre la nova escala de valors, les normes, les pautes de conducta que exigeix cada organització. Richmond (1912, citat per Miranda, 2009) defensa que l'ambient ha de contribuir al desenvolupament de la personalitat de cada individu, i això significa treball, vivenda digna, educació, etc. Això és interaccionisme, i no funcionalisme. Dins el medi penitenciari es contempla la possibilitat i l'oportunitat que l'intern pugui tenir treball-ocupació remunerada, un lloc per viure (cel·la) amb unes condicions òptimes d'espai i higiene, assistència sanitària, educació i/o formació, etc.

En les institucions totals, el procés inicial de socialització implica la destrucció d'antics valors, l'abandonament per part de la persona de valors anteriors que ja no serveixen des del punt de vista de l'organització i que han de definir-se en funció dels nous rols que si adjudicaran (Goffman, 1970; Schein, 1977).

Schrag (1954) descriu cinc rols principals dels interns, rols de posició respecte al codi de l'intern:

- ▲ El kie li permet controlar els recursos i les conductes dels altres, gaudeix de recompenses materials i de reconeixement social. Aconsegueix assolir més fàcilment els seus interessos i desitjos.
- ▲ L'asocial en rebel·lia constant i anàrquica contra interns i personal.
- ▲ El prosocial compleix les normes formals de la presó.

- ▲ El pseudosocial varia la seva actitud, acceptant les normes al mateix temps que el propi codi i que maneja a uns i altres.
- ▲ El pària categoria formada per subjectes que solen ser menyspreats per altres presos per motius diversos.

Dins d'aquest tipus de funcionament apareix una mena d'organització formal entre els presos que dona pas a la denominada subcultura carcerària (Clemmer, 1940; Sykes, 1958; Gibbens, 1963; Caballero, 1982), que és un codi o normes de conductes sorgit des dels propis interns com a garantia estructural de resistència permanent contra la institució total. Aquest codi gira al voltant del principi de lleialtat, solidaritat, de no delació.

Segons Sykes i Messinger (1960), aquest codi rau des de la necessitat de l'intern de mitigar els rigors de l'encarcerament, rigors referits als atacs que l'estructura de la institució total ocasiona en la imatge de persona de l'intern, en la seva autoestima, en la seva vàlua personal, en la seva identitat pròpia, en desproveir-lo absolutament de la seva capacitat d'autonomia i de la identitat del seu jo.

Caballero (1982) afirma que l'intern quan forma part d'aquesta subcultura aconsegueix augmentar la seva seguretat personal, neutralitza l'agressió entre interns, agressió derivada de conductes d'explotació entre reclusos sobre altres de forma indiscriminada.

García i Sancha (1985) resumeixen els principis fonamentals del codi del reclus proposats per Sykes i Messinger (1960) i comentats per Caballero (1982) en les normes següents:

- ▲ Normes que imposen cautela. Cadascú ha d'anar a la seva i no delatar a l'altre.
- ▲ Normes que limiten l'ús de la violència. Les reaccions violentes han de ser raonables. Aquesta racionalitat es refereix a l'ús de la violència segons criteris acceptats pels interns líders, i és encoratjada, sobretot, en el cas de dirigir-se contra els delatadors.
- ▲ Normes de no abusar entre col·legues. El robatori i l'extorsió s'han de realitzar, en tot cas, fora de les camarilles de pertinença.

- ▲ Valoració dels subjectes durs, que saben resistir-se a la institució total.
- ▲ Normes de desconfiança i hostilitat vers el personal penitenciari.

Polsky (1962) assenyala que entre els interns es desenvolupen jerarquies socials que es basen en els valors de la subcultura carcerària.

1.3 La Institució Penitenciària a Catalunya

1.3.1 Transferència dels Serveis Penitenciaris de l'Estat a la Generalitat de Catalunya

El 22 de juny de 1983 la Comissió Mixta de Traspàsos Estat-Generalitat va aprovar el traspàs a la Generalitat de Catalunya de les competències en matèria penitenciària. Aquest traspàs es va dur a terme l'1 de febrer de 1984.

Per exercir les competències sobre execució de la legislació penitenciària a Catalunya, el Departament de Justícia mitjançant Decret⁵ va crear la Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació.

Varen ser traspassats un total de set centres: Model, Trinitat (CP Dones), Tarragona, Figueres, Girona, Lleida 1 i Lleida 2. Exceptuant el centre de Lleida 2, de nova creació, els altres centres es trobaven en una situació molt precària.

L'any 1984, el centre de Dones de Barcelona va ser traslladat a un antic centre de menors situat al carrer Wad-Ras de Barcelona. i el centre penitenciar de la Trinitat, on estaven ubicades anteriorment les dones, es va convertir en un centre de joves de 16 a 25 anys.

Durant el primers any d'exercici de les competències en matèria penitenciària, la Generalitat va iniciar una nova política d'atenció als joves seguint el model establert pels menors i joves delinqüents. Des del principi es va treballar en l'organització dels centres i en la millora de la qualitat de vida dels interns. Es varen incrementar els recursos humans i materials, i es varen crear i millorar els programes educatius, d'animació i esportius, amb convenis amb Educació,

⁵ Reial Decret 3482/1983, de 28 de desembre, sobre traspàs de serveis de l'Estat a la Generalitat en matèria d'administració penitenciària.

Benestar, UNED,... La finalitat d'aquestes millores va ser treballar la sortida en llibertat, per la qual cosa en varen posar al seu abast els recursos i les eines necessàries. Un altre aspecte important que es va treballar va ser la prevenció de malalties i tractament de la seva salut).

A finals de 1984, com a conseqüència de les reformes sobre la presó preventiva, impulsades pel Govern de l'Estat, es va incrementar la població reclusa mantenint-se el mateix nombre de places transferides. Posteriorment, la reforma dels articles 503 i 504 de la Llei d'Enjudiciament Criminal que limitava l'aplicació de la presó preventiva, va produir un buidament de les presons creant a la societat un ambient d'inseguretat ciutadana. Poc després, la contrareforma considerada com un pas enrere va ser la causa de que es tornessin a omplir les presons (De Gispert, 2009).

1.3.2 Infraestructura Penitenciària

Per tal d'ajustar-se a les característiques bàsiques de les infraestructures penitenciàries (dimensió, capacitat i tipologia constructiva), els set centres penitenciaris traspassats per l'Estat varen ser reformats, ampliat i rehabilitats en diferents ocasions.

Durant els següents anys la infraestructura penitenciària de Catalunya va créixer considerablement. Es varen construir tres centres de compliment (Quatre Camins, 1989, Brians, 1991, Brians Dones, 1993); unitats d'alta seguretat (al CP Ponent, 1990 i Quatre Camins, 2004); una unitat hospitalària penitenciària de 40 places ubicada a l'Hospital de Terrassa (inaugurat el 1990) i un hospital psiquiàtric de 120 places (inaugurat el 2003, ubicat en el recinte del CP Brians 1); una ampliació de 300 places als centres de Quatre Camins i Brians 1 que van entrar en funcionament el 2002.

El juny de 2007 es va inaugurar el CP Brians 2 amb una capacitat de 1500 places, i posteriorment, es varen inaugurar dos centres més: la nova presó de Joves amb 450 places i el centre de Lledoners amb 750 places (De Gispert, 2009).

1.3.3 Classificació dels Interns

El règim d'execució de les penes privatives de llibertat previst al Codi Penal i a la Legislació Penitenciària és l'anomenat sistema progressiu o d'individualització

científica⁶. El compliment de la pena es divideix en quatre graus, l'últim dels quals és la llibertat condicional. El reclus necessàriament no ha de passar per tots, sinó que pot ser classificat d'entrada en qualsevol grau, llevat el de la llibertat condicional.

El primer grau està previst com a règim excepcional i només és aplicable als interns classificats d'extrema perillositat, o a aquells que per la seva conducta d'inadaptació manifesta no puguin conviure amb la resta. Aquests interns es destinen als establiments de règim tancat. La vida en aquests establiments es caracteritza per una limitació de les activitats comunes dels interns, així com per una major vigilància o control.

El segon grau és la modalitat de vida pròpia dels preventius i també de la majoria dels penats. El compliment es realitza en els denominats establiments ordinaris.

Els interns classificats en tercer grau són destinats als establiments oberts. El règim de vida en aquests establiments és semblant a la vida en llibertat. Els interns surten a treballar durant el dia, i retornen a l'establiment quan acaben la jornada laboral. Aquests interns també gaudeixen de permisos de caps de setmana.

El darrer grau previst és el de la llibertat condicional. Aquest grau suposa avançar l'excarceració del penat, és a dir, que pugui acabar de complir fora de la presó la darrera fase de la seva condemna. Es poden beneficiar d'aquest règim els sentenciats a partir d'un any de privació de llibertat o que concorrin les causes que s'esmenten al Codi Penal:

- ▲ Que es trobi en el darrer període de la condemna (tercer grau).
- ▲ Que n'hagi extingit les tres quartes parts de la condemna.
- ▲ Que mereixi aquest benefici.
- ▲ Que tingui un pronòstic favorable de reinserció.

1.3.4 Classificació dels Establiments

Existeixen dos tipus d'establiments: els centres d'adults per homes i per dones i els centres de joves per edats compreses d'entre 18 i 21 anys.

⁶ Ley Orgánica 1/1979, de 26 de setiembre General Penitenciaria

Segons la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de setiembre, General Penitenciaria, els establiments penitenciaris es poden classificar en:

1. Establiments de preventius.
2. Establiments de compliments de condemnes.
3. Establiments especials.

1. Els establiments de preventius són els centres destinats a la retenció i custòdia de detinguts i presos. També s'han de poder complir penes i mesures penals privatives de llibertat quan l'internament efectiu pendent no excedeixi el sis mesos. En cada província hi pot haver més d'un establiment d'aquesta naturalesa. Quan no hi ha establiments de preventius per dones i joves, han d'ocupar als d'homes, departaments que constitueixin unitats absolutament separades i amb organització i règim propis. (Art. 8, p. 35).

2. Els establiments de compliment són centres destinats a l'execució de penes privatives de llibertat. S'organitzen separadament per homes i dones i son de dues menes de règim ordinari i obert. Els joves han de complir separadament dels adults en establiments diferents, o si més no, en departaments separats. Als efectes d'aquesta Llei, cal entendre per joves les persones d'un sexe o de l'altre que no hagin complert els vint-i-un anys. Excepcionalment, i tenint en compte la personalitat de l'intern, poden romandre en centres destinats a joves els qui havent complert els vint-i-un anys, encara no hagin fet els vint-i-cinc. (Art. 9, p.35).

3. Els establiments especials són aquells en que preval el caràcter assistencial i són dels tipus següents:

- ▲ Centres hospitalaris.
- ▲ Centres psiquiàtrics.
- ▲ Centres de rehabilitació social, per a l'execució de mesures penals d'acord amb la legislació vigent en aquesta matèria. (Art. 11, p.36).

1.3.5 Reeducació i Reinserció

La reeducació i reinserció social cal que s'entengui com la possibilitat que tenen els interns, durant el temps que estan empresonats, per millorar les seves condicions

educatives, culturals, socials, laborals, etc., facilitant d'aquesta manera que quan surtin puguin afrontar amb millors condicions els aspectes quotidians de la vida i les adversitats, i evitar sempre que sigui possible el tornar a delinquir. A Catalunya, cada any, un nombre elevat d'interns estudien, es formen, aprenen un ofici, assisteixen a programes de tractament i/o treballen productivament (De Gispert, 2009).

1.4 La Sanitat a les Presons

Quan al sistema sanitari, fins l'edat mitjana no es te coneixement de si existien persones dedicades a la cura dels presoners, només en el cas dels camps de batalla. En cultures com la grega i la romana la medicina era considerada una pràctica d'esclaus. Les cures dels malalts les prescrivia el *siervus medicus* (habitualment grec) i els *nosocomi* o subaltern actuava com infermer en els *valetudinarium*, hospitals situats en els camps de batalla (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

Des de l'edat mitjana fins el segle XIX, només es coneix l'existència de metges dedicats a examinar la salut dels presoners amb la finalitat de comprovar la seva resistència al turment per evitar que el reu que s'estava interrogant es morís abans de ser jutjat. També es dedicaven a tenir cura dels individus que havien estat torturats o que per tal de continuar la tortura necessitaven assistència mèdica.

Una altra missió encomanada als metges era la de certificar les morts dels presoners. Si aquesta era a causa de l'execució de la pena no havia problemes, doncs, la pena capital era la decapitació, esquarterament i altres formes no menys grates. El problema podia sorgir quan el presoner moria a la presó, doncs existia la creença que hi havia drogues i beuratges que podien provocar una mort aparent, i d'aquesta manera el presoner podia escapar a la justícia.

La funció curativa dels metges i dels seus ajudants era molt restringida. Howard després de visitar les diferents presons d'Anglaterra, Gales i altres països europeus, relata de forma minuciosa la gran carència d'atenció sanitària a les presons del segle XVIII, tant és així, que en ocasions les epidèmies eren considerades una solució al problema de la sobrepoblació de les institucions⁷.

⁷ <http://es.scribd.com/doc/42715341/66/VIII-7-MEDICOS-DE-PRISIONES>

Sant Vicenç de Paul, durant les seves estades a les masmorres de la presó de la Conciergerie va conèixer la desesperació d'homes abandonats que vivien en condicions d'insalubritat, malalts, maltractats i dominats per l'odi, raó per la qual va demanar al Ministre una millora de les condicions de vida i un tracte més humà.

Personatges com Elisabeth Fry que va treballar part de la seva vida per millorar les condicions de vida a les presons angleses, sobretot de dones, pel que fa als aspectes de salut; o com Theodor Fliedner, que l'any 1826 va crear una associació de presos a Alemanya, per tal de controlar la salubritat i la higiene dels centres, així com l'estat de salut dels presoners, varen ser la base que posteriorment serviria per poder planificar l'atenció de la salut de les persones empresonades (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

Mentre, la situació a Espanya fins el segle XVIII no difereix massa de la de situació a Europa. Les deficiències en matèria de presons amb tots els efectes que provocava l'amuntegament de presos, la insalubritat i la promiscuïtat, varen ser tractades per nombrosos tractadistes de l'època com Sandoval (1564) en el seu *Tratado del cuidado que se debe tener con los presos pobres*, o Guevara (1585) amb *Relación de la cárcel de Sevilla* (citats per Salillas, 2008).

A partir del segle XIX, figures com Concepción Arenal i Victoria Kent promouen la reforma del sistema penitenciari de l'època amb l'objectiu d'aconseguir la rehabilitació dels presos. Ambdues van destacar per millorar l'estat higiènic i la salubritat del centres, així com la salut del presoners.

En aquest procés de reforma es varen crear institucions que foren de gran rellevància per la sanitat penitenciària i per la infermeria. El reformisme de la infermeria espanyola va ser liderat per Concepción Arenal després d'analitzar de forma acurada la realitat social benèfica i penitenciària del moment. Concepción Arenal va basar la seva obra principalment en el reformisme anglosaxó i alemany de Howard, Elisabeth Fry i Teodore Fliedner, pioners amb la reforma de l'estat de les presons i la salut dels presoners.

El protagonisme del principis ideològics que promou la reforma del sistema penitenciari d'ambdues figures, va comportar que es comences a parlar de la sanitat penitenciària com un element propi de l'organització de les presons, i es concretés la necessitat de tenir una adequada atenció sanitària. Això va donar lloc

a que es formulés un decret de regulació i organització el 1886. En altres països com Anglaterra i Gales, des de 1877 les presons comptaven amb un servei sanitari propi. Des de llavors, cada país ha legislat sobre l'organització de la sanitat penitenciària, però no s'ha trobat mai una resposta homogènia comuna per a tots (Astier i Divar, 2010).

1.5 Estat Actual de la Sanitat Penitenciària a Espanya

A partir del segle XX la política sanitària a Espanya va evolucionar arribant a desenvolupar-se un sistema sanitari de cobertura per a tots els ciutadans, sense detriment quan a les prestacions sanitàries en condicions d'igualtat per aquelles persones que estessin privades de llibertat.

Segons Astier i Divar (2010) refereixen que la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, en els articles 3, 4, 10 i 12, garanteix també els drets dels interns i el seu accés a les prestacions sanitàries en condicions d'igualtat efectiva, sent competència de les Administracions l'organització i el desenvolupament de totes les accions preventives i assistencials dins d'una concepció integral del sistema sanitari.

La *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria* i el seu Reglament als articles 3 i 4 recullen que les institucions penitenciàries tenen assignades entre les seves competències vetllar per la vida, integritat i salut dels interns. L'administració penitenciària, per la seva banda, manté en els centres dependents d'aquesta administració una cobertura sanitària corresponent al nivell d' Atenció Primària de Salut.

Actualment, ningú posa en dubte que la qualitat de l'atenció sanitària que han de rebre les persones privades de llibertat hagi de ser igual a la que reben els ciutadans, però encara queden alguns països, principalment Anglaterra, on existeix una atenció sanitària penitenciària deficient, i on s'ha creat un corrent de reflexió i anàlisi d'aquesta assistència.

A Espanya, la *Ley 16/2003 de 28 maig, de Cohesión i Calidad del Sistema Nacional de Salud*, estableix que els serveis sanitaris dependents d'Institucions Penitenciàries seran transferits a les comunitats autònomes per a la seva integració als corresponents serveis autonòmics de salut. Aquest plantejament

comportà que cada comunitat autònoma fes efectiu el principi d'universalització de la prestació sanitària amb nivells òptims d'assistència, també pel que fa a la població reclusa.

A Catalunya, el traspàs de competències en matèria penitenciària aprovat l'any 1979, que es va dur a terme cinc anys més tard, el 24 de febrer de 1984, segons es desprèn del *Real Decreto 3482/1983, sobre Traspaso de servicios del Estado a la Generalitat de Catalunya en materia de Administración Penitenciaria*, fa que aquesta comunitat assumeixi competències d'un medi tant difícil i complex com és l'organització, planificació i gestió dels establiments penitenciaris.

1.6 Traspàs de Competències a Catalunya en Matèria Penitenciària que afecten a la Gestió Sanitària

Des del traspàs de les competències, les activitats sanitàries dirigides a la població penitenciària catalana es desenvolupen dins els següents marcs legals:

- ▲ Llei d'Ordenació Sanitària a Catalunya (Llei 15/1990, de 9 de juliol).
- ▲ Ley Orgánica General Penitenciaria (Ley 1/1979, de 26 de septiembre).
- ▲ Real Decreto por el cual se aprueba el Reglamento Penitenciario (RD 190/1996, de 9 de febrer).
- ▲ Decret 329/2006, de 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'Execució Penal a Catalunya.

Segons aquests marcs legals, l'atenció sanitària de les presons catalanes ha de complir uns objectius:

- ▲ Assegurar una atenció integrada i integral per a tots els interns dels centres penitenciaris.
- ▲ Facilitar l'accés dels interns als centres de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP)⁸.
- ▲ Optar per un model sanitari penitenciari eminentment preventiu i d'acord amb els objectius de l'OMS.

⁸ Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP): és una xarxa formada per un conjunt de centres sanitaris de Catalunya, de titularitat privada, amb els que el Catsalut contracta la prestació de serveis.

- ▲ Augmentar la capacitat de resolució de problemes, incrementant els mètodes de diagnòstic terapèutic de les infermeries de tots els centres penitenciaris, amb la finalitat de disminuir les sortides extrapenitenciàries.
- ▲ Regular la col·laboració de prestacions sanitàries entre Salut i Justícia.

A rel del traspàs de competències, la Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació es veu amb la necessitat de crear un programa per a dur a terme la gestió sanitària penitenciària. Aquest programa es va estructurar en diferents àrees: àrea assistencial, àrea d'infermeria, àrea de programes de prevenció, àrea de vigilància epidemiològica i sistemes d'informació i àrea d'ordenació farmacèutica. Aquestes àrees van ser dotades d'uns responsables amb l'objectiu de proporcionar els recursos humans, els mitjans materials i les línies d'actuació dels equips sanitaris dels centres penitenciaris.

Des d'aquell moment, la sanitat penitenciària a les presons de Catalunya va experimentar canvis substancials quan a la millora de les prestacions tant pel que fa a recursos materials, als recursos humans com als dispositius de la xarxa pública. Actualment, els centres compten amb material i equips de diagnòstic, i estan dotats de servei d'urgències, consultes per especialistes com medicina interna, traumatologia, cirurgia, dermatologia, odontologia, psiquiatria i serveis de rehabilitació en els centres de Brians 1 i Brians 2. També, per tal de cobrir les necessitats d'ingressos psiquiàtrics es compta amb una Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciària (UHPP) en el centre de Brians 1 i dues Unitats Psiquiàtriques Polivalents: una al centre de Quatre Camins i una al centre de Brians 2. A més, cada centre penitenciaris te assignat un hospital de referència per donar l'atenció a les urgències vitals, així com un Pavelló Hospitalari Penitenciaris annexam a l'Hospital de Terrassa (PHPT), per donar atenció als casos que siguin susceptibles d'ingrés hospitalari.

D'altra banda, els centres compten amb personal mèdic i d'infermeria que dona assistència durant les 24 hores del dia. Programes de promoció i prevenció per a la salut dels interns: VIH/SIDA, tuberculosi pulmonar, hepatitis B i hepatitis C, malalties de transmissió sexual, vacunacions, metadona, intercanvi de xeringues, malalties cròniques i atenció a les dones i als seus fills,...

DOTACIÓ DEL PERSONAL SANITARI ALS CENTRES PENITENCIARIS DE CATALUNYA

En el moment del traspàs de les competències (1984), la dotació de personal d'infermeria era de 9 infermers (4 al CP Homes de Barcelona, 1 al CP Dones de Barcelona, 1 al CP Tarragona, 1 al CP Girona, 1 al CP Figueres i 1 al CP de Lleida), i 3 auxiliars en cures d'infermeria (tots ells CP Homes). Es dedicaven principalment a dur a terme els tractaments i cures prescrits pels metges i a l'atenció de les urgències, funcions que venen especificades en el Reglament Penitenciari.

Deu anys més tard al 1994, les plantilles van augmentar considerablement degut a l'increment progressiu de patologies derivades de les drogodependències com l'VIH/SIDA, l'hepatitis B, la tuberculosi i, posteriorment, l'hepatitis C, i de les patologies psiquiàtriques. Des d'aquesta data, l'àrea d'infermeria va comptar amb 6 caps d'infermeria, 50 infermers i 54 auxiliars en cures d'infermeria.

A partir de l'any 2007 es varen posar en funcionament tres centres nous: CP Brians 2, CP Lledoners i CP Joves i la plantilla va anar variant en relació a les necessitats de cada centre.

PERSONAL	1984	1994	2000	2007	2010	2013
Coordinador/a sanitari/a	-	4	4	4	7	7
Cap de servei mèdic	-	2	2	1	-	-
Cap d'infermeria	-	6	5	5	7	6
Metges	9	46	49	63	81	74
Diplomat Universitari en Infermeria (DUI)	9	50	57	70	91	86
Titulats Superiors Salut Pública	-	2	3	3	3	3
Diplomats en Salut Pública	-	3	3	3	3	3
Auxiliars d'infermeria	3	54	59	65	88	88
TOTALS	21	167	182	214	280	267

Taula 1: Relació de personal sanitari adscrit als Centres Penitenciaris i Justícia Juvenil de Catalunya.

Font: Àrea de Sanitat DGSPiR (2013). Departament de Justícia.

2. LA INFERMERIA EN EL MEDI PENITENCIARI

Les bases històriques de qualsevol professió són necessàries i imprescindibles per saber d'on venim i a on ens dirigim. Per aquest motiu, hem cregut necessari fer un breu resum de l'evolució històrica de la infermeria. Per una millor organització del contingut d'aquest apartat hem utilitzat les etapes descrites per Colliere (1993), que les classifica en quatre i que les situa dins del concepte que té la societat de la salut a cada moment històric.

Un altre punt important és el relacionat amb la infermeria en els centres penitenciaris de Catalunya i els factors característics de salut de la població reclusa. Aquests ens ajudaran a identificar qualsevol problema de salut sempre sota l'especificitat d'aquest context.

2.1 Visió Històrica de la Infermeria

2.1.1 Sinopsis de les Etapes Històriques de la Infermeria

2.1.1.1 Etapa domèstica

A. Prehistòria

A través de l'arqueologia i l'antropologia s'han aconseguit dades que ens han permès saber com van anar evolucionant des del paleolític fins arribar a *l'homo sapiens sapiens*, els homínids dels quals provenim.

En el paleolític, els homes eren principalment caçadors i vivien a l'aire lliure o en coves. Després de conèixer el foc es comencen a organitzar socialment, sorgeixen idees màgiques-religioses, i s'inicien pràctiques alimentàries i de conservació del grup i de l'espècie.

Seguint el procés d'humanització, durant el neolític, els homes descobreixen l'agricultura, la ceràmica i es dediquen al pasturatge, s'instal·len a prop dels rius i viuen de forma sedentària. Durant aquest període caracteritzat per passar de l'economia depredadora a la productora, es quan sorgeixen les pràctiques del tenir

cura o activitat de cuidar i s'incorporen elements psicològics i culturals que les diferencien de les pautes merament instintives. Això suposa un augment de la capacitat d'aprenentatge i una major variabilitat en els comportaments del grup. En aquest sentit, cal tenir en compte les diferències biològiques de l'home i la dona ja que determinaran el repartiment de les activitats dins de les comunitats.

Així doncs, l'activitat de tenir cura, entenent per tenir cura: el manteniment del foc com a base per a la preparació dels aliments, manteniment de la calor per a millorar les dolences i procurar el benestar, tenir cura de les embarassades, practicar els parts, tenir cura dels nens, recol·lectar els vegetals i seleccionar els aliments, com a principals responsabilitats de la dona. És a dir, la dona adquireix el paper de guaridora. Avala aquesta teoria el fet de que una gran majoria de les figures humanes descobertes són femenines (imatges de la fecunditat, d'un ideal estètic, de la realitat), és a dir, la dona apareix com el tema iconogràfic principal relacionat amb la conservació de l'espècie.

Posteriorment, la creença per part del homes que la malaltia era produïda per esperits que estaven a la natura: animals, roques, plantes, fenòmens climàtics, i que aquests els posseïen, inicia un horitzó espiritual (Tylor, citat per Briggs, 1989 ho anomena animisme⁹). Els diversos modes d'entendre les malalties a la era primitiva, difereixen entre si per la situació del grup i del sanador (Lain Entralgo, 1989).

Mentre, els grups menys avançats abandonaven els malalts per causes greus perquè els consideraven impurs i posseïts per esperits malignes, o els sotmetien a una mort social. Els més avançat, els consideraven realment malalts i se'ls contemplava com persones les quals eren castigades per alguna falta comesa de tipus religiós o moral (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

A mesura que l'home va anar evolucionant apareixen cultures cada cop més complexes: Mesopotàmia, el poble hebreu, Egipte, els pobles orientals clàssics, la cultura precolombina i el món clàssic. Es van crear grans ciutats i van sorgir l'art, la religió, la filosofia i la política.

⁹ Segons Briggs (1989): Animisme del terme llatí "anima" i que significa ànima.

La religió, tenia un paper molt important en la salut perquè els homes d'aquell temps creien que les malalties provenien dels enuigs dels déus i els sacerdots els realitzaven rituals per aplacar la ira d'aquests i aconseguir la curació.

B. Societats Arcàiques Superiors

1. Mesopotàmia

Els mesopotàmics pensaven que els homes vivien en un estat de benestar i felicitat, i que la malaltia era un càstig, per tant, la malaltia tenia un caràcter punitiu com en els pobles primitius. El malalt era aïllat socialment, i si tenia la sort de guarir tornava a incorporar-se a la comunitat.

La responsabilitat de lluitar contra les malalties era dels sacerdots o escribes, que eren instruïts a través de la paraula i de les tablettes¹⁰. Considerats com a inferiors als sacerdots i escribes, existiren els cirurgians, que realitzaven tècniques quirúrgiques senzilles. No tenim coneixement de si existiren persones dedicades a la cura dels malalts, es creu que aquestes podien ser esclaus o criats. No obstant, existeixen tablettes amb relats de parteres i de dones dedicades a la cura dels infants (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

2. El Poble Hebreu

Els hebreus eren escriptors per excel·lència de narracions històriques, com es pot comprovar a l'Antic Testament on es detalla minuciosament l'esdevenir del poble des dels seus orígens.

Els hebreus consideraven a Déu font de vida i responsable de la salut i la malaltia. La religió i la medicina eren un tot i la responsabilitat de la salut pública la tenien els sacerdots-metges que procedien de la tribu sacerdotal de Leví. A aquest sacerdots se'ls considerava de manera especial, es recomanava al poble que els honorés, doncs havien estat creats per Déu que era el que curava, i el sacerdot el seu intermediari.

Els jueus creien en un sistema de salut per a tots independentment de la seva posició social. Les normes d'higiene estaven molt desenvolupades i especificades a

¹⁰ Segons Briggs (1989): Les tablettes estaven fetes amb terra i fang servien com a forma de comunicació.

la Llei Mosàica, instaurada per Moisès, on es recullen normes d'higiene personal, selecció d'aliments, desfetes d'excrements.

Els hebreus van ser els primers en fomentar l'hospitalitat amb els estranys. Varen crear cases per a forasters anomenades *xenodochias* i l'ajuda als necessitats (orfes, vídues, pobres). El poble hebreu va ser pioner en la prevenció de malalties contagioses ja que creien en el contagi de persona a persona i establiren mesures d'aïllament i desinfecció molt estrictes. Es descriu l'existència de persones dedicades al tenir cura dels altres, principalment dels infants i dels vells, així com de les matrones (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

3. Els Egipcis

Així com el poble mesopotàmic va transmetre la seva cultura a través de les tablettes, els egipcis ho feren mitjançant els *papyrus*¹¹. En aquests es pot veure com preparaven els medicaments i també com feien intervencions quirúrgiques. Entre el més importants es troba el d'Èbers¹² escrit aproximadament 1550 anys a.C. En aquest *papyrus* estan resumits els texts més coneguts d'aquell temps.

Com la resta de les civilitzacions arcaiques, els egipcis creien que la salut i la malaltia eren provocades pels déus, però l'assistència sanitària va recorre dos camins diferents: el místic i l'empíric. D'una banda els sacerdots i de l'altra els metges tècnics que arribaren a gaudir d'un alt nivell d'especialització. Els egipcis donaren una especial importància a la cura del propi cos i a la higiene de la roba, i practicaven la circumcisió com a mesura higiènica. Grans coneixedors de l'art d'embalsamar els cadàvers, varen adquirir importants coneixements d'anatomia humana, tècniques quirúrgiques, i per suposat, l'art d'embenar.

A l'antic Egipte la posició de la dona era més considerada que en altres països orientals. La mare i filles majors eren les responsables del tenir cura dels familiars, però les activitats delegades com l'aplicació d'ungüents, l'administració de drogues, la presa de temperatura, eren dutes a terme pels esclaus/ves o

¹¹ Segons Briggs (1989): Els papyrus són un dels primers documents escrits de la humanitat i es coneixen amb el nom dels seus editors, el lloc on es van descobrir o les ciutats on es guardaven i també el canvi de propietaris.

¹² Segons Briggs (1989): Papyrus Èbers (1550 a.C) trobat en una tomba de Tebas. Consta de 110 columnes i 877 paràgrafs. Es conserva a la Universitat de Leipzig i el seu contingut podria resumir-se en: cura de la pell, el cabell, les dents i la llengua. Preparats contra la pesta i consideracions sobre la vida, la salut i la malaltia.

servidors/es. A més, els metges egipcis no practicaven l'obstetrícia, especialitat que estava completament en mans de les matrones (Donahue, 1985).

4. Els Pobles Orientals Clàssics

L'ÍNDIA

La informació que es té d'aquest poble data de 1600 anys a.C. consta de diferents documents històrics, els més importants són els *Vedas* i els *Upavedas* que tracten temes de medicina, cirurgia i malalties infantils, però també ressaltaven temes sobre la higiene i la prevenció de malalties.

El concepte salut-malaltia va ser influenciat pels dos sistemes filosòfics que imperaven el brahmanisme¹³ i el budisme¹⁴. La base del guariment del sanar eren: el metge, el pacient, els fàrmacs i l'ajudant del metge. Les persones responsables de tenir cura eren homes joves que havien de posseir una sèrie de qualitats: dedicació al pacient, astúcia, coneixement dels fàrmacs forma de preparació, i puresa de ment i de cos. En situacions excepcionals també podien tenir cura dels malalts les dones grans, a les que se'ls exigia habilitat i capacitat per inspirar confiança i alts principis o valors. La major influència amb el tractament de les malalties va ser mitjançant dos llibres: el Sushruta i el Saharaka. El primer tractava l'aspecte quirúrgic i el segon l'aspecte mèdic.

L'Índia ve ser el país més avançat en quan a cirurgia de les cultures antigues. Intervencions com l'amigdalectomia, desconegudes per a les posteriors civilitzacions grega i romana, ja es practicaven. Els cirurgians indis practicaven amputacions de membres, extirpaven tumors, reparaven hèrnies, operaven de cataractes i realitzaven parts mitjançant cesàries, així com un cúmul de petita cirurgia i cures. Els metges indis descrigueren nombroses malalties com: la Tuberculosi, Febre Tifopidea, Lepra i Hepatitis entre d'altres, i varen aplicar el qualificatiu de *mellitus* a la Diabetis. També varen descriure els causants de

¹³ Segons Briggs (1989): Brahmanisme religió índia que reconeix i adora a Brahma com a ésser suprem. Base de l'organització social d'Orient (règim de castes). Les primeres fonts estan en els llibres sagrats (vedas) escrits els anys 1500-1400 a.C.

¹⁴ Segons Briggs (1989): Budisme és doctrina religiosa i filosòfica inspirada per Buda, derivada del brahmanisme però abolint el règim de castes. La principal característica del budisme és la supressió de la causa del dolor mitjançant l'aniquilació del desig.

malalties transmissibles com els mosquits de la Malària. Pensaven que era més important la prevenció de la malaltia que la curació.

Durant el regnat d' Asoka (269-237 a. De C.), es produïren els majors avenços en matèria de sanitat, destacant la construcció dels primers hospitals de la història. La història de la Índia proporciona una descripció més completa dels principis i pràctica de la infermeria que la de qualsevol altra civilització. En els antics documents es fa referència als cuidadors, majorment homes. No obstant, en circumstàncies especials eren dones grans a les que se les exigia tenir qualitats com l'habilitat i capacitat per inspirar confiança, i alts principis morals (Donahue, 1985) .

LA XINA

El poble xinès considerava que la salut era el resultat de l'harmonia de l'esperit amb si mateix i amb l'univers. Els xinesos pensaven que la natura depenia de la dualitat bàsica del Ying i el Yang. El Ying, negatiu, fosc i femení, i el Yang, positiu, clar i masculí. El desequilibri entre aquestes dues energies era la causa de les malalties.

Tots els coneixements basats en la medicina xinesa estan escrits pels tres emperadors llegendaris. Fu Shi, al qual se li atribueix el Pakua on es combinen les línies del Ying i el Yang. Shen Nung, que va investigar més de 365 fàrmacs personalment i del que se'n diu va ser un dels precursors de l'acupuntura, i Huang-Ti, que va escriure un compendi de medicina anomenat Estatut de la medicina. Segons Huang-Ti són necessàries quatre activitats durant l'examen previ al diagnòstic: mirar, escoltar, preguntar i sentir, és a dir, el que avui anomenem: observar, auscultar, interrogar i palpar. Totes les fases de la salut i la malaltia, incloent la prevenció i el tractament figuren en aquest estatut.

Segons les creences del poble xinès la responsabilitat de tenir cura era dels membres de la família. No existeixen referències concretes sobre les persones dedicades a tenir cura, possiblement donat a la posició d'inferioritat de la dona segons la doctrina de Confuci, i per la creença que la malaltia era produïda perquè la persona era un ésser posseït per esperits malèfics. No obstant, s'han identificat sales de curació adossades als temples amb dues funcions: l'oració i la recuperació de la salut (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

5. La Cultura Precolombina

Com en altres cultures antigues, les civilitzacions: inca, maia, asteca i tolteca, creien que les malalties eren el resultat de la ira dels déus. La salut era una qüestió merament d'equilibri entre les persones, la naturalesa i el diví. Les tribus índies combinaven la religió, la màgia, la medicina, les cures i la farmàcia. Aquestes activitats eren dutes a terme, primerament, pels bruixots i, posteriorment, pels sacerdots que intentaven curar el cos i la ment. Els tractaments variaven segons les tribus, però tots es combinaven amb rituals religiosos i herbes medicinals. També eren coneixedors de mètodes quirúrgics com la trepanació, l'extracció de peces dentàries, les sutures i les amputacions. Com en altres civilitzacions, la dona tenia al seu càrrec la cura dels nens, l'assistència als parts i la cura dels vells. La posició de la dona índia era socialment molt alta i tenia autoritat total sobre la llar (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

C. El Món Clàssic

El món clàssic considerat bressol de la civilització occidental ho formen la Grècia Clàssica i la Roma Antiga. En el món clàssic la societat estava formada per tres estaments: els ciutadans, els plebeus i els esclaus.

Els ciutadans eren homes lliures i rics, no treballaven i es podien dedicar a la filosofia, les arts, les lletres i la política i es consideraven el grup més privilegiat. Els plebeus també eren homes lliures però necessitaven treballar per a poder viure. La gran majoria eren artesans i d'altres feien de caporals de les terres dels ciutadans. Els esclaus eren la base de la economia, aquests realitzaven les tasques més bàsiques de la comunitat (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

1. Grècia Clàssica

Els grecs amb la seva saviesa varen aconseguir canviar el pensament mític pel pensament racional, del *mytos* al *logos* i va sorgir la *phisi*, conjunt de tot allò que abasta la vista, és a dir, la naturalesa i el perquè de les coses (Hernández Conesa, 1995).

A l'igual que els egipcis, els grecs coneixien la importància de la higiene i la nutrició per a conservar la salut, però el camp de la salut va avançar considerablement gràcies als coneixements dels filòsofs. D'aquesta manera els grecs varen ser els primers en aplicar mètodes més o menys científics per a la practica mèdica.

A Grècia, la cura de la salut estava en mans de diferents grups: cirurgians, metges tècnics, matrones i esclaus (es podria considerar que varen ser els precursors dels actuals professionals de la salut). Aquests grups elaboraren un nou concepte de malaltia. Un concepte racional deixant de banda els poders i sabers sobrenaturals.

Progressivament, els metges s'uniren i formaren petites escoles de medicina. Els estudiants eren homes joves, procedents de famílies de la classe alta i ben preparats. Per a ingressar a les escoles de medicina era imprescindible fer un jurament. Un cop acabats els estudis, aquests joves passaven a formar part del grup dels ciutadans amb els filòsofs, polítics,...El treball dels metges estava basat en la intel·ligència, deixant a banda l'aspecte manual, que era exercit pels cirurgians. Aquest fet fomentà que el metge tècnic perdés el contacte amb el malalt. Entre els metges grecs més famosos es cita a Hipòcrates i Discòrdies.

Quan al tenir cura de les persones, la filosofia estoica contemplava l'assistència als malalts independentment de l'estament al qual pertanyien. Però la realitat va demostrar que l'atenció a la salut depenia de la categoria dels ciutadans.

Els metges tècnics tenien cura dels ciutadans lliures i rics i propugnaven una medicina educativa. Els plebeus que podien econòmicament, també utilitzaven l'assistència dels metges tècnics i els que no podien empraven els serveis del gimnasta. Aquest, utilitzava tractaments dietètics, règims, massatges i unguents. Els esclaus eren atesos principalment pels ajudants o col·laboradors dels metges tècnics, també esclaus, que havien après dels seus patrons. En els escrits hipocràtics¹⁵ es cita l'assistent o servidor com el col·laborador-metge. Aquesta figura es correspon amb una de les primeres figures institucionalitzades que realitzen pràctiques infermeres i actuen per delegació. Duien a terme tasques específiques com l'aplicació de banys calents, cataplasmes, compreses fredes, dietes líquides o alimentació lleugera.

Dins de la cultura grega les dones no podien ser instruïdes en cap tipus d'art o saber, quedant reduïda la seva activitat a l'àmbit purament domèstic, és a dir, com a matrones o dides. Com en altres civilitzacions, les matrones eren les encarregades de dur a terme els parts. Els grecs, representen a la dona amb la

¹⁵ Garcia-Barrios i Calvo (1992): Escrits realitzats per Hipòcrates els anys 400-370 a .C. Aquests escrits tractaven aspectes de caràcter general, continguts anatomofisiològics, temes dietètics, patologia general, patologia específica de contingut terapèutic, quirúrgic, oftalmològic, ginecològic, obstètric i pediàtric.

figura de Panacea escollint herbes medicinals i ajudant als sacerdots amb la cura dels malalts. Les primeres referències escrites quan a la concepció de la salut a la Grècia Clàssica es troben en els escrits homèrics (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

2. Roma Antiga

Els romans, poble guerrer i colonitzador no tenien una cultura ni religió pròpia i tampoc sistemes mèdics. Els romans prenen i aprenien dels pobles conquerits, principalment dels grecs. Però durant la civilització romana es va avançar molt en la canalització de l'aigua creant aqüeductes i clavegueres i construint banys públics, sistemes de calefacció centrals i cementiris adequats. Tenien reglaments quan als enterraments i vigilància en els mercats.

Els romans, que destaquen pel seu caràcter militar, aportaren a l'assistència sanitària una bona planificació i organització i crearen institucions per a promoure i fomentar la salut. Figuren entre les més importants l'*Alimenta de Trajano*¹⁶ i l'*Ahona*¹⁷.

Al principi, la tasca dels metges va ser dura. Els metges grecs varen ser fets esclaus, i la medicina va ser considerada una professió indigna que només l'exercien esclaus i estrangers. No es va consolidar com un benefici fins el segle I a. C., gràcies a la labor d'Asclepiades de Bitínia. Però, qui realment donà el valor que es mereixia a la medicina va ser Galè de Pergamo.

Galè, immigrant grec de l'Àsia Menor, va ser probablement el més nombrat i influent dels escriptors mèdics de tots els temps. Metge de gladiadors, atletes i de l'exèrcit va desenvolupar grans habilitats en la cirurgia. Va establir un sistema per l'ús dels medicaments que perdurà fins l'època medieval. A Galè se'l considerà com el gran fisiòleg experimental de l'antiguitat. Els seus escrits contribuïren enormement al coneixement mèdic i representen una amalgama conservadora del ensenyament d'Aristòtil i de la tradició hipocràtica. Altres metges importants foren Cornelio Celso, que va escriure la primera història organitzada de la medicina i va descriure les característiques de la inflamació, i Cayo Plinio.

¹⁶ García-Barrios i Calvo (1992): L'*Alimenta de Trajano* era com un asil on es recollien els orfes i on es mantenien fins que tenien edat per entrar a l'exèrcit.

¹⁷ García-Barrios i Calvo (1992): L'*Ahona* era un magatzem alimentari on es guardava el gra que es recollia en els diferents punts de l'Imperi i des d'on s'enviava a Roma. Aquest gra es repartia entre els habitants per tal de evitar la fam.

Quan a la cura dels malalts i ja que la medicina era considerada una pràctica d'esclaus, les cures dels malalts les prescrivia el *siervus medicus* (habitualment grec) i els *nosocomi* o subalterns actuaven com infermers en els *valetudinarium*, hospitals situats en els camps de batalla. L'objectiu principal dels nosocomi era la recuperació ràpida dels soldats. Posteriorment, es crearen *valetudinariuns* per a persones civil (Donahue, 1985) .

Igual que a la cultura grega, els romans exclouien a la dona de les tasques de govern, política i de les arts. La dona, o més ben dit la mare romana com anomena Dixon (1988), complementa l'entramat de les cures domèstiques dels romans. Per a Dixon, les accions que du a terme la mare estan impregnades de condicionaments morals més que metodològics. La mare és la màxima autoritat de la llar i té al seu càrrec l'organització, els parts i la cura dels fills.

2.1.1.2 *Etapa vocacional*

A. Inici de l'Era Cristiana

A partir del segle IV, els romans es comencen a convertir al cristianisme. Aquesta conversió generà grans canvis, ja que els cristians defenien la idea que tots els homes eren fills de Déu de forma igualitària, idea que va fer desaparèixer els tres nivells socials existents fins aquell moment.

La filosofia cristiana propugnava que les persones deixessin de preocupar-se d'elles mateixes i s'ocupessin de forma altruista dels demés. Aspectes com la caritat, la misericòrdia o l'ajuda desinteressada al necessitat, en un intent de seguir l'exemple de Jesús, impregnaren el pensament de moltes persones, principalment d'aquelles amb tendències a ajudar al demés. D'aquesta manera el tenir cura es convertí en una obra de misericòrdia (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

Els aspectes positius de les ensenyances cristianes són evidents, la cura de les persones va passar a considerar-se com un deure sagrat adquirint un enfocament humanitari, si bé, l'excés d'enfocament religiós dificultà considerablement el progrés de les cures.

Durant els primers segles de l'Era Cristiana sorgiren un gran nombre de congregacions, ordes religiosos i germandats a tot el món. Els primers eren de dones i es varen fundar amb la finalitat de dur a terme una tasca de tipus social.

Entre les més importants destaquen: les dones verges, que no està molt clar quin paper desenvoluparen, si el de la pràctica del tenir cura o mes relacionat amb obres socials derivades de la caritat. Es podria dir que són les precursoras de les posteriors monges; les diaconesses, procedents de famílies de bona posició social, formaven grups dedicats a la catequesi i també auxiliaven als necessitats; les vídues, que van arribar a formar grups nombrosos de dones dedicades a l'assistència als malalts i als pobres; i les matrones romanes, grup que apareix quan el cristianisme s'instaura dins les classes dominants romanes, es dedicaven a tenir cura dels malalts, dels pobres i dels necessitats (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007)

Aquests grups de dones es dedicaren principalment a l'educació dels nens orfes, a labors pastorals entre les dones i a la cura dels malalts. Exemples com el de Febe, considerada la primera infermera visitadora. Visitava i cuidava a pobres i malalts a les seves llars, proporcionant cures físiques i espirituals. Marcela, que va convertir el seu palau en monestir i dedicà la seva vida a la cura dels malalts; Fabiola, que va fundar en el seu palau el primer hospital públic i gratuït a Europa treballant ella com a cuidadora; o Paula, que fundà nombrosos hospicis en el camí de Betlem, i la primera en concebre la infermeria com un art diferenciat de l'atenció als pobres (Hernández Conesa, 1995).

Amb la proliferació de les congregacions, l'Església es va veure amb el deure de construir llocs on poder acollir als necessitats. Aquests llocs anomenats *xenodochium*, estaven formats per un conjunt d'edificis: hospitals, posades, manicomis, geriàtrics, orfenats, i eren atesos per les diaconesses ajudades per vídues. L'any 325, durant el I Concili de Nicea, l'Església pren la decisió de que cada bisbe creï un *xenodochium* dins de la seva diòcesi. És important recalcar que la filosofia d'aquests hospitals no era només la de curar la part física, si no també les afeccions espirituals o de l'ànima (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

B. Edat Mitjana

Aquest període compren l'interval existent des de la caiguda de l'Imperi Romà l'any 476 fins la caiguda de Constantinopla any 1453, aproximadament mil anys i està dividit en dos etapes: l'Alta Edat Mitjana (aproximadament fins l'inici del segle XI), i la Baixa Edat Mitjana (comprèn el període entre el segle XI i XV).

ALTA EDAT MITJANA

Va estar impregnada per tres cultures: cultura de l'Imperi Oriental o Bizantina, cultura de l'Imperi Occidental i l'Islam.

La divisió de l'Imperi Romà en dues unitats territorials independents, es va veure forçada principalment per causes econòmiques, religioses i culturals. Mentre l'Imperi Oriental, considerat una prolongació del Món Clàssic, conservava la cultura i el saber i produïa riquesa mitjançant el poble artesà i el comerç, l'Imperi Occidental consumia tot el produït per l'Oriental, tancava les ciutats amb muralles per por a les invasions, es veia afectat per grans epidèmies i part dels seus habitants fugien al camp (Hernández Conesa, 1995).

Aquest procés històric de disgregació va generar nous conceptes sobre l'ajut als necessitats i el tenir cura dels malalts, iniciant-se una fase d'institucionalització.

La institucionalització de les cures d'infermeria de la zona occidental europea va desenvolupar-se, principalment, dins dels monestirs rurals, cases de caritat i hostatgeries. Diferents ordes religiosos fundaren hospitals on les prestacions eren exclusivament per motius caritatius. Foren hospitals importants (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007) :

- ▲ *L'Hôtel Dieu de Lyon* fundat l'any 542 a petició de l'arquebisbe de Lyon, governat per personal laic, fet que contrastà amb altres institucions de l'època ja que no estava directament sota el control clerical.
- ▲ *L'Hôtel Dieu de Paris* fundat l'any 651 pel bisbe Landeric, també governat per personal laic. Aquest hospital creixé de forma considerable i avui dia funciona com hospital de la ciutat de Paris. Les primeres cuidadores o infermeres d'aquest hospital eren seglars, posteriorment i a petició del Papa Innocent IV, l'organització va passar a dependre dels ordes religiosos. Pel control del funcionament d'aquest hospital es va fundar l'Orde de les Germanes Agustines, que va ser el primer orde dedicat exclusivament a labors infermeres. Aquest orde, absolutament estricte, també incloïa homes, anomenats germans. Uns i altres tenien assignades tasques específiques: administració de l'hospital, admissió i alta dels malalts, cura dels malalts, serveis religiosos, responsabilitat de les cuines i bugaderies.

- ▲ L'any 717, l'hospital del *Santo Spirito di Roma*, construït per orde d'Innocent III, segurament un dels més importants de l'època va servir de model per a la construcció d'altres. Aquest hospital va ser construït expressament per a la cura de malalts i tenia sales per a malalts mentals i infecciosos. L'any 1500, disposava d'una nau principal amb quasi mil llits.
- ▲ A Londres, l'any 936 es fundà l'Hospital de Sta. Caterina i San Bartomeu, anomenat popularment *Saint Bart's*. Aquest hospital es fundà amb la iniciativa del bufó de la cort d'Enric I. Avui dia es considera un hospital altament qualificat en l'ensenyança de les disciplines mèdica i infermera.

A la zona oriental, es construïren hospitals, prova d'això són els hospitals disseminats per tot l'Imperi Oriental com: l'Hospital de Constantinopla, Alexandria, Antioquia, Jerusalem, Nicea, Tesalónica i Efeso, entre d'altres. Aquests hospitals comptaven amb sales diferenciades segons els tipus de malalties. Un exemple d'aquests hospitals és la informació existent de l'Hospital del Pantócrator, construït el 1136, on es relata que hi havia una sala per els casos quirúrgics, una per oftalmologia, una per problemes digestius, una per ginecologia i dues més per a casos generals. També es construïren edificis destinats a epilèptics, a les persones grans i als peregrins, tots ells previstos de serveis socio-sanitaris contrastant amb els costums d'occident. A més, seguint la tradició cultural i filosòfica de l'Imperi, la tasca de tenir cura dels malalts es va veure recompensada econòmicament. A finals del segle IV en el monestir de Lips (Constantinopla), el salari anual d'un metge era de 16 monedes d'or i el del farmacèutic de 12, mentre que la cap d'infermeres en rebia 14 i les infermeres 10 (Hernández Conesa, 1995).

Arribats a aquest punt, es pot començar a establir que les institucions dedicades a la cura dels malalts tant en una zona com a l'altra estaven lligades a la filosofia i pensament cristià, motiu pel qual l'església va assumir totes les qüestions referents a aquest tema.

La cultura islàmica va suposar un canvi religiós, polític i cultural. Els àrabs varen traduir al seu idioma l'obra de Galè, Hipòcrites i d'altres metges importants de la cultura grega i li donaren un enfocament religiós. Posteriorment, aquesta obra es traduí al llatí i es cristianitzà.

Els metges estaven molt ben considerats i es formaven en escoles situades dins de les mesquites o a prop d'aquestes. Els àrabs no van avançar amb anatomia al

considerar impurs els cadàvers, però el seu interès en l'estudi de la química i la botànica va donar lloc al progrés amb la farmacologia i amb l'ús de nous medicaments. La cultura islàmica va tenir metges com:

- ▲ Avicena, científic i filòsof, el seu legat és fonamentalment els seus escrits sobre la medicina *Canon de Medicina* utilitzat durant segles i considerat com un dels escrits més importants per a la preparació mèdica.
- ▲ Maimònides, el metge jueu més famós de la medicina àrab. Es dedicà a la terapèutica pràctica i assessorà en temes d'higiene, dietes, primers auxilis i verins.
- ▲ Averroes, que va ser comentarista de l'obra d'Aristòtel i també va escriure un *Canon de la Medicina*.
- ▲ Rhazes, conegut principalment pels seus estudis sobre les paperes, la varicel·la i l'aportació de material per a una enciclopèdia mèdica.

Els àrabs varen copiar la idea de fer hospitals dels primers cristians i varen crear-ne de molt importants. La cura dels malalts estava a càrrec de les dones, es descriu l'existència de llevadores i personal d'infermeria degudament preparat als quiròfans, i de personal d'infermeria per atendre les sales dels hospitals. Disposaven d'importants farmàcies amb productes vegetals, minerals i animals. Tenien cura de la salut pública i vigilaven escorxadors, cuines i banys públics (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

BAIXA EDAT MITJANA

Durant aquest període esdevingueren sorprenents progressos en les arts, l'arquitectura, l'escriptura (invenció de la impremta) i la medicina. Va sorgir una nova classe social, la classe mitja constituïda per mercaders, banquers i botiguers.

Un dels fets més significatius d'aquesta època són les expedicions militars (creuades), dutes a terme pels cristians d'occident amb la finalitat d'expulsar dels llocs sants als infidels. Les creuades no tingueren èxit, però serviren per promoure el comerç, la indústria, l'intercanvi d'idees i les modificacions socials. Les principals causes de les creuades varen ser les peregrinacions, l'esperit feudal i aventurer de l'època i el temor a que Europa fos sotmesa pels turcs.

Quan a les cures d'infermeria, les creuades varen afavorir el creixement d'hospitals al voltant de les rutes de les expedicions i es va iniciar la sistematització de les actuacions de les persones dedicades a tenir cura dels ferits i dels malalts.

Entre els segles IX i XIII, la població va augmentar, no hi hagueren guerres i el nombre de malalties va disminuir. La cultura occidental estava en auge i es fundaren importants escoles de medicina.

Durant el segle XIV, la manca de recursos sanitaris i la falta d'higiene afavoriren l'aparició d'epidèmies. La pesta negra, malaltia produïda per rosegadors i transmesa per les puces, va arribar a reduir la població europea una quarta part. La malaltia de la suor (probablement grip) va ocasionar un gran nombre de morts, i la lepra es va estendre considerablement arribant a crear-se ciutats (*lazarets*) pels afectats d'aquesta malaltia (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

Els problemes socials d'aquesta època varen ser: el creixement de les ciutats, condicions de vida deficientes, propagació de malalties infectocontagioses,... les quals varen fer necessària la creació de nous ordes per a la cura del malalt i el retorn de la cura en el domicili dels afectats. Es varen fundar tres tipus d'organitzacions: els ordes religiosos, els ordes seglars i els ordes militars (Donahue, 1985):

- ▲ **Els ordes religiosos**, anomenats també ordes mendicants, varen sorgir del fervor religiós. Els cuidadors pensaven que la gràcia de Déu es podia obtenir mitjançant la fe, la caritat i l'ajuda als necessitats. Les persones que dedicaven la seva vida a tenir cura dels demés, ho feien des d'una visió filosòfica cristiana. Acceptaven vots religiosos de castedat, pobresa, obediència, i depenien de la mendicitat com a forma de subsistència. Cal destacar els Ordes fundats per Sant Francesc d'Asís (1182-1226): Frares Menors, Clarises Pobres i Terciàris.

De l'Orde del Frares Menors varen sorgir eminents lletrats i científics, molts d'ells ensenyaren a les universitats de Padova, Colònia, Viena, Praga, París,... entre aquests cal destacar a Roger Bacon que va ajudar a assentar les bases de la ciència experimental.

Les Clarises Pobres era un orde de monges fundat per Santa Clara de Soffi (1194-1253), nascuda a Asís. Als disset anys va marxar de casa seva per

ingressar en un convent benedictí i seguir una labor de sacrifici. Posteriorment, va fundar el seu propi convent i va col·laborar amb l'obra de Sant Francesc.

L'Orde dels Terciaris, fundat per homes i dones laics, no volien renunciar a la seva vida però volien practicar la caritat i la devoció a Déu de forma similar als religiosos. Entre les persones que varen destacar en aquesta orde figuren: Isabel d'Hongria, filla de la casa Reial, que es va dedicar a tenir cura dels leprosos, alimentar els impossibilitats i tenir cura dels nens; Caterina de Siena, va treballar com germana a l'Hospital de l'Scala de Siena tenint cura dels malalts i allotjant als peregrins.

- ▲ **Els ordes seglars**, varen néixer de grups de treballadors units per formar ordes semireligiosos sense seguir la imposició dels vots monàstics. Aquests ordes varen fer grans contribucions a la infermeria i varen tenir cura de malalts, pobres, abandonats i orfes. L'èxit obtingut per aquests ordes va ser per la gran llibertat d'acció que tenien dins de la comunitat. Destaquen com a grups més importants: els Germans Hospitalaris de Sant Antoni, les Begudines i les Germanes de *l'Hotel Dieû de Paris*.

Els Germans Hospitalaris de Sant Antoni coneguts com Antonins, format per un grup d'homes i dones, que es dedicaven a tenir cura dels malalts afectats pel foc de Sant Antoni possiblement erisipela. Més tard, varen estendre la seva dedicació a altres tipus de malalts.

Les Begudines, fundades per Maria de Oignes a Lieja Bèlgica, era un grup de dones que treballaven per viure i que es dedicaven a la cura dels malalts en hospitals i en domicilis, no utilitzaven hàbits i podien deixar l'orde en qualsevol moment. Durant la seva permanència feien vots de obediència i castedat. Aquest orde va arribar a ser famosa per la bona atenció donada als malalts i per la bona administració en hospitals.

Les Germanes de *l'Hotel Dieû de Paris*, un dels ordes més antics dedicats a la cura dels malalts. Als seus inicis format per personal seglar i posteriorment per l'Orde de les Germanes Agustines.

- ▲ **Els ordes militars**, combinaven el militarisme amb la caritat i la religió. Varen fundar hospitals al voltant de les rutes de peregrinació on s'allotjava

i es tenia cura dels peregrins, dels cavallers ferits, dels malalts i dels desvalguts. La rigidesa de l'estructura militar va fer que els seus membres s'organitzessin en: cavallers (lluïtaven a les creuades, protegien els peregrins i en èpoques de pau ajudaven a tenir cura dels malalts); sacerdots (tenien al seu càrrec les obligacions religioses); germans servents (eren els responsables de donar allotjament als peregrins cansats i tenir cura dels malalts i desvalguts).

La infermeria va heretar dels ordes militars la idea sobre la importància d'anar uniformats, l'organització i jerarquització dels serveis, directrius de com administrar les organitzacions i la manera de traslladar o fer el transport de ferits i malalts. Destaquen ordes com els Cavallers Hospitalaris de Jerusalem, Cavallers Teutònics i Cavallers de Sant Llàtzer.

La filosofia cristiana d'utilitzar els hospitals, principalment, per tenir cura dels peregrins, orfes i necessitats, va crear un augment en la demanda de noves construccions per donar cabuda als malalts. Als nous hospitals s'instal·laren cuines, bugaderies, menjadors,... i sorgiren diferents categories de treballadors, essencialment la figura de l'infermer/era clarament diferenciada per sexes, cirurgians i barbers. En aquests hospitals el metge pràcticament no existia. A finals del segle XV, comencen a aparèixer els manicomis. Aquests hospitals tenien la mateixa estructura que els altres (García Martín-Caro, Martínez Martín, 2007).

Durant tota la Baixa Edat Mitjana, l'Església, va prosseguir tenint al seu càrrec l'organització, supervisió i cura dels malalts, generalment, a càrrec de monjos, monges i dels servents (empleats remunerats).

Durant l'última etapa de la Baixa Edat Mitjana, va començar un període difícil per a la infermeria i els hospitals van patir canvis molt negatius. Els llits començaren a ser compartits per dos o mes persones. Molts malalts estaven bruts i mal alimentats i es va generalitzar la pràctica de contractar personal sense experiència per tal d'augmentar les dotacions amb el mínim de despeses. Aquest últim aspecte va conduir la infermeria a una terrible decadència, que va acabar coincidint amb l'inici de l'Edat Moderna amb l'etapa coneguda com Època Fosca de la Infermeria.

C. Edat Moderna

Aquesta època es va iniciar amb la caiguda de Constantinopla, i es divideix en tres etapes: Renaixement, durant els segles XV i XVI; Barroc, al llarg del segle XVII; i Il·lustració, considerat el moviment ideològic del segle XVIII. Fets importants d'aquesta època varen ser: l'aparició de la impremta, la conquesta d'Amèrica, l'aparició del Protestantisme i la Contrareforma de l'Església Catòlica.

El desenvolupament intel·lectual que es va dur a terme entre els segles XV i XVIII va afavorir nous coneixements en anatomia, fisiologia i patologia, i varen sorgir noves tècniques (lligadura d'artèries, embenats hemostàtics, injecció intravenosa, transfusió sanguínia), i aparells per a la cura de la salut com: el termòmetre o el microscopi.

Durant aquesta època, els problemes de salut varen estar relacionats directament amb les classes socials. Mentre les anomenades classes altes o cortesanes patien malalties produïdes per l'alimentació i la vida sedentària (gota, litiasis,...), el poble patia de desnutrició i de malalties provocades per les activitats laborals (excés d'hores, poca ventilació, inseguretat,...) o per la reaparició d'epidèmies durant el segle XVII, resultat de les pèssimes condicions higièniques. Les malalties infecto-contagioses més importants varen ser: les gastrointestinals com el tifus, la sífilis (importada d'Amèrica pels mariners) i la grip (anomenada suor anglesa).

Per altra banda els efectes del protestantisme no varen tardar en fer-se notar. En els països on va triomfar la reforma protestant, els ordes religiosos es varen dispersar i els convents es varen tancar. La principal conseqüència d'aquests fets va ser l'abandonament de la cura dels malalts passant aquesta a mans de personal de pocs o cap coneixement i amb retribucions escasses. Les persones que s'incorporaren per a dur a terme aquestes labors, eren majoritàriament dones provinents de la prostitució, donades a la beguda o procedents de les presons. L'interès d'aquestes persones en treballar als hospitals era assegurar-se un lloc on dormir i el menjar.

El deteriorament durant tres segles de les cures d'infermeria i de les persones que les duïen a terme va conduir la infermeria al nivell més baix de tota la història. Aquesta etapa es coneix com l'Època Fosca de la Infermeria (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

El caos ocasionat pel protestantisme va provocar un moviment de resposta per part de l'Església, que per tal d'aclarir la part de la doctrina atacada pels luterans, va convocar un concili: Concili de Trent. En aquest concili, que va durar divuit anys, entre d'altres, es van revisar els problemes de l'assistència als malalts i en varen establir les normes pels religiosos/es que estiguessin al càrrec dels hospitals.

Van ser molts els ordes religiosos que van iniciar aquesta nova etapa de dedicació a la cura dels malalts, destaquen com més importants: l'Orde dels Germans de Sant Joan de Déu; els Germans Terciaris Franciscans i l'Orde de la Visitació de Maria fundats per Sant Francesc de Sales i dedicats a la visita domiciliària; les Dames de la Caritat fundat per Sant Vicenç de Paul, també dedicat a la visita domiciliària i a les necessitats bàsiques dels malalts.

L'Orde dels Germans de Sant Joan de Déu, fundada pel portuguès Joan Ciudad, conegut com Joan de Déu (1495-1550). Després de divuit anys com soldat va fer el vot de dedicar la seva vida a Déu si es recuperava d'una ferida soferta amb un combat. Al principi aquests germans eren homes laics i no tingueren regles fins 1570. Eren mendicants que es dedicaven a la infermeria, al treball hospitalari i a la distribució de medicaments. Es van dedicar principalment als malalts mentals, a la cura dels nens abandonats i a la visita domiciliària. Actualment, tenen hospitals per quasi tot el món (Donahue, 1985).

Germans Terciaris Franciscans, orde fundat per Sant Francesc de Sales (1567-1622), aquest orde va animar amb la seva influència a un grup de dones a reunir-se amb el propòsit de dedicar-se a la visita domiciliària dels malalts. Aquestes visites incloïen les cures del malalt, higiene personal, cura de l'alimentació i el rentat de robes. El grup de dones que segons el seu fundador no estaven obligades a cap tipus de vots, s'anomenà Orde de la Visitació de Maria. Aquesta organització es pot considerar com una de les més antigues d'infermeres visitadores (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007) .

Les Dames de la Caritat, orde fundat per Sant Vicenç de Paul, format per vídues, dones casades o solteres de bones famílies, que podien unir-se amb el consentiment del marit o del pare, i que no realitzaven cap tipus de vots. Les seves funcions consistien en tenir cura de les necessitats bàsiques del malalt (higiene i alimentació), suport moral i religiós i alleugerar la pena dels familiars. D'aquests

grups va sorgir Mlle. Le Gras (1591-1660), coneguda com Lluïsa de Marillac, que va arribar a ser la principal col·laboradora de Sant Vicenç de Paul.

Sant Vicenç de Paul, excel·lent organitzador, va observar que fora de les capitals l'atenció als malalts i necessitats es duia a terme molt millor, i va optar per reclutar joves camperoles obtenint excel·lents resultats. El nombre d'adeptes va augmentar considerablement i es va crear la necessitat de donar una preparació i entrenament previ, així com la necessitat d'unificar els plans de treball. D'aquesta manera, Lluïsa de Marillac, acompanyada d'unes quantes joves, es va s'instal·lar en una petita casa on ensenyava a les noves dames. Més de vint anys varen passar fins que Sant Vicenç de Paul permetés que aquestes dames professaren vots i es constituís la Congregació de les Germanes de la Caritat. Actualment, són el grup religiós més nombrós de l'Església Catòlica dedicat a la infermeria (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

Quan a les cures d'infermeria en el Nou Món, i segons descriu Hernández Conesa (1995), aquestes van seguir les directrius dels seus colonitzadors. Els espanyols i francesos portaren ordes religiosos amb una doble finalitat: tenir cura dels malalts i propagar l'evangeli. Destaquen per la seva labor: Sant Martí de Porres i Santa Rosa de Lima, de l'Orde Dominica; l'Orde de Sant Joan de Déu, que va fundar diferents hospitals a Xile i Argentina, atesos per religiosos-infermers *juanitos*; Frai Pere de Gante que en 1523 fundà l'escola d'infermeria *San José de los Naturales*, on es formaven acadèmicament als infermers; i els Ordes Franciscà i Agustí que van ser els que més hospitals varen fundar a Mèxic.

Al Canadà francès van ser els jesuïtes els impulsors de la creació d'hospitals mitjançant els seus informes sobre l'estat de la salut de la població. Gràcies a aquests informes, la Duquesa d'Aiguillon va manar construir l'*Hôtel de Dieu* l'any 1639 administrat per l'Orde de les Germanes Agustines.

Contràriament, als països d'Amèrica del Nord (avui EEUU) i d'acord amb els esquemes culturals anglesos de tradició protestant, no existia una assistència sanitària organitzada. Els malalts eren atesos per les seves famílies, ja que el benestar social era responsabilitat de cada individu (Donahue, 1988, i les poques institucions dedicades a la cura dels malalts eren ateses per servents, pobres i delinqüents. Les institucions hospitalàries nord-americanes van trigar en posar-se en funcionament i la cura dels malalts era deficient. Però la situació d'absència

sistematitzada, va afavorir la creació d'escoles per infermeres com la de l'Hospital de Pensilvània, inaugurada l'any 1878. En aquest hospital es va iniciar una pràctica revolucionària: la contractació d'infermeres-servents, contrària a la idea protestant de les cures dels malalts, iniciant-se una nova etapa o etapa de professionalització.

Aquesta nova pràctica va obligar a la sistematització de les cures i a la construcció d'un cos disciplinar. Per poder comprendre l'evolució de la infermeria en el Nou Món cal recalcar dos fets històrics imprescindibles: d'una banda, els esquemes tradicionals de les cures d'infermeria proporcionades pels ordes religiosos en els països on es van instaurar, i d'altra banda, la despreocupació dels malalts per part dels anglesos reformats, que com en el seu país d'origen van confiar aquesta tasca als poders civils, la qual cosa va ocasionar un gran buit, tan pel que fa a les cures com a nivell hospitalari.

A mode de conclusió, la dicotomia que caracteritza les cures d'infermeria durant aquesta època: concepte caritatiu-vocacional dels Ordes Religiosos i la necessitat de professionalitzar les cures d'infermeria, atès el buit creat per la societat protestant, és de gran valor a l'hora d'entendre l'evolució de la infermeria. De fet, es pot deduir que les cures d'infermeria tal i com avui són enteses, troben el seu estrat basal immediat amb la simbiosi que es produeix entre ambdues orientacions, sorgint el que podríem anomenar professionalització-caritativa-vocacional.

Aquesta concepció de les cures d'infermeria, que es perllonga al llarg del temps, va dificultar el fet de tenir una identitat pròpia, així com la construcció d'un marc teòric que avalés la infermeria com una disciplina científica (Hernández Conesa, 1995).

2.1.1.3 Etapa tècnica

El món contemporani s'emmarca en els segles XIX i XX. Es caracteritza per la revolució des de diferents punts de vista: el creixement demogràfic, la revolució industrial i el moviment obrer durant el segle XIX, i les dos guerres mundials durant el segle XX.

Durant el segle XIX, millora el nivell de vida, augmenta el nombre de naixements i disminueix la mortalitat infantil. Paral·lelament, la indústria provoca una gran

migració de la gent de les zones rurals a les ciutats, originant l'anomenada Revolució Industrial. Segons Lain Entralgo (1978), en la Revolució Industrial intervingueren tres factors: els diners, motor de la indústria; la tecnificació de la ciència, que es va iniciar amb els inventors i els enginyers; i la mà d'obra, buscada per les empreses al preu més baix possible.

La indústria, va abocar la societat a dues classes socials ben diferenciades: la burgesia o classe capitalista i el proletariat format per la classe treballadora. El desenvolupament industrial i l'augment de població a les ciutats va modificar significativament l'equilibri ecològic de l'home. Apareixen nous problemes de salut com les malalties i els accidents laborals (deformitats d'esquena, intoxicació per productes tòxics i accident en grans obres de construcció d'esteses elèctriques), patologies respiratòries provocades per la contaminació de les fàbriques, etc., motivant les dificultats d'adaptació ambientals.

Durant aquesta època es va iniciar una nova etapa per a la salut entesa com una lluita contra la malaltia. El desenvolupament de la medicina i la presa de consciència per part dels governants de les pèssimes condicions sanitàries van afavorir aquesta nova concepció. La salut va passar a ser considerada com un dret inalienable de l'home i l'assistència mèdica un dret de tots els treballadors. Amb la influència d'aquests pensaments es varen dictar les primeres lleis de seguretat social a Alemanya de Bismark (1883), model que van seguir posteriorment altres països. No obstant, fins la implantació d'aquest model l'assistència sanitària del segle XIX va ser eminentment curativa i individual, i diferent segons l'estrat social (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

El segle XX va estar marcat per dos fets importants la Primera i Segona Guerra Mundial. A partir de la Primera, els homes van conèixer dos grans revolucions: una social, aconseguint una major llibertat i justícia social, i una tècnica que va generar millores i descobriments de gran vàlua, com l'energia nuclear.

Durant les primeres dècades del segle XX, es va iniciar en els hospitals la funció curativa paral·lela amb la caritat o auxili als pobres. Els serveis van millorar gràcies al desenvolupament científic, i es va sistematitzar l'aplicació de tècniques de diagnòstic (com el RX), l'ús de l'anestèsia o la implantació de l'asèsia i antisèsia. S'inicia doncs, una nova concepció de l'assistència hospitalària. D'una banda, s'implanta la tecnificació dels serveis i d'una altra, la presència del metge es torna

imprescindible arribant aquests a assumir la direcció i adquirint d'aquesta manera més poder. Sorgeix el que Gracia (1984) denomina medicalització de l'hospital¹⁸

Pel que fa a les cures d'infermeria, durant el segle XIX i XX, és quan s'inicia la transformació de la pràctica infermera, originada per la preocupació dels diferents grups socials que veien com persones provinents dels nivells socials més baixos, continuaven exercint com infermers/res, o com els ordes religiosos es mantenien com únics baluards d'una infermeria més qualificada. El 1833, l'Orde dels Germans de Sant Joan de Déu, va editar el llibre *L'art de la infermeria*. El contingut d'aquesta obra, entre d'altres, era descriure les formes d'administrar l'alimentació i la higiene als malalts, l'aplicació de fàrmacs prescrits pels metges i el suport espiritual (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

La preocupació social va derivar en una sèrie de canvis que van comportar una reforma estable per a la infermeria. A partir d'aquest moment, es va iniciar una nova etapa anomenada etapa de professionalització de l'activitat de tenir cura dels malalts. Destaquen com a pioners d'aquesta reforma el luterà Teodor Fliedner i la seva esposa, Elizabeth Fry, Florence Nightingale i els ordes sorgits de l'Edat Moderna.

Teodor Fliedner i la seva esposa van ser els propulsors del canvi de concepte de la infermeria en tota la seva extensió. Aquest matrimoni, ubicat a Kaiserswerth, petita ciutat al costat de Düsseldorf), es va dedicar a la labor social i va posar en pràctica diferents sistemes d'organització copiats per reformadors d'altres països.

Després de la reforma de les presons almanes, mitjançant la creació d'una associació, T. Fliedner va iniciar l'organització d'un hospital. Aquesta labor, que resultà difícil per la falta d'infermeres qualificades, va ser l'origen de que el matrimoni Fliedner considerés preparar diaconesses. La senyora Fliedner va ser la responsable d'organitzar l'hospital i de seleccionar i ensenyar a les dones que desitjaven ser diaconesses. Les diaconesses de l'Institut Kaiserswerth, que era com s'anomenaven, ben aviat varen estar per diferents països fundant escoles amb els principis i organització dels seus mestres. L'obra dels Fliedner va ser seguida en altres països i el seu sistema es va mantenir al llarg dels anys. Encara avui dia s'utilitza part de la formació. Aquesta organització va servir de model a les noves escoles tècniques per a la formació d'infermeres. El programa d'infermeria de

¹⁸ Conferència a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona el 4 de març de 1984.

Kaiserswerth incloïa: preparació en infermeria hospitalària que durava tres anys i incloïa una rotació per diferents hospitals, formació en infermeria domiciliària, adquisició de coneixements farmacèutics, així com preparació ètica i religiosa. (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007; Hernández Conesa, 1995).

Elizabeth Fry, va néixer a Anglaterra a finals del segle XVIII. Va iniciar la seva obra social a les presons angleses amb la finalitat de millorar les condicions de vida de la població penitenciària, principalment de les dones i els seus fills. Elizabeth Fry es desplaçà a Alemanya interessada per la gran labor duta a terme pels Fliedner. D'aquest viatge sorgí la idea de crear una escola d'infermeres. Posteriorment, ajudada per la seva germana i filla va fundar *Institut Bishopgate* on les alumnes eren seleccionades de forma acurada i s'impartien classes teòriques i pràctiques (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

A partir d'aquí, i sota la protecció de l'Església Anglicana, sorgiren una sèrie de germandats: l'Orde de la Mercè, la Germandat de tots els Sants, la Germandat de Santa Marguerida,... si bé, no totes responien a les necessitats i requisits que conformaven a una bona infermera. Però la veritable professionalització de la infermeria es va dur a terme a través de Florence Nightingale.

2.1.1.4 Etapa professional

FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910)

Representa el final de l'activitat infermera empírica i exclusivament vocacional, i és considerada per les infermeres de tot el món la pionera de la professionalització de la infermeria.

F. Nightingale, filla d'una família de l'alta societat anglesa, va néixer a Florència el 12 de maig de 1820 i es va educar a Anglaterra, adquirint una sòlida formació en literatura, filosofia, religió, història, economia, política i ciències i era mestre en matemàtiques superiors. A més, de parlar diferents idiomes, inclosos els clàssics. El seu interès per la societat i les humanitats, les condicions dels hospitals del moment i el desprestigi de les infermeres en el món protestant, van despertar en ella la preocupació per les obres socials, i més específicament per la infermeria (Cook, 1913).

Després de vèncer les dificultats ocasionades per l'oposició dels seus pares, que consideraven la infermeria una ocupació deshonrosa, F.Nightingale es va desplaçar a Crimea ajudada per Mr. Sidney Herbert i la seva esposa. Sir Sidney seria qui influiria més en la seva vida.

Mitjançant els seus viatges que la portaren a Egipte, Grècia i Alemanya, on va passar 15 dies amb el matrimoni Fliedner per conèixer la seva obra, Nightingale va iniciar la seva formació com infermera visitant hospitals i institucions. El 1847 es va desplaçar a Alemanya, a l'Institut Kaisersweth, per fer el curs d'infermeria de tres mesos. Nightingale es referia aquest institut com la seva casa espiritual tot i que no li agradava admetre que si havia format. El 1853, es va desplaçar a París a la Maison de la Providence, on també va estudiar i va aprendre el sistema de les Germanes de la Caritat. De tornada a Londres, Nightingale va treballar com superintendent del *Gentlewomen During Illness*, però se senti defraudada per no poder posar en funcionament una escola per la formació d'infermeres. Poc temps després les tropes franceses i britàniques invadiren Crimea. Aquest esdeveniment li brindà una oportunitat inesperada.

El 21 d'octubre de 1854, Nightingale va partir cap a Turquia acompanyada de trenta vuit infermeres a l'hospital base de Scutari, on va organitzar un departament d'infermeria dedicat principalment als problemes de sanejament dels pavellons de l'hospital, ja que eren deplorables. Els ferits patien infeccions greus i malalties derivades de les condicions higièniques (just sota l'edifici hi havia una cloaca oberta d'on sortien rates i altres animals). No tenien aigua, sabó ni tovalloles i tampoc suficients llençols. El menjar estava putrefacte i tampoc tenien coberts hi havia de menjar amb les mans. A més, d'organitzar la neteja i sanejament de l'hospital, Nightingale va fer instal·lar bugaderies i un sistema de cuina dietètica on es preparava el menjar per als malalts més greus i delicats. També va crear sales d'esbarjo i de lectura. Nightingale va elaborar multitud d'informes sanitaris que després arribarien a les autoritats angleses. Gràcies a les mesures dutes a terme, la mortalitat dels soldats anglesos va disminuir considerablement. Quan les condicions de l'hospital ho van permetre Nightingale va marxar a Crimea per atendre els hospitals militars del front fins que es va emmalaltir per la febre de Crimea.

La malaltia patida per Nightingale la va portar fins a les portes de la mort i va quedar semiinvalida per la resta de la vida. Finalitzada la Guerra de Crimea,

Nightingale va ser condecorada amb la Creu de Sant Jordi i va rebre del poble anglès 50.000 lliures com a mostra de gratitud. Aquests diners van servir per crear una fundació, i posteriorment una escola d'infermeria on es va desenvolupar el primer programa d'estudis organitzat per ella, la *Nightingale Training School for Nurses*, instal·lada a l'Hospital St. Thomas, com institució educativa independent. L'objectiu de l'escola que inicià la seva activitat l'any 1840, era preparar infermeres d'hospital, infermeres visitadores o domiciliàries i infermeres docents. La formació consistia en tres anys, i el programa d'estudis elaborat d'acord amb les regles i normes de la classe britànica, diferenciava de forma expressa les estudiants o aprenents d'infermeria de les dames infermeres o infermeres graduades. D'aquesta escola sortiren nous líders de la infermeria que varen ser enviades a països estrangers amb la finalitat de disminuir la degradació que havia patit la infermeria en els països protestants (Donahue, 1985).

F. Nightingale va escriure i edità nombrosos llibres i documents, segons consta a la seva bibliografia cent quaranta set. La majoria tracten temes d'infermeria, hospitals, administració, sanitat i salut, tot i que, també va publicar temes socials relacionats amb la protecció de les races aborígens, la fam, el càstig, la disciplina, l'economia, el sufragi de la dona i les aus. La primera publicació i la més important, va sortir a Anglaterra el desembre de 1859: *Notes sobre la infermeria*. Aquest llibre va ser utilitzat com a llibre de text a les escoles d'infermeria. L'any 1860 es va publicar als Estats Units. La lectura d'aquest llibre es considerà necessària per a comprendre la visió humana i professional de la figura més important de la història de la infermeria.

Es pot considerar que Nightingale va iniciar la cerca d'un cos de coneixements propis per a la professió infermera. Va ser pionera en la investigació per a la infermeria, i la primera en escriure sobre la disciplina infermera. També va iniciar l'organització de la infermeria militar (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

L'obra de Nightingale ha estat consultada per governants i polítics d'arreu del món amb la finalitat de reformar els serveis públics de salut. Els seus escrits varen servir per modificar l'organització dels hospitals i les condicions de vida dels soldats. Henry Dunant, fundador de la Creu Roja, va manifestar haver-se inspirat en els treballs de Nightingale a Crimea.

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Va néixer a Kansas (Missouri) el 1897. Als 21 anys va iniciar els estudis en infermeria a l'escola d'infermeres de l'exèrcit de Washington DC. Després de graduar-se, va treballar com infermera al *Henry Street Visitng Nurse Service* de Nova York, i un any més tard (1922), va començar la seva carrera com a docent. L'any 1929 va ocupar el càrrec de supervisora pedagògica a la clínica *Strong Memorial Hospital* de Rochester (Nova York). El 1966 va publicar la seva obra *The Nature of Nursing* en la que descriu el concepte sobre la funció única i primordial de la infermera.

El model de Virginia Henderson es basa en els models que parteixen de la teoria de les necessitats humanes. Henderson concep el paper de l'infermer/a com la realització de les accions que el pacient no pot dur a terme en un moment determinat de la seva vida i fomenta l'autocura. Per a Henderson, la funció de l'infermer/a és tenir cura de les persones sanes i de les persones malaltes. Ajudar a la realització d'activitats que contribueixin a millorar i/o recuperar la salut o a una mort tranquil·la, i a realitzar les activitats sense ajuda, amb voluntat, força i el coneixement necessari. Aquesta autora identifica catorze necessitats humanes bàsiques que componen les cures infermeres o esferes on es desenvolupen les cures (Alligood i Tomey, 2011).

CREACIÓ DE LA CREU ROJA INTERNACIONAL

El 1863, dotze governs varen firmar el que avui es coneix com a la *Convenció de Ginebra*, Aquest document contenia els principis pel tracte i protecció dels ferits de guerra. Tots els governs varen acordar respectar les infermeres de la Creu Roja i els hospitals militars com a zona de seguretat i al seu personal com a neutral, ja que atenien sense perjudici a ferits de totes les nacionalitats.

La Creu Roja va ser creada gràcies a Henry Dunant de nacionalitat suïssa i amb un gran esperit per les obres de tipus social. La idea de fundar una institució d'aquestes característiques va venir donada després de presenciar la batalla de Solferino entre italians, francesos i austríacs. Durant aquesta batalla, Dunant va poder observar com els ferits no eren atesos, els morts no eren enterrats i les condicions dels soldats eren realment inhumanes. Dunant va denunciar als governs de diferents països europeus l'experiència viscuda i, posteriorment, la va publicar a diferents reculls de premsa per tal que la societat en prengués consciència.

Després de quatre anys de treball, Dunant va tenir la satisfacció de poder-se reunir a Ginebra amb membres de diferents països per estudiar la forma d'aconseguir voluntaris disposats a ajudar en cas de noves guerres. D'aquesta reunió sorgí la idea de crear el Comitè Internacional de la Creu Roja, institució vigent fins a dia d'avui. La finalitat d'aquesta organització és l'ajuda humanitària, tan en temps de guerra com en temps de pau. La creació de la Creu Roja va suposar per a la infermeria la posada en marxa de nombroses escoles d'infermeria. Henry Dunant, abans de morir, va rebre el Premi Nobel de la Pau i va donar el seu import a la Creu Roja (García Martín-Caro i Martínez Martín, 2007).

LES ASSOCIACIONS INFERMERES

A finals del segle XIX, les dones varen començar a organitzar-se i varen crear moviments femenins i associacions en diferents països del món, sorgint els Consells Nacionals de Dones. D'aquestes associacions de dones, on també hi havien incorporades infermeres, nasqueren les associacions infermeres.

Mrs. Bedford Fenwick, infermera, es va adonar dels avantatges que podia suposar la creació d'una organització similar, i l'any 1888 va fundar la *British Nurses Association*. Aquesta associació va ser la primera del seu estil en tot el món i els seus objectius eren crear nous models que milloressin la infermeria: el nivell d'estudis, la posició de les infermeres dins de la societat i assegurar el reconeixement per part del govern. El 1892 va obtenir l'acreditació reial amb el títol de *The Royal British Nurses Association* (Hernández Conesa, 1995).

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE)

Posteriorment, Mrs. Bedford Fenwick, juntament amb les líders de països on les infermeres estaven organitzades, va presentar un projecte per tal de crear un *Consejo Internacional de Enfermeras* (CIE). L'objectiu d'aquest projecte era establir i mantenir normes estandarditzades en els serveis d'infermeria, en l'ensenyament d'aquesta disciplina i amb l'ètica professional per a tot el món. El 1900 s'acceptaren els estatuts del Consell i la primera reunió es va dur a terme durant l'exposició mundial de Buffalo (Nova York) el 1901. L'objectiu principal d'aquest Consell era proporcionar un mitjà on s'homologués la informació i documentació entre les infermeres de tot el món, un lloc on discutir els aspectes lligats al desenvolupament professional i promoure una millora de les condicions de treball (Hernández Conesa, 1995).

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA)

L'*American Nurses Association* (ANA) formada per la *Nurses Associated Alumnae* d'Estats Units. L'ANA és l'organització professional d'infermeres registrades als Estats Units i el seu objectiu és defensar uns nivells elevats en la pràctica de la infermeria (Hernández Conesa, 1995).

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA)

El 1973, Gebbi i Lavin varen fundar la *National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis* amb la finalitat d'identificar, desenvolupar i classificar els diagnòstics infermers, per a poder analitzar-ne la naturalesa i dotar-la d'un llenguatge, precís, comú i propi. El 1982, durant la V Conferència d'aquesta associació es va crear la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), seguint sent el seu principal objectiu el desenvolupament i perfeccionament dels diagnòstics en infermeria i la formació d'una taxonomia diagnòstica pròpia (Rodrigo, 2010).

Altres associacions rellevants varen ser: l'*Asociación Internacional de Enfermeras Católicas* creada el 1923; la *Sigma Theta Tau* que es va fundar el 1922 a la Universitat d'Indiana com a Societat Nacional Honorària d'Infermeria, amb el propòsit de promoure la investigació; l'*Association of Collegiate Schools of Nursing* (ACSN) que va sorgir durant 1933 amb la finalitat de representar a les escoles i departaments associats a les universitats i que tenia com objectius: promoure i enfortir les relacions entre les escoles d'infermeria i les institucions d'estudis superiors i fomentar l'estudi sobre els serveis i formació d'infermeria; l'*Asociación Española de Enfermería Docente* (AEED) creada 1979 i en la que també tenien com objectius principals destacar i propulsar activitats científiques i tècniques pròpies de la infermeria, fomentar la realització i difusió de treballs realitzats per infermers/res i establir canals de comunicació amb altres associacions.

Podríem comentar moltes més associacions i grups d'infermeria, però el més important és poder comprovar com des de principis del segle XX les infermeres lluitaren per treballar organitzades, tenir una identitat professional pròpia i el propòsit d'estudiar els orígens i la naturalesa de la infermeria.

2.1.2 La Infermeria a Espanya des del S. XVII

2.1.2.1 Situació sanitària durant els segles XVII, XVIII i XIX

La situació sanitària a Espanya del segle XVII no es diferència massa de la resta d'Europa. Els mals hàbits d'higiènic, la malnutrició, la mortalitat infantil abans del primer any de vida, i l'alta taxa de mortalitat provocada per les malalties infecto-contagioses (còlera, tifus, febre groga) varen ser les principals causes de preocupació de les autoritats vigents. Per aquest motiu, durant el regnat de Carles III es va posar en marxa un pla de beneficència social i sanitària subvencionat principalment pel propi estat i el clero. El 1822 es va promulgar la *Ley General de Beneficencia* organitzada en tres nivells:

- ▲ Domiciliari, orientat a pal·liar les necessitats temporals i d'urgència, que va establir una assistència mèdica i farmacèutica a domicili controlada pel propi municipi.
- ▲ Beneficència provincial, orientada a problemes socials (nens abandonats, orfes, ancians, malalts contagiosos,...) estaven gestionats per la Diputació Provincial. Es varen incloure en aquest nivell els asils, hospitals i cases d'orfes.
- ▲ Beneficència general, que es va fer càrrec de les necessitats permanents gestionades per l'estat.

Quan a les professions sanitàries, a partir de la esmentada *Ley General de Beneficencia*, es va suprimir el tribunal protomedicat¹⁹ però es varen mantenir les confraries i organitzacions assistencials. Varen romandre els cirurgians, els cirurgians romancistes i les parteres. El paper de la infermeria no va quedar reconegut dins les professions sanitàries i es va considerar un ofici. No obstant, la situació sanitària va continuar sense millorar i el govern es va plantejar reformar i regular les professions sanitàries. El setembre de 1857 es va promulgar la *Ley de Bases para la Institución Pública*, Llei anomenada popularment *Ley Moyano*.

¹⁹ Segons López Espinosa (2006): el Tribunal Protomedicat tenia com a funcions el reconeixement de la suficiència dels aspirants a exercir com a metges, cirurgians, apotecaris i matrones; a més de garantir la qualitat i la justa dispensació dels medicaments i establir estratègies per afrontar catàstrofes, epidèmies i altres situacions adverses. Aquest Tribunal tenia jurisdicció en tots els problemes relacionats amb la salut pública, dirigia l'ensenyança de la medicina i la farmàcia, jutjava les faltes i els excessos comesos pels facultatius, perseguia el curanderisme i establia les taxes pels exàmens.

Aquesta llei va passar a regular totes les professions sanitàries a Espanya. Posteriorment, el 21 de novembre de 1861 es va publicar el *Reglamento para las enseñanzas de practicante y matrona* però malauradament, la infermeria es va continuar considerant un ofici.

La carrera de practicant es va crear com ensenyament lliure i se li van atribuir tres funcions fonamentals que es van qualificar com arts dins del seu pla d'estudis: callista, dentista i assistent a parts. A partir d'aquest moment el practicant va passar a substituir al cirurgià romancista o cirurgià menor i al ministrant o barber-sagnador. Pel que fa a les matrones eren les encarregades de donar assistència als parts i els primers auxilis als nadons,

El 1888 es va reglamentar la titulació dels practicants i les matrones. A partir d'aquest moment els practicants van rebre una formació teòrica d'un any, una formació pràctica de dos anys i un examen de capacició. Tenien com assignatures: anatomia, cirurgia menor i tècnica en embenatges. Les matrones, també rebien una formació teòrica d'un any, una formació pràctica de dos anys i havien d'estudiar obstetrícia i cures del nadó. Com els practicants, havien de passar una prova de capacició.

Durant aquesta època, a nivell sanitari existien els metges, els practicants, les matrones i les infermeres. Les infermeres eren les que tenien cura dels malalts hospitalitzats, i habitualment eren religioses. La infermeria es va continuar considerant una ocupació (Siles, 1996).

2.1.2.2 *El reformisme social i la infermeria*

La caòtica situació que es viu a Espanya durant el segle XIX va generar una sèrie de moviments reformistes com el moviment *krausista*. El 1876 es va crear la *Institución Libre de Enseñanza*²⁰, inspirada en *El Ideario de la Humanidad* de Sanz del Río. Aquesta institució que en un principi s'havia de dedicar a l'ensenyança secundària, ben aviat va anar ampliant el seu ventall d'influències arribant a una gran part de la societat espanyola del moment. L'ideari dels krausistes es basava

²⁰ Segons López Espinosa (2006): La gènesi de la creació de la *Institución Libre de Enseñanza* (I.L.E.) és un projecte de regeneració moral que no s'ha modificat durant els seixanta anys de la seva existència: és un intent de crear «l'home nou» perfilat idealment en el projecte de la filosofia krausista, capaç d'enfrontar-se amb la situació moral del país, profundament degradada; i el que és més important, poder superar-la i potenciar un nou model individual i col·lectiu, més racional, més ètic i més humà.

entre d'altres en la coeducació, la racionalització i l'harmonització de la vida sense canvis traumàtics. En aquest procés de reforma es varen crear institucions que foren de gran rellevància per la infermeria com *La Junta de ampliación de estudios* (1907) o *la Residencia de estudiantes* (1910). El reformisme de la infermeria espanyola va ser liderat per Concepción Arenal després d'analitzar de forma acurada la realitat social benèfica i penitenciària del moment. Concepción Arenal va basar la seva obra principalment en el reformisme anglosaxó i alemany de Howard, Elisabeth Fry i Theodore Fliedner (Siles, 1999).

2.1.2.3 Reconeixement de la infermeria com a professió

A començaments del segle XX, es varen reconèixer a les infermeres, practicants i matrones proporcionant un marc legal, és a dir, té lloc la institucionalització de les cures. La finalitat del cuidador era transmetre calor i afecte, pal·liar la situació mitjançant l'aplicació de remeis físics, així com servir de consol i recolzament espiritual. A comparació amb la resta d'Europa, on s'aprecia una ocupació predominantment femenina, a Espanya hi havia dues vessants: els practicants que eren predominantment homes i les infermeres i matrones que eren dones.

L'any 1896 es va fundar a Madrid la primera escola d'infermeres anomenada *Santa Isabel de Hungria*, creada del Dr. Rubio Galí amb una orientació religiosa i tècnica, sense connexions amb la institució universitària. Posteriorment, l'any 1904 mitjançant un Reial Decret es varen regular els estudis de practicants i matrones, i no és fins 1915 que s'acaba reconeixent la professió infermera. El 1917 es va crear l'Escola de Santa Madrona, amb una orientació biològica i tècnica, i el 1933 l'Escola d'Infermeres de la Generalitat de Catalunya, dirigida per Ripoll Noble, infermera formada a Estats Units que va aportar una orientació infermera renovadora (Hernández Conesa, 1995).

Malgrat que els practicants i les infermeres desenvolupaven tasques similars la seva formació era diferent. Els practicants cursaven estudis a les facultats de medicina, les infermeres a escoles generalment dependents d'hospitals, i les matrones, considerades una especialitat d'infermeria, a escoles adscrites a hospitals maternals. Encara que els practicants també treballaven en hospitals, es van dedicar més a petites poblacions on la seva figura va arribar a adquirir un gran prestigi professional.

Però la formació d'infermeria es va interrompre durant la Guerra Civil i no va ser represa fins el 1953, quan arran d'un decret s'unificaren les tres professions en una, que s'anomenà *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS). Aquesta fusió va representar un canvi i elevació del nivell d'estudis, va conduir a una millora en l'assistència i va augmentar de número de professionals. Des d'aquell moment la infermeria va deixar de ser una disciplina exclusiva pels ordes religiosos.

Els ATS es varen formar com professionals per realitzar només tècniques:

[...] precisa pues, el ATS, una habilidad manual notable para curar, para vendar, para inyectar con rapidez, delicadeza y precisión, [...] todo lo cual exige una mano firme, serena, ágil y precisa, capaz de obedecer con facilidad los mandatos de facultades racionales [...] (Castañeda i Pérez, 1975, p. 71).

Aquest enfocament professional es va mantenir durant vint-i-cinc anys (1953-1977), imatge professional molt arrelada a la societat i difícil de canviar.

Durant molts anys i en resposta a les demandes de la societat en matèria de salut, els ATS van lluitar i demanar la revisió dels programes d'estudis amb la finalitat de millorar la qualitat de les seves activitats.

En el 1977, es va aprovar el *Real Decreto 2128/77*, que integrava a la Universitat les Escoles d'ATS com Escoles Universitàries d'Infermeria. D'aquesta manera la titulació d'ATS va passar a Diplomata Universitari en Infermeria. La incorporació de la infermeria a la Universitat va suposar el disseny i creació de nous plans d'estudis.

Poden diferenciar tres moments en l'evolució de la formació infermera des de 1977. El primer coincideix amb la integració a la Universitat, moment en que sorgeix un enfoc global de salut i la seva relació amb la qualitat de vida de les persones, és a dir, una concepció holística. La formació de la diplomatura es va orientar a un perfil d'infermer/a generalista que pogués desenvolupar la seva activitat tant al medi hospitalari com a la comunitat, tenint un rol més definit a l'equip de salut.

En un segon moment es dóna als inicis dels anys 90 com a resultat de la reforma universitària, on l'estudiant pren més protagonisme en el procés d'ensenyament-

aprenentatge. En aquesta etapa es varen impulsar els programes Erasmus i gràcies a ells els estudis d'infermeria varen començar a estar més en consonància amb la normativa europea. Les matèries troncales es varen ampliar amb optatives i de lliure elecció el que va permetre que els estudiants poguessin dissenyar en part la seva trajectòria curricular i seleccionar assignatures relacionades amb les necessitats emergents en cures de salut que la societat començava a demandar.

Si en aquestes dues dècades es varen produir importants canvis, la creació de l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES) ha suposat una oportunitat única per a la millora de l'ensenyament superior a tot Europa, millora que també a obert una nova etapa per la formació de la infermeria. La nova estructura formativa contempla dos nivells: grau i postgrau i la possibilitat d'accedir a programes de doctorat, però el més important és la exigència a la comunitat universitària d'un canvi de mentalitat que suposi una millora educativa amb la introducció de pràctiques orientades a la formació de professionals competents²¹.

2.2 La Infermeria als Centres Penitenciaris de Catalunya

2.2.1 Concepte de Salut i Malaltia

Primer de tot caldria recollir la conceptualització dels termes salut i malaltia, sense aprofundir, doncs no és l'objectiu d'aquest capítol.

No ens remuntarem molt llunyanament per la definició d'aquest terme. L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1946) defineix la salut com *“un estat de perfecte benestar físic, mental i social, i no solament l'absència de malaltia”*. L'any 1978, i en el marc de la Conferència Internacional d'Alma-Ata (URSS), l'OMS llança una sèrie de conceptes de salut i l'atenció primària de salut, medicaments essencials i salut per a tothom l'any 2000. La Carta d'Ottawa (1986), la Carta de Ljubljana (1996) i la Declaració de Jakarta (1997) són els documents a través dels quals ens aproximem a l'abast del concepte salut en l'actualitat.

La Carta d'Ottawa (WHO, 1986) redacta que la promoció de la salut és el procés de capacitar a les persones perquè augmentin el control sobre la seva salut, perquè la

²¹ En el Capítol 3: La formació infermera i el context penitenciari: competències i plans d'estudi, apartat 3.4: Situació actual dels estudis d'infermeria d'aquesta tesi, queda ampliada aquesta informació.

millorin. Per assolir un estat adequat de benestar físic, mental i social, un individu o un grup ha de ser capaç d'identificar i dur a terme les aspiracions, satisfer unes necessitats i canviar l'entorn o adaptar-se a ell. La salut es contempla, doncs, com un recurs per a la vida quotidiana, no com l'objectiu de la vida. La salut és un concepte positiu que emfatitza recursos socials i personals, conjuntament amb capacitats físiques. Així, doncs, la promoció de la salut no és només responsabilitat del sector sanitari, sinó que va més enllà dels estils de vida saludables per assolir el benestar.

La Carta de Ljubljana de l'OMS sobre Reformes de Serveis Sanitaris (OMS, 1996) explica els elements necessaris per assolir els serveis sanitaris de qualitat a l'era de les reformes sanitàries. Es basa en els principis fonamentals guiats pels valors com la dignitat, l'equitat i l'ètica professional. La seva meta global és centrar-se en el principi basat en que l'assistència sanitària hauria de dur primer i de forma destacada a una millor salut i qualitat de vida.

La Declaració de Jakarta sobre la Promoció de la Salut al Segle XXI (WHO, 1997) prioritza en matèria de salut incloent promoure la responsabilitat social per la salut, augmentar les inversions en el desenvolupament de la salut i ampliar les capacitats de gestió de les comunitats i els individus.

Aquests documents sustenten les polítiques d'actuacions sanitàries davant els episodis de salut i malaltia de tot l'univers. Aquests conceptes també són culturals.

L'OMS proposa una perspectiva comuna i universal, i l'any 1996 va iniciar un projecte de salut a les presons per promoure la salut a la comunitat penitenciària en l'ampli sentit que indica la Carta d'Otawa. L'any 2005, el nostre país va ser convidat a unir-se a aquest projecte, encara que els establiments penitenciaris espanyols són bastants diferents dels entorns penitenciaris de l'àmbit europeu, el projecte pretenia avançar en el procés de promoure la salut, amb l'intercanvi d'informació i bones pràctiques, elaborant recomanacions i fent difusió de l'experiència acumulada al llarg de tots aquests anys. Aquestes recomanacions aniran relacionades amb les àrees temàtiques com: salut mental, drogodependències (incloses el tabac i l'alcohol), sexualitat, nutrició i activitat física, principalment. Aquestes no han de limitar-se a l'ensenyament-aprenentatge de coneixements, sinó també han d'incorporar el treball amb actituds, és a dir, les preferències i tendències personals que sorgeixen dels valors, normes socials i

creences d'aquests col·lectius. Entre els coneixements, les actituds i les habilitats ha d'haver un equilibri complex que és necessari reforçar per guanyar salut.

S'ha de tenir present, que en el medi penitenciari es treballa amb un gran nombre de població desafavorida, aquella que sol estar en els marges del sistema, limitant la seva participació i aprofitament dels recursos públics, inclosos aquells que en teoria són accessibles per a tothom, com les prestacions del sistema sanitari (Merino, 2005). Així doncs, alguns dels factors de risc més rellevants de la població reclusa acostumen a ser molt superiors, inclòs duplicar les xifres corresponents a la població en general, per exemple, el consum de tabac, les relacions sexuals sense protecció, alimentació desequilibrada, el sedentarisme, etc.

La idea de salut de nombrosos col·lectius marginats difereixen notablement de la idea de salut que té la població general amb la que es dissenyen la majoria dels programes i activitats (Boixareu, 2003). La salut significa absència de malaltia i té un valor relatiu. La seva vida extracarcerària en moltes situacions es centra en la supervivència i això marca les seves prioritats. La presó apareix amb freqüència com el lloc sense llibertat i de dures relacions socials (De Andres et al., 2002).

Segons Boixareu (2003), la salut no es pot situar en un espai ideològic tancat on hom no pugui experimentar el benestar i el malestar com a situacions pròpies:

L'afirmació de la vida requereix consciència lúcida del seu valor, és a dir, del dret a viure-la amb la intensitat i la riquesa que conté i pot donar, i del deure del ser gestors eficients i eficaços del seus béns, que no són merament físics i materials, sinó també morals i espirituals (p. 89).

Hi ha diferents situacions que influeixen en la subjectivitat de la salut: el pronòstic de l'entorn (familiar, social, cultural,...) i allò que s'anomena oferta social, és a dir, els recursos que l'entorn social proporciona per poder gaudir d'unes condicions generals de vida benestants: treball, lleure i prestacions socials. Per aquest motiu, és important abraçar una visió multidimensional de la salut tenint en compte (Boixareu, 2003):

- ▲ Dimensió èticomoral: interioritat. Demana una estreta relació entre salut, actitud de vida i formes de vida, en la qual estan implicats la constitució personal, la causalitat i necessitat social, i els processos biogràfics particulars.

- ▲ Dimensió biològica i funcional: corporeïtat. Aquesta és la part visible del propi ésser, és el lloc de la relació i la convivència, i també és el lloc dels patiments. La salut i la malaltia del cos condicionen les categories humanes fonamentals: coneixement, llibertat i acció.
- ▲ Dimensió relacional: sociabilitat. La salut és una qüestió social. Les condicions de vida afavoreixen un estil de vida generador de salut o bé de malaltia. L'estil de vida és el que genera àmplies expectatives en la dimensió relacional de la salut, ja que es mou entre la particularitat de l'individu i allò que provoca l'estrat social.

Emfatitzar la salut com terme de destacada importància a l'hora de prioritzar les cures infermeres, és una estratègia per a la consecució dels nostres objectius com professionals. Però no hem d'oblidar que, la història de la malaltia és la de la realitat humana, i segons, quina sigui la lectura i la interpretació que es faci de la vida tindrà un significat o un altre.

La malaltia sempre serà experiència personal viscuda des de les relacions socials, des de la realitat clínica, des de l'itinerari terapèutic, des de l'acceptació (o el refús) de l'entorn.

Segons Boixareu (2003) la malaltia és la descripció d'un fenomen vital que es defineix com un conflicte, com un procés a través del qual es fa palesa la pèrdua o l'afebliment, l'alteració de la capacitat de decisió i execució personal, autònoma o col·lectiva, acompanyada o no de desordre, sofriment, reconeixement social, que condueix a una manera de viure particular (personal). És un fenomen cultural, ecològic, universal en espai i en temps. Cada individu té la seva forma de viure, sentir i expressar la seva malaltia. Emmalalteix sota diverses formes: de dolor, d'incomunicació, de dessocialització, de rebuig, de soledat, de sofriment, de desig, d'alteracions de funcions, d'incapacitats.

És difícil desestimar alguna connexió del moment social i ambiental, de les relacions que estableix l'individu amb el món exterior, referència als factors socials com a elements causals pel que fa a la salut i a la malaltia (desigualtat, insalubritat, lleure, alimentació,...). La malaltia posa en evidència la vulnerabilitat de la realitat, no només es tracta de la feblesa de la vida en si mateixa, sinó de tot allò que en forma part: les relacions, els projectes, les ideologies, les institucions,... La malaltia

és un procés complex i la seva interpretació escapa a les causes o motius estrictament biològics.

Les causes i les formes de la malaltia tenen un valor, un simbolisme, que està inscrit en les relacions que la persona estableix amb un entorn en el qual també compten les variables de l'espai i el temps. Les condicions de vida de la persona o d'un grup incideixen en el procés salut-malaltia com a generadores d'un estil de vida que pot ser preventiu, provocador o afavoridor tan de la salut com de la malaltia (Boixareu, 2003).

Paral·lelament a la idea de Boixareu, podem plantejar que el medi penitenciari influeix en la manera de viure el procés salut-malaltia de l'intern/a primari/a (que ingressa a presó per primera vegada) o reincident (quan un reclus surt en llibertat i torna a delinquir). Llavors cal, que els infermers de presons, que hi treballen vetllant per la promoció i prevenció de la salut i el fet d'emmalaltir²² coneguin aquests factors de salut característics de la població reclusa i poder atendre les seves necessitats comprenent i atenent el context global de la situació de l'intern-pacient, tenint rellevància dels factors socioculturals derivats d'aquest context i que determinin l'experiència de salut-malaltia de les persones (Spector, 2003). Aquests factors són els elements diferenciadors de l'atenció d'infermeria en el context penitenciari amb l'atenció de qualsevol altre àmbit sanitari.

2.2.2 Factors de Salut Característics de la Població Reclusa i Funcions d'Infermeria

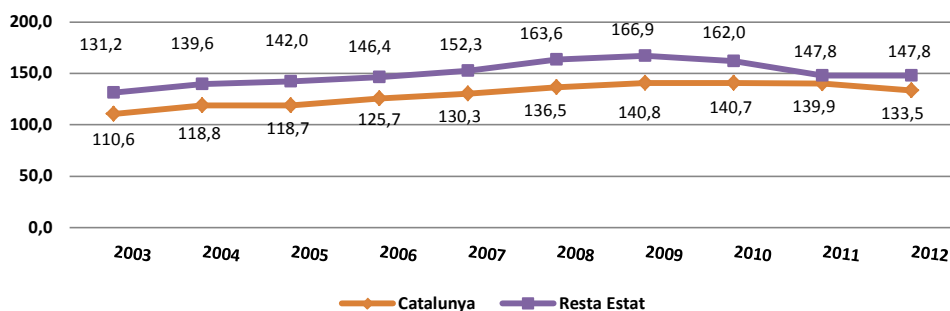
Després de descriure el context penitenciari amb les seves característiques definitòries com medi amb uns hàbits, usos i cultura de la presó (presonització) i la subcultura carcerària, cal descriure quins són els factors de salut característics de la població reclusa per saber identificar aquests davant de qualsevol problema de salut sempre sota l'especificitat d'aquest context.

²² Diferents autors (J.P Frank, A. Grotjahn, C. Herzlich, E. Menéndez) ho defineixen com les condicions de vida generades per uns estils de vida. La influència dels factors socioculturals és important en la interpretació i el sentiment del malalt, de tal manera que estar malalt tot sovint correspon al nivell de les relacions socials.

2.2.2.1 Característiques sociodemogràfiques de la població penitenciària catalana

La realitat penitenciària passa per conèixer les característiques sociodemogràfiques de la població reclusa. Aquest apropament és necessari per tal de contextualitzar els actors principals (reclusos/es) que es relacionen amb la comunitat penitenciària (el personal sanitari, el personal de vigilància i el personal de tractament).

La taxa d'encarcerats a Catalunya²³ durant l'última dècada ha estat en creixement constant encara que en els últims quatre anys aquesta s'ha estabilitzat, i fins i tot en el 2012 ha descendit (Gràfic 1). Comparativament amb diferents països europeus, la taxa de població encarcerada a Catalunya està per sobre de països com Portugal (130), Itàlia (109), França (101), Holanda (82), Alemanya (80), Suècia (70) i Dinamarca (68). Únicament, Anglaterra i Gal·les (149) està per sobre de la taxa de Catalunya²⁴.



Gràfic 1: Taxa de la població encarcerada/100.000 habitants (Catalunya-Estat, anys 2003-2012).
Font: Descriptors Estadístics Serveis Penitenciaris i Rehabilitació (DESPiR) (2013). Departament de Justícia.

A la següent taula es pot observar el nombre de persones encarcerades a Catalunya en els últims deu anys, apreciant l'augment progressiu i l'estabilització en els darrers quatre anys :

²³ L'any 2012 el nombre total de població a Catalunya era de 7.539.618 habitants i de 39.650.875 habitants a la resta de l'Estat. Disponible a: [<http://www.ine.es/>].

²⁴ Totes aquestes dades corresponen a la taxa de la població encarcerada per cada 100.000 habitants de la Unió Europea al segon semestre de l'any 2012, menys el país de Suècia que correspon al segon semestre de l'any 2011. Font: Descriptors Estadístics Serveis Penitenciaris i Rehabilitació 2013. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

Any	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Població penitenciària catalana	7416	8094	8305	8970	9395	10051	10525	10520	10573	10062

Es fa referència al nombre total d'interns/es que hi ha als centres penitenciaris l'últim dia de cada any a les 24h.

Taula 2: Població encarcerada als centres penitenciaris catalans 2003-2012.

Font: DESPIR (2013). Departament de Justícia.

En relació al gènere de la població reclusa, es poden observar unes xifres constants al llarg de tota la dècada:

Any	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dona	6.8%	7%	6.7%	6.8%	7.4%	7.2%	7%	7%	7%	6.6%
Home	93.2%	93%	93.3%	93.2%	92.6%	92.8%	93%	93%	93%	93.4%
Joves	4.1%	4.3%	4%	4.1%	4%	3.9%	3.6%	3.5%	3.5%	3.4%
Total Interns/es	7416	8094	8305	8970	9395	10051	10525	10520	10573	10062

Taxa de dones i homes respecte al total d'interns a l'últim dia de cada any avaluat.

Taxa de joves interns respecte al total d'interns l'últim dia de cada any avaluat.

Taula 3: Població encarcerada als centres penitenciaris catalans 2003-2012 per gènere.

Font: DESPIR (2013). Departament de Justícia.

En el nombre de joves s'inclouen les persones internes menors de 21 anys, tant del gènere femení com del gènere masculí. Detallar que aquestes dades estan descrites d'aquesta manera donat que als centres penitenciaris estan diferenciats per centres de dones, homes i joves²⁵. Segons el *Council of Europe* (2006) al document de Normes Penitenciàries Europees a l'apartat següent descriu:

Assignació i allotjament: [...] 18.8 La decisió de col·locar un reclus en una presó especial o en una secció en concret de la presó tindrà en compte la necessitat de separar: a) els reclusos preventius dels condemnats; b) els reclusos de les recluses, i c) els reclusos adults joves dels reclusos de més edat. (pp. 7-8).

²⁵ Segons l'article 9.2 de la Ley Orgánica General Penitenciaria: "Es consideren joves aquelles persones que no han complert els 21 anys."

Una altra dada destacada de la població penitenciària catalana té relació amb la nacionalitat. Durant l'última dècada s'ha observat un important creixement de la població estrangera *versus* la població espanyola.

Any	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estrangers	2.207	2.625	2.843	3.361	3.769	4.198	4.570	4.646	4846	4554
2207										4554
% Estrangers	26.6%	29.3%	30.3%	33.4%	35.8%	41.8%	43.4%	44.1%	45.8%	45.3%
Total Interns/es	7416	8094	8305	8970	9395	10051	10525	10520	10573	10062

Nombre d'interns estrangers i percentatge que representa respecte el total de la població encarcerada. Dades a finals de cada any.

Taula 4: Població estrangera encarcerada als centres penitenciaris catalans 2003-2012.

Font: DESPIR (2013). Departament de Justícia.

L'origen de la població reclusa estrangera correspon a un 6,6% de la Unió Europea i un 38,8% al reclus no Comunitari. Els països amb el nombre d'interns/es més representat són: Marroc (1284), Colòmbia (337), Romania (317), República Dominicana (286), Equador (281), Algèria (141), Bolívia (129), Nigèria (115), Perú (92), Pakistan i Senegal (91), respectivament (DGSP²⁶, 2012a).

Cal diferenciar entre el concepte estranger i immigrant, doncs parlarem d'aquests dos termes diferenciant-los depenent del seu abordatge. Dins el medi penitenciari es treballa amb els dos termes, doncs un s'aborda des de la vessant legal i l'altre des de la vessant sociològica (Monclús, 2008).

Pel que fa al terme estranger segons la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, defineix a l'estranger com: "1. Se consideran extranjeros, a los efectos de la aplicación de la presente Ley, a los que carezcan de la nacionalidad espanyola. (Título preliminar. Disposiciones generales. Art. 1 Delimitación del ámbito)". (BOE núm. 10 p. 1139).

Correspon al terme immigrant als fenòmens del procés migratori, podent-los resumir en: les particularitats de la zona d'origen (hàbits dietètics, característiques fisiològiques, trets culturals, tradicions en salut,...) (De Balanzó, 1991; Vall Comelles et al., 2001), les degudes a les conseqüències de les desigualtats socials i econòmiques entre països (formació deficitària, dèficit control sanitari dels aliments, factors de risc ambiental limitacions d'accés a recursos de salut,...) i les

²⁶ DGSP: Direcció General Serveis Penitenciaris i Rehabilitació.

degudes als trastorns vinculats al procés migratori (esgotament físic i emocional, estrès, depressions, amuntegament, deplorables condicions de la vivenda, condicions del treball, etc.) (Achetegui, 2002).

La intervenció sanitària amb la població immigrant suposa un còmput de esdeveniments i realitats (Jansá i de Olalla, 2004) que són necessàries que el professional sanitari en sigui coneixedor per tal de poder abordar els problemes de salut en contínua xarxa social, cultural, de costums, valors i creences del país d'origen. Fenòmens com l'idioma (malgrat que, en alguns casos, l'analfabetisme faci inútil l'expressió escrita), la religió, la manca de referents estructurals, familiars i afectius, suposen dificultats i conflictes a l'hora d'intervenir amb aquesta població.

Sovint es tracta de persones que provenen de països en vies de desenvolupament amb estructures sanitàries amb deficiències, on aquests fluxos migratoris importen malalties parasitàries i tropicals amb poca prevalença al nostre país (Solé et al., 2012).

Aquestes característiques suposa que el professional d'infermeria ha d'estar format en àmbits sanitaris (patologies importades i tropicals, i altres problemes de salut prevalents), culturals i antropològics responent a les necessitats de les poblacions immigrades (PDI²⁷, 2006).

En el treball multidisciplinari, l'infermer/a ha de conèixer el marc en matèria de tractament i rehabilitació que existeix en el medi penitenciari per tal de derivar la seva atenció, reinserció i reeducació social. Es va dissenyar un programa de mediació intercultural anomenat "*Mediació intercultural als centres penitenciaris de Catalunya 2008*"²⁸, per tal de proposar a aquesta població als professionals que integren els equips de tractament amb l'objectiu d': "*Oferir suport i orientació per a la rehabilitació de persones d'origen estranger que, en situació de compliment penal, han d'accedir a la llibertat (a través dels seus diferents graus), tractant-se d'un treball des de l'interior dels centres penitenciaris en línia d'un procés d'inserció laboral i social*". (AMISI, 2008, p. 3).

²⁷ Pla Director d'Immigració: PDI.

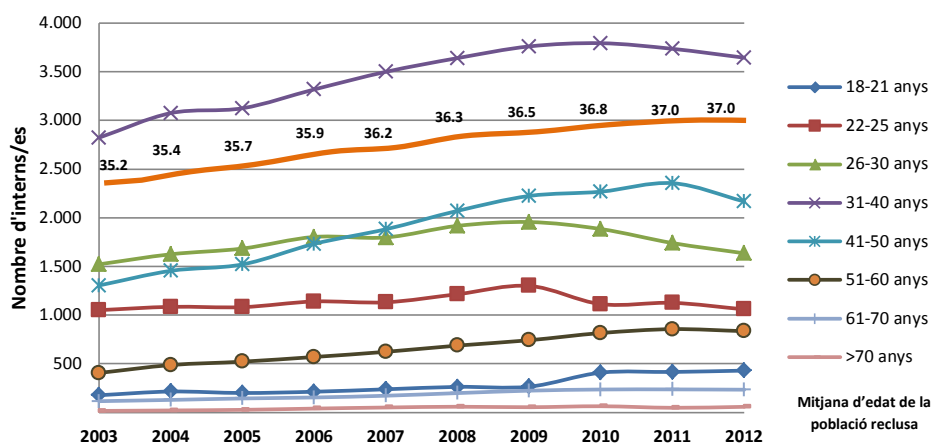
²⁸ Des de l'any 2002 membres de l'Associació per a la Medicació Intercultural i Social amb Immigrants (AMISI) va treballant amb aquesta població en diferents centres penitenciaris des del marc de la pròpia Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

Les intervencions que es desenvolupen en aquest programa són:

- ▲ Programa de Diversitat.
- ▲ Programa de Ramadà.
- ▲ Programa de Revinculació familiar per a joves estrangers en compliment de mesures penals.
- ▲ Programa per Conèixer el Marroc (per a tècnics d'intervenció directa de diversos centres penitenciaris).

Qualsevol servei o atenció atorgada a la població estrangera en el medi penitenciari serà emparada per la norma del *Council of Europe* (2006): “13. Aquestes Normes s’aplicaran amb imparcialitat, sense cap discriminació per raons de sexe, raça, color, llengua, religió, ideologia política o d’altra mena, origen nacional o social, pertinença a una minoria nacional, fortuna, lloc de naixement o qualsevol altra situació.” (p. 5).

En relació a l’edat de l’intern/a, durant aquests últims deu anys la mitjana d’edat del reclus/sa no ha contemplat una variació destacada (gràfic 2). Comentar que la dona té una mitjana d’edat de 38,3 i la població estrangera és de 33,9²⁹.



Gràfic 2: Distribució població encarcerada catalana per intervals d'edat 2003-2012.

Font: DESPIR 2013. Departament de Justícia.

²⁹ Aquestes dues dades corresponen a data de 31 de desembre de 2012. Font: DESPIR 2013. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

A mode de resum, el perfil sociodemogràfic de la població penitenciària catalana destinatària de les cures infermeres és:

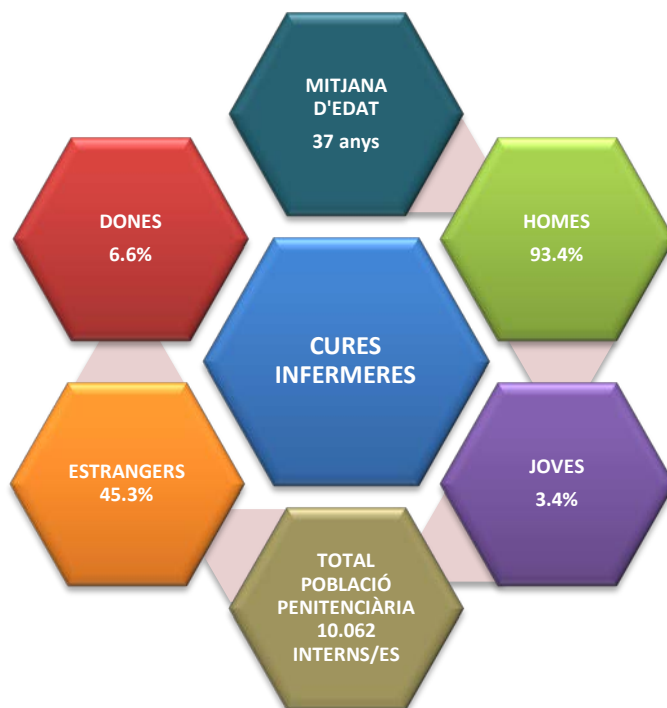


Figura 1: Perfil sociodemogràfic de la població encarcerada catalana. Any 2012.
Font: Elaboració pròpia a partir de DESPIR (2013). Departament de Justícia.

2.2.2.2 *Condicionants a l'ingrés al centre penitenciari*

En el moment d'ingressar en el centre penitenciari, l'intern/a entrega la seva individualitat (Kaufmann, 1979). Aquesta idea es recolza en que l'individu perd alguna cosa més que la seva llibertat. S'exerceix un control sobre la seva capacitat de moviments interiors, sobre el seu nivell de disponibilitat de la seva propietat, sobre la disponibilitat del seu temps, etc. Aquesta idea constitueix, bàsicament, l'esquema del denominat procés de privació formulat per Sykes i Messinger (1960), que explica l'aparició del codi del reclus com a contrapartida a aquesta situació. Aquest codi és el conjunt de normes no descrites, òbviament alienes al centre penitenciari. Aquestes normes regulen les relacions entre els propis interns, a on la supervivència al medi exigeix la més estricta submissió a aquesta normativa, més rígida i inflexible que les normes regimentals. En tot sistema tancat, jerarquitzat i despersonalitzador, els codis informals acaben sent formes de

classificació i denominació del grup normatiu sobre els més vulnerables o desprotegits, dels veterans sobre els novells, del *kie*³⁰ sobre els nouvinguts, reproduint amb la mateixa crueltat, sinó més, el mateix esquema social que suporten.

La degradació de l'estatus, el rebuig i pèrdua de l'acceptació social implica una disminució de l'autoconcepte i l'autoestima. L'individu assumeix valors i actituds de la subcultura carcerària, tractant de compensar les seves deficiències personals. L'autoestima de l'intern/a pot veure's ferida per l'estigmatització³¹ i l'autoestigmatització de la criminalitat (Nieto, 2011). Aquesta pèrdua d'autoestima comporta l'assumpció d'estereotips socials respecte a sí mateix que converteix l'estigma en autoestigma (Holmes, 1998, citat per Nieto, 2011, p. 3), generant-li una situació de regressió situacional de l'intern/a, amb descens de la seva autoeficàcia i no voler participar a la societat.

La situació d'empresonament, de privació de llibertat i confinament en una institució pot desencadenar no només sentiments de frustració, indefensió, ansietat i hostilitat, a més, de facilitar l'aparició de comportaments violents. Cooke, Baldwin i Howison (1990) defineixen els canvis que afecten a una persona quan entra a presó:

- ▲ Pèrdua de control: perden l'oportunitat d'escollir i decidir en funcions bàsiques de la vida diària com: quan rentar-se, menjar, vestir-se, anar al bany, dormir, etc. Pot comportar experimentar frustració, ràbia, desconcert, agitació, sentiments de d'esperança i/o depressió.
- ▲ Pèrdua de la família: el reclús deixa fora la família (pares, parella, fills,...) i amics. Les persones en les quals hi confia no estan disponibles. La separació és molt dolorosa i les comunicacions es redueixen a les comunicacions orals, comunicacions íntimes, familiars i de convivència,

³⁰ Segons Schrag (1954, citat per Garrido et al., 1995, p.41-42), el concepte *kie*: “*Subjecte dur que està a favor del crim i del codi del reclús i que és, al capdavant, qui fa respectar el codi i qui dirigeix l'agressió vers la institució i cap als interns que es desvien d'aquest codi –Wheeler (1961) sosté que, en realitat, el codi del reclús l'imposen els subjectes més durs, aquells que en l'exterior tenen una actitud més desviada, als altres reclusos com a mètode de conservar les pròpies actituds en la presó on el repudi a la societat i a les seves normes és traslladat cap a la institució, obligant els altres presos a acceptar-lo si no es volen veure sotmesos a represàlies; seria doncs un codi que permet al kie mantenir un rol dins de l'organització informal dels interns*”.

³¹ El concepte “Estigma” segons el Gran Diccionari de la Llengua Catalana és: “Senyal d'infàmia, de baixesa moral, de capteniment deshonorós”.

comunicacions escrites, comunicacions telefòniques. En aquestes situacions no poden afrontar ni resoldre alguns problemes, i contràriament creixen.

- ▲ Manca d'estimulació: la vida és converteix monòtona per la baixa disponibilitat d'activitat. Intenta controlar el seu medi ambient, a través de formes no permeses pel reglament penitenciari. Un efecte que es produeix bastant habitual és la institucionalització (intern pseudosocial, Schrag, 1954).
- ▲ Ansietat: enfront aquest estat pot reaccionar de diferents maneres: sense percebre-la, sense control: cridant, amenaçant o agredint a altres interns o personal del centre (funcionaris,...), fent malbé material del centre i/o autolesionant-se.
- ▲ Depressió: disposen d'escasses oportunitats per parlar i no hi ha forma de fugir de la situació. Algunes reaccions de l'individu són: evitar a la resta d'interns, incomunicació, hostilitat i/o rebuig. Freqüentment, experimenten sentiments de soledat i desesperança.
- ▲ Suïcidi: el factor d'empresonament multiplica la taxa de suïcidi en tots els països i constitueix una causa comuna de mort a presó. Aquesta situació, de màxima gravetat a nivell sanitari, també pot qüestionar responsabilitats professionals i institucionals.
- ▲ Autolesions: inclou conductes com tallar-se en els canells, els avantbraços, empassar-se diferents objectes, cosir-se la boca. Aquestes conductes poden obeir a un intent real de suïcidi en persones que busquen una sortida; una no planificació real o bé pot ser un mitjà per controlar el seu entorn i aconseguir les seves peticions.
- ▲ Manca de comunicació: una possible resposta que es pot donar un cop entren a presó és aïllar-se dels demés, amb una dificultat per comunicar-se i parlar amb els demés. És freqüent, la desconfiança amb l'entorn, tan amb els professionals com amb els interns.

A nivell somàtic trobarem respostes tensionals: alteració de la son, plor, fatiga, cansament, labilitat emocional, alteració de la freqüència cardíaca, alteració de la freqüència respiratòria, sudoració, tensió muscular.

Sancha (1992) defineix altres condicionants a tenir en comptes com el tamany del centre o la massificació com repercussions en la percepció de la seguretat, els nivells d'estrès, frustració i irritabilitat, la taxa de suïcidi i/o l'atenció psiquiàtrica. Ivancevich i Matteson (1988) utilitzen els models d'estrès per apropar-se a l'estudi del procés d'adaptació de la persona empresonada. Consideren que el fet de ser empresonat és un esdeveniment traumàtic per la vida d'una persona, especialment si és el primer contacte amb la presó, implicant més esforç en l'adaptació pels canvis que suposa en la vida d'una persona (Holmes i Rahe, 1967). En les primeres setmanes d'empresonament, s'han trobat nivells més elevats d'ansietat i estrès en els reclusos (Harding i Zimmerman, 1989; Zamble, 1992) i taxes més elevades de suïcidi (Bénézech i Rager, 1987; Hayes, 2011).

Paulus i Dzindolet (1993) diuen que una vegada superada la primera etapa d'internament, poden aparèixer altres factors que tinguin un impacte en l'individu i mantinguin o incrementin els seus nivells d'ansietat o estrès. La persona empresonada es veu sotmesa de forma quotidiana a diverses circumstàncies que exigeixen un esforç en l'adaptació: la massificació, la preocupació per la família, les condicions d'equipament dels centres i les relacions personals entre els interns.

Les presons poden ser entorns per a la salut, ja que existeix la possibilitat efectiva de promocionar-la. Cal prendre especial atenció a les característiques físiques, mentals i socials d'aquest entorn per evitar el deteriorament de la salut dels interns i la del personal que els custòdia i els cuida. La presó ha de vetllar pels drets que la constitució garantitza a tota la ciutadania (Merino, 2005).

Segons García-Guerrero (2006) s'assumeix que la institucionalització limita l'autonomia dels presos. Així doncs, és inqüestionable que els presos són persones i conserven plenament la seva dignitat, a l'igual que qualsevol altra persona. La dignitat com valor espiritual i moral inherent a la persona, ha de mantenir-se inalterada qualsevol que sigui la situació en que la persona es trobi, com és el cas del compliment d'una pena privativa de llibertat, on els poders públics han d'assegurar les condicions suficients de respecte.

2.2.2.3 Condicionants de salut característics de la població reclusa en l'atenció infermera

L'atenció sanitària dins de les presons ha anat evolucionant³² depenent de la situació política i econòmica i de les característiques sociosanitàries de la població reclusa atesa. En aquest apartat volem descriure quins són els condicionants que fan que la infermeria de presons sigui específica a l'hora de planificar, implementar i avaluar els seus plans de cures.

Cal esmentar que el *Consejo Internacional de Enfermeras* (CIE, 2011) es pronuncia en l'atenció als presos i detinguts esmentant:

La responsabilidad primordial de las enfermeras es para con las personas que precisan cuidados de enfermería (según CIE-Código deontológico para las enfermeras, 2006). En sus cuidados a los detenidos y prisioneros, se espera que las enfermeras respeten los derechos humanos y los principios éticos. (p.1).

Es per aquest motiu que desenvolupa una relació de punts a tenir en compte en la seva cura i atenció respectant els drets humans i els principis ètics³³:

- ▲ *Las enfermeras que tengan conocimiento de abusos y malos tratos a detenidos y prisioneros actúen de manera adecuada para preservar los derechos de éstos.*
- ▲ *Las enfermeras empleadas en los servicios de salud en las prisiones no asuman funciones del personal de seguridad penitenciaria, como registros corporales para fines de seguridad de la prisión.*
- ▲ *Las enfermeras participen en la investigación clínica sobre prisioneros y detenidos solamente con el consentimiento informado de éstos. La investigación de enfermería/salud debe basarse en normas éticas y en el respeto a los sujetos humanos y ha de proteger su salud y sus derechos.*

³² Dins el marc teòric d'aquesta tesi es contempla en el capítol I de "Presó i Sanitat", amb l'objectiu de donar a conèixer l'evolució de la sanitat a les presons al llarg de la història.

³³ El CIE esmenta en el mateix document: "El CIE está convencido de que las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) y las enfermeras personalmente deben ser protegidas contra las represalias relacionadas con la defensa de los detenidos y prisioneros o con la prestación de cuidados a ellos o a quienes se niegan a participar en la tortura o en el trato cruel, inhumano o degradante. Además, las ANE deben cerciorarse de que las enfermeras de las prisiones tienen acceso al asesoramiento, consejos y apoyo confidenciales." (CIE, 2011, p.2.)

- ▲ *Las enfermeras colaboren con los demás profesionales de salud y con las autoridades de las prisiones para reducir los efectos que ejercen unos entornos penitenciarios atestados e insalubres en la transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la tuberculosis.*
- ▲ *Las enfermeras se abstengan de utilizar sus conocimientos y capacidades de enfermería o información específica de salud con las personas de cualquier manera que viole los derechos de los detenidos y prisioneros.*
- ▲ *Las enfermeras aboguen a favor de un trato seguro y humanitario a los detenidos y prisioneros, en el que se les facilite agua potable, alimentos adecuados y otras necesidades básicas de la vida. (pp.1-2)*

Després d'haver explorat la posició d'aquest organisme internacional, volem descriure quin serà l'abordatge dels condicionants de salut característics de la població reclusa relacionats amb les diferents àrees de desenvolupament del professional d'infermeria dins de la presó. Cada àrea comptarà amb els següents subapartats:

- A. Trets definitoris.
- B. Tipus de programes.
- C. Funcions d'infermeria.

Comentar que quan parlem del binomi intern-pacient és quan ens referim en termes generals a l'individu privat de llibertat que té unes necessitats de salut o malaltia. Quan parlem de salut, l'individu queda identificat com intern, doncs els objectius sanitaris aniran encaminats a promocionar i prevenir problemes relacionats amb el manteniment de la salut. Quan parlem de malaltia, identificarem a l'individu com pacient³⁴, doncs els objectius sanitaris aniran encaminats a recuperar el seu nivell de salut.

³⁴ Segons el diccionari d'infermeria (COIB-TermCat 2013) defineix el terme pacient com: "Persona que pateix una malaltia o una lesió i se sotmet a un tractament o a una intervenció quirúrgica per a guarir-se". http://www.termcat.cat/ca/El_TERMCAT/

2.2.2.3.1 Atenció a l'intern-pacient amb problemes de drogodependència

A. Trets Definitoris

Una característica principal de la població reclusa és la seva addicció a substàncies psicoactives (drogues i/o substàncies psicotròpiques). La drogodependència ha estat un dels principals problemes de les persones que ingressen a presó, tan pel número de persones afectades, com per la gravetat de les complicacions associades a aquest hàbit: la salut psicofísica, la desestructuració de la personalitat i deteriorament familiar i social. Tradicionalment, el consum de drogues il·legals estava lligat a factors comunitaris com la marginació, la pobresa i l'exclusió social. Es presentava un consum predominant d'heroïna per via endovenosa (Martín, 1990). Avui en dia, el consum de drogues sembla més relacionat amb factors individuals i recreatius, i a grups de persones amb una adequada integració social, amb un consum predominant de les anomenades drogues recreatives: cocaïna, hachís, drogues de síntesi, etc. (Calafat i Juan, 2003). A Espanya, són nou les substàncies de drogues emergents entre la població general³⁵: ketamina, l'spice, les piperacines, la mefedrona, el nexus (2C-B), la metanfetamina, les setes màgiques, els productes químics en investigació i els euforitzants legals.

Els consumidors de drogues estan sobrerrepresentats a la població de les presons si es compara amb la població en general. La prevalença de vida del consum de drogues a la població reclusa és superior al 50%, encara que presenta grans variacions entre presons, centres de detenció i països (del 22% al 86%). A la Unió Europea, la prevalença de consum regular o de la dependència prèvia a l'ingrés a presó oscil·la entre el 8% i el 73% (OEDT³⁶, 2005).

A la taula 5, s'han detallat les drogues més consumides a la població general espanyola i catalana comparada amb la població reclusa de Catalunya. Es pot observar que la població que va ingressar a presó l'última dècada consumia aproximadament un 22% més de tabac, un 26% més de cànnabis, un 38% més de cocaïna i un 35% més d'heroïna.

³⁵ Segons enquesta nacional sobre el consum de drogues entre estudiants d'ensenyament secundari de 14 a 18 anys (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT), 2012).

³⁶ L'Observatorio Europeo sobre las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) és una de les agències descentralitzades de la Unió Europea. Es va crear l'any 1993, té la seu a Lisboa i és la principal font d'informació sobre drogues i toxicomanies d'Europa. L'OEDT recopila, analitza i difon informació fàctica, objectiva, fiable i comparable sobre les drogues i les toxicomanies, proporcionant als interessats una imatge basada en dades empíriques del fenomen de les drogues a Europa. Els informes anuals presenten la visió general de l'OEDT sobre el fenomen de les drogues a la Unió Europea.

Any	Tabac			Alcohol			Cànnabis		
	E %	C %	CPC %	E %	C %	CPC %	E %	C %	CPC %
1997	42.9	39.6	*	64	60	*	4.6	4.0	*
1999	40.1	41	*	61.8	62.2	*	4.5	4.3	*
2001	41.4	41.6	70	63.7	61.1	43.7	6.4	8.3	46.9
2003	42.9	44.9	63.2	64.1	67.7	39	7.6	11.4	41.4
2005	38.4	39.3	63.4	64.6	70.9	41.3	8.7	13.9	40.8
2007	38.8	39.2	60.6	60.0	61.9	39.6	7.2	9.7	38.3
2009	39.4	37.9	54.8	63.3	69.9	36	7.6	8.7	34.6

Any	Cocaïna en pols			Heroïna			Èxtasis		
	E %	C %	CPC %	E %	C %	CPC %	E %	C %	CPC %
1997	0.9	0.9	*	0.1	0	*	0.3	0.1	*
1999	0.9	1.0	*	0.0	0.1	*	0.2	0.1	*
2001	1.3	1.4	45.1	0.0	0	40.5	0.8	1	0.7
2003	1.1	0.7	40.6	0.0	0.2	33.3	0.4	0.6	0.9
2005	1.6	1.7	40.3	0.1	0	30.4	0.6	0.6	1.4
2007	1.6	2.6	38.5	0.0	0	25.6	0.6	0.8	2.1
2009	1.2	1.5	35.3	0.1	0.1	21.3	0.4	0.3	2.4

E: Espanya; C: Catalunya; CPC: Centres Penitenciaris Catalans.

*No es disposen de dades en aquests anys per CPC³⁷.

Taula 5: Comparació del consum de drogues entre població general versus penitenciària catalana a l'ingrés a presó (anys 1997-2009).

Font: Elaboració pròpia a partir d'EDADES (2009) i DGSPiR (2012).

En el medi penitenciari s'agreuja el risc de desenvolupar, encara més, la dependència a drogues degut a factors d'estrès (Uchtenhangen, 1997, citat per Arnoso, 2005), a més de la disponibilitat de tòxics i a una majoria de persones addictes entre la població reclusa. El propi medi és un condicionant, que no s'ha d'oblidar, representa un detonant per l'inici en el consum de noves substàncies. Hi

³⁷ Les dades referents als CPC s'obtenen de la informació recollida a l'anamnesi de l'intern en el moment de l'ingrés a presó.

ha molts reclusos que continuen consumint drogues durant la seva carceració i alguns d'ells comencen a consumir-les a la presó (OEDT, 2005).

El cànnabis segueix essent la droga il·legal més freqüentment mencionada pels reclusos, amb nivells de prevalença de consum durant tota la vida fins el 78%. Alguns estudis indiquen nivells de prevalença durant tota la vida del 50-60% per a l'heroïna, les amfetamines o la cocaïna entre els reclusos (OEDT, 2008).

Les vies d'administració de la droga principal varia molt per substàncies però, en general, predomina la via pulmonar (48,6%) i la via intranasal (38,8%), on la via parenteral és la menys habitual (6,5%). En relació a l'edat de consum, els joves són menys propensos que els adults a consumir drogues per via parenteral, i entre la població reclusa, les dones són més propenses que els homes (OEDT, 2009).

Segons diferents estudis realitzats a Bèlgica, Alemanya, Espanya, França, Irlanda, Portugal i Suècia, entre un 3% i el 26% dels consumidors de drogues a presó afirmen haver consumit drogues per primera vegada a la pròpia presó (OEDT, 2002).

Aquests interns tenen dret al mateix nivell d'assistència sanitària que les persones que viuen fora de les presons. Els serveis de salut dels centres penitenciaris haurien de poder oferir tractament pels problemes relacionats amb el consum de drogues en condicions comparables als que s'ofereixen fora de les presons (OMS, 2007a). Aquest principi general d'equivalència es reconeix a la Unió Europea a la Recomenadación del Consejo de 18 de 2003 relativa a la prevenció i la reducció de danys per a la salut associats a la drogodependència. Aquesta aplicació ve donada pel Nou Pla d'Acció en matèria de lluita contra la droga de la UE 2009-2012 (OEDT, 2009) .

L'Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (Plan Nacional sobre Drogas, 2010) s'emmarca dins de les polítiques de salut pública, i té com principis rectors l'equitat i la intersectorialitat. Així mateix, resalta com població diana de les intervencions preventives i assistencials als col·lectius en situació d'especial vulnerabilitat, on es troben les poblacions amb problemes juridicopenals, incloent als menors infractors, i, com escenari d'intervenció, el sistema penitenciar i el context judicial.

Una alternativa a l'entrada a presó dels drogodependents penats són els programes alternatius a la privació de llibertat que segons la *"Recomendación sobre las reglas del Consejo de Europa relativas a la aprobación CM/Rec (2010)"*, adoptada pel Comité de Ministres el 20 de gener, a la reunió 1075 de Delegats dels Ministres, destaca que les mesures alternatives tenen un impacte en la reducció de la població carcerària. D'acord amb aquesta situació, la Delegació del Govern per al Plan Nacional sobre Drogas (2010) ha continuat potenciant els programes que ofereixen recolzament jurídic i social a persones que han comés delictes com conseqüència de la seva addicció a les drogues, desenvolupant una àmplia xarxa d'equips de recolzament, amb l'objectiu d'aplicar les mesures per evitar l'ingrés a presó.

Segons el Plan Nacional sobre Drogas (2010), les àrees més deprimides reben una major càrrega dels problemes socials que acompanyen a l'alliberació dels reclusos, i aquests tenen un risc molt elevat de mort immediatament després de la seva alliberació. Per aquest motiu, les intervencions durant el període de transició presó-comunitat resulten clau. Diferents comunitats, entre elles Catalunya han dissenyat programes d'intervenció per promocionar la inserció sociolaboral dels reclusos amb el disseny de nous circuits de derivació a recursos assistencials en medi comunitari.

B. Tipus de Programes i Tractaments

En tots els estats membres de la Unió Europea i països candidats, existeixen sistemes per assegurar que els consumidors de drogues a les presons disposin d'assistència (Ramos, 2008). Els reclusos tenen els mateixos drets que la resta de la població referent a l'atenció sanitària, incloent l'assistència i el tractament per als drogodependents (OMS, 2002, citat per OEDT, 2005). Els serveis que han de tenir accés els reclusos són: estratègies de prevenció amb programes lliures de drogues, tractaments de desintoxicació, tractaments amb metadona i altres substàncies, assessorament i educació (OEDT, 2005).

A la majoria de països de la UE i països candidats, l'educació i les activitats de formació representen estratègies de formació en general. Aquestes activitats es realitzen tant pels consumidors de presons com pel personal de presons. Entre els

països que declaren realitzar aquest tipus d'activitats estan Estònia, Espanya, Xipre, Hongria, Romania i Eslovènia (Informes nacionals de la xarxa Reitox³⁸, 2004). Tan al medi extern com intern penitenciari, la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya (XAD) dóna suport com una xarxa específica i professionalitzada per donar una atenció integral a les persones amb trastorns relacionats amb el consum de substàncies psicoactives. El desenvolupament d'aquesta xarxa va ser una de les prioritats dels Plans de Drogodependències que s'han anat elaborant al nostre país des de 1986 (Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya³⁹ PDSMiAC, 2006).

El Parlament de Catalunya, sensible a l'impacte de les drogodependències, va aprovar per ampli consens, la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. Aquesta Llei, una de les pioneres a Espanya, constitueix l'eix normatiu vertebrador del conjunt de mesures del Pla Català de Drogodependències i entén la dependència a les drogues (tant les il·legals com les socialment integrades) com una malaltia comuna que ha de tractar-se en el sistema sanitari. Fruit del desplegament d'aquesta Llei, parcialment modificada per la Llei 10/1991 i, atesa la necessitat de desenvolupar una acció coordinada i d'assegurar la col·laboració dels departaments del govern de la Generalitat i les administracions locals, es constitueix la Comissió de Coordinació i de Lluita contra les Dependències de Drogues. Adscrit al mateix Departament es crea el Consell Director i l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (OTD), que exercirà les funcions de planificació i programació de les actuacions referides al desplegament de la Llei (Decret 160/1986 de 26 de maig, DOGC núm. 703, publicat el 20 de juny de 1986).

Que en aquest capítol es parli de tots els programes disponibles a la xarxa d'atenció a les drogodependències, no vol dir que es duguin a terme en el medi penitenciari. Únicament, es vol fer un apropament teòric per donar a conèixer al lector la possibilitat que té el professional sanitari de derivar i oferir els programes existents a la comunitat per la futura excarceració de l'intern/a-pacient drogodependent.

³⁸ REITOX és la xarxa europea d'informació sobre drogues i drogoaddiccions. Està integrada pels punts focals nacionals dels Estats membre de la Unió Europea, Noruega, els països candidats i la comissió europea. Els punts focals són autoritats nacionals que, sota la responsabilitat dels seus governs, faciliten informació sobre drogues a l'OEDT. A Espanya, el punt focal és el *Plan Nacional sobre Drogas* (OEDT, 2005).

³⁹ Pla Director de Salut Mental i Addiccions sorgit a partir de l'any 2005 amb la Declaració de Helsinki per tal d'enfocar els greus problemes de la salut mental des de la salut pública.

▲ **PROGRAMA LLIURE DE DROGUES**

Un element de prevenció en l'atenció a les drogodependències és la creació de mòduls lliures de drogues a les presons. La participació del reclus consumidor és voluntària, habitualment després d'haver signat la declaració d'acceptació de les condicions del reglament del mòdul. Aquests tipus de mòduls existeixen en tots els països de l'Europa dels Quinze⁴⁰. A la majoria dels nous Estats Membres⁴¹ s'han creat mòduls lliures de drogues (OEDT, 2005). A les presons catalanes, el Programa Lliure de Drogues es va iniciar l'any 1989.

Segons UMAD⁴² (2006) és un programa de deshabitució orientat a l'abstinència de substàncies addictives, sense la utilització de cap fàrmac específic per l'abordatge de la conducta addictiva del pacient, on s'apliquen intervencions psicoterapèutiques, socials i farmacològiques.

La població receptora del programa lliure de drogues són:

- ▲ Persones que presenten consum/dependència de substàncies diferents dels opiàcis.
- ▲ Persones amb consum d'opiàcis sense haver desenvolupat una dependència a aquestes substàncies i no manifesten un deteriorament biopsicosocial significatiu.
- ▲ Drogodependents que presenten una alta motivació per l'abstinència.
- ▲ Pacients amb evolució favorable en altres programes i amb pas previ a la seva alta terapèutica.

Les intervencions es centraran en l'ensenyament d'estratègies d'afrontament de situacions de risc de consum i en l'entrenament en estratègies de resolució de problemes, en la recerca d'un estil de vida més saludable i en l'autonomia personal

⁴⁰ L'Europa del Quinze està formada pels següents països: Alemanya, Bèlgica, França, Itàlia, Bèlgica, Països Baixos, Dinamarca, Irlanda, Regne Unit, Grècia, Espanya, Portugal, Finlàndia, Suècia i Àustria (OEDT, 2005).

⁴¹ República Txeca, Xipre, Estònia, Hongria, Letònia, Lituània, Malta, Polònia, República Eslovaca, Eslovènia, Romania i Bulgària (OEDT, 2005).

⁴² Unidade Municipal de Atenció a Drogodependentes (UMAD).

del pacient. A més, de les tècniques específiques de maneig del comportament addictiu i craving⁴³ (Blasco et al., 2008).

A més, existeix la intervenció especialitzada contemplada a la Instrucció número 5/2005 de la Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari sobre l'internament en un centre de deshabitació de drogodependències (CDD) d'acord amb l'art.182 del Reglament Penitenciari on descriu: *“La possibilitat que els penats classificats en tercer grau siguin internats en institucions extrapenitenciàries per rebre un tractament específic per a la deshabitació de drogodependències.”* (p.1 de la instrucció).

Les variables que s'han d'estudiar per valorar l'aplicació de l'art. 182 de l'RP són les següents:

- ▲ La situació penal quan a les dates de compliment (podria considerar-se a com data òptima d'inici, la corresponent a 2 anys abans de les 2/3 parts de la condemna).
- ▲ L'evolució conductual de l'intern en el compliment de la condemna.
- ▲ La motivació per abandonar les drogues.
- ▲ La situació de dependència.
- ▲ L'evolució en tractaments similars anteriors.
- ▲ L'evolució en el programa de tractament implementat en el centre penitenciari (CP).
- ▲ Les recaigudes durant les sortides a l'exterior.
- ▲ Les mancances personals en relació amb la seva toxicomania.
- ▲ Les carències d'aprenentatge i relació.
- ▲ Els recursos socials, econòmics i familiars de suport.

⁴³ Segons Kozlowski i Wilkinson (1987, citat per Blasco et al. 2008) el terme craving el defineixen com: *“Ànsia, ganes compulsives, desig intens o compulsió irrefrenable de consumir una substància psicotròpica o d'experimentar els seus efectes intoxicants”* (p. 365).

- ▲ La recent interrupció d'un tractament amb evolució positiva per motiu d'ingressar a presó.

La finalització de la mesura vindrà donada per l'Acord de la Junta de Tractament quant a l'aplicació de l'art. 83, 86.4, 192 o 205 del RP o 91.2 del Codi Penal, en cas d'haver-se assolit els objectius del tractament previstos, o l'aplicació de l'art. 82 del RP en cas que es produeixi:

- ▲ La renúncia expressa de l'intern a la mesura, i per tant organitzar el reingrés a CP.
- ▲ L'abandó de l'intern del CDD, i per tant organitzar el reingrés al CP.
- ▲ Quan el CDD renunciï a mantenir el tractament per manca d'aprofitament de l'intern, i per tant reprogramar el tractament en una altra entitat i/o organitzar el reingrés a presó si fos necessari malgrat sigui temporalment.
- ▲ Quan el CDD consideri que l'intern no s'ajusta a la tipologia de la institució, i per tant reprogramar el tractament en una altra entitat i/o organitzar el reingrés a presó si fos necessari malgrat sigui temporalment.
- ▲ Quan el CDD renunciï a mantenir el tractament per motiu de transgressió de la normativa de la institució per part de l'intern, i per tant organitzar el reingrés a presó.
- ▲ Quan per motius processals penals no sigui possible o no es consideri adient continuar amb l'aplicació de la mesura, i per tant organitzar el reingrés a presó.

▲ **PROGRAMES DE REDUCCIÓ DE DANYS**

Fa més de dos dècades que els primers projectes de reducció de danys varen començar a Europa, Austràlia i Amèrica del Nord. Aquestes intervencions principalment varen ser programes d'intercanvi de xeringues i els equips d'apropament, els quals habitualment eren conduïts per organitzacions d'usuaris de drogues (Stimson i Bridge, 2008).

El primer programa d'intercanvi de xeringues el va iniciar una organització d'usuaris de drogues en els Països Baixos l'any 1981 amb resposta a una epidèmia d'hepatitis B (Grund, 1995 citat per Trujols, 1999). Paral·lelament, s'adoptaren

ràpidament projectes en molts països i ciutats del món en resposta a la important extensió de l'epidèmia del VIH. Des de finals dels anys 80, la reducció de danys ha crescut exponencialment referent a la seva acceptabilitat, popularitat i el coneixement científic basat en l'evidència. A l'Estat espanyol, el primer programa de distribució d'intercanvi de xeringues es va desenvolupar l'any 1988 a Bilbao i el seus voltants per la Comissió Ciutadana anti-SIDA de Biscaia (Arroyuelo i Fernández de Garayalde, 1991; Menoyo et al., 1997).

L'any 2006 hi havia més de 65 països amb algun tipus de programa de distribució de xeringues, i al voltant de 60 països amb algun tipus de tractament de substitució amb metadona o buprenorfina. Aquest enfoc és recolzat actualment per la majoria de països de la Unió Europea i Austràlia, i està creixent en altres països com Indonèsia, Malàisia, Taiwan, Xina, Iran, Marroc, etc. No obstant, apareixen alguns obstacles davant de la implementació global de la reducció de danys (per exemple limitacions legals als tractaments de metadona a Rússia). Existeixen oponents com els EEUU i Japó. Paral·lelament, podem parlar d'un abandonament considerable de la reducció de danys en moltes parts del món, sobretot a l'Àfrica, Centro Amèrica, Sud-Amèrica i Oceania. A l'Àfrica subsahariana, regió molt afectada pel VIH, estan augmentant els nivells d'injecció de drogues (Stimson i Bridge, 2008).

Des dels inicis i amb la llarga trajectòria d'experiència entorn als programes de reducció de danys, Trujols i Marco (1999) refereixen que aquesta eina té tres factors fonamentals per impulsar i afavorir la necessitat i el seu desenvolupament:

1. La constatació generalitzada tan de la limitada efectivitat com de la insuficient cobertura de l'oferta terapèutica clàssica basada únicament en programes d'intervenció orientats a l'abstinència.
2. L'aparició del VIH i la ràpida expansió de la infecció entre els usuaris de drogues per via parenteral, col·lectiu en el que la seroprevalença ha adquirit característiques de pandèmia.
3. La progressiva tendència a modificar la clàssica relació jerarquitzada professional-usuari basada en el model mèdic tradicional de malaltia i en la percepció excoient de l'addicte com persona competent canviar-la pel reconeixement als usuaris de drogues com interlocutors vàlids per expressar i prioritzar les seves necessitats.

La importància de cadascun d'aquests factors potencien el desenvolupament d'aquests programes i que no només es degui a l'aparició de la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA). No obstant, no se li ha de treure crèdit a aquesta causa on ha estat el catalitzador d'aquests programes accelerant el curs de la història de l'abordatge de les conductes addictives (Des Jarlais et al, 1993).

El marc dels programes de reducció de danys inclou diferents abordatges com són:

- 1. Programes de distribució i/o intercanvi de xeringues (PIX):** l'objectiu principal d'aquests programes és la disminució de la pràctica de compartir el material d'injecció, limitant les possibilitats de contagi de malalties de transmissió sanguínia a altres usuaris de drogues per via parenteral. Destacar que, a més de la distribució de material d'injecció estèril (xeringues, agulles, tovalloletes amb alcohol, etc.), i en molts casos preservatius, aquests programes són un marc incomparable per l'educació sanitària, i si l'usuari de drogues ho requereix, un pont cap altres serveis socio-sanitaris (De Andrés i Rodés, 1995).

Aquest programa es va iniciar l'any 2003 (Instrucció núm. 1/2003, de 18 de febrer) al Centre Penitenciari de Tarragona com programa pilot, implementant-lo posteriorment de forma progressiva a la resta de centres penitenciaris de Catalunya, exceptuant el CP d'Homes de Barcelona.

- 2. Programes outreach:** aquest programa no es basa en esperar a que els usuaris de drogues vinguin a cercar ajuda o tractament quan perceben tenir algun problema relacionat amb aquest consum, sinó s'aposta per sortir a la cerca d'aquests usuaris amb l'objectiu de proporcionar-li informació i/o serveis directament a la comunitat (CoE, 1996). La intervenció més comuna és distribuir material d'injecció estèril i preservatius, així com fulletons o còmics, generalment dissenyats pels propis usuaris, que descriuen les passes a seguir per una injecció segura (Gilman, 1992; De Andrés i Rodés, 1996).
- 3. Programes de manteniment amb metadona (PMM):** és l'abordatge farmacològic més eficaç de la dependència d'heroïna (Pérez de los Cobos i Trujols, 2004).

A finals dels anys 50, la metadona va ser utilitzada per Halliday al Canadà i a finals dels anys 60 per Dole i Nyswander als Estats Units (Parrino, 1993). Els tractaments amb metadona es posaren en pràctica per primera vegada a Europa a Suècia al 1967, als Països Baixos i al Regne Unit al 1968 i a Dinamarca l'any 1970, encara que el seu ús va estar limitat durant molt de temps.

Des de 1970, el tractament amb metadona va anar creixent de tal manera que ha arribat a convertir-se en la intervenció més comuna de tractament de substitució per la dependència dels opiacis (OEDT, 2006).

A principi dels anys 90, es va generalitzar cada cop més el manteniment amb metadona com modalitat de tractament. Al 2001 l'havien introduït 24 països de la Unió Europea (OEDT, 2006).

L'any 2006, l'OMS va incloure la metadona en un llistat de medicaments essencials.

En els centres penitenciaris aquest programa es va anar implementant des de 1992, prèvia acreditació de l'organisme autonòmic competent. A l'inici van haver moltes resistències en algunes Comunitats Autònomes. Des de 1998, tots els centres penitenciaris del territori nacional estan acreditats com centres prescriptors i dispensadors de substitutius d'opiacis (PNSD, 1998).

El programa de manteniment en metadona es va iniciar l'any 1992 al Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona amb la col·laboració de la Subdirecció General de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, i posteriorment es va implementar en els demés centres penitenciaris de Catalunya⁴⁴.

- 4. Programes de manteniment amb altres agonistes opiacis:** es va estimar que l'any 1980 s'havia assolit a la població general la màxima incidència del consum d'heroïna i l'any 1992 la màxima prevalença. La seva estimació indica que a presó aquesta màxima prevalença i, consegüentment, la

⁴⁴ Programa de Manteniment amb Metadona. Programa Sanitari de la Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació del Departament de Justícia (1992).

màxima necessitat de tractament de substitució d'opiacis (TSO) es va assolir al mateix temps any 1992-93 (De la Fuente et al., 2012). La pèrdua de tolerància als opiacis per no consumir a presó sembla ser el factor més contribuent. Això, vol dir que una injecció d'heroïna, que podria produir somnolència en un usuari addicte a drogues, en el mateix usuari que no ha consumit heroïna en 4 dies o més podria matar-lo (Marteau i Pall, 2006). El pes que suposa la via injectada ha disminuït per a tots els consumidors d'heroïna en general i en particular en el grup de considerats *olders*⁴⁵ i entre aquells que reben tractament substitutiu amb opiacis (PNSD, 2009).

El risc de mortalitat dels consumidors de drogues es redueix significativament amb el tractament farmacològic i, en aquest sentit la buprenorfina⁴⁶ és, degut al seu millor perfil de seguretat, la medicació recomanada pel manteniment d'opiacis d'alguns països (Van Noorden et al., 2009, citat per l'OEDT, 2012).

La combinació de buprenorfina i naloxona⁴⁷ (Vickerman et al., 2010, citat per l'OEDT, 2012) té l'autorització de comercialització a la meitat dels països europeus (Vocci et al., 2009, citat per l'OEDT, 2012). El risc de mort induïda per drogues és considerablement elevada en cas de recaiguda després del tractament o durant les dues setmanes següents a l'excarceració (OEDT, 2012).

Dins de les presons catalanes, la implementació d'aquest tractament és va iniciar l'any 2011.

- 5. Programes de manteniment amb heroïna:** els avantatges d'aquest programa és que l'heroïna és la substància de preferència dels pacients. Per aquests motius, s'espera que moltes persones afectades per la dependència dels opioïdes, no interessats en el tractament de manteniment en metadona, es decideixin a contactar amb el sistema

⁴⁵ Segons OEDT (2012): *Olders* significa: "consumidores con edades superiores a 39 años y de larga evolución" (p.118).

⁴⁶ Buprenorfina: "Mecanismo de acción: Analgésico agonista/antagonista opiáceo que se une a los receptores μ y kappa del cerebro. Indicaciones terapéuticas: tratamiento (tto.) de sustitución de dependencia mayor de opiáceos".

⁴⁷ Nom comercial Suboxone®: "Mecanismo de acción: Agonista/antagonista parcial opiáceo que se une a los receptores μ y kappa del cerebro. Indicaciones terapéuticas: tto. de sustitución de la dependencia de opiáceos (en > 15 años), en el marco de un tto. médico, social y psicológico".

sanitari per rebre heroïna. A més, la retenció en el tractament amb heroïna també pot ser més elevada que amb la metadona. Aquests efectes del manteniment amb heroïna possibilita la reducció en el mercat negre d'aquesta substància. Les sobredosis per heroïna també es veurien reduïdes ja que la substància estaria consumint-se sota la supervisió mèdica en unes adequades condicions d'higiene i seguretat. Paral·lelament, s'han de tenir en comptes els principals inconvenients de l'heroïna, que són de tipus farmacològic. El temps d'acció de l'heroïna és curt, obligant a realitzar més d'una presa. Aquest inconvenient es pot evitar administrant l'heroïna per via oral, però llavors l'heroïna és únicament una prodroga de la morfina. Així mateix, l'acúmul d'aquesta substància i els seus derivats en el sistema nerviós central (SNC) degut al manteniment amb aquesta substància redueix, segons els pacients, els efectes desitjats de la pròpia heroïna (Pérez de los Cobos i Trujols, 2004).

6. **Programes d'atenció socio sanitària urgent:** aquests dispositius ubicats a prop dels escenaris naturals a on s'agrupa un major nombre d'usuaris de drogues per via parenteral, pretén contactar amb els usuaris més marginats i oferir-los segons les seves necessitats: una acollida immediata, assessorament i material d'injecció estèril per un consum més segur, atenció i cures mèdiques, servei de dutxa i bugaderia, una alimentació mínima, etc. (De Andrés i Delas, 1997; Lepretre et al., 1997).
7. **Espais per una injecció més segura:** segons l'OEDT (2004⁴⁸) anomena aquest espai com: *"Drug consumption rooms (DCRs) are professionally supervised healthcare facilities where drug users can use drugs in safer and more hygienic conditions"*.

Es varen posar en funcionament a partir de l'any 1986 més de 90 narcosaules⁴⁹ a països com Suïssa, Països Baixos, Alemanya Espanya, Luxemburg, Noruega, Canadà i Austràlia (Hedrich et al, 2010). Aquests espais de consum higiènic o sales de cafè-calor perquè, a més de garantir que els drogoaddictes s'injectin en condicions higièniques i amb supervització professional, s'ofereix un espai on prendre una beguda

⁴⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>

⁴⁹ Els professionals prefereixen anomenar-les EVA (Espais de Venopunció Assistida).

calenta i parlar amb personal sanitari o amb psicòlegs que els poden induir a començar un tractament (Henard, 2005).

- 8. Distribució de naloxona:** alguns països europeus refereixen l'existència de programes de base comunitària que prescriuen naloxona a consumidors de drogues amb risc de sobredosis per opiacis. La prescripció de naloxona s'acompanya de formació obligatòria per reconèixer sobredosis, l'ensenyament de tècniques bàsiques de primers auxilis (per exemple, reanimació respiratòria, posició de recuperació, etc.) i la forma d'administrar la naloxona. Aquesta intervenció es dirigeix a consumidors de drogues, famílies i amics, per ajudar-los a prendre les mesures oportunes en situacions de sobredosis, mentre s'espera l'arribada dels serveis d'urgències. A Escòcia, l'any 2010 es va introduir l'entrega de naloxona per prendre a casa a totes les persones de risc que eren excarcerades (OEDT, 2011).

A la majoria dels països, els tractaments de manteniment amb substàncies de substitució, no tenen la mateixa disponibilitat a l'interior de les presons que fora d'elles. El tractament de manteniment en metadona només està estès a Espanya. Luxemburg, també disposa d'una àmplia cobertura. Entre els països que registren augments considerables en la disponibilitat del tractament amb assistència mèdica estan França amb buprenorfina i a Irlanda (Informes nacionals de la xarxa Reitox, 2004). En els Països Baixos, el tractament amb assistència mèdica només se'ls ofereix als presos amb poca condemna que prenen metadona abans de l'empresonament. Al 2007, es va introduir el tractament amb buprenorfina a altes dosis a Xipre, el tractament de substitució està ara disponible en tots els Estats membres, així com, a Croàcia i Noruega. Turquia encara no ha incorporat el tractament de substitució, encara que es permet en centres de tractament en virtut d'una normativa aprovada al 2004. Després de la metadona, la buprenorfina constitueix el segon opiaci més prescrit en el tractament de la dependència per opiacis (OEDT, 2008).

A la següent figura es poden veure el recull de programes d'atenció al drogodependent que es duen a terme en els centres penitenciaris de Catalunya.



Figura 2: Programes d'intervenció de drogodependències a les presons catalanes.
 Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea de Sanitat. DGSPiR. Departament de Justícia.

C. Funcions d'Infermeria

Dins de les funcions de la infermera de presons, l'element humà en la prestació de serveis és fonamental. Les actituds i coneixements *versus* els programes de salut afavoreixen la qualitat dels programes de reducció de danys a presó (Marco, 1995, citat per Álvaro i Vegue, 2000).

Els programes implementats a les presons catalanes en relació amb les drogodependències són: programa lliure de drogues, programa de manteniment amb metadona, programa d'intercanvi de xeringues (PIX), programa de substitució amb opiàcids⁵⁰ i programa antitabac.

L'infermer/a planificarà, supervisarà i adherirà el pacient al tractament (en el cas de la metadona i la substitució amb opiàcids) segons els objectius establerts en relació a l'objectiu del programa i les característiques individuals de cada usuari.

Aquests programes tenen com funcions comunes de l'infermer/a la presó⁵¹:

- ▲ Inclusió de l'intern/a en el programa de reducció de danys segons els criteris establerts des de cada intervenció.

⁵⁰ Dins de les presons catalanes, en el programa de substitució amb opioides només es dona la possibilitat del tractament amb buprenorfina/naloxona.

⁵¹ Funcions d'Infermeria als Centres Penitenciaris de Catalunya. Servei de Sanitat de la Direcció General de Serveis Penitenciaris.

- ▲ Control i seguiment dels/de interns/es ingressats/des en el programa.
- ▲ Complementació i registre de les dades a la història clínica del pacient.
- ▲ Coordinació amb la resta d'equips del centre (règim interior⁵² i rehabilitació⁵³) o centres (altres centres penitenciaris, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències⁵⁴(CAS) o altres centres sociosanitaris).
- ▲ Participació en els tallers d'educació per la salut i educació sanitària en relació a les toxicomanies o altres problemes de salut.
- ▲ Derivació a centres extrapenitenciaris (Centre d'Atenció Primària, CAS o altres) de la xarxa sociosanitària externa per al seguiment i/o dispensació del tractament un cop l'intern/a s'excarceri.

En els programes de manteniment amb metadona, substitució amb opiacis i programa d'intercanvi de xeringues, l'infermer/a ha de realitzar una intervenció

⁵² "El personal de l'àmbit de règim interior: "[...] els corresponen les següents funcions: a) Mantenir l'ordre i la seguretat en la unitat en què desenvolupen els seus serveis, portant a terme les mesures establertes per la legislació vigent per mantenir la seguretat interior i l'adequada convivència en els centres penitenciaris; b) Adoptar, quan sigui necessari, les mesures de prevenció general i especial establertes a la legislació penitenciària amb la finalitat d'evitar la conflictivitat individual i col·lectiva; c) Supervisar el correcte desenvolupament de les prestacions que es duguin a terme a la unitat; d) Observar els moviments dels/de interns/es, les seves interaccions socials i el seu estat personal a efectes d'adoptar o proposar, quan sigui necessari, les mesures adients en cada cas; [...]; f) Desenvolupar les funcions que els assigni la Junta de Tractament o l'equip multidisciplinari en relació amb la intervenció i el tractament dels/de interns/es, així com proposar-ne les mesures específiques d'intervenció derivades de les observacions realitzades i les recompenses i els beneficis que puguin correspondre als/a les interns/es; g) Coadjuvar en l'execució de les tasques de control que siguin necessàries per a l'aplicació dels programes sociosanitaris que es desenvolupin en els centres penitenciaris en matèria de substàncies que puguin generar dependència; [...]; j) Fer les tasques d'identificació personal dels/de interns/es; [...]". (ROFSEPC, 2006, pp.71-72).

⁵³ L'equip de rehabilitació dels centres penitenciaris de Catalunya és el "responsable d'individualitzar l'execució de les penes i mesures penals que s'imposin a les circumstàncies i evolució personal de cada intern/a amb la finalitat primordial d'assolir la seva reeducació i reinserció social. Ha de dur a terme la seva feina de manera coordinada i amb una orientació interdisciplinària. [...] desenvoluparà les funcions següents: [...] c) Participar en la planificació i execució dels programes d'intervenció amb grups d'interns/es o persones del seu entorn, pròpies de la seva especialitat, que contribueixin a assolir els objectius i les millores establertes en els programes de tractament, d) Informar, orientar, assessorar i intervenir amb els/les interns/es i amb les persones del seu entorn en les àrees que els correspongui per la seva especialitat, amb la finalitat de potenciar la seva autonomia, responsabilitat i implicació en la millora de la seva situació actual i futura reinserció social; [...]; h) Dur a terme tasques de coordinació amb institucions i serveis que participen en el tractament i la integració social dels /es interns/es o amb les persones del seu entorn afectiu i social, segons la seva especialitat [...]". (Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya (ROFSEPC, 2006, pp.66-67).

⁵⁴ Asociación Española de Neuropsiquiatria (AEN) defineix CAS com: "Centro de atención y seguimiento de drogodependencias. Atienden a las personas consumidoras o drogodependientes del territorio que tienen asignados. Equipos pluridisciplinarios de composición irregular: psiquiatra (no siempre), psicólogo, trabajador social, educador. Desarrollan varios programas de prevención." (p. 102).

que requereix d'uns coneixements procedimentals pel correcte funcionament i intervenció:

▲ **Programa de manteniment amb metadona i programa de substitució amb opiacis (Suboxone®):**

- Preparació de la dosi prescrita pel facultatiu.
- Dispensació de la dosi amb presa assegurada (metadona via oral i Suboxone® via sublingual).
- Recull de la signatura per part de l'intern/a de la dosi administrada, per tal d'evitar sobredosificacions.
- Detecció de signes d'alerta per possible intoxicació o sobredosi per manipulació de medicació psicotròpica i/o altres substàncies il·legals.
- Recollida d'orina supervisada per detectar possibles consums de substàncies prohibides.
- Detecció d'incompliment de normes del propi programa per la futura presa de decisions.
- Realitzar entrevistes motivacionals amb l'objectiu de l'adherència al tractament i detecció i resolució de problemes biopsicosocials.

▲ **Programa d'intercanvi de xeringues (PIX):**

- Proporcionar a l'intern/a la xeringa amb dispositiu retràctil.
- Detecció de signes d'alerta per possible intoxicació o sobredosi per manipulació de medicació psicotròpica i/o altres substàncies il·legals.
- Detecció d'incompliment de normes del propi programa per la futura presa de decisions.
- Realitzar entrevistes motivacionals amb l'objectiu de l'adherència al programa i detecció i resolució de problemes biopsicosocials.

- Aquest programa conserva l'anonimat dels usuaris a tots els efectes de l'equip de règim i rehabilitació del centre.

Aquestes són les funcions de l'infermer/a, les quals ha de desenvolupar entorn als programes de toxicomanies que es desenvolupen en el medi penitenciari. La coneixença de les possibles ofertes de programes de reducció de danys en el medi extrapenitenciari, facilita la continuïtat del seguiment del tractament, així com del recolzament biopsicosocial a la població drogodependent excarcerada.

Les diferents estratègies terapèutiques i psicoeducatives que ofereixen els programes de reduccions de danys han de garantir que el reclus/es disminueixi el risc de presentar una sobredosi per opiacis i/o psicoestimulants, però la voluntat de l'intern/a a l'ús il·legal i abús d'heroïna i/o substàncies psicoactives fa que tingui un llindar de seguretat molt reduït fins el moment que sobrepassa la línia entre l'hedonisme i el perill de risc vital. Aquest és el moment en que l'intern/a pot precisar de maniobres sanitàries urgents per tal de revertir aquest quadre clínic que posa en perill la seva vida.

La reacció aguda adversa pel consum d'opiacis ha estat des de fa anys una de les principals causes de mortalitat entre els heroïnòmans. Actualment, l'ús i abús dels psicoestimulants han disparat les prevalences del consum d'aquestes substàncies, i es considera una de les primeres causes d'urgències per consum de drogues.

El consum d'opiacis s'associa en particular a mort per sobredosi, la magnitud d'aquest problema queda palesa si es recorda que durant l'última dècada, hi ha hagut a Europa una mort per sobredosi cada hora (OEDT, 2012). La mort per sobredosi d'opiacis no és instantània, fet que normalment permet una intervenció efectiva si hi ha una detecció i una actuació precoces. L'atenció immediata de la sobredosi no només permet evitar la mort, sinó també la possibilitat d'evitar complicacions secundàries de tipus neurològic o muscular, en el cas dels opiacis, i de tipus psiquiàtric i cardiovascular, en el cas dels psicoestimulants.

Actualment, les defuncions per reacció adversa a substàncies psicoactives representen la segona causa de mort a Institucions Penitenciàries, després de la causa natural. Tot i que els darrers anys s'ha experimentat un descens notable en la utilització de la via intravenosa i un augment en el nombre d'interns inclosos en programes de manteniment en metadona o deshabitació, cada any moren entre

40 i 57 interns (entre 0,79 i 0,93 morts per mil interns/any) per reacció adversa a substàncies psicoactives (Subdirecció General de Coordinació de Sanidad Penitenciaria SGCSF, 2009).

Una de les raons que explica aquest fenomen és l'enorme prevalença de drogodependència entre les persones que ingressen a presó, així com el policonsum de diferents tipus de substàncies i la via intravenosa pel seu ús. A l'estat espanyol l'any 2006, el 80% dels interns eren policonsumidors de drogues de forma freqüent abans de la seva entrada a presó, essent les drogues més habituals: l'alcohol, cànnabis, cocaïna i l'heroïna (SGCSF, 2009). Durant la permanència en el centres penitenciaris la major part dels addictes redueixen el consum de drogues o deixen d'utilitzar-les, principalment per la dificultat per a la seva adquisició i també per l'accessibilitat als programes terapèutics (aproximadament un 20% d'interns estan en programes de deshabituació) (OEDT, 2009). Després d'una llarga estada sense consumir drogues, el reemprendre el consum d'heroïna amb un nivell més baix de tolerància als opioides augmenta de manera significativa el risc de sobredosi (OEDT, 2012).

A la comunitat catalana la població reclusa també manté aquest tipus de conducta, ocasionant un nombre de morts a l'any que si bé no és un nombre elevat és rellevant. A la següent taula queden descrits els nombres de morts per sobredosis a l'última dècada:

Any	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total morts per sobredosi	12 (18.5%)	10 (16.4%)	8 (10.8%)	3 (5.8%)	8 (12.1%)	6 (10.5%)	8 (14.5%)	16 (31.4%)	9 (16.4%)	3 (6.8%)
Total morts	65	61	74	52	66	57	55	51	55	44
Nombre total de població reclusa	7416	8094	8305	8970	9395	10051	10525	10520	10573	10062

Taula 6: Nombre de morts per sobredosi als CP de Catalunya durant els anys 2003-2012.
Font: Elaboració pròpia a partir de DESPIR (2013). Departament de Justícia.

El professional infermer dels centres penitenciaris requereix de coneixements i habilitats pràctiques per detectar aquesta situació urgent de forma ràpida i segura:

▲ **Atenció urgent davant una sobredosi per opiacis i/o substàncies psicoestimulants:**

- Realitzar maniobres de Suport Vital Bàsic/Suport Vital Avançat.
- Administrar antídots parenterals (Naloxona pels opioïdes; Flumazenil per benzodiazepines) o medicació (Diazepam per contrarestar l'efecte de cocaïna).
- Administrar oxigenoteràpia.
- Valoració del nivell de consciència.
- Valoració de la reactivitat, tamany i estat de les pupil·les (miosi/midriasi).
- Posició lateral de seguretat.
- Control i registre de constants.
- Registre de totes les actuacions a la història clínica del pacient.

Segons l'estat del pacient i indicació facultativa, aquest sortirà a l'hospital de referència del centre penitenciari per tal de realitzar el control i seguiment requerit després d'un episodi de sobredosi.

2.2.2.3.2 Atenció a l'intern-pacient amb problemes de salut mental: malaltia mental, discapacitat i risc de suïcidi

A. Trets Definitoris

La salut mental és essencial per desenvolupar una vida activa, mantenir relacions socials, tenir capacitat d'adaptar-se als canvis i fer front a l'adversitat. La salut mental és un element imprescindible per desenvolupar el pensament, les habilitats de comunicació, l'aprenentatge, el creixement emocional, la capacitat de resposta i l'autoestima (U.S. Department of Health and Human Services, 1999, citat a Pla de Salut de Catalunya, 2002).

L'OMS (2013) defineix la salut mental com un estat de benestar en el que l'individu és conscient de les seves capacitats, pot enfrontar-se a les exigències normals de la vida i treballar de manera productiva i fructífera, i és capaç de contribuir a la seva comunitat.

Però la salut està condicionada per múltiples factors de tota mena: biològics, psicològics, familiars i socials, educatius, econòmics i medi ambientals, que es relacionen entre sí i produeixen resultats en termes de salut. Les ràpides transformacions socials en aquest inici del segle no són alienes als increments de la freqüència de les malalties mentals, les addiccions i altres conductes com la violència, el suïcidi o el comportament antisocial (PDSMAiC, 2006).

Aquestes transformacions que s'estan produint, incideixen en una major prevalença dels trastorns de la salut mental. Són infinites les circumstàncies a nivell macrosocial que contribueixen a augmentar aquestes prevalences: les tensions econòmiques, les tensions polítiques, les tensions ètniques, les tensions ambientals, les migracions, la pobresa, l'atur, la manca de suport familiar, la manca de suport social, la soledat, la ruptura de les xarxes socials de la persona, etc. Tots aquests factors apunten de manera més incisiva en determinats col·lectius i expliquen, en part, els comportaments disruptius que es poden desenvolupar com a resposta: augment de conductes antisocials, de la violència, de la depressió, del desig de suïcidi, de les autolesions o de les addiccions a drogues (Capdevila i Ferrer, 2008).

Capdevila i Ferrer (2008) i Bones et al. (2010) recullen i citen segons diferents autors els factors associats a una major prevalença de problemes de salut mental com: ser del sexe femení (Haro et al., 2006; Alonso i Lepine, 2007), estar separat/da o divorciat/da (Haro et al., 2006), patir malalties cròniques (Gispert et al., 2003; Prince et al., 2003; Alonso i Lepine, 2007), estar aturat/da (Harrison et al., 1999; Fryers et al., 2003; Artazcoz et al., 2004; Haro et al., 2006; Alonso i Lepine, 2007) o de baixa laboral (Haro et al., 2006), tenir poc recolzament social (Harrison et al., 1999; Joutsenniemi et al., 2006; Myer et al., 2008) i tenir una posició socioeconòmica desavantatjada⁵⁵, mesurada per indicadors tals com el nivell educatiu, la classe social ocupacional o el nivell d'ingressos (Fryers et al., 2003; Artazcoz et al., 2004; Gispert et al., 2006; Myer et al., 2008) (veure taula 7).

⁵⁵ Segons Bones et al. (2010) aquesta posició desavantatjada va ser mesurada per indicadors tals com el nivell educatiu, la classe social ocupacional o el nivell d'ingressos.

Per exemple, l'estrès posttraumàtic i altres esdeveniments vitals estressants estan associats amb una major prevalença de trastorns mentals, amb una major freqüència entre persones de nivell socioeconòmic baix i entre minories racials/ètniques (Hatch et al., 2007).

Variable	Autor
Sexe femení	Artazcoz et al. (2001); Haro et al. (2006); Alonso i Lepine (2007)
Separat/da o divorciat/da	Haro et al. (2006)
Patir malalties cròniques	Gispert, Prince (2003); Alonso et al. (2007); Alonso i Lepine (2007)
Estar aturat/da	Harrison (1999); Fryers et al. (2003); Artazcoz et al. (2004); Haro et al. (2006); Alonso et al. (2007)
Estar de baixa laboral	Haro et al. (2006)
Tenir poc recolzament social	Harrison et al. (1999); Joutsenniemi et al. (2006); Martelin et al. (2006); Myer et al. (2008)
Tenir una posició socioeconòmica desavantatjada	Fryers et al. (2003); Artazcoz et al. (2004); Gispert et al. (2006); Myer et al. (2008)
Nivell socioeconòmic baix i entre minories racials/ètniques	Hatch et al. (2007)

Taula 7: Factors associats a una major prevalença de patir problemes de salut mental.
Font: Elaboració pròpia a partir de Bones et al. (2010).

L'OMS (2003) ressalta la importància de la prevalença dels trastorns mentals a la població i preveu que un de cada 4 habitants del planeta patirà algun trastorn mental o neurològic al llarg de la seva vida.

Els països amb una política específica en salut mental⁵⁶, destaquen que aquesta va ser actualitzada i aprovada recentment (des de 2005) en el 76% dels països del món. Les regions OMS de l'Oest del Pacífic, Est del Mediterrani i Europa consten amb la cobertura més alta amb un 87%, 85% i un 84%, respectivament. Les regions d'Àfrica (56%) i Sud-Est d'Àsia (57%) són les regions amb menys cobertura en aquesta matèria, quedant només la regió de les Amèriques amb un 67% (OMS, 2011).

⁵⁶ Segons l'OMS (2011), la política de salut mental és la declaració del govern per transmetre un conjunt organitzat de valors, principis, objectius i àrees d'actuació per millorar la salut mental de la població.

Sota aquestes directrius d'actualització de les polítiques sanitàries en matèria de salut mental, l'atenció psiquiàtrica a Espanya, i més concretament a Catalunya ha seguit un procés similar al produït a la major part de països desenvolupats. Temps enrere tenia més la consideració d'assistència de beneficència que no pas d'assistència sanitària. Els hospitals psiquiàtrics que hi havia arreu de l'Estat espanyol complien, a més de la funció estrictament sanitària, altres de tipus «asilar» i de guàrdia i custòdia, atès que en ells s'ingressaven aquells individus que per ordre judicial eren declarats «perillosos socials». Aquesta vinculació amb el món de l'Administració de Justícia ha afegit un grau més de complexitat en la gestió de les Institucions Psiquiàtriques (PDSMiAC, 2006).

Durant els últims anys, els trastorns mentals a Catalunya més atesos a la xarxa sanitària pública (CatSalut⁵⁷) descriu que hi ha patologies com: trastorns d'ansietat, trastorns d'adaptació, trastorns de l'estat d'ànim, trastorns esquizofrènics i trastorn de la conducta que destaquen en relació a altres diagnòstics mentals per sobre del 12% en la població masculina, en canvi la població de dones destaquen els trastorns d'ansietat i adaptació per sobre del 17% i els trastorns de l'estat d'ànim superiors al 29% (taula 8).

DIAGNÒSTIC (segons la CIM-9-MC)*	HOME ⁵⁸ (%)				DONA ⁵⁹ (%)			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Trastorns d'ansietat, dissociatiu i somatomorf (inclou trastorns neuròtics)	14446 (15.5%)	15122 (15%)	13017 (13.1%)	12332 (12.3%)	34038 (28.3%)	34564 (27.5%)	19311 (16%)	20352 (17.5%)
Reacció d'adaptació	15785 (17%)	16824 (16.7%)	14177 (14.3%)	13354 (13.3%)	25634 (21.3%)	26682 (21.2%)	22459 (18.6%)	20352 (17.5%) .../...

⁵⁷ La missió del CatSalut és garantir l'atenció sanitària de cobertura pública, integral i de qualitat a tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya, mitjançant una adequada adaptació de l'oferta a les necessitats de la població (CatSalut, 2012a).

^{58, 59} Població total de referència per al CatSalut per a l'any 2012 era de 7.601.813 assegurats; any 2011 era de 7.612.890 assegurats; any 2010 era de 7.646.944 assegurats; any 2009 era de 7.611.711 assegurats (CatSalut, 2009; CatSalut 2010; CatSalut, 2012b).

DIAGNÒSTIC (segons la CIM-9-MC)*	HOME (%)				DONA (%)			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Trastorns de l'estat d'ànim episòdics (inclou trastorn afectiu episòdic)	10404 (11.2%)	11271 (11.2%)	15227 (15.3%)	14886 (14.9%)	18450 (15.3%)	19761 (15.7%)	35525 (29.4%)	34328 (29.5%)
Trastorns esquizofrènics	11239 (12.1%)	1225 (12.1%)	15728 (15.8%)	16219 (16.2%)	6941 (5.8%)	7377 (5.9%)	11177 (9.3%)	11344 (9.7%)
Trastorn de la conducta no classificat	3370 (3.6%)	3709 (3.7%)	12703 (12.8%)	13886 (13.9%)	1271 (1.1%)	1382 (1.1%)	4022 (3.3%)	4441 (3.8%)
Trastorns de personalitat	4527 (4.9%)	4881 (4.8%)	4525 (4.6%)	4936 (4.9%)	5922 (4.9%)	6468 (5.1%)	6430 (5.3%)	7032 (6%)
Síntomes i síndromes especials, no classificats en cap altre lloc	2137 (2.3%)	2387 (2.4%)	1998 (2.0%)	1899 (1.9%)	3622 (3.0%)	3874 (3.1%)	4497 (3.7%)	4441 (3.8%)
Trastorn depressiu no classificat en cap altre lloc	1319 (1.4%)	1474 (1.5%)	*	*	2773 (2.3%)	2974 (2.4%)	*	*
Trastorns relacionats amb l'alcohol	*	*	1235 (1.2%)	1203 (1.2%)	*	*	432 (0.4%)	433 (0.4%)
Trastorns relacionats amb altres drogues	*	*	1377 (1.4%)	1394 (1.4%)	*	*	432 (0.4%)	457 (0.4%)
Cribratge i antecedents personals de codis de trastorns mentals o abús de drogues	*	*	4062 (4.1%)	4395 (4.4%)	*	*	5532 (4.6%)	5733 (4.9%)

*CIM-9-MC: Classificació Internacional de Malalties, 9a revisió, Modificació Clínica (7a edició).

*No hi ha dades disponibles.

Taula 8: Categories diagnòstiques més freqüents de l'activitat ambulatoria de la xarxa salut mental.
Font: Memòries CatSalut (2009, 2010 i 2012).

El Pla de Salut de Catalunya pel 2011-2015 descriu que l'evolució de la mortalitat corresponent a la causa mental ha tingut una evolució positiva passant d'una taxa de mortalitat l'any 2000 de 31 individus/100.000 habitants a 25 individus/100.000 habitants l'any 2009 havent-hi un descens d'un 19%⁶⁰, encara que continua essent la 5a causa de mort, després dels tumors, les malalties del sistema circulatori, les malalties del sistema respiratori i les del sistema nerviós.

⁶⁰ Departament de Salut. Registre de mortalitat de Catalunya 2009.

Segons Haro et al. (2006), la prevalença vital del trastorn mental en homes de la població espanyola en general és d'un 15,7% comparada amb la de la població reclusa que és d'un 84,4% (Vicens et al., 2011). Diferents autors (Fazel i Danesh, 2002; Andersen, 2004; Brugha et al., 2005) refereixen que la població penitenciària a nivell mundial tenen entre 4 i 6 vegades més probabilitat de patir un trastorn psicòtic o depressió greu que la població general, i al voltant de 10 vegades més probabilitat de ser diagnosticats d'un trastorn antisocial de la personalitat. La prevalença del trastorn per ús de substàncies en reclusos és superior al 50% (Fazel and Danesh, 2002; Andersen, 2004; Brugha et al., 2005; Grupo Preca, 2011; EMCDDA, 2009, citats per Vicens et al., 2011). Un de cada 4 reclusos amb trastorn psicòtic presenten símptomes psicòtics atribuïbles a la intoxicació o abstinència de consum de drogues (Brugha et al., 2005). L'existència de persones amb malaltia mental greu internades a les presons és una realitat en tots els països del món.

Autor	País	Trastorn
Massaro (2004)	EUA	Trastorns mentals severos (TMS): homes (6.4%) i dones (12.2%).
Mouquet (2005)	França	El 10% dels interns ingressats a presó rebia prescripció per anar a l'especialista en psiquiatria. Una persona de cada entrades a la presó, referia un intent de suïcidi l'any anterior a l'encarcerament.
Brugha (2005)	Anglaterra	Trastorns psicòtics situa xifres del 52%.
Vicens (2006)	EUA i Canadà	Trastorn de personalitat situen la prevalença en 50-75%.
Singleton (citad per Vicens, 2006)	Anglaterra i Gal·les	Trastorns comòrbids quasi el 25% de presos preventius presentava 4 o 5 trastorns.
Kjelsberg (citad per Arroyo, 2006)	Noruega	El 35% dels interns presentava algun tipus de trastorn mental (n=2617).
Fotiadou (citad per Arroyo, 2006)	Grècia	El 78% dels interns pateixen patologia mental (mostra aleatòria de 80 interns).

Taula 9: Països amb interns amb trastorns mentals segons literatura consultada.
Font: Elaboració pròpia a partir de Capdevila i Ferrer (2008).

De vegades, la presó ha estat utilitzada com un recurs assistencial per aquests malalts que no han estat tractats quan estaven en llibertat. La complexa organització de la vida en un centre penitenciari, el control i la disciplina, les restriccions de tot tipus, la convivència forçosa, els horaris rígids, la monotonia, l'aïllament emocional i la frustració, fan molt difícil la construcció d'espais terapèutics adequats per al tractament de determinats malalts mentals (Grupo de

Trabajo de Salud Mental en Prisiones GSMP, 2011). Diferents estudis conclouen que els símptomes de la malaltia mental augmenten quan la persona està empresonada (Lavoie et al., 2006). Massaro (2004, citat per Capdevila, 2008) explica:

L'estrès que l'entrada a presó implica per a qualsevol persona, ja que ha de desenvolupar un procés d'aprenentatge de noves regles de conducta. Aquest estrès es multiplica amb persones amb dificultats de comprensió, imitació, adaptació i/o aprenentatge, producte de la seva malaltia. Els malalts mentals que passen llargues i/o freqüents temporades a la presó aprenen tot un seguit de comportaments necessaris per preservar-se en aquest medi. [...] En tornar a la comunitat després d'una estada relativament llarga, els malalts experimenten un dramàtic xoc cultural i un intens estrès de readaptació sense l'ordre, les regles i les rutines de la presó. (pp. 36-37).

Com havíem citat anteriorment, segons Vicens et al. (2011) la prevalença dels trastorns mentals a les presons espanyoles va ser del 84,4%. Els trastorns mentals més freqüent varen ser el trastorn per ús de substàncies (abús i dependència) amb un 76,2%, seguit pel trastorn d'ansietat (45,3%), trastorn d'estat d'ànim (41%) i el trastorn psicòtic (10,7%). A l'Estudi PRECA⁶¹ (2011) varen concloure que la prevalença de malaltia mental en població reclusa és unes 5 vegades més alta que a la població general.

Diferents organismes internacionals tenen la missió de vetllar per la protecció de la salut mental dels reclusos/es.

El *Council of Europe* (CoE) té com finalitat la defensa dels drets dels humans, la democràcia pluralista i la preeminència del dret. Tres convenis, subscrits per Espanya són d'especial interès per a la salut mental a les presons:

- ▲ *Convenio Europeo de Derechos Humanos* de 1950.
- ▲ *Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura*, pel qual es va crear el *Comité Europeo para la Prevención de la Tortura* (CPT) que realitza

⁶¹ Estudio PRECA (Prevalencia Cárceles): va néixer de la inquietud de professionals de diferents àmbits de la salut mental, del Grupo de Trabajo de Salud Mental en Prisiones (GSMP) de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciària i de l'Asociación Española de Neuropsiquiatria (AEN).

inspeccions a l'atzar sobre el tracte que reben les persones en situació de privació de llibertat, el que inclou a persones internades per motiu de salut mental, i recomanin mesures que han adoptar-se amb l'objectiu de reforçar la seva protecció.

▲ *Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo).*

El Comitè de Ministres del CoE va aprovar l'any 2004 la Recomendación REC (2004) relativa a la protecció de la dignitat i els drets humans de les persones amb trastorns mentals. Per ordre de l'European Health Committee, a l'octubre de 2006 es va constituir un Comitè d'Experts en Salut Mental, amb la missió de vetllar pels drets de les persones amb trastorn de salut mental.

Al 2009, el Parlament Europeu assumeix els postulats i propostes del Pacte Europeu per la Salut Mental i el Benestar⁶², i el desenvolupament d'accions relatives a la salut mental, tan a nivell nacional com a nivell europeu. A Catalunya, l'atenció sanitària en matèria de salut mental i addicions de persones institucionalitzades en centres penitenciaris, queden descrites al PDSMiAC (2010) on la seva missió és:

Decidir, planificar, executar i avaluar les accions més efectives i els recursos més apropiats per a la millora de la salut mental de la població, d'acord a un model de base comunitària i intersectorial en el que participin els diversos agents, que integri la promoció social dels factors de salut i la prevenció dels trastorns, i que inclogui el tractament, la rehabilitació, i la inserció òptims de les persones i grups de població que pateixen trastorns mentals i addiccions, i el suport a les seves famílies. (p. 26)

⁶² Aquest document va ser presentat per la Comissió Europea com seguiment del "Libro Verde de la Salud Mental". Els objectius del Pacte Europeu per la Salut Mental i el Benestar són recolzar i informar als Estats membres i altres actors interessats, promoure les millors pràctiques, recolzar el desenvolupament d'accions per afrontar els principals desafiaments que abordin la salut mental i reduir les desigualtats socials. El Pacte abraça cinc àrees prioritàries que són: la salut mental entre els joves i a l'educació.; prevenció del suïcidi i de la depressió; la salut mental de les persones grans; lluitar contra l'estigma i l'exclusió social. L'objectiu del Pacte és recolzar i informar als Estats membres i altres actors interessats, promoure les millors practiques, recolzar el desenvolupament d'accions per afrontar els principals desafiaments que abordin la salut mental i reduir les desigualtats socials.

A les seves línies de treball contempla:

▲	Objectiu: 1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.
▲	Línia 3. Prevenció de trastorns mentals, addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues en poblacions més vulnerables.
▲	Programa d'atenció a les drogodependències a les <u>institucions penitenciàries</u>.
▲	Objectiu: 3. Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris, en base territorial.
▲	Línia 3. Reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.
▲	Reordenació de l'actual sistema d'atenció <u>psiquiàtrica penitenciària</u>, promovent la diferenciació i l'autonomia estricta dels espais i el funcionament dels serveis sanitaris específics, en relació als centres penitenciaris, incloses les actuals infermeries psiquiàtriques.
▲	Creació de CAS a les <u>Institucions Penitenciàries</u>

Taula 10: Línies de treball del Pla Director referent a Institucions Penitenciàries.

Font: Elaboració pròpia a partir de PDSMiA de Catalunya 2010 (2006).

Gairebé cada any moren un milió de persones per suïcidi, una taxa global de mortalitat de 16 per 100.000 habitants. Els trastorns mentals (particularment la depressió i els trastorns per consum d'alcohol) són un important factor de risc per al suïcidi a Europa i Amèrica del Nord, però als països asiàtics la impulsivitat juga un paper molt important. El suïcidi és complex per factors: psicològics, socials, biològics, culturals i ambientals (OMS, 2012).

Un dels indicadors més acceptats per la literatura científica per detectar el grau d'estrès i d'aquesta situació de fragilitat mental dins de les presons són els suïcidis o intents de suïcidi. Les taxes de suïcidi a les presons europees destaca comparativament amb la població general (veure taula 11):

País	Nombre de suïcidis (%)	Taxa de suïcidi per 100.000 reclusos	Taxa de suïcidi població general per 100.000 habitants
Islàndia	1 (100%)	870	11.5
Luxemburg	2 (100%)	269	15.4
Eslovènia	3 (37.5%)	225	18.4
Dinamarca	8 (66.7%)	221	9.4
Suècia	12 (80%)	177	11.4
França	93 (43.1%)	146	14.7
Bèlgica	14 (32.6%)	142	15.8
Lituània	11 (37.9%)	140	28.4
Finlàndia	5 (31.3%)	138	17.6
Àustria	12 (42.9%)	135	13.2
UK: Anglaterra i Gal·les	92 (49.5%)	115	6.1
Suïssa	6 (37.5%)	105	15.1
Països Baixos	15 (46.9%)	103	7.7
Itàlia	45 (37.2%)	99	5.2
Espanya (Catalunya)	9 (13.6%)	96	5.2*
Alemanya	72 (41.6%)	92	9.4
Estònia	3 (21.4%)	87	16.9
Portugal	10 (13%)	86	7.8
Noruega	2 (18.2%)	61	1.0
Grècia	6 (17.6%)	56	2.6
Croàcia	2 (15.4%)	48	15.0
República Txeca	9 (37.5%)	48	11.9
Hongria	7 (17.1%)	47	21.4
Espanya (Estat)	27 (13.4%)	47	6.1
Polònia	41 (28.3%)	45	12.9
Romania	12 (12.1%)	38	10.5
Bulgària	2 (5.9%)	18	9.5

*Dades de l'Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña.

Taula 11: Relació de taxes de morts per suïcidi a diferents presons europees any 2007.
Font: Council of Europe Annual Penal Statistics -SPACE I- (2008).

Es pot observar que la taxa de suïcidi de la població reclusa és sensiblement més elevada a la taxa de la població general, en pràcticament tots els països europeus. Concretament, a Catalunya el número de defuncions per suïcidi és una de les causes contemplades i plantejades com un problema per a la intervenció sanitària.

Any	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Suïcidis	8 (12.3)	8 (13.1%)	8 (10.8%)	6 (11.8%)	9 (13.6%)	7 (12.3%)	6 (10.9%)	5 (9.8%)	2 (3.6%)	5 (11.4%)
Nombre total de morts	65	61	74	51	66	57	55	51	55	44

Taula 12: Nombre de suïcidis versus nombre de morts a les presons catalanes anys 2003-2012.
Font: DGSPiR (2013). Departament de Justícia.

Entre els factors que s'han relacionat amb el comportament suïcida entre els presos i detinguts es troben (Ruiz, 2002; Vicens, 2006; Anasseril, 2006; González, 2008):

- ▲ Els estressors institucionals com: la poca adaptació al lloc de destí, l'aïllament disciplinari, els conflictes interpersonals.
- ▲ El temps de reclusió o els judicis pendents.
- ▲ Les malalties cròniques.
- ▲ La culpa, la vergonya o estigma per l'execució de crims violents.
- ▲ La pèrdua per separació, divorci o la mort d'un ser estimat.
- ▲ Els intents de suïcidi previs.
- ▲ Els trastorns mentals i de personalitat (en particular el trastorn límit i el trastorn antisocial).
- ▲ Un estat psicopatològic de depressió i desesperança.
- ▲ Ser jove.

Les primeres 24-48 hores de detenció i els 30 primers dies quan la persona ingressa a la presó és el moment més crític sobretot en aquells interns amb història de temptativa autolítica prèvia. La majoria de suïcidis ocorren en unitats de màxima seguretat i cel·les individuals o d'aïllament. L'estiu i la nit és el període de temps de major risc (Vicens, 2006; Bedoya et al., 2009).

B. Tipus de Programes

SALUT MENTAL

Des de l'any 2009, s'està implementant en els centres penitenciaris de l'estat espanyol un *Programa para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Prisión* (PAIEM). La seva finalitat té com objectius: 1) detectar, diagnosticar i tractar a tots els interns que pateixin algun tipus de trastorn mental (atenció clínica); 2) millorar la qualitat de vida dels malalts mentals, augmentant la seva autonomia personal i l'adaptació a l'entorn (rehabilitació); i 3) optimitzar la reincorporació social i la derivació adequada a un recurs sociosanitari comunitari (reinserció social).

La intervenció integral sobre el malalt amb un trastorn mental greu (TMG⁶³) a presó requereix la constitució d'equips multidisciplinars en les que estiguin integrades les àrees de sanitat, tractament i vigilància i els recursos assistencials de la comunitat (Musselwhite et al. 2004; GSMP, 2011).

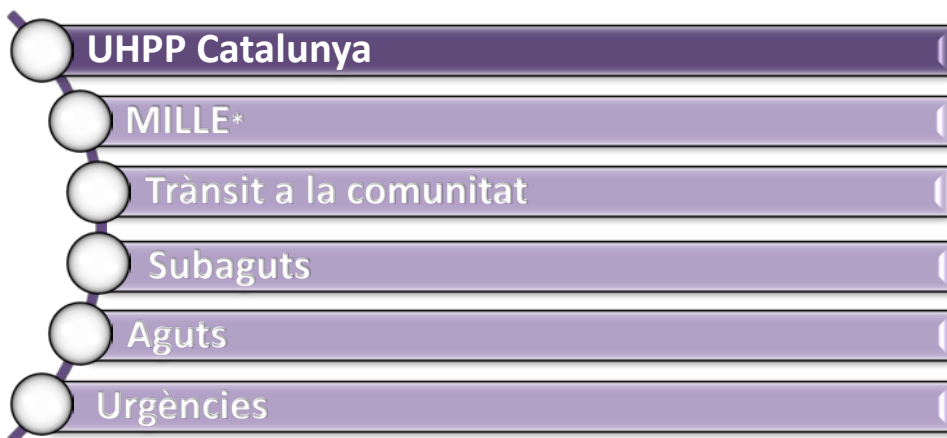
Segons Guerrero (2011) a Catalunya l'1999 es va crear el Conveni entre el Departament de Justícia, la Fundació Malalts Mentals de Catalunya i l'Associació Septimània, amb la col·laboració del Departament de Salut amb la finalitat de disposar d'una intervenció per preparar la vinculació a la xarxa pública de salut mental en sortir de presó (Centre de Dia Pinel).

Al 2001 es va crear el Conveni entre el Departament de Salut, el Departament de Justícia i l'Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu que donava forma al Pla de necessitats en l'àmbit de la psiquiatria penitenciària redactat per la comissió d'experts de salut mental a proposta del Departament de Salut i del Departament de Justícia.

El mateix any es va posar en marxa la Unitat Polivalent en Salut Mental del Centre Penitenciari Quatre Camins (La Roca del Vallés).

L'any 2003, es va inaugurar la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya (UHPP, Sant Esteve Sesrovires ubicat al Centre Penitenciari Brians 1).

⁶³ Segons Global Assesment of Functioning (GAF) (1987) el Trastorn Mental Greu (TMG) són els pacients amb trastorns psicòtics i trastorns de personalitat greus, amb una evolució de malaltia superior a dos anys i amb presència de disfuncionalitat moderada o greu (Gisbert, 2003).



* MILLE (Mitja i Llarga Estada)

Figura 3: Estructura dels serveis d'atenció psiquiàtrica de la UHPP Catalunya.
Font: Elaboració pròpia a partir de Guerrero (2011). Departament de Justícia.

L'any 2009 s'obre parcialment la Unitat de Rehabilitació Psiquiàtrica Intensiva del Centre Penitenciari Brians 2 (Sant Esteve Ses Rovires).

Les diferents àrees d'atenció psiquiàtrica de la UHPP donen recurs a:

Àrees de Recurs de la UHPP Catalunya als Centres Penitenciaris (CP)			
Recurs	Objectiu	Estada mitja	Alta
MILLE	Treball de rehabilitació psicosocial, per evitar la discapacitat, treballant per programes: Educatius i Sanitaris; Activitats de vida diària.	2 anys, aprox.	Mòdul/infermeria de procedència o qualsevol altre recurs de la unitat
Trànsit a la comunitat	Rehabilitació i externalització.	12 mesos, aprox.	Recurs comunitari, domicili.
Subaguts	Finalitzar l'estabilització psicopatològica, inici del procés de rehabilitació.	3-6 mesos	Mòdul/infermeria de procedència o qualsevol altre recurs de la unitat.
Aguts	Contenció de la crisi, valoració diagnòstica, instauració de tractaments i estabilització psicopatològica.	21 dies	Mòdul/infermeria de procedència o a un altre recurs de la unitat.
Urgències	Atenció 24h tots els CP. Valoració. Ingress. Derivació per part del metge o psiquiatra del centre.		

Taula 13: Àrees de recurs psiquiàtric de la UHPP Catalunya.
Font: Elaboració pròpia a partir de Guerrero (2011). Departament de Justícia.

L'intern/a romandrà ingressat/da a la infermeria psiquiàtrica del centre penitenciari sempre que la modalitat de vida i convivència de manera temporal o indefinida, siguin per raons de malaltia mental⁶⁴, i no es considera adient per a la seva rehabilitació, l'estada en mòduls regimentals; estades breus per circumstàncies psicosocials que no impliquin clínica aguda, sempre que s'acompanyin de mesures terapèutiques disponibles en la infermeria del centre i que no requereixin una atenció continuada o de risc, propi de la Unitat Polivalent, o bé, de la UHPP Catalunya; els pacients més deteriorats, en el cas que no estiguin en les unitats de hospitalització, seguiran un programa bàsic de manteniment, si no poden beneficiar-se de les activitats més avançades.

El tractament intensiu per temps limitat es realitzarà amb major intensitat en les activitats de grup i adreçades a objectius específics encaminats a: potenciar les relacions interpersonals, prendre consciència de la malaltia, tenir coneixement de les actituds adients per a afrontar el trastorn, facilitar l'elaboració emocional del fet delictiu, etc.

DISCAPACITAT

Al mateix temps, no hem d'oblidar que en els centres penitenciaris hi conviuen un nombre de persones internes que pateixen algun tipus de discapacitat, bé sigui física, sensorial o intel·lectual⁶⁵.

⁶⁴ Segons Council of Europe (2006) descriu a l'apartat de l'Àmbit d'aplicació: "[...] 12.1 Les persones que pateixen malalties mentals i l'estat de salut mental de les quals sigui incompatible amb l'internament en una presó romandran detingudes en un establiment concebut a aquest efecte." (p. 5). I a l'apartat de Prestacions sanitàries: "[...] Salut mental 47.1 Per a l'observació i el tractament de reclusos amb trastorns mentals o anomalies que no encaixin en la definició de la Norma 12 hi haurà presons o seccions especialitzades sota control mèdic. 47.2 El servei mèdic en l'entorn penitenciarí assegurarà el tractament psiquiàtric de tots els reclusos que requereixin teràpia i prestarà especial atenció a la prevenció del suïcidi." (pp. 23-24).

⁶⁵ Segons Bartolomé (2009): "Tras la entrada en vigor del Código Penal (CP) de 1.995 aparece la medida de internamiento en Centro Educativo Especial como una medida de seguridad privativa de libertad postdelictual, -las medidas de seguridad son privaciones o limitaciones de derechos impuestas, cuando fuere necesario, a sujetos inimputables o semiimputables, como consecuencia de su peligrosidad criminal postdelictual y cuya finalidad es su tratamiento (curación y educación)-, que viene recogida en los Arts. 96.2.3º, 101 y 103 del CP y referida a las eximentes del Art. 20.1 y 20.3 del mismo texto: anomalía o alteración psíquica o alteraciones en la percepción desde el nacimiento o infancia. También es aplicable esta medida de seguridad en casos de eximente incompleta de los números antes citados, de conformidad con el art. 104 y 99 C.P. Hablamos, por tanto, desde el plano material, de un Centro adecuado para el tratamiento de anomalías o alteraciones psíquicas o de alteraciones de la percepción, en el sentido apuntado, que no sean susceptibles de ingreso psiquiátrico. Aún a pesar del tiempo ya pasado desde la aparición de la medida de Seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro Educativo Especial no se ha producido su desarrollo reglamentario. Ha sido tradicional la regulación de la medida de seguridad de ingreso en Psiquiátrico Penitenciario,...]" (p. 11) Aquests/es internes/es han de tenir acreditada la condició de discapacitat per certificat oficial de minusvàlua o proves psicomètriques registrades a la seva història clínica.

Aquest fet sens dubte incideix en la necessitat de procedir a una major atenció per evitar la marginació o discriminació d'aquests individus derivada de la seva major vulnerabilitat (Reviriego, 2009). L'ingrés d'aquestes persones en un centre penitenciari ordinari, per les seves pròpies característiques, necessiten d'una especial protecció en un medi que participa d'una considerable dosi de tensió en les seves relacions i, en aquest sentit, aquestes persones tenen que ésser especialment protegides de les manipulacions i dels abusos als que poden ser sotmesos per altres interns/es: *"Estas personas no están adaptadas al entorno que las rodea que a menudo es demasiado competitivo, exigente y rápido."* (Bartolomé, 2009, p.23).

Com ja es va referir en el capítol del context penitenciari, la presó és una institució altament normativitzada i estructurada, i aquestes persones tenen la carència de les habilitats necessàries per a la seva adaptació a la mateixa institució, per la qual cosa es precis detectar la seva situació i intervenir de forma especialitzada amb ells/es, per tal d'evitar que siguin desbordats en les seves capacitats d'afrontament de les situacions diàries i caiguin en una espiral de conflictes i sancions.

Segons la *Confederación española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual* (FEAPS⁶⁶), al llarg dels anys el nombre d'usuaris ha anat augmentant progressivament fins arribar als 877 interns (l'1% de la població total) que pateixen discapacitat intel·lectual (FEAPS, 2008).

Any	1995	1998	2001	2004	2007
Usuaris	71	92	205	414	877

Taula 14: Usuaris del programa de FEAPS als centres penitenciaris de l'Estat Espanyol.
Font: FEAPS y el Programa de Integración Social y Actividades Rehabilitadoras para Personas Reclusas y Exreclusas con Discapacidad Intelectual (1995-2008).

Aquest programa té una importància destacada, no tant pel nombre de beneficiaris, en comparació amb altres programes, sinó perquè és una mostra de solidaritat amb les persones que estan en una situació de particular desigualtat.

⁶⁶ La missió: *"Movimiento FEAPS es contribuir, desde su compromiso ético, con apoyos y oportunidades, a que cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia puedan desarrollar su proyecto de calidad de vida, así como a promover su inclusión como ciudadana de pleno derecho en una sociedad justa y solidaria."* Porta col·laborant amb IIPP des dels anys 80. <http://www.feaps.org/conocenos.html>.

La sensibilitat en relació aquest tema va propiciar que des de l'any 2005 l'Administració Penitenciària disposi d'un recurs especialitzat per a l'atenció de persones amb discapacitat intel·lectual que compleixen condemna o mesures de seguretat al Centre Penitenciari de Segòvia com Centre Educatiu Especial. Encara que el mòdul està dins el centre penitenciari funciona en realitat com un establiment sociosanitari habitual per a persones amb discapacitat intel·lectual, a l'estil d'un centre ocupacional o un centre de dia però subjecte a les mateixes normes, en general, que la resta de mòduls sobretot en relació a l'organització i horaris. Es contemplen certes facilitats socials per a la col·laboració de les famílies en les activitats del centre (Pérez-Bueno, 2008).

Des de l'any 2006, la FEAPS va signar un conveni de col·laboració amb Institucions Penitenciàries (IIPP) amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual ingressades a la presó.

La col·laboració de FEAPS està orientada a: 1) la detecció de les persones amb discapacitat intel·lectual; 2) diagnòstic; 3) elaboració i execució de programes individualitzats amb la finalitat de rehabilitació i reinserció d'interns/es amb discapacitat intel·lectual; 4) proposta i desenvolupament d'alternatives al compliment de penes fora dels centres penitenciaris; 5) accions preparatòries per a l'excarceració o derivació (Gallizo, M., 2007).

A Catalunya, des de l'any 1995 fins l'actualitat el programa ACCEPTA⁶⁷ de DINCAT⁶⁸ atén a persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament (DID) que tenen problemes amb la justícia.

Els objectius del Programa ACCEPTA són:

- ▲ Evitar sempre que sigui possible l'entrada a presó de la persona amb DID (cal sensibilitzar l'opinió pública, l'administració i els jutges per tal que es promoguin mesures de compliment alternatiu).

⁶⁷ El programa Accepta està emmarcat a l'àrea de Desventaja Social de la Federación Catalana Pro Personas con Retraso Mental (APPS) que té com missió: *"la promoció, potenciació, coordinació i atenció de les associacions i entitats d'iniciativa social que tinguin per objectiu vetllar i defensar els drets i la normalització de les persones amb discapacitat intel·lectual de Catalunya."* Disponible a: <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/salud-mental-diversidad-y-cultura/parte4-retos-pendientes-migraciones-y-discapacidad/271-el-programa-accepta.pdf>

⁶⁸ Discapacitat Intel·lectual Catalunya (DINCAT). Membre de FEAPS. Disponible a: http://www.dincat.cat/ca/accepta_32954

- ▲ Promoure l'excarceració de tots aquells casos que siguin viables (recerca i/o creació de recursos on es puguin derivar).
- ▲ Millorar la qualitat de vida dels casos en què l'excarceració es fa impossible mitjançant el suport individual i el tractament especialitzat.

DINCAT atén a l'any una població diana de 60 casos amb discapacitat intel·lectual. Tenen una edat mitjana de 37,5 anys (entre 24-45 anys), dels quals el 95,8% són homes i un 4,2% de representativitat del sexe femení. El 92,6% són espanyols. El nivell de formació del 49,5% és d'analfabetisme parcial o total. En la seva situació sociofamiliar destaca que el 59% tenen algun suport, però hi ha un 20% d'individus que no tenen cap suport familiar. La seva situació laboral compta amb un 58% el qual cobra una pensió. Així mateix, cal destacar que un 67,4% tenen una situació per sota del límit de la pobresa, i un 28,4% tenen una situació socioeconòmica baixa (Subdirecció General de Rehabilitació i Sanitat, 2012)⁶⁹.

L'any 2011, la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya va detectar unes necessitats amb l'objectiu de millorar els següents punts: 1) detecció dels casos (preventius i en compliment de la pena); 2) intervenció especialitzada (suports), la dispersió per mòduls i baix nombre de casos com elements determinants; 3) la dispersió en mòduls sense suports provoca desprotecció, vulnerabilitat, i alteracions de conducta; 4) dificultats en l'externalització sense un treball previ.

A partir d'aquesta anàlisi es veu la necessitat de crear un mòdul residencial per cobrir les necessitats d'aquests interns (ubicat al Centre Penitenciari Quatre Camins, La Roca del Vallès, juny 2013) amb la cobertura dels següents objectius:

- ▲ Millorar l'atenció dels interns DID amb un nou model de treball.
- ▲ Fomentar l'externalització (pre i post sentència).
- ▲ Potenciar la visibilitat pública dels interns amb DID.

Dins aquest marc d'intervenció a l'intern/a-pacient amb discapacitat, l'infermer/a que treballa en el medi penitenciari ha de saber que la seva atenció sanitària té

⁶⁹ Dades de la Subdirecció General de Rehabilitació i Sanitat (2012). Direcció General de Serveis Penitenciaris. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

diferents àrees d'intervenció en: prevenció i promoció de la salut i l'adherència al tractament tenint en comptes les característiques d'aquests usuaris:

- ✦ Procés d'aprenentatge lent.
- ✦ Dèficit en la comprensió de dimensions abstractes, dificultat per organitzar-se.
- ✦ Llenguatge limitat.
- ✦ Necessitat d'habilitats adaptatives en l'autocura i l'autogovern.
- ✦ Dificultat en la gestió dels diners.
- ✦ Problemes de processament d'informació i memorització i retenció de la mateixa.
- ✦ Persones amb deficiència intel·lectual moderada i límit, alguns d'ells tenen associats trastorns mentals.
- ✦ Deficiències auditives, amb problemes de comunicació i de comprensió del món que els envolta, el que de vegades provoca situacions de frustració i agressivitat.
- ✦ Les persones amb capacitat intel·lectual límit i/o retard lleu/moderat, que amés, presenten problemes d'addiccions a substàncies tòxiques: drogues, pastilles, alcohol.

Així doncs, l'infermer/a haurà de planificar i implementar cures destinades a aquest tipus d'usuari, per poder assolir els objectius de salut mitjançant habilitats comunicatives i socials.

Paral·lelament, és necessari saber identificar precoçment aquests signes característics d'aquesta població, per tal de poder derivar l'individu als equips de tractament i atendre'ls tal com descriu la Ley Orgánica General Penitenciaria Art. 16⁷⁰ i el Reglament d'Organització i Funcionament dels Serveis d'Execució Penal a

⁷⁰ Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Título II. Del Régimen Penitenciario. Capítulo I. Organización general. Art. 16: *“Cualquiera que sea el centro en el que tenga lugar el ingreso, se procederá, de manera inmediata, a una completa separación, teniendo en cuenta*

Catalunya⁷¹ oferint: atenció individual per persones amb discapacitat; classificació interior que faciliti executar programes específics; fomentar la participació amb entitats col·laboradores.

RISC DE SUÏCIDI

A més de les intervencions diàries per poder atendre a l'intern/a-pacient amb patologia mental o discapacitat des d'una visió biopsicosocial, hem de garantir la detecció i actuació davant del risc de suïcidi del reclus/a (incloent tota la població penitenciària).

Les estratègies preventives passen per incorporar aspectes d'identificació, valoració, avaluació, intervenció preventiva, entrenament de tot l'equip sanitari, de salut mental i del personal de vigilància. La identificació s'ha d'iniciar en el moment de l'ingrés, això justifica la necessitat de realitzar la vista mèdica i d'infermeria en els nous ingressos quan abans possible amb la finalitat de detectar el risc de suïcidi i d'aplicar els protocols preventius que corresponguin (Bedoya et al., 2009) i la valoració de les causes que motiven el pensament suïcida, entre les que es troben els trastorns mentals (entre ells els trastorns adaptatius) que són de gran transcendència.

La intervenció ha d'implicar a tot el personal garantint el tractament mèdic quan sigui necessari i la derivació als equips especialitzats.

Una dada molt important és garantir la formació en els símptomes d'alerta i la gestió dels factors de risc que han de permetre garantir la reducció de les taxes de suïcidi (Vicens, 2006).

el sexo, emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental y, respecto de los penados, las exigencias del tratamiento.”

⁷¹ Reglament d'Organització i Funcionament dels Serveis d'Execució Penal a Catalunya. Departament de Justícia. TÍTOL I. De la intervenció penitenciària i dels centres penitenciaris. Article 5. Establiments especials. *“Els establiments especials són aquells en què preval el caràcter assistencial. La naturalesa d'aquests centres determina que s'hi destinin aquells subjectes que requereixin un tractament assistencial tendent a la curació de les malalties o deficiències en la salut o a la millora dels condicionaments psicosocials que hagin incidit en l'activitat delictiva, i en els quals, consegüentment, cal harmonitzar les exigències del tractament amb la finalitat específica de cadascun d'ells.[...] 5. Els centres, unitats o dependències d'atenció sociosanitària estan destinades a oferir tractaments i rehabilitació especialitzats, en mitjà residencial o no, a les persones a les quals s'hagi imposat una pena o mesura de seguretat per raó de la seva dependència de substàncies que creïn addicció o per patir alteracions de la percepció per al seguiment dels programes adients per al seu guariment o millora, tendents a afavorir la seva rehabilitació social.”* (pp.27-28)

PROGRAMA D'ACTUACIÓ PER A LA PREVENCIÓ DE SUÏCIDIS

L'any 1992 es va iniciar el programa adreçat a prevenir i intervenir amb els interns en risc de suïcidi. La detecció comença en el moment en que l'intern/a ingressa a presó, on un membre de l'equip d'ingressos (psicòleg, metge o professional que faci l'entrevista), ha d'introduir expressament preguntes exploratòries relatives a les qüestions següents:

- ▲ Antecedents psiquiàtrics (ex: ha estat ingressat a una unitat psiquiàtrica?, ha rebut algun tractament per malaltia psiquiàtrica?).
- ▲ Antecedents per temptatives de suïcidis.
- ▲ Expectatives respecte de la seva estada a presó i els vincles familiars i socials. S'ha de prestar especial atenció als interns que ingressen per primera vegada a presó (interns/es primaris/es).
- ▲ Valoració sobre l'estat d'ànim de l'intern.
- ▲ Valoració, en el termini més breu possible, dels antecedents de què hi hagi constància documental en l'expedient personal, el protocol, l'expedient social i història clínica de cada intern sobre antecedents psiquiàtrics, temptatives de suïcidi i autolesions greus.

En els casos en que s'apreciï algun dels indicadors següents: antecedents de quadre psiquiàtric per ansietat i/o depressió, temptatives de suïcidi prèvies, baix nivell d'expectatives amb manifestació de pensaments de suïcidi, etc, i/o es verifiquin documentalment aquests antecedents, un psicòleg o professional sanitari, determinat pel centre o que formi part o no de l'equip d'ingressos, ha d'avaluar el risc de suïcidi.

S'haurà de valorar el risc de suïcidi amb un instrument d'avaluació del risc i l'escala de desesperança de Beck, Weissman, Lester i Trexler (1974, citat pel programa de suïcidi de Centres Penitenciaris de Catalunya).

Aquest autoinforme s'haurà d'utilitzar com a entrevista semiestructurada ateses les característiques dels interns/es.

Si hem de derivar a l'intern/a a personal especialitzat per avaluar el risc, contemplarem amb la mateixa immediatesa en les situacions següents:

1. Quan un intern/a autoinformi sobre ideació i/o depressió a qualsevol altre professional tot i que no hi hagi dades d'entrevistes o autoinformes.
2. Quan el personal de l'àmbit d'ingressos o de mòduls residencials amb cel·les individuals o d'aïllament observi la concurrència de comportaments en l'intern/a com els següents: apatia o hiperactivitat, tensió, remissió a determinades malalties somàtiques específiques, plorera o tendència a la plorera, manifestacions sobre alteracions de la son, aïllament, inhibició del comportament, deixadesa personal, alentiment psicomotor, manifestacions de fatiga.

Un cop s'hagi valorat com risc de suïcidi, en els casos on el risc s'hagi apreciat i en els casos on hi hagi dubtes sobre la seva concurrència, el psiquiatra els valorarà, atesa la necessitat de veure si concorre alguna patologia psiquiàtrica.

En casos davant d'un autoinforme d'ideació suïcida o de depressió, el professional a qui es faci l'autoinforme i/o detecti el comportament, s'ha d'adreçar immediatament al cap de serveis o, si no n'hi ha, al cap de centre, el qual avisarà al metge de guàrdia a l'efecte que en faci una valoració inicial. A partir d'aquí, s'iniciarà el protocol de contenció immediata.

INTERVENCIÓ AMB ELS INTERNS/ES AMB RISC DE SUÏCIDI

S'ha de diferenciar entre la intervenció de contenció immediata i el programa d'intervenció pròpiament dit.

Contenció de Comportaments Suïcides

En els casos en que es detecti un alt risc de suïcidi i/o concorrin autoinformes sobre temptativa de suïcidi i/o temptatives relatives de suïcidi, s'ha d'adoptar un protocol de contenció:

- ▲ Retirada d'elements personals i ambientals que es puguin usar com a mitjà de suïcidi.
- ▲ Permanència en cel·les que hi ha a les plantes baixes.

- ✦ Acompanyament per altres interns/es.
- ✦ Periodicitat de supervisió pel personal, establida per part de l'equip directiu.
- ✦ Altres que s'estimin necessàries.

Als efectes d'un major eficàcia, el protocol de contenció immediata s'hauria de dur a terme en el departament específic que cada equip directiu determini i en les unitats de psiquiatria, quan concorrin patologies psiquiàtriques. La permanència a la unitat que es determini ha de ser la mínima possible, i els interns/es s'han d'integrar o reintegrar a la unitat de classificació que els hi correspongui.

El tipus de contenció indicada s'ha d'acompanyar d'altres mesures com són les següents:

- ✦ Recollida diària d'informació per part del personal de vigilància, coordinats pel cap d'unitat, relativa a les observacions que hagin pogut fer sobre l'intern/a subjecte a contenció, en aspectes relatius a les manifestacions que faci, el nivell d'activitat, etc. Esmentar que també és molt rellevant el paper del company/a de cel.la dels interns/es amb risc de suïcidi.
- ✦ Entrevista diària de l'intern/a amb el metge de la unitat on estigui l'intern o amb el psiquiatra, en el cas que l'intern/a estigui a la unitat de psiquiatria.
- ✦ Entrevista amb el tècnic o professional que hagi de dur a terme el programa d'intervenció específica (teràpia del comportament) a l'efecte de vincular l'intern/a a la pràctica immediata d'aquest tipus de teràpia.

C. Funcions d'Infermeria

L'infermer/a és el professional que conjuntament amb el metge/ssa donarà l'atenció directa a l'intern/a-pacient al centre penitenciari. A les unitats de psiquiatria dels centres desenvoluparà les funcions següents:

L'atenció d'infermeria a l'ingrés a la unitat de psiquiatria correspondrà:

- ✦ Acollida del pacient.

- ▲ Informació al pacient del seu procés de salut-malaltia.
- ▲ Control i pauta de medicació i cures.
- ▲ Control i pauta de la dieta.

L'atenció d'infermeria durant l'estada a la unitat de psiquiatria desenvoluparà:

- ▲ Control diari dels malalts ingressats a la unitat, a l'inici de cada torn.
- ▲ Passi de visita amb el metge dels malalts ingressats prenent nota de les ordres mèdiques.
- ▲ Higiene i alimentació dels malalts amb dependència d'infermeria (amb col·laboració amb els auxiliars d'infermeria).
- ▲ Presa de constants.
- ▲ Preparació i administració de medicació.
- ▲ Elaboració i control de dietes.
- ▲ Extracció de mostres.
- ▲ Donar assistència immediata en casos d'urgència fins l'arribada del metge/ssa.
- ▲ Identificar signes i símptomes de risc de suïcidi.
- ▲ Control de la higiene ambiental de la cel·la (amb l'ajut de l'auxiliar d'infermeria).

A més, l'infermer/a participarà en les activitats ludoterapèutiques conjuntament amb els educadors, mestres i/o monitors.

Correspon a l'infermer/a garantir el correcte compliment del tractament pautat. Cal tenir presents diferents aspectes en relació al compliment del tractament tan a les unitats psiquiàtriques com als pacients que viuen als mòduls residencials:

- ▲ Informar al pacient dels efectes de la medicació: inici, durada, efectes secundaris, etc.
- ▲ Detectar la possibilitat d'interaccions de comorbiditat amb el consum d'altres drogues (opiàcis, marihuana, benzodiazepines, etc) il·legals o no.
- ▲ Si el pacient deixa de prendre la medicació, preguntar-li quin és el motiu per poder detectar precoçment les possibles recaigudes.
- ▲ Parlar dels propòsits del tractament.
- ▲ Explorar les percepcions del pacient versus el tractament.
- ▲ Recordar la teva disponibilitat per a qualsevol consulta o dubte sobre la seva malaltia o medicació pautaada.

La preparació i dispensació supervisada de psicofàrmacs és la principal causa de les càrregues de treball del personal sanitari de presons però suposa garantir l'adhesió al tractament, evitar la manipulació per part del reclus/sa i detectar precoçment l'incompliment del tractament prescrit (Espinosa, 2002).

Les presons necessiten uns professionals capaços de prestar una assistència suficient i de qualitat en els problemes de salut mental. És inoperant la implementació de pautes d'actuació, si el personal assistencial no disposa d'una formació adequada en diferents àmbits (GSMP, 2011):

- ▲ Tècniques d'intervenció en salut mental, en general.
- ▲ Tècniques d'intervenció en crisi (abordatge del pacient, contenció, etc).
- ▲ Tracte amb l'usuari/a dels serveis sanitaris penitenciaris.
- ▲ Aspectes ètics de l'atenció en salut mental.
- ▲ Qüestions legals bàsiques per a l'actuació professional en salut mental.

Funcions d'Infermeria en l'Aïllament i la Contenció Psiquiàtrica

Els pacients amb trastorns mentals poden esdevenir amb una agitació psicomotriu i situacions d'agressivitat. Per tal d'unificar criteris d'actuació davant d'aquestes

situacions sobtades en pacients ingressats en unitats de psiquiatria, amb l'objectiu de millorar els serveis i concretar una tasca penitenciària amb uns criteris unificats, cada cop més integrats sota el concepte bàsic que la multidisciplinarietat en l'execució de les tasques penitenciàries no sigui només un element factu sinó un element planificat, es va redactar la "Circular número 3/2004, reguladora dels procediments d'actuació davant situacions d'agressivitat sobtada de pacients ingressats a les unitats de psiquiatria". En aquest document es detallen les actuacions davant l'aïllament psiquiàtric i la contenció mecànica i les funcions que l'infermer/a ha de desenvolupar en cada cas.

L'aïllament psiquiàtric es defineix com:

És la mesura que consisteix en el confinament de l'intern/a, en una cel.la especialment destinada a aquests efectes o en la seva mateixa cel.la, amb l'objectiu de separar l'intern/a de la resta de la població reclusa i prevenir o suprimir comportaments que ens indiquin risc potencial per a ell/a mateix/a o les persones que l'envolten, amb la intenció de restaurar el seu estat psicopatològic, emocional o conductual. [...] el darrer recurs al qual cal recórrer quan es necessari controlar conductes violentes, d'alt risc per a la integritat del propi individu o perilloses per a la resta d'interns i professionals. (pp. 2-3)

Aquest s'adoptarà quan:

- ✦ *No s'hagi pogut resoldre la situació mitjançant desactivació verbal de l'intern/a i altres mitjans es consideren inaplicables.*
- ✦ *Quan es produeixi una greu alteració al Departament de Psiquiatria.*
- ✦ *Quan no es generin garanties suficients en el desenvolupament posterior a l'incident.*
- ✦ *Per causes estrictament mèdiques, derivades de la patologia de l'intern/a.*
- ✦ *Mitjançant la petició de l'intern/a al facultatiu, i únicament si aquest ho prescriu.*
- ✦ *En els casos en els quals els funcionaris de vigilància puguin detectar mitjançant l'observació, situacions en les quals algun intern iniciï conductes d'una certa irritabilitat i es faciprevisible un augment de la violència [...] (Circular número 3/2004, p.3)*

En cap cas s'adoptarà una mesura d'aïllament:

- ▲ *Com element sancionador o càstig.*
- ▲ *Per prevenir situacions de risc d'autòlisi, si no s'acompanya d'altres mesures. (Circular número 3/2004, p. 4)*

En aquesta intervenció, l'atenció d'infermeria derivarà:

En qualsevol situació quan es produeixi un aïllament, en absència o no del psiquiatra, durant el torn de nit, festius o caps de setmana, el seguiment mèdic que se n'ha de fer és el següent:

- ▲ *Metge: una visita cada 8 hores.*
- ▲ *Infermeria: una visita cada 8 hores mentre es mantingui la situació d'aïllament.*

Amb la finalitat de garantir l'observació contínua el personal que porti a terme les diferents rondes de control s'ha de coordinar per tal de fer una distribució de les visites espaiades en el temps de forma que aquestes es distribueixin equitativament i no s'encavalquin les unes amb les altres.

Del seguiment quedarà constància a l'historial clínic de l'intern/a, mitjançant la incorporació a aquest model: formulari d'actuació en casos d'aïllament psiquiàtric. (Circular número 3/2004, p.5)

La **contenció mecànica** es defineix com:

En situacions de crisi és el procediment més extrem i s'adoptarà únicament en el cas que s'hagin esgotat altres opcions. [...] aquest és el darrer recurs el qual cal recórrer quan es necessari controlar conductes violentes o d'alt risc per a la salut de l'individu, o per a la resta dels interns/es o professionals que l'atenen i quan altres mitjans es consideren inaplicables o no han reeixit. (Circular número 3/2004, p. 7)

En aquesta intervenció, l'atenció d'infermeria derivarà conjuntament amb el/la metge/ssa i el personal de vigilància:

- ▲ *L'ha de dur a terme el personal de vigilància i, posteriorment, serà supervisada pel cap de serveis i el **personal sanitari**.*

- ▲ *Preferentment la posició serà ventral. Així s'evita l'aspiració del vòmit i colpejar-se contra la llitera, però dificulta l'administració de fàrmacs i la ventilació. Quan es tracti d'intoxicats o de consciència fluctuant se'ls ha de col·locar en la posició de decúbit lateral esquerra.*
- ▲ *El pacient no pot dur a sobre cap element que pugui ser utilitzat de manera perillosa.*
- ▲ *Una vegada l'intern/a estigui immobilitzat, els Serveis Mèdics revisaran immediatament la situació de l'intern/a, posteriorment hauran de procedir a la primera revisió de la immobilització en un termini màxim de dues hores per tal d'avaluar-ne l'estat.*
- ▲ *En cas que l'intern/a hagi de romandre immobilitzat, el psiquiatra, el metge/ssa d'incidències o el de guàrdia, ha **d'establir el seguiment de l'intern/a per part del Servei d'Infermeria tenint en compte el període màxim de control serà de quatre hores.** En cadascun dels controls els funcionaris de vigilància acompanyaran el personal d'infermeria que els hagi de dur a terme.*
- ▲ *El psiquiatra o el metge hauran de tornar a visitar a l'intern/a immobilitzat en un termini no superior a sis hores, i no pot sobrepassar aquesta freqüència horària les revisions posteriors.*
- ▲ ***En cas d'administrar tractament parenteral, es farà una vegada el/la pacient ja estigui immobilitzat/da [...]** (Circular número 3/2004, pp. 9-10)*

Totes aquestes intervencions infermeres han de donar suport a les cures continuades multidisciplinars per tal de que el reclus/a pugui ser diagnosticat, monitoritzat i derivat, si es requereix, a dispositius especialitzats intrapenitenciaris (UHPP) i extrapenitenciaris com un CSMA o SESMDI :

- ▲ *CSMA: Centro de salud mental de adultos. Atienden los problemas de salud mental (generalmente derivados desde atención primaria) de su territorio de referencia. Población de referencia: personas de 18 años y más. El equipo es pluridisciplinar: psiquiatra, psicólogo, diplomado de enfermería y trabajador social. Cuentan con una cartera de servicios y alguno o varios de los siguientes programas: Soporte a la atención primaria; Atención al Trastorno mental severo; Atención a la psicosis incipiente; Programa de psicoterapia; Atención a la salud mental en las prisiones. (AEN, pp.101-102)*

- ▲ SESMDI: *Servicio especializado de salud mental para personas con discapacidad intelectual. Equipo muy móvil que atiende a las personas con Discapacidad intelectual que presentan trastornos mentales o de conducta del territorio asignado. Los pacientes son derivados desde la red de salud mental y desde la red de Bienestar social. Equipo pluridisciplinar: psiquiatra, psicólogo, diplomado en enfermería y trabajador social.* (AEN, p.102)

2.2.2.3.3 Atenció a la dona i l'infant

A. Trets Definitoris

Si bé les dones constitueixen una minoria del total de la població penitenciària (7%, aproximadament), s'ha de tenir en compte la seva presència dins de les presons contemplant la normativa i les seves necessitats biopsicosocials.

Al llarg de tot el marc teòric hem anat descrivint la normativa penitenciària en relació a les característiques de convivència i atenció sanitària dels interns/es. Concretament, pel que fa a l'organització i funcionament dels centres penitenciaris vers la dona i l'infant, es recull en el següent marc normatiu: *Council of Europe*, la *Ley Orgánica General Penitenciaria* (LOGP) i el Reglament Penitenciari:

- ▲ **Council of Europe Regles Penitenciàries Europees (2006)**: descriu als apartats:

13. Estas reglas se aplicarán con imparcialidad, sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, color, lengua, religión, ideología política o de otra índole, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación. (p.5)

34.1 Además de cumplir con las disposiciones específicas de las presentes reglas destinadas a las mujeres, las autoridades prestarán especial atención a las necesidades físicas, profesionales, sociales y psicológicas de las mujeres, a la hora de tomar decisiones que afecten a cualquier aspecto de su detención. (p.19)

34.2 Se prestará especial atención para que las detenidas en las condiciones previstas en la regla 25.4⁷² tengan acceso a los servicios especiales. (p.19)

⁷² "25.4 Se prestará una atención especial a las necesidades de los detenidos que hayan sufrido abuso físico, mental o sexual." (CoE, p. 12)

34.3 Las detenidas estarán autorizadas a dar a luz fuera de la prisión, y en el caso de que un niño nazca dentro del establecimiento, las autoridades se encargarán de proporcionarles la asistencia y las infraestructuras necesarias. (p.19).

36.1 Los niños pequeños podrán permanecer en la prisión únicamente con uno de sus progenitores si es por el bienestar del niño. No se les tratará como detenidos. (p.19-20)

36.2 Cuando se autorice a los niños pequeños a permanecer en la prisión con un progenitor, se tomarán medidas especiales para disponer de una guardería dotada de personal cualificado, donde se queden los niños cuando el progenitor participe en actividades a las que los niños pequeños no puedan asistir. (p. 20)

36.3 Existirán condiciones especiales de alojamiento para velar por el bienestar de los niños pequeños. (p.20)

▲ **Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria:**

menciona expressament a la seva normativa l'especificitat femenina en només sis articles (Art. 8.3, 9.1, 16.a, 29.1.e, 38.1, 2 i 3, i 43.3) que aglutinen les qüestions següents:

- Separació regimental d'homes i dones (Art. 8.3, 9.1 i 16.a).
- Exempció de l'obligació de treballar en períodes pre i post part (Art. 29.1.e).
- Possibilitat de permanència dels fills menors de tres anys amb les mares recluses. (Art. 38.2).
- El règim de visites per menors de 10 anys i que no convisquin amb la mare en el centre penitenciari. (Art. 38.3).
- Necessitat d'un departament amb material d'obstetrícia (Art. 38.1).
- Exempció de l'aplicació de la sanció d'aïllament a embarassades després del part i les que tinguessin amb elles als seus fills (Art. 43.3).

▲ **Reial Decret 190/1996, de 9 de febrer, pel qual s'aprova el Reglament Penitenciari** en el qual dedica l'article 17 a *Internes amb fills menors*:

1. *La Direcció de l'establiment ha d'admetre els fills menors de tres anys que acompanyin a les seves mares en el moment de l'ingrés. Quan aquestes sol·licitin mantenir-los en companyia seva dins de la presó, se n'ha d'acreditar degudament la filiació i que la situació esmentada no comporta risc per als menors, i s'ha d'assabentar el Ministeri Fiscal de la decisió adoptada als efectes oportuns.*
2. *Les internes que tinguin a l'exterior fills menors de tres anys sota la seva pàtria potestat poden sol·licitar del consell de direcció autorització perquè romanguin en companyia seva a l'interior del centre penitenciari, la qual s'ha de concedir sempre que se n'acrediti degudament la filiació i que aquesta situació no comporta risc per als menors. Amb aquesta finalitat, s'ha de demanar l'opinió del Ministeri Fiscal, a qui s'ha de notificar la decisió adoptada.*
3. *Una vegada admès l'ingrés dels nens a la presó, han de ser reconeguts pel metge de l'establiment i, si el metge no disposa cap altra cosa, han de passar a ocupar amb llur mare l'habitació que se'ls assigni dins de la unitat de mares.*
4. *En els possibles conflictes que sorgeixin entre els drets del nen i els de la mare originats per l'internament en un establiment penitenciari han de prevaler els drets del nen, que, en tot cas, han de quedar degudament preservats en el model individualitzat d'intervenció penitenciària que es dissenyi per a la mare.*
5. *L'Administració penitenciària ha de disposar per als menors i llurs mares d'unitats de mares, que han de tenir un local habilitat per a guarderia infantil i han d'estar separades arquitectònicament de la resta dels departaments, a fi de facilitar les especificitats de règim, medicosanitàries i de sortides que la presència dels menors al centre facin necessàries.*
6. *L'Administració penitenciària ha de fomentar la col·laboració i participació de les institucions públiques i privades d'assistència al menor en les unitats de mares o en les unitats dependents creades a aquest efecte per internes classificades en tercer grau que tinguin en companyia seva fills menors de tres anys. Amb aquesta finalitat, ha d'establir els convenis necessaris per potenciar al màxim el desenvolupament de la relació maternofilial i de la formació de la personalitat dels nens. (p.91).*

Dins del mateix decret, hi ha un capítol que fa referència a l'apartat d'*Internament en unitats de mares* en l'Art.178 on detalla normativa en relació a:

[...] 3a. Els menors han de tenir coberta l'assistència mèdica a l'establiment per un especialista en pediatria.

4a. L'Administració ha de garantir als menors les hores de descans i de joc que necessitin. A aquestes finalitats, s'ha de dedicar un espai suficient d'acció formativa amb elements de joc i d'entreteniment.

[...] 6a. En el cas de mares que no tinguin mitjans econòmics suficients, l'Administració ha de proveir al que sigui necessari per a la cura infantil dels fills amb qui comparteixin l'internament. (p.160)

En relació a l'assistència sanitària descriu:

Els centres de dones han de disposar a més dels serveis periòdics d'un ginecòleg i, quan hi convisquin nens amb llur mare, d'un pediatre. (Art. 209.1.2, p.171).

[...] als departaments de dones hi ha d'haver una dependència amb instrumental d'obstetrícia per a atendre, excepcionalment, a les dones en els supòsits de parts. (Art. 213.1, p. 173).

Als centres on hi hagi infants acompanyant les seves mares cal disposar els mitjans necessaris per alimentar cada menor segons les seves necessitats, d'acord amb les indicacions del servei mèdic. (Art. 226.3, p. 177).

Cal esmentar que a més dels condicionants a l'ingrés a presó descrits anteriorment, la dona al seu ingrés dur la culpabilitat, l'angoixa i incertesa per la responsabilitat familiar a l'exterior: fills i pares, la pèrdua de la vivenda o la inseguretat per mantenir l'estabilitat de parella. La impotència davant la previsió de conseqüències irreversibles a la família, sobretot l'absència en les malalties i/o davant l'adolescència dels seus fills.

Les dones són considerades transgressores per la pròpia cultura i pateixen una triple discriminació: com a dones, com a preses i com a estrangeres (De La Iglesia, et al., 2013).

En el tracte diari, directe i personal, es confirma una manca de competència social, traduït per l'absència d'habilitats socials, en el seu aspecte personal descuidat i de la mancança de pautes cíviques bàsiques. Són dones amb l'autoestima molt baixa, doncs perceben el fracàs de les seves expectatives, davant del rol de dones, mares, parella i l'autoconcepte molt negatiu, doncs l'estigma de la presó les fa menys capaces i valuoses (Yagüe, 2007).

S'afegeix que si la interna té un menor al seu càrrec, la majoria de les dones creuen que la societat té un mal concepte de les internes que són mares, ja que com a conseqüència del seu ingrés a presó han abandonat als seus fills. Pensen que la societat les veu com un referent negatiu. El desconeixement del medi penitenciari i de les històries de vida d'aquestes dones porta a tenir una visió distorsionada i dolenta de les internes. La societat no empatitza amb aquest tipus de població. Gran part de les internes senten que la societat les prejutja i això els hi genera malestar quan pensen en la realitat externa. Es desprèn un sentiment de vergonya per la situació que tenen i por pel que es puguin trobar un cop surtin. Moltes de les mares recluses no tenen interioritzats patrons bàsics d'actuació i cura dels nens. Són mares que no presten suficientment atenció als hàbits alimentaris, que poden arribar a desatendre qüestions de salut dels seus fills, que no tenen cura de l'espai on interactuen, que pràcticament no juguen amb els seus fills i no es preocupen per enfortir el vincle afectiu (De La Iglesia et al., 2013).

Totes aquestes característiques definitòries, sumades a que la interna pugui tenir un problema de drogodependència, salut mental i/o malaltia infectocontagiosa predisposa a l'hora planificar, implementar i intervenir el professional infermer en les seves cures destinades a la dona-mare i l'infant.

B. Tipus de Programes

Dins de les presons catalanes es desenvolupen diferents programes per atendre a la dona i a l'infant. El col·lectiu de dones que ingressen a presó pertany sovint a grups de risc. Un alt percentatge tenen problemes de drogodependències, la seva orientació sexual és homo o bisexual i tenen pràctiques sexuals promíscues, exerceixen la prostitució, fets que comporten una major incidència de patologia com poden ser les infeccions de transmissió sexual (ITS), les hepatitis víriques i/o les relacionades amb el VIH/SIDA (Àrea de Sanitat, 2010).

L'any 2012 la mitjana d'internes que convivia amb els seus fills al centre penitenciari era de 14 mares (CP Dones⁷³, DGSP, 2013).

Els equips sanitaris dels centres penitenciaris de Catalunya amb població reclusa femenina compten amb el disseny de diferents programes d'atenció a la dona en la seva patologia específica, la maternitat i la infància.

⁷³ El CP Dones de Barcelona és l'únic centre que compta amb una unitat de mares.

Aquests programes són:



Figura 4: Programes d'atenció sanitària a la dona en els centres penitenciaris catalans.
Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea de Sanitat de DGSPiR. Departament de Justícia.

PROGRAMA D'ATENCIÓ GINECOLÒGICA

Aquest programa abraça la finalitat d'atendre, de manera sistemàtica, a totes les dones que ingressen en un centre penitenciar, per tal de facilitar informació i educació sanitària, identificar els possibles problemes de salut que puguin presentar i incloure voluntàriament les internes en els diferents programes de prevenció i promoció de la salut. A més, es vol sensibilitzar i conscienciar, periòdicament, la població femenina ingressada a presó, de la importància de seguir uns controls ginecològics per prevenir les possibles patologies específiques.

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓ FAMILIAR

Aquest programa té com objectiu prevenir els embarassos no desitjats des de l'orientació i l'assessorament mèdic a les dones en edat fèrtil amb relacions heterosexuales actives, així com la prevenció de malalties que poden afectar al nounat en les internes que es troben embarassades.

PROGRAMA D'ATENCIÓ A LES FUTURES MARES

El disseny d'aquest programa requereix l'assoliment d'objectius com informar, educar i preparar a la dona pel part, a més de preparar a les futures mares en l'àmbit maternoinfantil i aspectes de puericultura.

Per assolir els diferents objectius descrits en els programes amb aquesta població diana, cal que els professionals sanitaris, i concretament els infermers, disposin de certes habilitats comunicatives i socials, coneixements i procediments, per tal d'implementar diferents activitats relacionades amb les directrius dels programes.

C. Funcions d'Infermeria

PROGRAMA D'ATENCIÓ GINECOLÒGICA

A continuació, queden descrits a les següents figures els coneixements, habilitats i procediments que ha de tenir l'infermer/a de presons per dur a terme l'esmentat programa:



Figura 5: Funcions de l'infermer/a en el Programa d'atenció ginecològica.
 Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea de Sanitat de DGSPiR 2010. Departament de Justícia.

A més d'aquestes funcions, el professional d'infermeria s'haurà de coordinar amb els serveis hospitalaris corresponents (radiologia, cirurgia, laboratori, etc.) pel control i seguiment de les proves tramitades pel metge responsable i/o l'especialista.

Totes les proves i procediments realitzats anualment en el centre penitenciari com: exploracions mamàries, mamografies, citologies, colposcòpies, citologies de coll de matriu, biòpsies de coll de matriu, ecografies, cultius, etc. hauran de quedar registrats a la història clínica de la pacient a la base de dades del centre.

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓ FAMILIAR

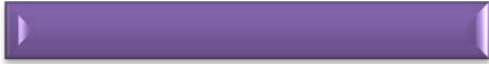
En aquest programa, els professionals sanitaris hauran de desenvolupar les seves activitats entorn a la prevenció d'embarossos no desitjats, prevenir la rubèola neonatal i la toxoplasmosi en les dones embarassades, despistar en el mongolisme o cromosomopatia 21 en dones embarassades, realitzar el seguiment de la patologia associada a la infecció pel VIH en les dones que no desitgen interrompre la gestació, a més del control i seguiment del tractament antiretroviral adient per tal de prevenir el risc de transmissió vertical del VIH.




S'haurà de dur un control i registre de totes aquestes tasques, tal com: persones incloses en aquest programa, nombre de determinacions analítiques prèvies a la prescripció d'anticonceptius, nombre de dones que han iniciat contracepció oral, injectable o se les ha col·locat un DIU, nombre de dones a les que se les ha demanat determinacions antirubeola i antitoxoplasmosi i les dones cribades de cromosomopatia 21.

En el seguiment de la dona dins de la presó, s'ha de planificar i informar que davant de la seva excarceració existeixen recursos externs a la institució penitenciària per tal de poder-les donar suport en el control i seguiment i/o si en un futur necessiten ajuda en temes relacionats amb la planificació familiar.

Les funcions d'infermeria per poder assolir aquests objectius són:




CONEXEMENTS



-  Mètodes anticonceptius existents (preservatiu, femeni/masculí, espermicides, anticoncepció quirúrgica, etc) per evitar embarassos no desitjats i ITS.
-  Evitar anomalies congènites prevenibles i reduir les complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi.
-  Interrupció de l'embaràs en resultats positius per anomalies congènites: mongolisme i cromosomopatia 21.

HABILITATS



-  Garantir la comunicació interna-infermer/a per tal de poder resoldre qualsevol dubte que pugui tenir la dona dels mètodes anticonceptius.
-  Establir una relació comunicativa que garanteixi un bon seguiment de l'embaràs, el part i el puerperi.
-  Proporcionar suport en dones que han d'int interrompre l'embaràs per anomalies congènites en el fetus.

PROCEDIMENTS






-  Informar a la dona dels mètodes de contracepció: preservatiu, espermicides, diafragma, contraceptius orals o injectables, DIU.
-  Realitzar analítiques prèvies a la contracepció i determinacions serològiques d'anticossos antirubeola i antitoxoplasmosi. Adherència al tractament antiretorviral per tal d'evitar la infecció vertical en dones VIH positiu.
-  Informar de la possibilitat d'acollir-se a la interrupció legal i derivació al servei hospitalari de referència.

Figura 6: Funcions de l'infermer/a en el Programa de planificació familiar.
Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea de Sanitat de DGSPiR. Departament de Justícia.

2.2.2.3.4 *Prevenió i atenció de malalties infectocontagioses (VIH/SIDA, Tuberculosi, Hepatitis B i C i Infeccions de Transmissió Sexual)*

A. Trets Definitoris

Les malalties infectocontagioses més prevalents al medi penitenciari abracen un nombre destacat de patologies: virus d'immunodeficiència adquirida (VIH), síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA), tuberculosi pulmonar (TB) i extrapulmonar, hepatitis víriques B i C i infeccions de transmissió sexual (ITS).

La prevalença d'aquestes malalties dibuixen les directrius dels programes de salut entorn l'atenció d'aquestes malalties en el medi penitenciari. L'atenció sanitària a les presons està desenvolupada per un nombre de professionals que es dediquen a una branca de la sanitat pública com és la sanitat penitenciària. Aquests professionals tenen una elevada especialització en una sèrie de patologies que pateix aquesta població i que han de ser tractades en un entorn peculiar, com és la presó. Els problemes de salut desencadenen en la rehabilitació de toxicòmans, la seva integració a la societat o la pròpia prevenció de malalties transmissibles com el VIH, hepatitis virals o la tuberculosi (Hernández-Fernández i Arroyo, 2010).

Sincrònicament, no hem d'oblidar l'esforç en l'atenció sanitària preventiva dirigida a aquelles persones que no pateixen aquestes malalties, però que per les condicions del medi i les característiques de la població reclusa (UDI, immigrants i per les seves conductes de risc) poden arribar a adquirir alguna d'aquestes malalties en qualsevol moment de la seva vida (GEsHeB, 2009a).

VIH/SIDA

El VIH⁷⁴ segueix essent uns del agents infecciosos més mortífers del món. En 2011 hi havia al món uns 34 milions de persones infectades pel VIH (31,4-35,9 milions).

⁷⁴ Segons l'OMS (2013) : *"El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves."* Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>

A l'Àfrica subsahariana, un de cada 20 adults està infectat pel VIH (68% de la població mundial VIH positiu) (OMS, 2013⁷⁵).

A Espanya hi ha aproximadament 130.000 infectats pel VIH (OMS, 2010), el que representa una prevalença d'infecció de 2,7-3,7 casos per 1.000 habitants, i s'han notificat quasi 80.000 casos de SIDA (setembre de 2010 segons el *Registro Nacional de Casos de SIDA en España*). A l'any 2009 es varen diagnosticar 2264 nous casos d'infecció, que suposa una taxa de 79,3/milió d'habitants, similar a la de països del nostre voltant, com França, Bèlgica o Irlanda, i inferiors de les d'Estònia, Letònia, Portugal i el Regne Unit, però superior a la mitja del conjunt de països de la Unió Europea (Van de Laar i Likatavicius, 2008).

Encara que a Espanya, en els primers anys de l'epidèmia de la infecció pel VIH va afectar majoritàriament als usuaris de drogues per via parenteral (UDI), la disminució de nous casos en aquest col·lectiu ve succeint des de la dècada dels anys noranta, probablement per la disminució de l'ús de drogues per via endovenosa en el heroïnòmans, per l'extensió dels programes de manteniment en metadona i per les campanyes educatives (Castilla, 2006, citat per Marco et al., 2012). La reducció de la transmissió del VIH també s'ha observat en el col·lectiu de reclusos, la prevalença d'infecció pel VIH en els reclusos d'Espanya ha passat en els últims 20 anys del 40% (Martín, 1990) al 10,8% (Marco et al. 2012) presentant importants canvis sociològics en els últims anys: modificació del patró de consum en drogodependents espanyols, menys consum parenteral, i l'augment de reclusos immigrants, que són generalment menys usuaris de drogues intravenosa (UDI). Des de fa uns anys, també es pot observar aquest descens progressiu a les dades de les presons catalanes:

Any	2009	2010	2011	2012	2013*
Interns amb VIH (+)	917	865	802	715	730
Taxa d'interns analitzats/població reclusa total	10.3%	9.6%	9%	8.3%	8.4%

*Dada del segon trimestre de l'any 2013.

*La mitjana d'interns analitzats anualment és del 85.13%

Taula 15: Nombre d'interns VIH (+) en els centres penitenciaris catalans anys 2009-2013.
Font: DESPIR (2013). Departament de Justícia.

⁷⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>

A l'actualitat, els factors associats a la infecció pel VIH són usuaris amb consum de drogues per via parenteral, la coinfecció amb el virus de l'hepatitis B i/o C i la coinfecció amb el *Micobacterium Tuberculosis*. Les presons poden jugar un paper important: epidemiològic, econòmic, clínic i terapèutic mitjançant la identificació d'individus infectats pel VIH sense diagnosticar (Marco et al., 2012).

Les recomanacions del *Centro Europeo para el Control de Enfermedades* (ECDC) consideren la Sanitat Penitenciària un element essencial del programes nacionals dirigits a expandir la prova del VIH i reduir el diagnòstic tardà (Marco et al., 2013).

Els professionals sanitaris haurien d'oferir la prova del VIH: a totes les dones embarassades, a les persones amb pràctiques sexuals de risc, als UDI, a aquells pacients que presentin infeccions de transmissió sexual (ITS), tuberculosi o altres malalties relacionades amb el VIH (Gatell et al., 2010). Cal tenir en comptes, que hi ha barreres que dificulten la realització de la prova de determinació del VIH, com l'estigma, així doncs el professional sanitari que atenen a aquestes persones haurien d'ajudar a superar els obstacles que dificulten la seva realització, tenint en comptes la necessitats personals i culturals dels afectats (García de Olalla et al., 2012).

El temps transcorregut entre la infecció i l'inici del tractament antiretroviral (TARV) és determinant per evitar la progressió de la infecció i facilitar la recuperació immunològica (Sobrino et al., 2009). L'eficàcia del tractament antiretroviral (TARV) s'ha vist modificada positiva i substancialment des de finals de 1996, que és quan es començar a utilitzar el tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA), que ha generat una persistent disminució de la morbimortalitat, així com, una major expectativa i una millor qualitat de vida del pacient (Palella, 1998 i Justice, 1999, citats per Gallego et al., 2004). El TARGA és la millor estratègia per prevenir les infeccions oportunistes en pacients infectats pel VIH (Berenguer et al., 2004). A les presons catalanes el TARGA es va implementar a partir de l'any 1996 igual que en la població general, així es pot observar la conseqüent disminució de mortalitat per la SIDA destacadament a la següent taula:

Any	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Morts per SIDA	15	13	9	9	9	6	7	6	4	1	2	2
Morts totals	72	63	65	61	74	51	66	57	55	51	55	44

Taula 16: Nombre de morts per SIDA en els centres penitenciaris catalans anys 2001-2012.
Font: DESPIR (2013). Departament de Justícia.

Aquestes dades de la nostra realitat penitenciària s'aconsegueixen darrera de la implicació i compliment dels tractaments antiretrovirals. Són diferents les estratègies que treballen l'adhesió al tractament, les que inclouen intervencions basades en tècniques de record, counselling, recolzament psicològic i/o teràpia cognitivo-conductual (Safren et al., 2009). En l'adhesió del reclus/a s'ha de tenir en comptes que aquest compliment presenta algunes peculiaritats relacionades bàsicament amb les característiques pròpies del medi penitenciari i amb el tipus de població infectada, són casos de pacients UDI i amb altres prevalències de trastorns mentals i desarrelament social (Singh et al., 1996; Gordillo et al., 1999; Knobel et al., 1997; Marco, 2000).

La condició de reclusió pot incidir, de forma notòria, en l'actitud enfront el compliment de la teràpia ja que és habitual que la població internada presenti desvaloració de l'escala de valors, prioritzant el concepte de llibertat i tots els aspectes relacionats amb l'excarceració sobre el concepte salut i les necessitats sanitàries i terapèutiques (Urquhart i Blaschke, 1997; Saíz de la Hoya i Marco, 1999; Saíz de la Hoya et al., 2009). També és possible que en ocasions la relació equip sanitari-pacient estigui condicionada i mediatitzada negativament pel tipus d'institució i pel caràcter obligatori de l'estància de la reclusió. Altres característiques del medi penitenciari que predisposen el bon compliment de la teràpia són el freqüent trasllat dels interns entre centres penitenciaris i l'habitual mobilitat intra-extrapenitenciària, doncs tampoc afavoreixen el control i seguiment del pacient, ja que poden derivar en nombrosos canvis d'equip sanitari i importants interferències en el tractament (Marco et al., 2000).

Per una altra banda, existeixen avantatges derivats del reclutament, doncs l'assistència als reclusos per les característiques d'institució tancada i l'organització dels serveis sanitaris penitenciaris, acostumen a ser pròxima, immediata i accessible, el que permet: l'apropament, la comunicació i la ràpida resolució de possibles incidències del tractament (Marco, 2000).

Tan els condicionants negatius com els avantatges derivats de l'internament en un centre penitenciari claus en el compliment del TARV en pacients VIH, demanden d'infermers amb habilitats suficients per saber identificar els possibles obstacles i reforçar els punts forts de relació que estableix el pacient VIH amb la seva medicació, doncs indubtablement influeix sobre les noves lògiques de l'adhesió al TARV (Santoro i Conde, 2013).

TUBERCULOSI

La tuberculosi⁷⁶ (TB) és la segona causa mundial de mortalitat, després de la SIDA, causada per un agent infecciós. Al 2011, 8,7 milions de persones varen emmalaltir de TB i 1,4 milions varen morir per aquesta causa. Més del 95% de les morts per TB es produïren a països de baixos o mitjans ingressos. Aquesta malaltia és una de les tres causes principals de morts en dones entre els 15 i els 44 anys. També és la principal causa de mort en persones infectades pel VIH, i representa la quarta part de les defuncions d'aquest grup. La TB es presenta en tot el món. Al 2011, el major nombre de casos esdevingueren a Àsia, corresponent el 60% dels nous casos. Aquest mateix any l'Àfrica subsahariana va tenir la major taxa d'incidència: més de 260 casos per 100.000/habitants. Al voltant del 80% dels casos es varen donar en 22 països. En alguns països se està produint una disminució considerable de casos, però en altres el descens és més lent. Brasil i Xina es troben entre aquests 22 països on es dona un descens sostingut dels casos de TB en els últims 20 anys. A l'última dècada, la prevalença de la TB a Camboia s'ha reduït quasi en un 45% (OMS, 2013⁷⁷).

⁷⁶ Segons l'OMS (2013): *"La tuberculosis es causada por Mycobacterium tuberculosis, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir. La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada."* Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

⁷⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Dins de la Unió Europea, Espanya és considerat un país amb una baixa incidència de TB amb <20 casos/100.000 habitants. Al 2010, Catalunya comptava amb una taxa d'incidència entre 15-20 casos, mentre que altres comunitats autònomes com Extremadura tenien una taxa d'entre 8-10 casos, Andalusia i Madrid entre 11 i 14 casos i Galícia entre 21-30 casos/100.000 habitants (CNE⁷⁸, 2012).

Dins de la dificultat en el control de la TB trobem l'agregació de casos en grups de població vulnerables com: els UDI, els reclusos, la població immigrant, els infectats pel VIH. (Falzon et al., 2008).

La prevalença de TB i la infecció tuberculosa són més elevades a la població encarcerada que a la població general (Nogueira et al., 2012). A les presons espanyoles l'any 2006, la taxa de TB era 12 vegades superior a la taxa de la població en general. A més, els centres penitenciaris concentren una sèrie de factors de risc (socials, econòmics, sanitaris, migratoris, etc.) que condicionen el bon control d'aquesta malaltia (SESP, 2009).

Altres factors com la diabetis, la malnutrició, l'alcoholisme, la prevalença d'UDI, els coinfectats pel VIH i *Micobacterium Tuberculosis* en absència de tractament de la infecció tuberculosa latent afavoreixen el desenvolupament de la malaltia tuberculosa de forma especial en un mitjà de risc com és el penitenciar (López et al., 2011).

L'any 2009 es va publicar el Documento de Consenso⁷⁹ para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas amb el fi d': [...] *“homogenizar lo más posible las actuaciones para el control y el tratamiento de la TB en las prisiones de todo el territorio del Estado”* (SESP, p.11). Aquest document s'estructura en set apartats: diagnòstic de la malaltia tuberculosa, diagnòstic i tractament de la infecció tuberculosa, estudi convencional de contactes, estratègies de cribatge i recerca de casos, i estratègies de promoció de la salut en el medi penitenciar en

⁷⁸ Centro Nacional de Epidemiología (CNE): *“La misión del Centro Nacional de Epidemiología es el estudio epidemiológico del binomio salud-enfermedad con el fin de mejorar el nivel de salud de la población mediante la vigilancia de la salud pública, el estudio de la conducta de las enfermedades (transmisibles y no transmisibles), la cuantificación de su impacto, la monitorización de su evolución y la investigación de los factores que comprometen la salud.”* <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-centro-nacional-de-epidemiologia/presentacion-cne-historia.shtml>

⁷⁹ Segons Patrono, C. et al. (2004): Les Guies de Pràctica Clínica i els Documents de Consens d'Experts tenen per objectiu presentar totes les evidències rellevants sobre un tema particular per ajudar als metges a ponderar els riscos i els beneficis d'un procediment diagnòstic o terapèutic particular.

relació amb la TB. La publicació d'aquest document no garanteix un control i tractament de la TB a les presons espanyoles, sinó que cal la seva aplicació en els centres penitenciaris, assegurant només d'aquesta manera l'èxit que desencadeni en la millora de la salut de la població reclusa i, per extensió, de la població espanyola en general (SESP, 2009).

La competència en els coneixements entorn el control de la TB a presó resideix en el domini imprescindible d'activitats d'infermeria de caràcter formatiu i educacional, així com les activitats assistencials, col·laborant en el diagnòstic de casos sospitosos; controlant l'adherència al tractament, i duent a terme la investigació i el control de les diferents fases de l'estudi dels possibles contactes (Quintero, 2000). Per la promoció de comportaments adequats en relació a la TB en els reclusos, l'infermer/a ha de ser coneixedor/a dels sentiments que acompanyen al concepte TB que afecten a les creences socials des d'un component afectiu desestigmatitzador que faci que l'individu no tingui percepcions de malalt tuberculós pel fet d'estar internat en una presó, i ser capaç de generar un missatge que accentuï el sentiment de confiança (Arroyo, 2002).

Entorn a la formació del personal d'infermeria, també detalla el manual de *El control de la tuberculosis en prisiones* (2002) que:

En los dispensarios donde se proporcione tratamiento anti-TB, debe haber personal sanitario adecuadamente formado para asignar a los pacientes bacilíferos al protocolo de tratamiento apropiado, observar las tomas del tratamiento y manejar los efectos secundarios menores. Deben poder controlar existencias, cumplimentar la documentación necesaria del programa y proporcionar educación sanitaria. Además, deben poder controlar los traslados de pacientes entre prisiones y entre la prisión y los servicios extrapenitenciarios, y realizar el seguimiento de tantos resultados finales de tratamiento como sea posible [...]. En la mayoría de los casos, las enfermeras y los auxiliares de clínica deben poder realizar estos cometidos tras recibir una formación adecuada. Este personal realiza funciones de suma importancia y no debe infravalorarse. (OMS, p. 101).

Organismes nacionals i internacionals com l'anterior, s'ocupen de marcar les bases per la capacitació dels professionals d'infermeria entorn l'atenció sanitària que es dispensa en el medi penitenciari per tal de prevenir i atendre reclusos/es infectats i malalts de TB.

La vulnerabilitat dels reclusos enfront la TB, emfatitza la necessitat de la detecció incipient de casos i l'adequació d'estratègies adients a presó (Aerts et al., 2006; Abebe et al., 2011; O'Grady et al., 2011; Tyler et al. 2012; Öngen et al. 2013; Vinkeles, et al., 2013).

Des de l'any 2001 fins el 2012, a les presons catalanes el nombre d'interns que han emmalaltit per TB ha anat disminuint, tal com es pot apreciar a la següent taula:

Any	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Interns amb TB	34	44	28	28	25	20	29	26	23	16	21	21

Taula 17: Nombre d'interns malalts de TB en els centres penitenciaris catalans anys 2001-2012.
Font: DESPIR (2013). Departament de Justícia.

Encara que el nombre de malalts per TB ha disminuït en els darrers anys, no hem de deixar de treballar per aconseguir mantenir o disminuir aquest nivell en el control de la malaltia tuberculosa.

HEPATITIS B I C

L'hepatitis B i l'hepatitis C són malalties hepàtiques contagioses (Heymann, 2008). Són infeccions agudes o cròniques, essent un dels principals problemes de salut pública a nivell mundial de morbiditat i mortalitat per les seqüeles que inclouen una malaltia d'insuficiència hepàtica, cirrosi i l'hepatocarcinoma (Colvin i Mitchell, 2010; Gonzalez i Keffe, 2011).

A nivell mundial, al voltant d'1 de cada 12 persones (480 a 520 milions de persones) estan infectades crònicament amb el VHB o el VHC (Colvin i Mitchell, 2010).

L'hepatitis B⁸⁰ (HB) és endèmica a Xina i altres zones d'Àsia. La majoria de les infeccions es produeixen en aquesta regió durant la infantesa, i el 8-10% de la

⁸⁰ Segons l'OMS (2011): "El VHB se transmite entre las personas por contacto directo de sangre a sangre o a través del semen o las secreciones vaginales de una persona infectada. Los modos de transmisión son los mismos que los del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pero el VHB es entre 50 y 100 veces más infeccioso. A diferencia del VIH, el VHB puede sobrevivir fuera del organismo durante 7 días como mínimo, y en ese lapso todavía puede causar infección si penetra en el

població adulta està infectada de forma crònica. També, hi ha taxes elevades d'infecció crònica a la conca de l'Amazones i en el sud d'Europa oriental i central. A Europa occidental i Nordamèrica, la població amb infecció crònica no arriba a l'1%. La prevalença d'infecció pel VHB en el món es calcula en 2 milions, dels quals més de 240 milions de persones (entre el 8-10% de la població adulta general) està infectada de forma crònica (OMS, 2012)⁸¹.

L'Hepatitis C⁸² (HC) es calcula que en el món hi ha uns 150 milions de persones que pateixen la infecció crònica per aquest virus i que més de 350.000 malalts moren a l'any per afectacions hepàtiques vinculades amb ell. Els països amb taxes més altes d'infecció crònica són Egipte (15%), el Pakistan (4,8%) i Xina (3,2%) (WHO, 2012⁸³). A Europa, uns 14 milions de persones estan infectades amb el VHB i 9 milions de persones amb el VHC (en comparació amb el 1,5 milió de persones infectades pel VIH) (WHO, 2012).

L'hepatitis vírica crònica és una malaltia de naturalesa freqüentment asimptomàtica. La majoria de persones amb infecció crònica (és a dir, 65-75% del individus infectats) no són conscients de l'estat de la seva infecció fins que els símptomes de la malaltia hepàtica avançada i el fracàs, la cirrosi i l'hepatocarcinoma apareixen (Colvin i Mitchell, 2010).

A Espanya, des de fa 20 anys, s'ofereix el despistatge serològic del VHB a tots aquells individus que ingressen a presó i es recomana a aquelles persones amb conductes de risc. Si ho requereixen, se'ls hi aconsella la vacunació. L'èxit del programa de vacunació contra l'hepatitis B desenvolupat a les presons espanyoles i la implementació de programes de reducció de danys han aconseguit, segons l'estudi PREVALHEP realitzat pel *Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria* (GEISESP, 2009), que la prevalença d'infecció pel VHB a les presons de l'Estat Espanyol sigui actualment del 2,6%, xifra que contrasta amb la prevalença del VHC (22,7%) i del VIH (10,8%).

organismo de una persona no protegida por la vacuna.” Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/>

⁸¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/>

⁸² Segons la WHO (2012): *“La hepatitis C es una enfermedad contagiosa causada por la infección con el virus del mismo nombre. El cuadro clínico puede ir desde un padecimiento leve que dura unas cuantas semanas hasta una afección grave de toda la vida. El virus de la hepatitis C se propaga por lo común cuando la sangre de una persona infectada ingresa en el organismo de una persona susceptible. La hepatitis C se puede transmitir al tener relaciones sexuales con una persona infectada o compartir artículos contaminados con sangre infecciosa, pero estos mecanismos son menos comunes. La infección no se transmite por la leche materna, los alimentos ni el agua; tampoco por el contacto social que implican los besos y abrazos o el compartir alimentos o bebidas con una persona infectada.”* Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/es/>

⁸³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/es/>

L'any 2009, el Grupo de Estudio de la Hepatitis B (GEsHeB⁸⁴) va publicar un document amb la relació de recomanacions pel millor maneig de l'hepatitis B a Espanya on s'inclouïa: el manteniment en el programa d'immunització (amb un enfoc especial de cobertura i la projecció de la població estrangera), millora sobre la prevenció del VHB, la detecció i tractament de la població en general, i sobretot, entre els professionals de la salut (GEsHeB, 2009a).

La població reclusa espanyola triplica la taxa d'infeccions pel VHB en relació a la població en general, va ser aquest el motiu pel qual en el mateix any 2009 el GEISESP va publicar el document *Recomendaciones para el manejo de la Hepatitis B en el medio penitenciario*, doncs l'hepatitis B pertany a les patologies que s'han vist incrementades en els darrers anys per l'arribada al medi de població procedent de llocs d'elevada endèmia com són l'Est Asiàtic i l'Àfrica Subsahariana. Aquest i altra fets com els nous avenços terapèutics capaços de controlar la replicació viral, i altres conceptes d'etiquetatge de la infecció, han justificat la necessitat de l'elaboració d'aquest document pràctic que facilita l'actualització de professionals de l'atenció penitenciària, en el coneixement i el maneig evolutiu de la infecció del VHB (GEISESP, 2009).

Comptar amb aquest tipus de documents milloren la pràctica assistencial per tractar als pacients amb VHB, requerint que els infermers adquireixin i mantinguin el coneixement actualitzat de les teràpies indicades per aquest tipus de malaltia i el seu correcte maneig en l'educació, counselling, adherència al tractament i saber identificar el seus efectes secundaris (Lee et al., 2010).

Paral·lelament, en el medi penitenciari l'hepatitis C és una malaltia amb una prevalença del 22,7% amb factors associats com la condició d'UDI, la presència de marcadors de l'hepatitis B, la incidència a l'ingrés a presó i la nacionalitat espanyola (Saiz de la Hoya et al. 2005; GEISESP, 2009). La principal via de transmissió del VHC és la parenteral. El VHC comparteix amb el VIH les mateixes vies de contagi i, per això, la coinfecció VIH-VHC és molt prevalent. A partir dels anys 90 es varen introduir proves serològiques per detectar la presència d'anticossos (Schreiber et al., citat per Marco et al., 2002a).

⁸⁴ Grupo de Estudio de la Hepatitis B (GEsHeB): “[...] este grupo multidisciplinar de especialistas tiene como objetivos fundamentales fomentar el conocimiento y reconocimiento del impacto de la hepatitis B en España y la importancia de su correcto manejo y promover la unificación a nivel nacional de criterios de prevención, detección y tratamiento de la enfermedad, implicando para ello a los diferentes agentes relacionados con ella.” (p. 5)

Existeixen evidències de que el consum de drogues, en alguns casos, continuen a presó, molt freqüentment en condicions no asèptiques, sobretot en centres amb la carència de programes d'administració i intercanvi de xeringues. La transmissió intrapenitenciària del VHC i del VIH es, així doncs, possible en el col·lectiu reclus drogodependent i possiblement menys freqüent en altres grups de reclusos (Gates et al., 2004; Saiz de la Hoya et al., 2005). El VIH és més infectiu per via sexual, però el VHC és més infectiu per via sanguínia que el VIH. Per això, la majoria d'UDI adquireix el VHC ràpidament, de vegades abans que el VIH. Per això s'explica que més del 50% dels infectats pel VHC a presó estiguin infectats a més infectats pel VIH, i que més del 90% dels infectats pel VIH estiguin amés infectats pel VHC (Marco et al., 2006).

Els centres penitenciaris són idonis per aplicar algunes intervencions sanitàries de prevenció primària com l'educació per a la salut i la vacunació enfront el VHB i VHA; i mesures de prevenció secundària com la identificació d'interns/es infectades i el seu tractament. A les presons es poden adoptar estratègies que afavoreixen la desintoxicació i la deshabitació de l'intern/a UDI, com el programa de manteniment en metadona (PMM), el control a l'accés a les drogues en general o l'aportació d'informació a l'infectat pel VHC sobre les vies de transmissió, que poden reduir la difusió de la infecció i afavorir la rehabilitació del pacient (Edlin, 2002). Aquest marc afavoreix l'abordatge del diagnòstic i tractament de l'hepatitis C de l'individu privat de llibertat (NIH⁸⁵, 2002; Hennessey et al., 2008; McGovern, 2008; Boonwaat et al., 2010; Tresó et al., 2012; Iacomí et al., 2013; Ricart et al., 2013).

Davant l'elevada proporció de reclusos infectats pel VHC i l'estandardització de la seva atenció, l'any 2005 es va publicar el Documento de Consenso sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis C Crónica en el Medio Penitenciario a les presons espanyoles, amb la col·laboració d'experts de diferents societats científiques (Saiz de la Hoya et al., 2005). Així doncs, en els centres penitenciaris s'ha de comptar amb professionals sanitaris amb una adequada formació i preparació per a l'avaluació i control dels infectats pel VHC (Marco, 2006), donat que el trasllat periòdic de milers de reclusos/es a control hospitalari és inviable, i en molts casos, un element prescindible. L'atenció ha de prestar-se

⁸⁵ La missió del NIH és fer recerca sobre el coneixement fonamental de la naturalesa i el comportament dels sistemes vius i l'aplicació d'aquest coneixement per millorar la salut, perllongar la vida i reduir la malaltia i la discapacitat. Traducció pròpia. <http://www.nih.gov/about/mission.htm> (7 de juliol de 2013).

majoritàriament en el propi centre penitenciari per tal de facilitar l'accessibilitat i afavorir la proximitat, permetent, quan sigui precisa, una assistència immediata, gestionant-se els trasllats hospitalaris amb criteris de necessitat i prioritat (Marco et al., 2006).

El professional infermer és l'element clau en el tractament i maneig de malalties com l'hepatitis C. Habilitats de counselling i educatives i l'enllaç entre el pacient i els serveis proveïdors de salut fan que millorin la comunicació del seguiment i el tractament d'aquesta malaltia (Brunings et al., 2013). L'educació terapèutica proporcionada per un/a infermer/a expert/a augmenta la resposta dels pacients en tractament com l'hepatitis C, particularment pacients difícils de tractar (Larrie et al., 2011).

Per tal de garantir aquestes atencions assistencials, l'infermer/a requereix de formació contínua sobre l'hepatitis C per millorar el coneixement, per limitar els dubtes i garantir l'aplicació dels protocols del maneig i control d'infeccions (Frazer et al., 2011).

En els centres penitenciaris catalans, els infermers desenvolupen les seves tasques assistencials donant atenció a un nombre elevat d'interns que es troben infectats pel VHC, ja estiguin asimptomàtics realitzant tasques educatives de prevenció, control i seguiment i/o estiguin realitzant tractament farmacològic pautat pel facultatiu. Aquest nombre de reclusos queda detallat en el següent quadre:

Any	2010	2011	2012	2013*
Interns amb HC	1903	1802	1610	1639
Taxa d'interns analitzats/població total	21.8%	21.1%	19.6%	19.8%

*Dada del segon trimestre de l'any 2013. La mitjana d'interns analitzats anualment és del 81.98%

Taula 18: Nombre d'interns HC (+) en els centres penitenciaris catalans anys 2010-2013.
Font: Elaboració pròpia a partir de DESPIR (2013). Departament de Justícia.

INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

Cada any es produeixen 448 milions de nous casos d'infeccions de transmissió sexual⁸⁶ (ITS) guaribles (sífilis, gonorrea, clamidiasi i tricomoniasis) en adults entre 15 i 49 anys. En aquesta xifra no s'inclouen les infeccions pel VIH i altres ITS. Algunes ITS són asimptomàtiques. El 25% de dones embarassades infectades per sífilis precoç no tractada acaben en mort fetal i el 14% en mort neonatal. Les ITS són la principal causa prevenible d'infertilitat, sobretot en la dona (OMS, 2011⁸⁷).

Les ITS són un important problema de salut pública tant per la seva magnitud com per les seves complicacions i seqüeles, en el cas que no es faci un diagnòstic i tractament precoç (Jin et al., 2005; ISCIII, 2010).

Les ITS sotmeses a vigilància epidemiològica són la infecció gonocòccica, sífilis i sífilis congènita, totes elles de declaració numèrica setmanal (CNE, 2012). A Espanya l'any 2011, la incidència d'infecció gonocòccica era de 5,7 casos/100.000 habitants, de 7,6 casos/100.000 habitants en el cas de la sífilis i la sífilis congènita de 0,85 casos/100.000 habitants (RNVE, 2011).

L'elevada prevalença d'ITS en població privada de llibertat comparada amb la població general ocorre per l'elevada concentració d'individus amb comportament d'alt risc d'abús de drogues, el seu nivell socioeconòmic, la limitada escolaritat i la seva poca accessibilitat al sistema de salut prèviament al seu encarcerament. L'ús inconsistent del preservatiu sumat a l'elevat nombre de parelles sexuals (Manhart i Koutsky, 2002), així com, l'homosexualitat són variables de risc per adquirir una ITS (Butler et al., 2007).

Concretament a les dones, moltes infeccions urogenitals produïdes per clamídia cursen asimptomàtiques, no essent detectades i subseqüentment no tractades, originant sèries complicacions: malaltia inflamatòria pèlvica, embarassos ectòpics i infertilitat (Pacheco, 1999). També, cal millorar el control i prevenció d'infeccions en la transmissió sexual a les dones embarassades, així com el tractament precoç per prevenir la transmissió de la malaltia (García-García et al., 2011).

⁸⁶ Segons l'OMS (2011): *"Las ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual. Algunos, en particular el VIH y los treponemas causantes de la sífilis, también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos."* Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>

⁸⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>

La clamídia, la gonorrea i la sífilis són elevadament prevalents a la població reclusa. Esforços en la prevenció primària i secundària podrien millorar la seva salut individual i col·lectiva (Kouyoumdjian et al., 2012).

Les mesures de prevenció i control de les ITS es basen fonamentalment en l'educació sanitària i la promoció del sexe segur, la detecció d'infeccions simptomàtiques i a simptomàtiques, la investigació dels contactes sexuals dels pacients, la immunització enfront les ITS per a les que es disposi vacunes i la vigilància epidemiològica (OMS, 2006; Centers for Disease Control and Prevention, 2010; Díez i Díaz, 2011).

Els programes educatius de salut sexual i reproductiva poden ajudar a disminuir les pràctiques sexuals de risc, tant dins com fora del sistema carcerari, evitant la transmissió dels reclusos a la població en general un cop es reintegrin a la societat (Garaycochea et al., 2013).

Cal revisar la presència de símptomes i/o signes clínics i completar l'anamnesi del pacient. És necessari recollir informació sobre la conducta sexual que servirà per valorar els comportaments de risc de la ITS sobre els que s'actuarà a través del consell preventiu. Així mateix, es recomana recollir informació sobre antecedents d'ITS i tractaments rebuts, ús de drogues i via d'administració, estat serològic i vacunació enfront l'hepatitis A i B, estat serològic enfront el virus de l'HC i el VIH i la utilització de mètodes anticonceptius i història reproductiva en dones (García-García et al., 2011).

Cal aclarir, que encara que en aquest apartat estem parlant de malalties infectocontagioses més prevalents del medi penitenciari, no volem deixar de recordar i tenir present la resta de malalties que poden ocasionar problemes d'infecció individual i/o col·lectiva, i que a més tenen el requisit obligat de declarar-se. A més, no hem d'oblidar que els centres penitenciaris el risc de contagi augmenta exponencialment per tractar-se d'un centre tancat (SESP, 2009). El *Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) en el Extracto del 7º Informe General [CPT/Inf (97) 10]*, defineix en el seu punt 13: *"Una prisión superpoblada conlleva un alojamiento apretado y antihigiénico"* [...] (p.21, CPT, 2010).

Les presons són ambients únics i desafiants en els que s'han d'implementar estratègies eficaces pel control d'infeccions i malalties transmissibles com:

programes basats en vacunacions, detecció de malalties infeccioses, el tractament i l'esforç de la reducció de danys (Bick, 2007).

Segons García-Guerrero i Marco (2012), la sobreocupació o l'amuntegament carceraris poden causar efectes en la salut física dels reclusos. L'augment de contacte, el dèficit de ventilació i de llum, així com, una disminució de l'estància a l'aire lliure afavoreixen la propagació de malalties fonamentalment infeccioses i parasitàries.

Tenint en comptes la possibilitat d'esdevenir aquestes condicions de vida dels reclusos en els centres penitenciaris, cal que l'infermer/a sigui capaç de detectar situacions d'aquestes característiques per abolir o minimitzar les conseqüències procedents d'aquestes situacions d'insalubritat.

Control Epidemiològic

Aquestes malalties estan sotmeses a una vigilància epidemiològica, funció principal del sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO) per controlar aquelles malalties i els brots epidèmics de qualsevol etiologia que s'han considerat objecte de control prioritari a Catalunya. Aquesta notificació queda recollida al Decret 67/2010, de 25 de maig, pel qual es regula el sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut .

Les malalties que s'han de declarar han de ser notificades de manera numèrica, individualitzada o urgent per tal de permetre una acció epidemiològica i de control immediata: la declaració numèrica cal fer-la setmanalment; la declaració individualitzada s'efectua en el moment que la malaltia és detectada; i la declaració urgent s'ha d'efectuar en el moment de detectar-se el cas, no cal la confirmació diagnòstica, la sospita n'és suficient. Es notificarà de la manera més ràpida possible i en menys de 24 hores. La declaració urgent no eximeix de la declaració individualitzada (Departament de Salut, 2013).

El VIH/SIDA, la tuberculosi, altres tuberculosis (s'hi exclou la meningitis tuberculosa), les hepatitis víriques A, B i C, sífilis infecciosa i la sífilis congènita són malalties de declaració individualitzada. Les malalties com la infecció genital per clamídies, condiloma acuminat, infecció per tricomonos, l'herpes genital (VHS1 i VHS2), altres Infeccions de transmissió sexual (s'hi exclou herpes genital, infecció

genital per papil·lomavirus humà, infecció per tricomones, infecció genital per clamídies) són de declaració numèrica (Departament de Salut, 2013).

En quan a les característiques de la notificació del VIH, existeix legislació al respecte la qual assenyalava la necessitat de notificar tots els nous diagnòstics de VIH amb un conjunt mínim de variables⁸⁸.

Vacunacions

A l'igual que a la població general, en el medi penitenciari comptem amb una mesura preventiva de gran efectivitat, capaç d'eliminar i eradicar determinades malalties transmissibles com són les vacunes. La població reclusa són individus que conviuen en institucions tancades, on els sanitaris accedeixen amb més facilitat per la seva situació de reclusió.

Cal recordar, tal com s'ha anat esmentant en apartats anteriors, que aquest col·lectiu té unes característiques fonamentals d'alt interès sanitari: perfil d'alt risc considerant les seves característiques sociodemogràfiques, l'addicció a les drogues, la promiscuïtat sexual, l'incompliment de tractaments prescrits i un mínim accés a la xarxa sanitària (SGIP⁸⁹, 2011; DGSP, 2012a), a més de l'elevada incidència de malalties infeccioses transmissibles (VIH/SIDA, TB, HB i HC), tal com hem esmentat anteriorment. La població encarcerada és un col·lectiu d'individus molt permeable amb la població general, doncs aquests disposen de permisos, que suposen relacionar-se i conviure amb la població no encarcerada (Batalla, 2012).

En els centres penitenciaris s'apliquen vacunes amb diferents finalitats. Per una banda, la vacunació sistemàtica com primovacunació (antitetànica i/o hepatitis B) i, per una altra banda, amb la finalitat de protegir a individus susceptibles de patir complicacions de malalties com el VIH/SIDA i/o en persones infectades pel virus de l'hepatitis C, com són les vacunes contra l'hepatitis A i B, pneumococ i grip (Àrea de sanitat, 1991).

Per finalitzar esmentar que la patologia infecciosa, tan per la seva incidència com per la seva diversitat, ocupa un capítol important en el treball diari de l'equip

⁸⁸ Orden de 18 de diciembre de 2000, por la que se crea un fichero con datos de carácter personal, gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, relativo al Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones (SINIVIH). (Boletín Oficial del Estado, número 11, de 12-01-01) a l'Estat Espanyol.

⁸⁹ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.

sanitari de presons. Per aquesta raó és imprescindible que es tinguin actualitzats els coneixements en aquest terreny de la medicina. Els coneixements en malalties infeccioses es troben en contínua evolució i han de ser temes prioritaris en els programes de formació continuada d'aquest col·lectiu (Kindelán, 2000).

B. Programes i Funcions d'Infermeria

El tenir cura de pacients privats de llibertat amb malalties infectocontagioses és una tasca que requereix de coneixements, habilitats i procediments integrats en el dia a dia de l'atenció sanitària que desenvolupa un/a infermer/a a les presons.

Tot seguit es presenten els diferents programes de salut d'infermeria en relació a les malalties infectocontagioses: VIH/SIDA, Tuberculosi (TB), VHB i VHC i ITS:

PROGRAMA VIH/SIDA	
ATENCIÓ PRIMÀRIA ⁹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi: tatuatges/piercings, transfusions, UDI, parelles sexuals, ús de preservatiu, usuari de prostitució, treballador/a prostitució. • Educació per la salut per tal de prevenir la infecció pel VIH. • Oferir la prova de despitatge del VIH.
ATENCIÓ SECUNDÀRIA ⁹¹	<ul style="list-style-type: none"> • Educació sanitària en persones infectades pel VIH per tal de saber identificar infeccions oportunistes. • Planificar el control i seguiment de proves de laboratori cada 4 mesos (CD4, CD8 i càrrega viral), constants i pes amb l'objectiu de detectar qualsevol canvi de salut <i>versus</i> la malaltia. • Adherència al tractament antiretroviral/TDO⁹². • Planificació familiar. • Control de la dona gestant i el nadó. • Oferir vacunacions de la grip anualment i Pneumo-23 segons estat immunitari. • Control de pacients en programes de reducció de danys (PMM, PIX). • Declaració a l'Agència de Salut Pública Malaltia de Declaració Obligatòria (MDO). • Cures d'infermeria al malalt amb SIDA: demència, problemes respiratoris, problemes hepàtics, problemes dermatològics, infeccions oportunistes,... • Pal·liar els efectes secundaris del tractament antiretroviral. • Control de pacients en programes de reducció de danys (PMM, PIX).

Taula 19: Cures d'infermeria en el Programa VIH/SIDA en centres penitenciaris catalans.
Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea d'Infermeria Serveis Penitenciaris (2006).

⁹⁰ Segons Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS, 2013): Atenció primària de salut són: "Cuidados que proporcionan mantenimiento básica de la salud, servicios terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios comunitarios". Disponible: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. (Consultat: 14/8/2013).

⁹¹ Segons DeCS (2013): Atenció secundària de salut són: "Atención médica especializada entregada como un seguimiento o referida de un proveedor de atención primaria". Disponible: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. (Consultat: 14/8/2013).

⁹² Tractament directament observat (TDO).

Segons von Wichmann et al. (2010), la valoració d'infermeria del pacient infectat pel VIH és un indicador de qualitat assistencial de seguiment i intervencions orientades a la prevenció i la defineixen com:

La relación que se establece entre el equipo asistencial (médicos, enfermeras, farmacia, etc.) y el paciente es de suma importancia. La confianza, accesibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable en la evolución de los pacientes con infección por el VIH. En este contexto, el profesional de enfermería tiene un papel esencial en la atención integral del paciente VIH (educación sanitaria, adherencia al TARV, etc.) (p.33)

PROGRAMA TUBERCULOSI	
ATENCIÓ PRIMÀRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi en individu estranger: país d'origen i anys de residència a Espanya. • Anamnesi de factors de risc: diabetis, esplenectomia, alcoholisme, malaltia respiratòria, malaltia immunosupressora, tractament immunosupressor, malnutrició. • Anamnesi: antecedents d'infecció i tractament quimioprofilaxi; malaltia tuberculosa i tractament antituberculós; si ha rebut vacunació de BCG. • Educació per la salut dels signes i símptomes de malaltia tuberculosa. • Realitzar la prova de tuberculina (PT⁹³) en individus que desconeixen estat o han estat negatius anteriorment.
ATENCIÓ SECUNDÀRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Educació sanitària en persones infectades pel Micobacteri Tuberculosi en relació als seus companys i la seva família. • Informar dels controls analítics i altres proves: analítica de sang, recollida d'esputs seriats i RX de tòrax. • Control de la dona gestant i el nadó. • Adherència al tractament antituberculós/TDO (quimioprofilaxis). • Control de pacients en PMM per interaccions amb el tractament antituberculós. • Educació sanitària en persones malaltes pel Micobacteri Tuberculosi en relació als seus companys i la seva família. • Aïllament respiratori en aquells pacients que ho requereixin. • Informar dels controls analítics i altres proves: analítica de sang, recollida d'esputs seriats i RX de tòrax. • Informar dels efectes secundaris del tractament antituberculós. • Adherència al tractament antituberculós/TDO. • Control de pacients en PMM <i>versus</i> tractament antituberculós. • En pacients infectats pel VIH tenir cura de les interaccions tractament antiretroviral/antituberculós. • Realitzar estudi de contactes íntims i ocasionals. • Declaració a l'Agència de Salut Pública MDO.

Taula 20: Cures d'infermeria en el Programa Tuberculosi en centres penitenciaris catalans.
Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea d'Infermeria Serveis Penitenciaris (2006).

⁹³ Per a la lectura de la PT cal referir-se al Documento de consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas. Capítol 4: Diagnóstico y tratamiento de la infección tuberculosa (pp.33-34) <http://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geim/dcientificos/documentos/geimdyc0902.pdf>

PROGRAMA HEPATITIS B I C	
ATENCIÓ PRIMÀRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi: tatuatges/piercings, transfusions, UDI, parelles sexuals, ús de preservatiu, usuari de prostitució, treballador/a prostitució. • Educació per la salut per tal de prevenir la infecció pel VHB i VHC. • Oferir la prova de despitatge del VHB i VHC. • Oferir la vacunació antiVHB en persones candidates prèvia serologia VHB.
ATENCIÓ SECUNDÀRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Educació sanitària en pacients infectats pel VHB i VHC per tal d'evitar complicacions. • Oferir la vacunació antiVHA segons serologia en pacients infectats pel VHC. • Administrar tractament subcutani (Interferon pegilat) setmanal segons indicació mèdica. • Adherència al tractament oral (Rivabirina) segons indicació mèdica. • Planificació familiar. • Control de la dona gestant i el nadó. • Control de pacients en programes de reducció de danys (PMM, PIX). • Declaració a l'Agència de Salut Pública MDO. • Cures d'infermeria al malalt amb descompensació hepàtica: constants, pes, perímetre abdominal, flapping, edemes, encefalopatia, deposicions,... • Adherència al tractament. • Control de pacients en programes de reducció de danys (PMM, PIX). • Educació sanitària de signes d'alerta en pacients amb varius esofàgiques per possible sagnat.

Taula 21: Cures d'infermeria en el Programa VHB/VHC en centres penitenciaris catalans.
Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea d'Infermeria Serveis Penitenciaris (2006).

PROGRAMA ITS	
ATENCIÓ PRIMÀRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi: UDI, parelles sexuals, ús de preservatiu, usuari de prostitució, treballador/a prostitució. • Educació per la salut per tal de prevenir la ITS. • Oferir la prova de despitatge de la sífilis.
ATENCIÓ SECUNDÀRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Educació sanitària en persones amb ITS per tal de saber identificar signes i símptomes de la infecció (gonorrea, clamídia, sífilis). • Adherència al tractament oral o administrar el tractament parenteral segons indicació mèdica. • Planificació familiar. • Control de la dona gestant i el nadó. • Oferir vacunacions antiVHB, antiVHA per prevenir altres ITS. • Declaració a l'Agència de Salut Pública Malaltia de Declaració Obligatòria (MDO). • Cures d'infermeria al malalt amb ITS: neurològics, dermatològics,... • Tenir especial cura de pacients coinfectats amb el VIH per l'estat immunitari. • Control de pacients coinfectats amb el VIH en programes de reducció de danys (PMM, PIX).

Taula 22: Cures d'infermeria en el Programa VHB/VHC en centres penitenciaris catalans.
Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea d'Infermeria Serveis Penitenciaris (2006).

Adherència al Tractament i el Tractament Directament Observat (TDO) en el Medi Penitenciari

Com s'ha pogut observar en tots els programes apareix l'adherència al tractament com funció d'infermeria relacionada amb la patologia atesa.

L'adherència està condicionada per diferents i nombrosos factors, però és especialment deficient quan es tracta de processos que poden presentar-se de forma asimptomàtica i són de caràcter crònic o perllongat en el temps (Marco, 2000).

Les circumstàncies pròpies del medi i les característiques sanitàries de la població reclusa requereixen d'una infermeria que ha de vetllar pel compliment del tractament dels subjectes seropositius i malalts de SIDA (Romero et al., 1999).

Segons GeSIDA (2012), l'adherència al tractament antiretroviral (TAR) és:

[...] la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. El control virológico depende de múltiples factores pero la adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico, relacionándose con mala respuesta virológica (Nieuwkerk y Oort, 2005) peor reconstitución inmune (Wood et al., 2004), y mayor riesgo de mortalidad (García de Olalla et al., 2002; Lima et al., 2009). Por tanto, es muy importante que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, entiendan claramente el objetivo del TAR, participen en la decisión de iniciarlo, se sientan capaces de cumplir dicho tratamiento y comprendan la enorme importancia que tiene una toma continuada y correcta de la medicación. (p. 99).

Tot seguit es detallen els factors associats a una mala i correcta adherència al TAR:

FACTORS ASSOCIATS A LA MALA ADHERÈNCIA AL TAR

Mala relació metge-pacient, consum actiu de drogues, malaltia mental, edat més jove, nivell educatiu del pacient, idioma, manca de recolzament social, complexitat del tractament, efectes secundaris, por per l'aparició d'alteració metabòliques i morfològiques (Mills et al. 2006; Knobel et al., 2008; Grierson et al., 2011).

Pitjor compliment en gent jove i millor compliment en pacient majors de 65 anys (Brañas et al. 2008; Guidei et al., 2013; Young et al., 2013).

Ús concomitant d'altres fàrmacs, major prevalença d'efectes adversos, interaccions, la depressió i alteracions de memòria podrien causar pitjor adherència en la gent gran (Pardi et al. 2009).

Trastorns neurocognitius en gent gran (Ettenhofer et al., 2009).

Figura 7: Factors associats a la mala adherència al TAR.
Font: Elaboració pròpia a partir de GeSIDA (2012) i GeSIDA (2014).

FACTORS ASSOCIATS A LA CORRECTA ADHERÈNCIA AL TAR

Recolzament emocional i vital, la capacitat per introduir la medicació en les activitats de la vida diària sense amagar-la, comprensió de la relació entre adherència i desenvolupament de resistències. (GeSIDA, 2014)

Figura 8: Factors associats a la correcta adherència al TAR.
Font: Elaboració pròpia a partir de GeSIDA (2014).

A més de tots els factors anteriorment descrits, diferents autors (Marco et al., 2002b; Gallego et al., 2004) varen estudiar la població reclusa en relació a l'abandonament del TAR on destacaven que les principals causes eren l'oblit i la intolerància al tractament.

El curs d'aquests factors associats a l'adherència del tractament recau en el paper de diferents professionals en el seguiment, control i recolzament del pacient infectat pel VIH realitzant-se des del punt de vista multidisciplinar. Segons GeSIDA (2013a): *"El control de la adherència debe realizarse por un equipo multidisciplinar,*

y en él deben estar implicados no sólo el médico sino también la enfermería, los profesionales de apoyo psicológico y la farmacia hospitalària". (p. 92)

Després de l'inici del TAR s'haurà de monitoritzar l'adherència, l'aparició d'efectes secundaris, resposta immunoviològica, en totes i cadascuna de les visites, i per això, el recolzament d'infermeria i una consulta específica pot ser molt rellevant (GeSIDA, 2013b).

Per millorar l'adherència al TAR es destaquen estratègies basades en teories psicològiques (Houston et al. 2012) i dirigides a pal·liar els condicionants socials o individuals dels pacients. Les entrevistes motivacionals (Gallego et al., 2004; Golin et al., 2006), les intervencions sencilles d'educació i suport en aspectes pràctics del tractament han resultat ser beneficioses i la intervenció amb suport interpersonal estructurat en que el personal sanitari entrenat desenvolupa estratègies individualitzades (GeSIDA, 2012).

Una altra estratègia per millorar l'adherència és el tractament directament observat (TDO). Ha estat utilitzat amb èxit en el tractament de la tuberculosi i s'han fet intents d'adaptar-lo a les característiques del TAR (De Carolis i Wainstein, 2009).

A Espanya per tractar la tuberculosi hi ha referències de que probablement es va aplicar de forma no estricta en els sanatoris i es va disposar, ocasionalment, d'infermeres per supervisar el compliment dels tractaments autoadministrats. Però no és fins 1975 que es publica sobre l'administració controlada de la medicació: *el enfermo toma la medicación en presencia de la enfermera* (Guerra et al. 1975).

Segons Caylà et al. (2001) el TDO:

Consiste en observar como el enfermo ingiere la medicación, garantizando que se ha producido la ingesta (y aplicando los inyectables si fuera el caso). Es el único método que, realizado correctamente y con una pauta de tratamiento adecuada, nos permite asegurar que el enfermo se ha curado y que no se ha producido una selección de bacilos mutantes resistentes (salvo que presentara importantes problemas de absorción o resistencias bacilares). Debe realizarlo personal sanitario adiestrado, aunque en casos especiales puede aceptarse que sea la familia o trabajadores sociales. (p. 14).

Aquesta és una estratègia que no es pot recomanar de forma generalitzada, però té l'objectiu quan l'incompliment és previsible o el fracàs del tractament representa un greu impacte en la comunitat: indigents, reclusos i exreclusos, toxicòmans (Chaulet et al., 1987), infectats pel VIH, trastorns cognitius severos o demència associada a la SIDA, malalts mutiresistents, tractaments intermitents, quan existeixi l'antecedent d'abandonaments previs i òbviament a la infantesa (SESP, 2009; González-Martín, et al., 2010; PAHO, 2011). Si el tractament estàndar no és acceptat o s'abandona, hauria d'oferir-se el TDO de forma voluntària i, en bacilífers que refusen aquesta mesura, hauria de procedir-se al TDO obligatori tenint en comptes les responsabilitats sanitàries i judicials (*Ley Orgánica 3/1986*).

En el medi penitenciari per les seves característiques, el risc de transmissió és alt, així doncs, el control del tractament, ús correcte dels fàrmacs i les pautes ha de ser extrem. El TDO serà obligat per tractar la malaltia tuberculosa (SESP, 2009).

El TDO pot tenir aspectes amb controvèrsia com: la visió passiva del pacient com receptor de la medicació o la implicació d'un major nombre de recursos. Per garantir la qualitat del tractament, l'infermer/a no ha de caure en la inactivitat quan administra els fàrmacs i en el control clínic del pacient, doncs és necessària una atenció sanitària que estigui lligada a l'educació perquè el pacient integri el coneixement de la malaltia, el motiu del tractament, conegui els seus avantatges i inconvenients i es corresponsabilitzi en la seva curació (López et al., 2011).

Una altra patologia dins el medi penitenciari que depèn el seu èxit de curació de l'adherència al tractament, entre d'altres factors, és l'hepatitis C crònica, doncs és de gran importància per obtenir una resposta viral sostinguda (RVS) (Saiz de la Hoya et al., 2005).

L'adherència al tractament de l'hepatitis C és diferent a la del VIH. Mentre que pel VHC, l'adherència fa referència a la reducció de dosis degut als efectes adversos i a la supressió precoç del tractament; en el VIH i resta de patologies la mesura de l'adherència considera les dosis omeses pel pacient. S'hauria d'anomenar utilitzant el terme exposició al fàrmaco. Aquest terme abraça tres conceptes: persistència (duració del tractament), adherència (percentatge de les dosis prescrites) i reducció de dosis (percentatge de dosis original o teòrica administrada) (Weiss et al., 2009, citat per Ibarra, 2013).

El règim penitenciari implica un control que pot millorar el rendiment del compliment del tractament (Sterling et al., 2004; Iacomí et al., 2013) fins el punt de poder implementar estratègies de TDO (Allen et al., 2003; Martín et al., 2010).

L'enfoc multidisciplinari pot abordar de manera efectiva el seguiment del tractament. Aquests equips multidisciplinaris poden estar formats per especialistes en addiccions, especialistes de patologies infeccioses, metges d'atenció primària, infermers i altres treballadors de salut o socials (Mravčík et al., 2013)

2.2.2.3.5 L'intern/a en situacions límit

És necessari que abans de començar ha descriure les diferents situacions límit en les que es pot trobar involucrat l'intern/a i el personal sanitari penitenciari, cal que definim i concretem aquest concepte.

Davant l'intent de definir situació límit, hem revisat diferent literatura (Mohino et al., 2002; Negredo et al., 2010) en relació al medi penitenciari i aquest propòsit. La nostra experiència professional en el context penitenciari i la revisió bibliogràfica ens ha aportat l'aproximació al concepte adquirint una definició pròpia per aquest marc teòric, doncs la literatura consultada no ens ha aportat una determinació concreta del terme.

Segons el Diccionari de la Llengua Catalana:

Situació: "Estat o condició en que es troba una persona, animal o cosa en un moment determinat."

Límit: "Final o grau més alt d'alguna cosa, que no es pot o no s'ha de superar".

Les causes d'episodis agressius són múltiples i es distribueixen en un ampli ventall que inclou motius judicials, règim carcerari, clínics i socials (Mohino et al., 2002).

Segons Negredo et al. (2010), els factors que poden desencadenar algunes d'aquestes conductes es poden descriure en:

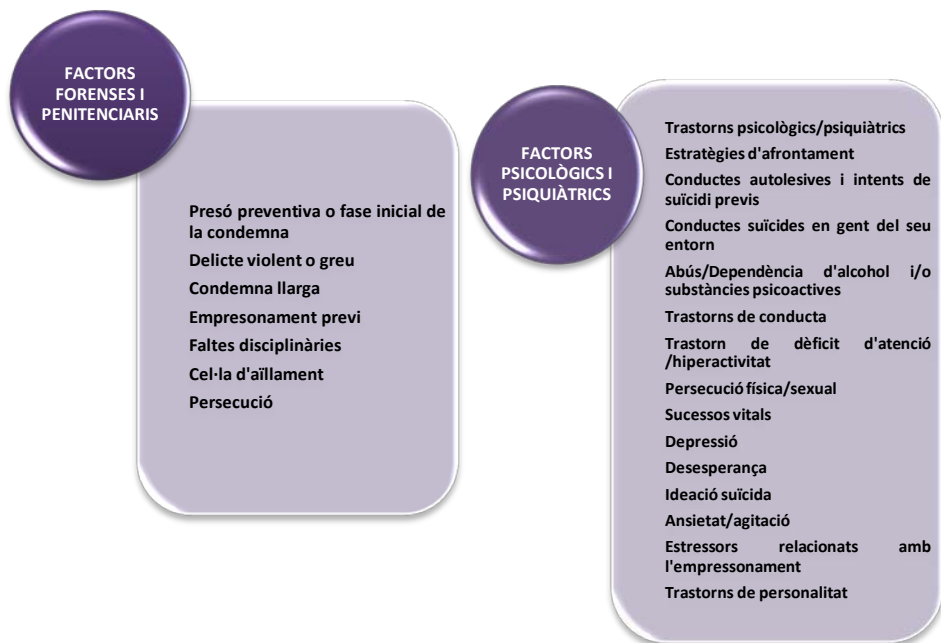


Figura 9: Factors desencadenants de situacions límit.
Font: Elaboració pròpia a partir de Negro et al. (2010).

Així doncs, hem definit la situació límit com: *“L’estat final en que es troba una persona en un moment determinat d’impulsivitat, desordre mental i/o demanda que no s’hauria de superar, doncs de ser així, podria posar en perill la seva vida i/o la vida de terceres persones”.*

Dins de les situacions límit en el medi penitenciar hi ha diferents causes que poden incidir en el desenvolupament d’aquest posicionament de l’intern/a:

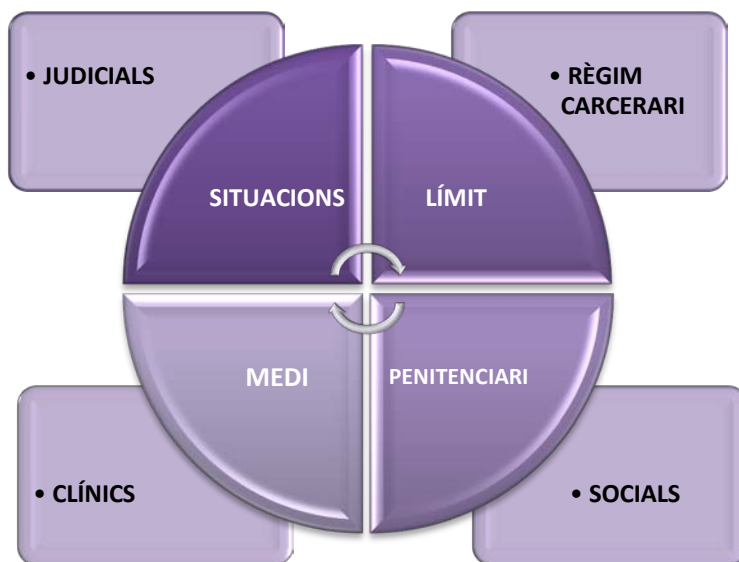


Figura 10: Causes de les situacions límit de l'intern/a.
 Font: Elaboració pròpia a partir de Mohino et al. (2002).

En el medi penitenciari, les situacions límit que els interns/es adopten requereixen d'una intervenció sanitària urgent, planificada i resolutive. Es requereix una comunicació activa entre els professionals de l'equip de vigilància i l'equip sanitari, doncs segons la reglamentació es dóna una obligació legal genèrica l'Administració Penitenciària: l'obligació de vetllar per la vida, la integritat i la salut dels interns (Art. 3.4 Ley Orgánica 1/1979, 26 septiembre, General Penitenciaria i 4.2 del R.D. 190/1996, 9 febrero, Reglamento Penitenciario). Segons STS 3ª, 13.3.1989, EDE 1989/2843: "Este deber se cumple a través de una serie de medidas de vigilancia y seguridad tendentes entre otras cosas a proteger a los reclusos de agresiones de toda índole por parte de otros compañeros e incluso de sí mismos (caso de autolesiones, suicidios)". A més, mitjançant l'assistència sanitària integral, [...] "tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación." (RP Art. 207), acordant la garantia d' "A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población." (RP, Art. 208).

Paral·lelament, moltes de les situacions límit que requereixen d'assistència sanitària immediata queden regulades al Real Decreto 190/1996, Reglamento Penitenciario, on a l'article 210 d' Asistencia obligatoria en casos de urgencia vital descriu els següents apartats:

1. *El tratamiento médico-sanitario se llevará a cabo siempre con el consentimiento informado del interno. Sólo cuando exista peligro inminente para la vida de éste se podrá imponer un tratamiento contra la voluntad del interesado, siendo la intervención médica la estrictamente necesaria para intentar salvar la vida del paciente y sin perjuicio de solicitar la autorización judicial correspondiente cuando ello fuese preciso. De estas actuaciones se dará conocimiento a la Autoridad judicial.*

2. *La intervención médico-sanitaria también podrá realizarse sin el consentimiento del paciente cuando el no hacerlo suponga un peligro evidente para la salud o la vida de terceras personas. De estas actuaciones se dará conocimiento a la Autoridad judicial.*

3. *Cuando por criterio facultativo se precise el ingreso del interno en un Centro hospitalario y no se cuente con la autorización del paciente, la Administración Penitenciaria solicitará de la Autoridad judicial competente la autorización del ingreso de detenidos, presos o penados en un Centro hospitalario, salvo en caso de urgencia en que la comunicación a dicha Autoridad se hará posteriormente de forma inmediata. (RP, Art. 210).*

A. Trets Definitoris

AUTOLESIONS

Revisant aquest terme hem trobat diferents autors que defineixen les autolesions i que ens orienten els professionals sanitaris penitenciaris a l'hora de prendre decisions davant una situació límit d'aquestes característiques. Hivert (1984) va interpretar les autolesions com una forma d'expressió d'agressivitat latent. Arroyo i Castellano (1996) les varen interpretar com l'expressió d'un repertori de símptomes circumscrits a determinades circumstàncies. Segons Martínez-Cordero i Hinojal (1998) són actuacions voluntàries i intencionals d'una persona contra la seva integritat física, sense pretendre ocasionar-se danys greus ni irreparables i que generalment tenen un caràcter reivindicatiu. D'aquesta manera, el cos pot ser utilitzat per recuperar l'atenció i tornar-se visibles i audibles. El cos es converteix en la seva propietat més valuosa. Es aquest sentit escullen: mostrar, amagar, arreglar, abandonar, cuidar i, devegades, lesionar-se. Habitualment, les lesions les realitzen en zones visibles com els avantbraços (Tedesco, 2012).

En els DGSPIR⁹⁴ es defineixen com autolesions lleus aquelles que es resolten amb una intervenció mínima per part dels serveis sanitaris del centre penitenciari, i com autolesions greus aquelles que requereixen un tractament més complex en un centre sanitari extern. Les més habituals són les ferides incises a l'avantbraç.

La morfologia d'aquestes conductes és diversa i inclou ingestes de cossos o líquids estranys, enclavament d'objectes i ferides incises, entre d'altres (Rosen i Heard, 1995). Són mètodes d'autolesions que es presenten amb relativa freqüència i que té un matís clarament reivindicatiu sense que existeixi una finalitat suïcida (Martínez-Cordero i Hinojal, 1998). Les demandes d'assistència més freqüents per aquest tipus de autolesió solen ser per ingestió de piles, fulles d'afaitar i altres objectes generalment metàl·lics (Mohino et al., 2002). Aquests objectes són fàcilment visibles mitjançant radiografies. És important poder diferenciar entre objectes punxants o roms per establir un bon pronòstic (Méndez. et al., 1979).

Una altra manera de reivindicació és l'ús abusiu de medicaments antiretrovirals i tuberculostàtics per la seva accessibilitat per l'alta prevalença de la infecció pel VIH i la tuberculosi entre la població reclusa espanyola (Ballesteros et al., 2003).

La severitat de les lesions es distribueix segons la gravetat i possibles seqüeles, des de lesions lleus a mutilacions, valorant la necessitat d'ingressos hospitalaris.

Dooley (1990) va proposar establir una dimensió entre intents de suïcidi reals i autolesions i va aportar dades de reclusos que consumaven suïcidis que comptaven amb antecedents d'episodis d'autolesions.

A Espanya existeixen dades de població penitenciària a on es posa de manifest l'associació existent entre episodis d'autolesions i suïcidis (Pérez Cárceles et al., 2001). No obstant, altres investigacions distingeixen entre intents de suïcidi genuïns i conductes de manipulació en forma de autolesions (Fulwiler et al., 1997). L'autolesió en sí mateixa provoca una disminució de l'ansietat i de l'angoixa (Lohner i Konrad, 2006).

Les causes d'aquests episodis són múltiples i es distribueixen en una ampli ventall que inclou motius judicials, règim carcerari, clínics i socials. Una dada important és

⁹⁴ Descriptors Estadístics de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

que els episodis d'autolesions solen ser freqüents entre joves antisocials amb diagnòstic de trastorns de personalitat (Arroyo et al., 2002).

A la següent taula es pot observar el recull de totes les autolesions lleus i greus que han esdevingut a l'última dècada:

Any	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total autolesions	136	161	86	82	98	164	177	192	221	308
Autolesió lleu/100 int.	1,00	1,08	0,54	0,53	0,59	0,93	0,88	0,94	1,09	1,61
Autolesió greu/100 int.	0,7	0,12	0,10	0,05	0,07	0,08	0,15	0,13	0,15	0,14

Taula 23: Nombre d'autolesions dels CP de Catalunya durant els anys 2003-2012.
Font: DESPIR (2013). Departament de Justícia.

VAGA DE FAM

Un altra situació a tenir en compte en el medi que ens ocupa és la vaga de fam. Es tracta d'un tipus de reivindicació habitual dels interns per obtenir els seus propòsits. García-Guerrero (2013) descriu la vaga de fam com:

[...] Es un método de lucha y presión que se ve con frecuencia en las cárceles y otros lugares de internamiento, donde es difícil que las reivindicaciones de los allí recluidos alcancen la resonancia que estos pretenden. Este es uno de los principales aspectos que caracterizan a este método de lucha: la necesidad de obtener resonancia social. Quizás el otro aspecto a destacar es que es un método esencialmente pacífico; la persona que inicia una huelga de hambre utiliza como única arma su salud y su vida. Caso de haberlo, él va a ser el único dañado en esta lucha. El huelguista compromete a la administración ante quién reclama poniendo en juego bienes tan preciados como la salud y vida propias, de cara a forzar un diálogo no logrado hasta ese momento, o al menos no logrado en el grado querido por el huelguista. Es un método de lucha eficaz porque la presión ejercida por el huelguista, coloca a la administración en el compromiso de ceder a la reivindicación de éste o ver como se amenazan progresivamente su salud y la vida. (pp. 8-9)

Aquest posicionament voluntari de l'intern/a requereix de que el professional sanitari estigui informat d'aquesta actitud, sense saber moltes vegades quin és l'objectiu de tal reivindicació, per tal de poder dur a terme els controls sanitaris i

proporcionar la informació pertinent al reclus/a. El *Consejo Internacional de Enfermería* (CIE) descriu a la declaració de posició de *La función de la enfermera en el cuidado a los prisioneros y detenidos* (2011): “*Los prisioneros y detenidos, con inclusión de los que estén en huelga de hambre tienen derecho a recibir una información clara y suficiente; a aceptar o rechazar el tratamiento o los procedimientos de diagnóstico; y a morir con dignidad y en paz.*” (p.1)

Habitualment, les vagues de fam no acostumen a donar riscos en la salut dels interns que les duen a terme, doncs no arriben a posicions finalistes (López Palacio, 2004; Anno i Spencer, 2006), ja que el temps de durada no sol superar els cinc dies, i es freqüent que en els controls d’infermeria es detectin fins i tot augments de pes (Àrea d’infermeria, 2006). La qüestió sorgeix quan aquestes vagues de fam arriben a una situació de risc que pugui posar en perill la salut i la pròpia vida de l’intern. Cada infermer/a ha de determinar un pla d’acció que sigui congruent amb els valors personals i professionals, amb la finalitat de conservar la integritat professional (Schoenly, 2013). En aquest moment s’han de considerar els aspectes deontològics i èticolegals de la situació.

El 1975, a l’Assemblea General de Tokio, l’Associació Mèdica Mundial es va pronunciar específicament en aquest tema, en el sentit de respectar la voluntat d’un pres competent a no ser alimentat. El vigent Codi Deontològic de l’Organización Médica Colegial Española (2011), a l’article dotze menciona expressament a les persones privades de llibertat com possibles realitzadores de vagues de fam i descriu:

4. Cuando el médico atienda a una persona en huelga de hambre, le informará sobre las consecuencias del rechazo a la alimentación, así como de su previsible evolución y pronóstico. Respetará la libertad de quienes decidan de forma consciente y libre realizar huelga de hambre, incluidas las personas privadas de libertad, pudiendo acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a contrariar esta libertad. (pp.14-15)

El nombre d’interns que varen estar en situació de vaga de fam durant els últims cinc anys a les presons catalanes va ser:

Any	2008	2009	2010	2011	2012
Total vagues de fam	347 (3.5%)	417 (4%)	394 (3.7%)	287 (2.7%)	298 (3%)
Nombre total de població reclusa	10051	10525	10520	10573	10062

Taula 24: Nombre de vagues de fam dels CP de Catalunya durant els anys 2008-2012.

Font: Elaboració pròpia a partir d'Àrea de Sanitat de la DGSPiR (2012).

Com es recull a la taula anterior, el nombre d'interns/es que realitzen a l'any vaga de fam no supera el 4% del total de la població penitenciària.

BODY PACKER I BODY STUFFER

El terme *body packer* s'utilitza per determinar a l'individu que transporta de forma programada substàncies il·lícites a l'interior del seu cos, en forma de boles o paquets embolicats en làtex, cinta aïllant, goma, cel·lofana o paper d'alumini. També se'ls anomena *higher angels*, mules o *muleros* (Traub et al., 2003, citat per Madrazo et al., 2007).

El terme *body stuffer* descriu a aquell individu que introdueix la droga de forma espontània en el seu organisme en el moment que se'l descobreix. Els *body packers* acostumen a dur més quantitat de droga protegida dins una actitud programada i els *body stuffers* tenen un major risc, doncs la seva conducta espontània fa que moltes vegades les substàncies estiguin sense protegir (Marco i Laliga, 2002; Martínez-Redondo et al., 2006).

El terme *body pusher* s'aplica a l'individu que amaga els paquets introduint-los a l'interior del seu cos a través dels orificis naturals: empassant-se'ls per la boca (*swallowers*) o introduint-los de forma manual per l'anus (*body pusher*) i, en el cas de les dones per la vagina (Madrazo et al., 2007; Estévez et al., 2013).

Qualsevol d'aquests tres tipus de situacions pot desencadenar en complicacions clíniques que posen en perill la vida del reclus/a.

Diversos estudis revelen que la radiografia d'abdomen simple té una sensibilitat del 76 al 90% per poder identificar i controlar els paquets de droga dins del cos del portador. En el control radiològic es poden donar falsos positius a causa de càlculs a la bufeta urinària, excrements impactats o calcificacions intraabdominals. També

poden donar-se falsos negatius a la radiografia d'abdomen a causa de la baixa densitat de la droga, el material d'embolcall (cel·lofana), la baixa qualitat tècnica i la inexperiència del lector (McCarron i Wood, 1983; Utecht et al. 1993; Afshar et al., 2002; Hergan et al., 2004, citats per Balali-Mood i Zare, 2005).

A la següent taula podem trobar les diferències entre la via d'introducció, tipus de conducta, nombre de paquets, protecció, complicacions i riscos entre l'individu *body packer* i *body stuffer*:

Variable	<i>Body-packer</i>	<i>Body-stuffer</i>
Via d'introducció	Oral, vaginal, rectal	Generalment oral
Tipus de conducta	Programada	Espontània
Nombre de paquets	De vegades nombrosos	Generalment escassos
Protecció	Alta	Sovint cap
Complicacions	Mecàniques (obstrucció). De vegades tòxiques	Sobretot tòxiques
Risc	Mig-alt	Molt alt

Taula 25: Característiques diferencials entre *body packer* versus *body stuffer*.
Font: Martínez-Redondo et al. (2004).

Ens podem trobar amb aquesta actitud de l'intern/a en el medi penitenciari, donat que l'individu de forma voluntària, ja sigui després d'un permís o per mitjà d'un familiar o conegut en una comunicació íntima⁹⁵, pot introduir i transportar la droga en el seu cos mitjançant aquest procediment.

Segons la nostra experiència, les substàncies il·lícites més comunes de transport en el medi penitenciari són l'heroïna, la cocaïna, el cànnabis i/o la medicació psicotròpica⁹⁶.

⁹⁵ Sobre la comunicació íntima el RD 190/1996, RP descriu: "1.Tots els establiments penitenciaris han de disposar de locals adequats especialment per a les visites familiars o de persones properes d'aquells interns que no gaudeixen de permisos ordinaris de sortida. [...] 3.Els familiars o coneguts propers que vagin a visitar els interns en les comunicacions previstes per aquest article no poden ser portadors de bosses o paquets, [...]" (Art. 45, p. 103)

⁹⁶ L'heroïna travessa la barrera sang-cervell molt ràpidament. És l'opioides més àmpliament abusa. A continuació, es descompon gairebé immediatament a monoacetilmorfina i la morfina, la qual es combina amb els receptors opioides per produir els efectes desitjats i no desitjats. Una de les propietats farmacològiques notables d'opioides, en particular l'heroïna, és la tolerància. La tolerància a l'heroïna és molt marcada: la dosi inicial per produir un efecte és d'uns pocs mil·ligrams, i deu

En relació a la medicació psicotròpica transportada, els efectes d'intoxicació o sobredosi que es podrien presentar podrien ésser: bradipsíquia, amnèsia, sedació intensa, depressió respiratòria i cardiovascular (Osés et al., 2003). Així doncs, davant la sospita de transport de qualsevol d'aquestes substàncies a l'interior del cos de l'intern/a, hem de prendre les mesures sanitàries preventives per detectar el més aviat possibles signes d'intoxicació o sobredosi.

Quan ens trobem a un/a intern/a portador/a de substàncies il·lícites dins el medi penitenciari comporta que estem davant d'un individu que per una banda incompleix el codi de reglament penitenciari establert i, per una altra banda, el risc de perill vital que implica l'absorció de substància tòxica pel trencament dels paquets que dur l'individu a l'interior del seu cos. Per aquest motiu, s'ha d'extremar la prevenció de riscos potencials de mort havent-hi una necessitat d'entendre l'enllaç entre la farmacologia de les drogues il·lícites i els seus possibles efectes clínics (Henry, 2005).

Des del moment que ens assabentem o ens informen de la possibilitat d'estar davant d'un individu portador potencial de substàncies tòxiques a l'interior del seu cos en un context com és el penitenciari, hem d'extremar els controls sanitaris per poder detectar qualsevol complicació clínica que pugui esdevenir risc vital per

*mil·ligrams d'heroïna pura pot ser fatal per injecció intravenosa. Tanmateix, l'usuari mitjà que busca l'ajuda està consumint al voltant de 750 mil·ligrams d'heroïna al carrer al dia. Una sobredosi pot passar per tres causes principals. La dosi inicial pot ser massa, el subministrament pot ser de major puresa que de costum (encara que això no sigui un problema per a l'usuari tolerant), i la tolerància es pot perdre després d'uns dies d'abstinència. Quan això succeeix, la dosi que va ser presa regularment només uns dies abans, ara es converteix en potencialment letal. La naloxona actua com un antagonista dels receptors opioïdes, la inversió dels efectes tòxics dels opioïdes. La **cocaïna** els seus efectes són principalment a causa de dos propietats farmacològiques relacionades. La primera és que bloqueja la recaptació de la dopamina, que fa que una eufòria elevada, però que també pot donar lloc a confusió, agressió, al·lucinacions, i possiblement convulsions. La recaptació de la serotonina també s'inhibeix. La segona principal propietat és que bloqueja la recaptació de noradrenalina, la qual cosa provoca efectes vasculars marcats, causant una hipertensió arterial i possiblement mal de pit. Grans quantitats de cocaïna també poden causar hipotensió a causa del bloqueig dels canals de sodi. Apareix l'etilè de cocaïna (metabòlit acetat de cocaïna) produït al fetge quan l'alcohol és present. No hi ha un antídote per la intoxicació per cocaïna, i els principals tractaments mèdics inclouen oxigen, diazepam per reduir l'activitat del sistema nerviós central i perifèric i la pressió arterial i els nitrats per alleugerir l'espasme coronari, a més controlar la pressió arterial, i l'aspirina per al pacient amb dolor toràcic. El **cànnabis** és anomenat químicament tetrahidrocannabinol. L'ingredient actiu es combina amb els receptors en el cervell i la perifèria causant efectes mentals juntament amb la vasodilatació i taquicàrdia. Els efectes duren unes poques hores, però la droga pot persistir en els teixits per un llarg temps. La sobredosi aguda és poc probable que sigui fatal, però un ús intensiu sembla acumulatiu i pot conduir a l'agitació, al·lucinacions i comportament paranoic. Traducció pròpia.*

l'individu, doncs els recursos sanitaris com la gran cirurgia per realitzar una laparotomia en situacions d'intoxicació adrenèrgica, hemorràgia digestiva alta, perforació abdominal o peritonitis, convulsions i/o hipertensió resistents al tractament mèdic i oclusió intestinal resistent al maneig conservador (Pidoto et al., 2002; Das i Ali, 2003; Megarbane et al., 2004; Silverberg et al., 2006, citats per Madrazo et al., 2007) no es disposen en els centres penitenciaris.

La cocaïna provoca efectes euforitzants i dinamitzadors, atenuant la sensació de fatiga, gana i son, permetent augmentar, en alguns casos, el rendiment físic i intel·lectual. En el cas de sobredosi, els principals òrgans diana són el sistema nerviós central (SNC) i l'aparell cardiovascular. Els símptomes neurològics derivats de la intoxicació són: ansietat, agitació, crisi de pànic, sensació de mort imminent, psicosi amb trets paranoïdes i/o conducta violenta i inapropiada. També poden presentar crisi convulsiva, status convulsiu, parèsia motora, afàsia, pèrdua de consciència o coma. Aquestes manifestacions poden desencadenar en una accident vascular cerebral isquèmic (per vasoespasme, per vasculitis o per arteriosclerosi accelerada) o hemorràgic (a través del mecanisme hipertensiu). Les manifestacions cardiovasculars són també freqüents, presentant-se en forma de palpitations, arítmies supraventriculars o ventriculars, síndrome coronària aguda, hipertensió arterial o shock cardiogènic (Nogué, 2008).

La sobredosi d'heroïna es caracteritza per una triada de signes presents en el 95% dels casos: miosi puntiforme, depressió respiratòria i disminució del nivell de consciència. Encara que la miosis puntiforme és molt habitual, les pupil·les poden estar dilatades per hipòxia extrema i/o per la presència d'altres substàncies tòxiques. La depressió respiratòria es manifesta amb la disminució de l'amplitud i, sobretot, de la freqüència, existint una disminució en la resposta del centre respiratori a la hipercàpnia, l'acidosi i la hipoxèmia desencadenant en la insuficiència respiratòria, potenciada en ocasions per una broncoaspiració o un edema agut de pulmó no cardiogènic (Antolín, 2008).

La sobredosi per cannabinoides es manifesta pels seus efectes psicoactius. Es pot presentar ansietat o una crisi de pànic, especialment en individus no habituats al seu consum. Són possibles signes i símptomes cardiovasculars (taquicàrdia, hipotensió ortostàtica, augment de la despesa cardíaca, extrasístoles ventriculars i alteracions inespecífiques de l'ST), oculars (hiperèmia conjuntival, discreta midriasi i reflex fotomotor disminuït) i neurovegetatives (sequedat de boca i mucoses, hipotèrmia, augment de la gana, atàxia i pal·lidesa) (Claramonte, 2008).

Aquests signes i símptomes inicials d'intoxicació en la primera assistència, la freqüència cardíaca i el número de deposicions netes consecutives són variables que s'associen amb la indicació d'una cirurgia d'urgència (Estévez et al., 2013).

L'infermer/a ha de ser coneixedor d'aquests quadres clínics per tal de poder donar assistència urgent en el medi penitenciari amb l'objectiu d'evitar complicacions vitals en aquests individus. El punt on l'actuació d'infermeria és rellevant és en el triatge de la simptomatologia específica de l'intoxicat, que defineix un temps de primera resposta d'atenció mèdica estandarditzat òptim i un espai assistencial adequat per al pacient. S'ha d'insistir en el registre de les constants vitals completes (freqüència cardíaca, tensió arterial, freqüència respiratòria i temperatura axil·lar) i contemplar la complementació dels registres bàsics, com l'hora de realització d'una tècnica de descontaminació (Barco et al., 2011).

MOTINS I ALDARULLS

Una altra tipus de situació límit que poden esdevenir en els centres penitenciaris són els aldarulls i els motins.

L'aldarull es caracteritza per ser una situació de violència efímera, no organitzada d'un grup de persones, en aquest cas de reclusos, sense un fi concret. Es produeix després d'un esdeveniment que inclou un grup suficient de gent, que implica baralles i destrucció d'objectes.

El motí, normalment, és pensat i organitzat per un grup de persones (reclusos), que aprofita i planifica una situació especial per tal d'aconseguir un fi (millores, figures, etc.), implicant igualment baralles i destrucció d'objectes.

La probabilitat de que es produeixin aldarulls o motins és baixa, però l'impacte és molt alt per les conseqüències que poden succeir com: el risc físic de les persones i destrossa de béns materials. Segons Tedesco (2012) els motins adquireixen una visibilitat i violència extrema per tal d'aconseguir solucions ràpides per a tots els implicats. Quan més gran sigui el grup de reclusos i el desig de ser escoltats en les seves demandes, major serà el grau de violència utilitzada.

Cada situació és diferent i té les seves característiques: inestabilitat del comportament, localització de l'aldarull o motí, nombre i identitat dels interns i grau de vulnerabilitat de la zona.

La finalitat principal davant d'aquest tipus d'incidents és reconduir la situació i retornar la normalitat de la vida del centre penitenciari. Per aconseguir aquest propòsit és necessària la transmissió de calma i tranquil·litat als interns i professionals; aïllar la situació i els elements causants; evitar que el conflicte no s'estengui; analitzar i fer el seguiment fins a la resolució del problema; així com, valorar estratègies perquè la situació no degeneri en fuga o segrest.

La primera actuació davant d'aquests fets és la creació d'un equip de comandament al centre que actuï i prengui decisions. Aquest equip estarà format pels comandaments del centre, entre d'ells el/la coordinador/a sanitari/a⁹⁷. Si la situació ho requereix, també es podrà crear un comitè de risc format pels alts càrrecs dels serveis centrals, responsable de policia i director del centre o comandament d'incidències, els quals coordinaran les actuacions del personal penitencari i les forces públiques.

Les actuacions sanitàries dependran de si queda afectada només una zona del centre o si està afectat tot el centre.

En el cas que estigui afectada una zona del centre i es puguin utilitzar els serveis sanitaris de l'establiment, es muntaran els dispositius a la sala d'urgències. Es formaran diferents equips de metge/ssa i infermer/a per donar atenció als ferits (reclusos i personal de seguretat) i un coordinador d'equips. A més, s'obrirà un canal de comunicació amb l'hospital de referència del centre penitenciari i els serveis d'emergències mèdiques (SEM), per coordinar les sortides urgents i vitals. Per altra banda, el personal d'infermeria continuarà amb la rutina diària de les activitats prioritàries, com és el repartiment de la medicació, per tal d'evitar aldarulls i mantenir la normalitat de la resta del centre.

En el cas que quedi afectat tot el centre, es muntarà un dispositiu en un lloc segur, el més a prop possible del centre penitenciari. Aquest dispositiu es dotarà amb el material d'urgències dels centres penitenciaris més propers. Es formaran diferents equips de metge/ssa i infermer/a per donar atenció als ferits (reclusos i personal

⁹⁷ *Els serveis sanitaris dels centres penitenciaris s'organitzen sota la direcció d'un/a coordinador/a de l'àrea sanitària, que serà el/la responsable d'organitzar, dirigir i supervisar totes les actuacions generals i de l'activitat diària dels/de les professionals sanitaris/es de l'establiment.* (ROFSEPC, p. 80).

de seguretat) i un coordinador d'equips. A més, s'obrirà un canal de comunicació amb l'hospital de referència per informar-los de qualsevol sortida i la participació del SEM per les sortides urgents o vitals.

Un cop restablert l'ordre i la normalitat al centre, es realitzarà un seguiment sanitari als reclusos ferits durant l'aldarull o motí, ja sigui al departament d'infermeria del centre, hospital de referència o Unitat Hospitalària Penitenciària de Terrassa (UHPT) (DGSP, 2012b).

Totes les atencions descrites en l'apartat de situacions límit són assistències urgents d'atenció obligatòria les quals l'intern/a pot negar-se a rebre assistència sanitària. Únicament queden excloses les negatives a rebre assistència urgent en el medi penitenciari les que queden descrites al RD 190/1996, del Reglament Penitenciari on redacta l'actuació sanitària davant l'Assistència obligatòria en casos d'urgència vital:

1. El tractament medicosanitari s'ha de dur a terme sempre amb el consentiment informat de l'intern. Només quan hi hagi perill imminent per a la seva vida es pot imposar un tractament contra la voluntat de l'interessat, i la intervenció mèdica ha de ser l'estrictament necessària per intentar salvar la vida del pacient i sens perjudici de sol·licitar l'autorització judicial corresponent quan sigui necessari. D'aquestes actuacions, se n'ha d'informar l'autoritat judicial.

2. La intervenció medicosanitària també es pot dur a terme sense el consentiment del pacient quan no fer-ho comporti un perill evident per a la salut o la vida de terceres persones. D'aquestes situacions, se n'ha d'informar a la autoritat judicial.

3. Quan per criteri facultatiu es necessiti ingressar l'intern en un centre hospitalari i no es tingui l'autorització del pacient, l'Administració penitenciària ha de sol·licitar a l'autoritat judicial competent l'autorització de l'ingrés de detinguts, presos o penats en un centre hospitalari, excepte en cas d'urgència, en què la comunicació a l'autoritat esmentada s'ha de fer posteriorment de manera immediata. (Art. 210, p. 172)

Els infermers de presons donat que són els professionals que desenvolupen també un rol col·laboratiu amb el metge requereix tenir la coneixença d'aquesta situació legal per tal de donar resposta èticosanitària a l'intern/a-pacient davant aquestes situacions dins el medi.

2.2.3 Models i Teories d'Infermeria: Una Proposta de Model Conceptual per les Cures Infermeres Penitenciàries: Imonege King

Al llarg de la història la teorització infermera ha orientat la tasca professional infermera a l'hora d'escollir el pensament des del qual es basa per justificar i guiar el seu desenvolupament disciplinar. Ha estat una continua aportació al coneixement infermer de les teories i models conceptuals, així Poletti (1980) va definir el model com: *“Un modelo puede representar las características de una disciplina y dar una cierta dirección a un conjunto de leyes que se seleccionan para formar un sistema teórico”* (p.14) i la teoria com: *“La teoría es un principio general, de valor científico, que gobierna la práctica o que se propone para explicar los hechos observados”* (p.14).

Els models conceptuals i les teories poden descriure, orientar, guiar, explicar o predir la pràctica infermera, essent el model un conjunt de conceptes i proposicions generals més abstractes (Wesley, 1997; Luis et al. , 1998; Bordage, 2009) i les teories com els coneixements que s'utilitzen per recolzar o dirigir la pràctica professional (Wesley, 1997; Smith Ruiz i Lierh, 2008).

Els models conceptuals presenten visions de fenòmens del món, però representen només una aproximació o simplificació d'aquells conceptes considerats rellevants per a la comprensió de l'esdeveniment. Són representacions de la realitat de la pràctica i representen els factors implicats i la relació que hi ha entre ells. Es converteixen en un instrument que permanentment recorda a diferents aspectes del cuidar infermer i la relació entre els factors físics, psicològics que s'han de contemplar al dispensar aquestes cures (Alligood i Tomey, 2011).

Aquests models ofereixen una visió global dels paràmetres generals de la infermeria que inclouen idees sobre: la naturalesa i el rol del pacient i de l'infermer/a; sobre l'entorn o cultura a on es desenvolupa la infermeria; sobre l'objecte o funció de la infermeria; i quina és la cura de la salut i sobre les accions o intervencions d'infermeria.

Tots aquests conceptes es poden caracteritzar de la següent forma (Wesley, 1997):

- ▲ La persona entesa com individu, família o comunitat; com ésser físic, espiritual, psicològic i sociocultural que rep les cures.

- ▲ Salut, grau de benestar o malaltia que percep la persona.
- ▲ L'entorn en el que existeix la persona. Es refereix a les condicions internes i externes, circumstàncies i influències que afecten a la persona.
- ▲ Infermeria són les activitats, característiques i atributs de l'individu que proporciona les cures.

Les diferents autores teòriques justifiquen els seus plantejaments des de diferents visions fonamentals:

Any	Autora	Teoria o model conceptual	Característiques principals
1860	Nightingale, F.	Teoria de l'Entorn	Es centra en la infermeria i la relació amb l'entorn del pacient.
1952	Peplau, H.F	Model de les relacions interpersonals	Teoria de la infermeria psicodinàmica.
1955	Henderson, V.	Definició d'Infermeria	Els pacients necessiten ajuda per assolir la independència. Es varen identificar 14 necessitats humanes bàsiques.
1960	Abedellach, F.G	Teoria de tipologia dels problemes d'infermeria	Els problemes dels pacients determinen les cures dels pacients.
1964	Wiedenbach, E.	Art de cuidar de la infermera clínica	Procés d'ajuda que respon a les necessitats a través de l'art de la individualització de l'atenció.
1966	Levine, M.E	El model de la conservació	Està basada en les teories de l'adaptació. Es basa en principis de conservació de l'energia, la integritat estructural, la personal i la social.
1970	Rogers, M. E	Model de processos vitals	Ciència dels estats unitaris dels éssers humans.
1971	Orem, D. E.	Teoria General d'Infermeria	La cura personal manté la integritat. Tres teories: Teoria de l'autocura, Teoria del dèficit de l'autocura i Teoria dels Sistemes d'Infermeria.
1971	Imonege, K.	La teoria de consecució d'objectius/metes	La base conceptual de la infermeria són els sistemes socials, la salut, la percepció i les relacions interpersonals.
1976	Callista, R.	Model d'adaptació	L'individu és un sistema bio-psico-adaptatiu en un entorn. .../...

Any	Autora	Teoria o model conceptual	Característiques principals
1978	Leininger, M.	Teories de la diversitat i la universalitat de les cures culturals	Infermeria transcultural. Conceptes més importants inclouen l'atenció, la cura, la cultura, els valors culturals i les diferències culturals.
1979	Watson, J.	Teoria de la cura humana	La ciència del cuidar. Infermeria com ciència humana i cura humana.
1984	Benner, P.	Model d'aprenent a expert	Descríu sistemàticament les cinc etapes de l'adquisició d'habilitats a la pràctica d'infermeria: principiant, principiant avançat, competent, hàbil-capacitat i expert.
1985	Meleis, A.	Model de transicions	Es basa en la influència i les suplències dels rols.
1992	Kolcaba, K.	Teoria de la comoditat, del confort	Es basa en que la comoditat és el resultat integral de l'atenció desitjable. Les necessitats de l'atenció clínica són les necessitats de confort, que sorgeixen de situacions estressants de salut que poden ser cobertes pel sistema dels receptors.
2000	Swanson, KM.	Teoria de les cures	Proposa cinc seqüències bàsiques que fan evident el cuidar infermer: conèixer, estar amb, fer per a, permetre, mantenir la creença.

Taula 26: Relació de teories i models d'infermeria.
Font: Elaboració pròpia a partir d'Alligood i Tomey (2011).

Qualsevol que sigui la necessitat de salut-malaltia individual i/o grupal del reclus/a, l'infermer/a de presons ha de donar resposta als problemes de salut des del marc sanitari i èticolegal. Les implicacions de la cura entre l'infermer/a i l'intern-pacient crea un desafiament per a la pràctica, doncs l'infermer/a estableix una relació terapèutica amb individus que han comés delictes i alguns són de naturalesa violenta (Schoenly i Knox, 2013). Segons Flanagan i Flanagan (2001) defineixen als reclusos com individus difícils, manipuladors, agressius i demandants. Així doncs, els infermers/es de presons desenvolupen la seva tasca entre l'atenció terapèutica i el manteniment d'un ambient segur (Weiskopf, 2005).

El model conceptual dins el medi penitenciari podria estar relacionat amb la idea d'Imonege King (1971, citat per Alligood i Tomey, 2011), doncs la seva visió del procés d'infermeria es basa en els processos interpersonals, fonamentant la seva teoria en la teoria general dels sistemes, les ciències de la conducta i el raonament inductiu i deductiu.

King considera la malaltia com una interferència a la continuïtat del cicle vital. Implica continua adaptació a l'estrès en els ambients interns i externs, utilitzant els mitjans personals per aconseguir una vida quotidiana òptima.

Els metaparadigmes d'Imonege King (Alligood i Tomey, 2011) són:

- ▲ Persona: ser social, emocional racional, que percep, controla, amb propòsits, orientat cap a una acció i en el temps. Correcte autoconeixement, i participa en les decisions que afecten a la seva vida i la seva salut i accepta o rebutja les cures destinades a la seva salut. Té tres necessitats de salut fonamentals: informació sanitària útil i oportuna; cures per prevenir malalties; i ajuda quan les demandes d'autocura no poden ser satisfetes.

Contempla a la persona com un sistema obert, integrat per tres subsistemes :

- Sistema personal: com una unitat total, com un jo individual. Per a la comprensió d'aquest sistema defineix els conceptes de percepció i autoconeixement, creixement i desenvolupament personal, autoconcepte i autoimatge, espai i temps.
- Sistema interpersonal: format per dos o més persones que interactuen en una situació determinada. Per a la comprensió d'aquest sistema defineix els conceptes d'interacció, comunicació, transacció, rol i estrès, com els aspectes principals que influeixen en les relacions interpersonals.
- Sistema social: és el que proporciona les estructures per a la interacció social, definint les normes de comportament i mètodes d'acció. Els conceptes d'organització, poder, autoritat, status i presa de decisions defineixen les característiques importants d'aquest sistema. En aquests es contemplen les creences, els valors, actituds i costums que es transmeten culturalment a través de sistemes com la família o l'escola.

- ▲ Salut: la descriu com un cicle dinàmic vital. La malaltia la considera com una interferència en la continuïtat del cicle de la vida. Implica contínues adaptacions a l'estrès en els ambients interns i externs, utilitzant els medis personals per aconseguir una vida quotidiana òptima. És entesa, com la capacitat per funcionar en els rols socials.
- ▲ L'entorn: utilitza els termes d'ambient intern i ambient extern, en el seu enfoc dels sistemes oberts. Pot interpretar-se des de la teoria general dels sistemes, com un sistema obert amb límits permeables que permeten l'intercanvi de matèria, energia i informació.
- ▲ Infermeria: és considerada com un procés interpersonal d'acció, reacció, interacció i transacció. L'objectiu de la infermeria és ajudar a les persones a mantenir la seva salut per que puguin desenvolupar els seus rols. Promou, manté i restaura la salut i cuida de la malaltia, lesió o a un client moribund. Les percepcions d'una infermera i d'un pacient també influeixen en el procés interpersonal.

Anima a l'infermer/a i al client a compartir informació sobre les seves percepcions (si les percepcions són encertades, s'assoliran els objectius, el creixement i el desenvolupament, així com els resultats de les cures d'infermeria efectives; a més, es produirà una transacció, si l'infermer/a i el client perceben expectatives de rol congruents, mentre que es produirà estrès si resulta un rol conflictiu).

Utilitza un enfocament orientat cap un objectiu, en el que els individus interactuen dins del sistema social. L'infermer/a aporta coneixements i habilitats específiques pel procés d'infermeria i el client aporta el seu autoconeixement i les seves percepcions. Treballar la presonització (Clemmer, 1940; Pinatel, 1969; Goffman, 1970; Pérez i Redondo, 1991) la qual es caracteritza per l'assimilació per part dels interns d'hàbits, usos i cultura de la presó i una disminució del repertori de la conducta humana, com a resultat d'una permanència perllongada en una institució total. I per una altra banda, i no menys important, que el tipus de funcionament que apareix a l'organització formal entre els presos denominada subcultura carcerària (Clemmer, 1940; Sykes, 1958; Gibbens, 1963; Caballero, 1982), com codi o normes de conductes sorgit des dels propis interns com a garantia estructural de resistència permanent contra la institució total, no sigui un impediment per promoure, mantenir i restaurar la salut i cuidar de la malaltia. L'individu que es troba privat de llibertat experimenta l'entrada a presó com un important esforç

d'adaptació per superar unes condicions ambientals i individuals que poden resultar adverses pel seu procés de salut-malaltia (Arroyo i Ortega, 2009).

A més, s'ha de contemplar les necessitats de determinats clients de nacionalitats i races diverses, que han canviat l'ambient a causa de la seva immigració, el qual ha d'aprendre el nostre idioma, conèixer les nostres institucions, acceptar els nostres costums, sense que nosaltres modifiquem el nostre programa (Escola de Chicago, 1922, citat per Miranda, 2009).

3. LA FORMACIÓ INFERMERA I EL CONTEXT PENITENCIARI: COMPETÈNCIES I PLANS D'ESTUDIS

Els infermers de centres penitenciaris han de poder comptar amb un perfil específic que integri els coneixements, habilitats i actituds adequades a la població susceptible d'aquestes cures. Per aquest motiu en aquest capítol hem cregut necessari, d'una banda revisar el terme competència des de les seves arrels així com las competències pròpies de la professió infermera i les competències dels infermers de presons, i per l'altra els canvis produïts aquets últims anys en el món educatiu, i per tant els que afecten als estudis d'infermeria i concretament a la infermeria penitenciària.

3.1 La Competència

3.1.1 Etimologia del Terme Competència

El terme competència s'ha caracteritzat per una falta d'acord conceptual entre diferents autors. Definir el concepte de competència no és fàcil ja que es tracta d'un concepte polisèmic que adquireix matisos diferents segons a l'àmbit on s'utilitzi. Per poder comprendre millor aquest terme començarem des de els seus orígens.

El concepte competència te les seves arrels etimològiques en el verb llatí *competere* que significa buscar, és a dir, quan una cosa va a la cerca de l'altra (Corominas, 1987). D'aquest verb es deriven el substantiu *competentia* i l'adjectiu *competents-entis* que vol dir que una persona és apta o adequada per un càrrec o funció. Del mateix verb llatí se'n deriva també el mot competir. A partir del segle XV competir s'utilitza amb el significat de pugnar amb, rivalitzar amb, contendre amb, significat de que dona lloc als substantius competició, competència, competidor, competitivitat (Corominas, 1987; Corripio, 1984).

Etimològicament, s'assenyalen tres significats: competència com a rivalitat, competència com incumbència i competència com aptitud o idoneïtat. No obstant, a la pràctica, l'ús que se'n fa del terme és molt variat i adquireix matisos diferents segons s'utilitzi en un àmbit o en un altre (polític, jurídic, comercial, laboral, ...), o

també segons s'utilitzi en un idioma o en un altre. D'aquí que gairebé sempre vagi acompanyat d'adjectius clarificadors com competència professional o competència laboral (Chaves, 2007).

Rychen i Salganik (2001) descriuen la dificultat per sistematitzar les maneres en que s'utilitza el terme i els corrents en els que se'ls interpreta:

Los términos competen, en francés y Kompetenz en alemán, pueden pasar al inglés en dos palabras: competence y competency. La revisión de su uso en la literatura no proporciona ninguna norma para seguir, y los diccionarios tampoco aclaran en que difieren estas palabras en inglés. No obstante, los editores de este volumen consideraron que existen tinte y connotaciones asociados con cada uno de estos términos que resultan de utilidad al abordar este tema. Por tanto, usan competence para referirse al concepto (es decir, al modelo de competencia-desempeño) y a su teorización, así como al nivel de cierta habilidad o competencia (esto es, la competencia de una persona para leer, o para las matemáticas). Usan competency para referirse a una exigencia particular que una persona puede no tener (es decir, la competency para unirse a un grupo y funcionar como parte de él) (p.25).

Lévy-Leboyer (1987) ja distingia diferents significats del terme com a substantiu derivat del verb *competere* :

- ▲ Competència com a capacitat: que fa referència al grau de preparació per exercir una ocupació des del punt de vista dels aprenentatges.
- ▲ Competència com a qualificació: que informa de les qualitats necessàries per ocupar un lloc de treball, qualitats que solen venir avalades quan s'està en possessió d'una determinada titulació o formació.
- ▲ Competència com a suficiència: que assegura l'existència d'uns mínims per exercir una professió o categoria professional.

Cal tenir en compte que el significat del substantiu també pot variar depenent si s'utilitza en singular o en plural (Zarifian, 1999). Aquest autor assigna al singular un matís enfocat a la responsabilitat del treballador en front la seva situació productiva, mentre que el plural es refereix a l'adquisició d'eines per a la realització del treball mitjançant l'aprenentatge.

L'ús del concepte competència en plural implica que les arrels semàntiques del singular quedin difuses per l'abundància que existeix de significats. El terme competència, en plural, ressalta el caràcter professional, i és aquí on el substantiu sol anar acompanyat d'algun adjectiu per tal de clarificar el seu significat. L'expressió competències professionals permet obtenir una major concreció. No obstant, el grau de concreció és una apreciació relativa, ja que les competències professionals actualment formen part de la terminologia habitual en els entorns acadèmics, laborals i polítics (Chaves, 2007).

Glik i Pallarés (1997) afirmen que les diferents interpretacions del significat de la paraula competències oscil·len des de les aptituds bàsiques necessàries per desenvolupar-se en un determinat lloc de treball, fins als comportaments característics que distingeixen als professionals amb rendiments excel·lents. De fet, alguns autors defineixen les competències relacionant-les amb habilitats, qualificacions, destreses, capacitats, actituds, aptituds i les combinacions de dos o més d'aquests conceptes (Levy-Leboyer, 1997; Stephenson i Yorke, 1998; Tobón, 2004; García-San Pedro, 2007; Tejada, 2007).

3.1.2 Conceptes Afins

Així doncs, cal diferenciar el concepte de competència d'altres conceptes similars que si bé tenen relació, no són equivalents. Tal és el cas de les aptituds i els trets de personalitat (Fernández-Salineró, 2006). Aquests últims permeten caracteritzar als individus i explicar la variació dels seus comportaments amb l'execució de les tasques específiques, mentre que les competències, afecten a la posada en pràctica d'aptituds, trets de personalitat i també coneixements per tal de dur a terme una tasca complexa amb un context determinat i amb l'esperit d'una estratègia i cultura identificades (Lévy-Leboyer, 1997). Per tant, no es pot dir que les competències no estiguin relacionades amb les aptituds i els trets de personalitat ja que constitueixen una categoria específica de característiques individuals estretament lligades als valors i als coneixements adquirits. A més, tenen un caràcter local ja que depenen del marc de referència en el que són elaborades, apreses o desenvolupades, i en conseqüència utilitzades (Fernández-Salineró, 2006).

Termes afins que a la pràctica s'utilitzen com a sinònims sense ser-ho i que no s'han de confondre, segons Tobón (2004):

- ▲ Qualificacions professionals, terme que s'ha utilitzat per referir-se a la capacitat general d'exercir tot un conjunt de tasques i activitats relacionades amb un ofici i recolzades en una certificació acreditativa. Les competències a diferència de les qualificacions emfatitzen el seu acompliment en processos personals i professionals específics, on el central és l'adaptació al canvi i la flexibilitat amb l'acompliment d'activitats. Les qualificacions professionals serien per tant un element previ a la definició de competències.
- ▲ Capacitats, són condicions cognitives, afectives i psicomotrius fonamentals per aprendre, i denoten la dedicació a una tasca. són el desenvolupament de les aptituds. Les competències, en aquest sentit, tenen com un dels seus components les capacitats amb la finalitat de dur a terme una activitat.
- ▲ Destreses, són mediadores entre les capacitats i les habilitats i la seva adquisició suposa el domini, tant de la percepció en front als estímuls com de la creació eficaç per executar la tasca. L'eficàcia i la flexibilitat són qualitats que la defineixen. Les competències tenen les destreses com a bases per a l'actuació, però difereixen d'aquestes en que integren el coneixement, els procediments i les actituds en la cerca d'objectius a curt i llarg termini.
- ▲ Habilitats, consisteix en qualitats que permeten realitzar tasques i activitats amb eficàcia i eficiència. Les competències cerquen també l'eficiència i l'eficàcia, però a més integren la comprensió de la situació, consciència crítica, esperit de repte, responsabilitat per les accions i desenvolupament basat en indicadors de qualitat.
- ▲ Actituds, són disposicions afectives per a l'acció i constitueixen el motor que impulsa el comportament dels éssers humans. Indueixen, igualment, a la presa de decisions i al desplegament d'un determinat tipus de comportament d'acord amb les circumstàncies del moment. A tal fi, les competències es componen de quatre sabers: saber conèixer, saber fer, saber estar i saber ser. El saber ser, al mateix temps, està integrat per valors, estratègies psicoafectives i actituds. Per tant, les competències són un procés d'actuació ampli, i les actituds un dels seus components.

A partir de les idees, es poden conceptualitzar les competències com estructures complexes de processos que les persones activen per a la resolució de problemes i la realització d'activitats de la vida diària i del context laboral-professional, orientat a la construcció i transformació de la realitat.

Les competències integren el saber conèixer (observar, analitzar, comprendre i explicar), el saber fer (desenvolupament basat en procediments i estratègies), el saber estar (participació i treball col·laborador) y el saber ser (automotivació, iniciativa, lideratge i creativitat), tenint en compte els requeriments específics de l'entorn, les necessitats personals i les condicions d'incertesa, amb autonomia intel·lectual i consciència crítica, assumint les conseqüències dels seus actes i cercant el benestar humà. Les competències, en definitiva, estan constituïdes per processos cognitius-afectius així com per processos públics i demostrables que permetin elaborar quelcom de si per els demés en rugositat (Gallego,1999, citat per Fernández-Saliner, 2006).

3.1.3 Classificació de les Competències

Segons algunes definicions de diferents autors, particularment d'aquells que mantenen una perspectiva centrada en el lloc de treball, les competències resulten de l'experiència professional, observables objectivament a partir del lloc de treball i validades per l'actuació professional. És des d'aquest moment quan es pot incorporar el concepte de competència professional des de la perspectiva dels estàndards competencials, és a dir, la competència personal a partir de la posada en pràctica d'una determinada feina o professió (Chaves, 2007).

Flanagan (1954) va descriure el mètode dels incidents crítics per detectar les persones més competents en cadascun dels diferents grups professionals d'una organització concreta. Actualment, aquest mètode es segueix utilitzant com a tècnica en processos d'identificació, descripció i valoració de llocs de treball. A més, ens ajuda diferenciar entre les competències essencials, necessàries per aconseguir una actuació adequada als nivells mínims exigits, i les competències diferenciadores, que permeten discriminar positivament l'individu que demostra una actuació superior a les persones que no les tenen.

Si ens plantejem quines competències ha de tenir una determinada persona per exercir una professió de forma competent, resulta necessari guiar-se pels

estàndards preestablerts per aquella professió, ja que es redueix la complexitat de referir-se a un elevat nombre de capacitats difícils de valorar.

Quan es vol estudiar un nivell o categoria professional determinat resulta necessari establir una graduació quantitativa i/o qualitativa d'aquestes competències. No és el mateix el grau d'exigència competencial en un lloc tècnic, que en un lloc de gestió o de direcció en el mateix àmbit professional. És evident que les persones integren diferents aspectes cognitius i conductuals de forma global a l'hora d'actuar, no obstant, a l'hora de valorar la competència d'una persona cal analitzar i identificar quins aspectes són els que el fan ser competent o no (Chaves, 2007).

Prahalad i Hamel en la dècada dels noranta van introduir el terme de competències clau per distingir les capacitats fonamentals que necessita una persona a l'hora de realitzar un treball. Aquesta expressió també s'utilitza per destacar els atributs que tenen algunes organitzacions respecte a d'altres.

Bunk (1994) defineix quatre tipus de competències:

- ✦ Competència tècnica: és el domini expert desplegat en forma de coneixements i destreses per a les tasques i continguts de l'àmbit de treball.
- ✦ Competència metodològica: consisteix en aplicar el procediment adequat a les tasques encarregades i a les irregularitats que es presentin, trobar solucions i transferir experiències a les noves situacions de treball.
- ✦ Competència social: consisteix a col·laborar amb altres persones en forma comunicativa i constructiva, mostrar un comportament orientat al grup i a l'enteniment amb altres persones.
- ✦ Competència participativa: fa referència al grau d'implicació amb l'organització i amb l'entorn laboral, a la capacitat d'organitzar, de decidir i d'acceptar responsabilitats.

Mertens (1997) defineix tres tipus de competències:

- ▲ Competències genèriques, relacionades amb els coneixements i actituds laborals propis de diferents àmbits de producció.
- ▲ Competències específiques, relacionades amb aspectes tècnics que tenen a veure directament amb una ocupació concreta i que no són fàcilment transferibles.
- ▲ Competències bàsiques, adquirides en la formació bàsica i que permeten l'ingrés al món laboral.

Le Boterf (2000), va fer un plantejament sobre les competències i va elaborar un sistema de classificació:

- ▲ Competències tècniques, inclouen qualificacions tècniques i funcionals específiques de la professió. Dins d'aquestes competències hi ha:
 - Els sabers (**SABER**), que són el conjunt de coneixements generals o especialitzats, ja siguin teòrics, científics o tècnics.
 - Les tècniques (**SABER FER**), que és el domini de mètodes i tècniques en continguts específics.
- ▲ Competències socials, inclouen les motivacions, els valors i la capacitat de relació en un context social i organitzatiu. En aquestes competències hi ha:
 - Capacitat d'aprenentatge (**SABER APRENDRE**), que són les aptituds d'aprenentatge i formació.
 - Les relacions i la comunicació (**SABER ESTAR I SABER FER**), que són les aptituds socials i de comunicació.

Projecte Tuning (2002) ha estat una base important en la reforma curricular universitària en la convergència europea per a l'educació superior. Des d'aquest projecte les competències són concebudes com una combinació d'atributs que de manera conjunta permeten a la persona una actuació competent. En aquest context, una competència o conjunt de competències significa que una persona

posa la seva capacitat o habilitat per realitzar una tasca i que aquesta pugui ser avaluada.

Aquest projecte classifica les competències en genèriques o transversals, i específiques.

- ▲ Les competències genèriques o transversals, comprenen habilitats i capacitats tant de tipus cognitiu com motivacionals i es manifesten a traves de competències instrumentals, interpersonals i sistèmiques:
 - Competències instrumentals, són les relacionades amb la capacitat de conèixer, d'entendre i operar amb idees i pensaments. Dins d'aquest grup es troben les competències de capacitats metodològiques, relacionades amb l'aplicació dels coneixements adquirits, l'organització del temps, les estratègies d'aprenentatge i les capacitats de comunicació.
 - Competències interpersonals, estan relacionades amb la facilitació dels processos d'interacció social i de cooperació. Són capacitats individuals relatives a l'expressió dels propis sentiments, a les habilitats crítiques i d'autocrítica; són destreses socials relacionades amb les habilitats interpersonals; és la capacitat de treballar en equip o l'expressió d'un compromís social o ètic.
 - Competències sistèmiques, són destreses o habilitats que fan referència als sistemes com a totalitat i per tant inclouen la capacitat de planificar els canvis de forma que es puguin fer millores en els sistemes. Requereixen l'adquisició dels altres dos grups de competències
- ▲ Les competències específiques, relacionades amb una mateixa àrea temàtica. Estan íntimament relacionades amb els coneixements específics d'un camp d'estudi al qual donen identitat i consistència.

Fernández-Salineró (2006), a partir d'algunes classificacions com les anteriors i amb la intenció d'establir una guia útil pel disseny de programes educatius, proposa la següent classificació de competències orientada a perfils professionals i basada amb els eixos d'amplitud i participants:

Per eix d'amplitud

Un primer eix a l'hora de classificar les competències és el continu generalitat-especificitat. En funció d'aquest es diferencien tres tipus de competències:

▲ Competència clau o competència bàsica:

Són aquelles competències fonamentals per a desenvolupar-se amb eficàcia en diversos contextos socials i laborals (OECD, 2002). Segons el Grup de Treball B de la Comissió Europea (2004) representen un paquet multifuncional i transferible de coneixements, destreses i actituds que tots els individus necessiten per a la seva realització personal, inclosió i treball. Aquestes competències haurien d'estar desenvolupades al finalitzar l'ensenyament obligatori i actuar com la base sobre la qual es formen els demes tipus de competències dins de l'aprenentatge al llarg de la vida. En aquest grup estan incloses les competències cognitives de processament d'informació que inclouen tres competències claus: interpretativa, augmentativa i propositiva (Tobon, 2004).

▲ Competències genèriques o transversals:

Són les competències comuns a diverses ocupacions o professions, que es relacionen amb la posada en pràctica integrada d'aptituds, trets de personalitat, coneixements adquirits i valors. Sense ser específiques per un determinat lloc de treball o professió, són necessàries per a desenvolupar, de manera adequada, el nivell requerit pel treball, i permeten una continua adaptació als canvis del món laboral. Es caracteritzen perquè augmenten les possibilitats de tenir un lloc de treball al donar la possibilitat de poder canviar d'un treball a un altre; afavoreixen la gestió, consecució i conservació del lloc de treball; permeten l'adaptació a diferents entorns laborals; no estan lligats a una ocupació en particular; s'aconsegueixen mitjançant processos sistemàtics de ensenyament-aprenentatge i es poden avaluar de manera rigorosa.

▲ Competències tècniques o competències específiques:

Són les competències pròpies d'una determinada ocupació o professió. Tenen un alt grau d'especialització i s'adquireixen mitjançant processos específics, generalment a la formació professional o a l'educació superior.

Es classifiquen en: fonamentals, obligatòries, optatives i addicionals. Les competències fonamentals són comuns a tot el camp professional o ocupacional i són la base de les altres competències. Les competències obligatòries són les comuns als llocs de treball d'una determinada ocupació o família professional i són indispensables per a la obtenció d'una titulació. Les competències optatives són específiques d'un grup de llocs de treball dins de l'ocupació o professió (per obtenir una titulació s'ha de tenir competència en una o varies). Finalment, les competències addicionals es corresponen amb funcions molt especialitzades que duen a terme menys d'un 20% de les persones que treballen en una ocupació o professió, i no són necessàries per a obtenir una titulació. (Tobón, 2004).

Per eix de participants

Segons els subjectes implicats es pot parlar de competències individuals o personals, i competències col·lectives o organitzatives:

▲ Competències individuals o personals

Aquestes competències inclouen les bàsiques, les genèriques i les específiques, amb la única salvetat que farien referència a aquestes en diferents condicions i amb peculiaritats concretes en funció de cada una de les persones implicades amb la seva adquisició i execució.

Zabalza (2003) identifica quatre grans grups de competències personals, anomenades competències de tercer nivell per Aubrun i Orifiamma (1990). Es consideren com: competències referides a comportaments professionals i socials (actuacions tècniques, de gestió, presa de decisions o treball compartit), competències referides a actituds (motivació personal, maneres de tractar als demés i capacitat d'adaptació), competències referides a capacitats creatives (assumpció del risc, originalitat, cerca de noves solucions), competències d'actituds existencials i ètiques (autocrítica, projecte personal, valors i compromís social i ètic).

Van Vucht Tijssen i De Weert (2005) mantenen una classificació que es sustenta en quatre àrees fonamentals: competències específiques (requisits cognitius individuals per al desenvolupament professional), competències genèriques (competències transversals adequades a

diferents professions), competències reflexives (judici crític i coneixement intuïtiu) i competències acadèmiques (les que inclouen aspectes professionals o productes a aconseguir com hàbits intel·lectuals o processos a desenvolupar, que es refereixen tant als alumnes com als professors responsables de l'ensenyament-aprenentatge).

Iriarte (2005) identifica sis competències personals tradicionals: especialització, aprenentatge a llarg de tota la vida, confiança i col·laboració, creativitat, acoblament i autogestió) i afegeix una nova competència denominada la gestió de la complexitat. Aquesta competència té quatre trets que la distingeixen: la bipolaritat com a mètode (capacitat d'anàlisi des de diferents perspectives), la lògica de la col·laboració i l'autonomia, la interconnexió entre coneixement i acció i entre el particular i col·lectiu, així com l'efecte papallona (accions individuals poden tenir efectes multiplicadors).

▲ Competències col·lectives o organitzatives

La competència col·lectiva és una preocupació creixent de les empreses i organitzacions, si bé encara no està del tot ben identificada. Apareix a través de la cooperació i de la sinergia existent entre les competències individuals, i es pot donar a partir d'un cert nombre de característiques de funcionament d'una unitat o grup. Segons Le Boterf (2001), en un projecte o procés grupal es reconeixerà que existeix una competència col·lectiva quan es manifesti:

- Una elaboració de representacions compartides d'un problema operatiu, d'un objectiu a assolir, d'un esquema comú d'interpretació.
- Una comunicació eficaç: existència d'un llenguatge operatiu comú, capacitat de reacció en front senyals dèbils, adaptació dels llenguatges a situacions viscudes col·lectivament.
- Una cooperació eficient entre els membres del l'equip: capacitat de negociar els conflictes, visibilitat de la contribució que s'espera de cada un en l'actuació col·lectiva, elecció de maneres de cooperació apropiats a les diferents formes d'organització.

- Un saber aprendre col·lectivament de la experiència: la formalització i utilització de resultats, l'existència i el funcionament de processos de capitalització de les pràctiques professionals, el funcionament de grups d'intercanvi de pràctiques.

La competència col·lectiva cerca sempre la unió i la complementarietat entre competències. No obstant, poden existir nuclis comuns de competències entre diferents ocupacions i professions.

3.1.4 Diferents Enfocaments de les Competències

En els apartats anteriors hem pogut veure una gran varietat de definicions i classificacions de les competències. Ara ens aprofitarem a l'estudi de diferents enfocaments que aporten alguns autors: Gonczi (1994), Tejada (1999), Aneas (2003) destaquen tres enfocaments marcadament diferenciats i que demostren l'aspecte teòric de les competències.

▲ Enfocament conductista

Segons Aneas (2003), les primeres definicions de les competències feien referència a les capacitats de les persones per dur a terme les activitats i funcions del seu lloc de treball, és a dir, un enfocament centrat en la tasca.

L'enfocament conductista entén la competència dins de les conductes discretes associades amb la conclusió de tasques atomitzades. Intenta donar una especificació transparent de les competències de manera que no hi hagin desacords respecte al què inclou una execució satisfactòria. Aquest enfocament no es preocupa de les connexions entre les tasques i ignora la possibilitat d'aquest lligam que podria afavorir la seva transformació. A més, l'avaluació de la competència es realitza a partir de l'observació directa de l'execució (Gonczi, 1994 citat per Tejada, 1999).

Es tracta d'un enfocament criticat per ser reduccionista, ja que ignora els processos subjacents i de grup i el seu efecte sobre l'execució en un món real tixant-lo també de conservador a l'ignorar el rol del judici professional en l'execució intel·ligent. Encara que va tenir la seva preponderància entre els anys 60-70, s'ha descartat per inapropiat per la conceptualització del treball professional, a més d'altres dubtes de nivell metodològic (Gonczi, 1994).

▲ Enfocament genèric o centrat en el perfil

Després de l'enfocament conductista es va centrar l'atenció en les competències que diferenciaven el professional que complia amb la seva tasca i el que destacava en aquesta fita. En aquest enfocament centrat en el perfil no només es tenia en compte la base tècnica i professional sinó que es van començar a buscar les competències clau, és a dir, aquelles que doten de flexibilitat, capacitat d'aprenentatge i superació, i tots els trets necessaris per arribar a ser un professional excel·lent (Sebastiani, 2007).

Aquest enfocament es concentra sobre les característiques generals de l'individu que són decisives per una actuació efectiva. Prioritza els processos subjacents (coneixement, capacitat de pensament crític, ...) i ofereix les bases cap a característiques més transferibles o específiques. Per tant, la característica general de pensament crític, assumida com a tal, pot ser aplicada a moltes o a totes les situacions. En aquest model les competències són conceptualitzades com característiques generals, ignorant el marc contextual en que s'apliquen (Tejada, 1999).

Les crítiques més rellevants que s'han fet a aquest enfocament són: la manca de certes evidències que ratifiquin l'existència de les competències genèriques; el dubte sobre la seva transferibilitat; la descontextualització de la competència i l'abstracció de les situacions concretes en les que es posa en joc són (Tejada, 1999).

▲ Enfocament integrat, relacional o holístic

Intenta unir l'enfocament anterior dels atributs generals amb el context en que són utilitzats. Considera combinacions complexes d'atributs (coneixement, habilitats, destreses, actituds i valors) i la funció que en una situació particular els professionals atribueixen. En aquest cas, la competència és relacional, és a dir, segons les necessitats de cada situació s'impliquen uns o altres atributs per arribar a la solució més idònia (Tejada, 1999).

L'avantatge d'aquest enfocament és que es poden evitar els problemes que resulten de l'enfocament conductista i els aspectes qüestionables de l'enfocament genèric. D'altra banda, és adequat a les complexitats

teòriques e intuïtives del fenomen amb el que es relaciona (Jones i More, 1995). Tanmateix, seria agosarat considerar-ho com una solució teòrica al problema de les competències, problema que encara es manté com a focus central de la teoria social-orientadora per la que la majoria d'autors s'estan inclinant. En aquest sentit, Elliot (1994) insinua que la competència és una forma de promoure un enfocament de practicant reflexiu atorgant als professionals una oportunitat d'informar-se i realitzar una reflexió crítica des de les seves pràctiques individuals i col·lectives.

3.2 Competències de la Professió Infermera

A la professió infermeria, les competències es defineixen com un conjunt de característiques individuals (coneixements, habilitats i actituds), que permeten a una persona exercir la seva activitat de forma autònoma, perfeccionar permanentment la seva pràctica i adaptar-se a un entorn en constant canvi⁹⁸.

El Grup de treball format pel Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya i la Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d'especialistes en Ciències de la Salut (1996) defineix les competències d'infermeria com: Aquell conjunt d'habilitats, actituds i coneixements, i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment. Aquesta definició implica la capacitat de dur a la pràctica els coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de la professió d'infermeria al servei de la resolució i prevenció d'un problema de salut.

Com podem comprovar ambdues definicions fan referència a tres grans àrees:

- ▲ Àrea de coneixement o de pensament crític (formació, docència, presa de decisions, anàlisi i formulació de problemes,...), és a dir, un saber.
- ▲ Àrea tècnica (destreses, habilitats, tècniques, procediments,...), és a dir, un saber fer.
- ▲ Àrea interpersonal (comportaments, actituds, valors), és a dir un saber estar.

⁹⁸ "Comité Consultivo para la formación de enfermeros" reunió del 13 de gener de 1998, en conseqüència al Consell Europeu de Turin.

Aquestes competències es poden expressar en termes de responsabilitats respecte als pacients/usuàries/clients, respecte l'equip de salut en el qual s'està integrat, respecte la comunitat i respecte al propi professional.

Assumir determinades competències implica el compliment d'una sèrie d'activitats les quals es duen a terme mitjançant accions concretes. Totes les activitats hauran d'estar d'acord amb uns valors, una ètica i uns aspectes legals.

Les competències de la professió d'infermeria estan agrupades sota títols genèrics: procés de cures; prevenció i promoció de la salut; procediments i protocols; atenció als malalts en situacions específiques; comunicació; treball en equip i relació interprofessional; comunicació intraprofessional; manteniment de les competències; ètica, valors i aspectes legals i finalment implicació i compromís professional.

El grup de treball⁹⁹ que va dur a terme el projecte de competències de la professió d'infermeria va creure pertinent i clarificador agrupar cada grup de competències sota un títol que defineix cadascuna de les etapes i/o processos que conformen l'actuació de les infermeres, etapes que no difereixen de qualsevol altre grup de professionals. Tot professional té necessitat de valorar, recollir dades i formular problemes per definir l'estat de la qüestió i poder actuar en conseqüència i avaluar els resultats, òbviament dins del seu camp de coneixements i d'acord amb la seva activitat professional.

L'objectiu de les competències de la professió d'infermeria és tenir cura de les persones.

Competències de la Profesió d'Infermeria

1. Procés de Cures

Objectiu: Proporcionar cures d'infermeria individualitzades mitjançant un mètode sistemàtic i organitzat.

⁹⁹ Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut.

1.1 Valoració, recollida de dades i formulació de problemes.

Objectiu: Obtenir i analitzar les dades per determinar l'estat de salut de l'usuari i descriure les seves capacitats i/o problemes.

- Fer una entrevista clínica completa (àmbits orgànics, psicològics i socials), amb els usuaris i/o persones significatives.
- Observar i valorar signes objectius: saber fer una exploració física.
- Recollir i valorar símptomes subjectius manifestats per l'usuari i/o persones significatives.
- Realitzar accions i procediments que permetin validar el problema identificat.
- Enregistrar i expressar de forma sistemàtica les dades prioritàries de la informació recollida.
- Identificar i valorar les dades significatives i, en base a elles definir els problemes reals i/o potencials.

1.2 Priorització i actuació

Objectiu: Prioritzar el problemes detectats de l'usuari, desenvolupar i executar un pla d'acció per disminuir-los i/o eliminar-los i promoure la seva salut i autonomia.

- Prioritzar els problemes detectats i, en base a ells, elaborar un pla de cures que inclogui objectius i intervencions adequats/es al/s problema/es definit/s.
- Formular objectius amb l'usuari i/o persones significatives recollint les seves expectatives segons el problema definit prèviament.
- Planificar activitats de cures per resoldre els problemes de salut del pacient/usuari client (amb els recursos disponibles i segons la política de l'organització).

- Elaborar, decidir i seleccionar els protocols i procediments més adequats a l'activitat planificada en base a la seva pertinença, validesa i eficiència.
- Executar les activitats planificades, tant pel que fa al rol autònom com el de col·laboració.
- Mantenir la planificació d'activitats de forma actualitzada.
- Planificar l'alta d'acord amb la data prevista.
- Complimentar els registres.
- Dissenyar i adaptar el pla de cures i el pla terapèutic a les necessitats del pacient/usuari de forma individualitzada.

1.3 Avaluació

Objectiu: Avaluar de forma continuada i sistemàtica l'efectivitat del pla d'acció en relació als objectius i/o criteris de resultats establerts.

- Establir criteris de resultats.
- Fer avaluació continuada del procés de cures.
- Redissenyar els objectius i les activitats segons l'avaluació continuada, si cal.
- Avaluar els objectius formulats en el pla de cures.
- Valorar els recursos i el potencial del malalt (coneixements i materials), per seguir, si cal, autoaplicant-se les cures en el seu domicili.
- Fer l'informe d'alta d'infermeria

2. Prevenció i Promoció de la salut

Objectiu: Desenvolupar accions contundents a la promoció de la salut, a la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària en els diferents àmbits de la pràctica.

- Identificar usuaris en risc de patir algun/s dels problemes més prevalents de salut.
- Avaluar i seleccionar els usuaris que poden beneficiar-se de mesures preventives.
- Identificar els problemes potencials de salut.
- Avaluar l'estat de salut de la persona sana.
- Avaluar l'entorn sociofamiliar.
- Ensenyar i donar consell sobre els diferents mitjans de prevenció del risc i promoció de la salut.
- Identificar els problemes de salut en el propi medi.
- Proveir de consell preventiu del risc.
- Realitzar accions educatives contundents al canvi d'hàbits.
- Promoure actituds d'autorresponsabilitat en front la salut.
- Promoure entorn saludable i segur.
- Realitzar activitats per a la prevenció de la infecció nosocomial.
- Realitzar estudis sobre la influència de l'entorn de la salut.
- Avaluar periòdicament i gradual l'aprenentatge de l'usuari.

3. *Procediments i protocols*

Objectiu: Proporcionar cures d'infermeria de forma sistematitzada tenint en compte la situació individual de cada usuari i fent èmfasi en la comunicació i informació.

- Informar i preparar l'usuari.
- Explicar a l'usuari les etapes que se seguiran en la realització dels procediments i les actuacions que caldrà seguir en posterioritat.
- Seleccionar i preparar el material adequat.
- Preparar l'entorn en el que es portaran a terme els procediments.
- Realitzar el procediment d'acord en les etapes descrites.
- Valorar i vigilar les respostes de l'usuari durant la realització del procediment.
- Acomodar al pacient/usuari/client en condicions de seguretat física i psicològica.
- Realitzar les accions de vigilància i detecció precoç de possibles complicacions.
- Registrar les accions i/o les seves incidències.
- Fer el seguiment i vigilància de l'efectivitat del procediment realitzat.
- Realitzar i/o col·laborar en els procediments de suport al diagnòstic i/o tractament.
- Observar les mesures d'asèpsia.
- Interpretar i executar les prescripcions mèdiques.
- Coordinar-se amb altres professionals i actuar conjuntament quan la situació assistencial ho requereixi.

4. Tenir cura de les persones en situacions específiques

Objectiu: Dur a terme la pràctica professional en els diferents àmbits i situacions.

- Tenir cura de les persones amb processos crònics.
- Tenir cura de les persones en situació crítica.
- Tenir cura de les persones amb processos aguts.
- Tenir cura de les persones amb trastorns mentals greus, transitoris i amb risc.
- Tenir cura de les persones amb manca i/o pèrdua d'autonomia.
- Tenir cura de les persones amb procés de dol.
- Tenir cura de les persones grans.
- Gestionar les cures pal·liatives en els malalts terminals.
- Aplicar les mesures terapèutiques adients a les persones amb dolor.
- Gestionar i desenvolupar l'atenció d'urgència amb eficiència.
- Gestionar i desenvolupar la atenció domiciliària amb eficiència.

5. Comunicació/relació amb l'usuari i/o persones significatives

Objectiu: Aconseguir una comunicació efectiva i establir una relació terapèutica amb l'usuari.

- Portar a terme les activitats, protocols i procediments amb empatia i respecte.
- Promoure un entorn favorable a la comunicació.
- Portar a terme l'entrevista clínica amb empatia i respecte.
- Facilitar la comunicació.

- Ser capaç de comunicar-se efectivament amb els usuaris i/o persones significatives.
- Tenir especial cura de la comunicació amb usuaris amb dificultats de comunicació i/o comprensió.
- Comunicar a l'usuari els problemes d'ell/a que gestiona l'infermer/a.
- Explicar i comentar, fins acordar conjuntament amb l'usuari, les actuacions a seguir així com les seves recomanacions.
- Integrar l'usuari en els plans de cures.
- Verificar que els usuaris entenen la informació donada per tal de poder acceptar i/o realitzar els plans de cures acordats.
- Iniciar, fomentar i mantenir una relació terapèutica amb l'usuari.
- Fomentar, a través de la relació interpersonal i del respecte a l'usuari la confiança i seguretat en relació al seu procés.

6. Treball en equip i relació interprofessional

Objectiu: Donar una atenció integral i coordinada mitjançant el treball en equip.

- Definir i formular els objectius en el sí de l'equip de treball amb claredat i derivar-ne un pla d'actuació així com avaluar-ne els resultats.
- Escoltar i recollir les opinions dels diferents membres de l'equip de treball. (tant en les vessants verbal com no verbal).
- Acceptar obertament els diferents membres de l'equip amb la seva especialitat.
- Donar la pròpia opinió, amb fermesa i claredat, tot respectant l'opinió dels altres sense agreujar-los.
- Assumir i desenvolupar el rol que li pertorqui en cada circumstància.

- Fer de l'equip un lloc d'intercanvi i anàlisi de l'activitat professional realitzada.
- Consultar a temps i efectivament els altres professionals de la salut.
- Reconèixer les habilitats, competències i els papers dels altres professionals sanitaris.
- Delegar les activitats d'acord als coneixements, habilitats i capacitats de qui ha de realitzar la tasca.

7. Comunicació intraprofessional

Objectiu: Garantir la continuïtat de les cures utilitzant la comunicació formal i estructurada.

- Elaborar informes d'infermeria escrits, llegibles, ben estructurats i concisos.
- Presentar oralment els casos de manera estructurada, comprensible i concisa.
- Redactar informes per comunicar els problemes identificats així com les seves conseqüències sobre els plans d'actuació.
- Comunicar-se amb els diferents nivells assistencials.

8. Manteniment de les competències professionals

Objectiu: Donar una resposta professional i de qualitat a les diferents situacions de la pràctica.

- Avaluar els propis coneixements, actituds i habilitats.
- Emprar diferents mètodes d'aprenentatge per identificar i corregir, si fa el cas, els dèficits de coneixements, actituds o habilitats.
- Emprar els recursos existents per a l'aprenentatge.

- Analitzar críticament la validesa i l'aplicabilitat de les fonts d'informació possibles.
- Analitzar críticament els mètodes i les dades de recerca.
- Participar en processos d'avaluació professional en general i especialment en l'avaluació per companys.
- Avaluar críticament els mètodes de treball.
- Fomentar la pràctica en els resultats de la recerca.
- Realitzar activitats de recerca.
- Utilitzar de forma sistemàtica els resultats dels estudis de qualitat.
- Dur a terme activitats docents en els diferents nivells professionals.

9. Ètica, valors i aspectes legals

Objectiu: Incorporar a la pràctica els principis ètics i legals que guien la professió.

- Desenvolupar una praxis professional fomentada en el respecte dels drets del pacient/usuari/client guiada pel Codi Ètic d'Infermeria.
- Identificar les possibles vulneracions dels drets dels pacient/usuari/client i emprendre les mesures/accions destinades a preservar-los.
- Ajustar les decisions i comportaments als principis bioètics: beneficència, no maleficència, autonomia i justícia.
- Identificar els dilemes ètics i aplicar el raonament i judici crític en la seva anàlisi i resolució.
- Participar activament en el treball dels Comitès d'Ètica Assistencial i/o Comitès Ètics d'Investigació Clínica.

- Adequar les accions d'infermeria a la lliure elecció de pacient/usuari/client en les decisions de salut, donant continuïtat al procés de cures.
- Desenvolupar una pràctica professional, correcta en l'aspecte científic, tècnic i ètic i ajustada a les diferents normatives legals i judicials reguladores de les activitats assistencials.
- Proposar i decidir de forma raonada excepcions en l'aplicació de la norma i exercici de l'objecció de consciència.
- Assumir la responsabilitat de les seves decisions i accions.

10. *Implicació i compromís professional*

Objectiu: Fer present el compromís professional amb la societat a través de la participació i la implicació.

- Participar i implicar-se en la definició de les polítiques de salut en els diferents nivells assistencials i institucionals.
- Gestionar el recursos i establir mètodes de treball per la correcta prestació de les cures d'infermeria.
- Establir els estàndards i criteris de resultats de la pràctica professional.
- Garantir la qualitat de les cures d'infermeria.
- Participar en la definició de polítiques de recerca, investigació i docència relacionades amb l'àmbit de les competències de la professió.
- Dissenyar línies d'investigació i recerca en l'àmbit propi de la professió i fer-ne la difusió pertinent.
- Tenir un sòlid compromís amb la societat per tal de donar una resposta ajustada a les seves necessitats.

3.3 Competències de la Infermeria Penitenciària

La necessitat d'estudiar el constant canvi en el desenvolupament de les tasques que teníem assignades, va crear en els infermers/res que portaven més de dues dècades en el medi, un corrent d'opinió sobre l'especificitat de la seva labor. Aquesta inquietud va donar lloc a la realització d'un estudi a tots els centres penitenciaris de Catalunya amb l'objectiu de demostrar que el personal d'infermeria de presons tenia un perfil diferent al dels infermers/res que treballaven en el medi hospitalari, en atenció primària o en altres àmbits com el sociosanitari o la geriatria. L'infermer/a que treballés en el medi penitenciari, a més dels coneixements acadèmics havia de posseir unes habilitats i aptituds específiques i ser polivalent quan a les seves actuacions.

A finals del 2002, Coll i Mejías vàrem presentar al IV Congrés de Sanitat Penitenciària a Salamanca un estudi basat en la valoració de les actuacions dels Diplomats Universitaris en Infermeria dels diferents centres penitenciaris de Catalunya. L'estudi demostrà que de les valoracions realitzades al total de la plantilla, es podien identificar amb els diagnòstics d'infermeria de la taxonomia NANDA i amb els diagnòstics d'infermeria especificats en el tercer nivell de la taxonomia CIE. Aquests resultats varen aportar una proposta de creació d'un decàleg de competències.

Decàleg de competències

1. Conèixer els recursos del centre i gestionar-los.
2. Establir un pla de cures d'infermeria considerant objectius específics i accions adequades a les necessitats del pacient.
3. Prendre decisions assistencials amb criteri clínic i autonomia suficient.
4. Participar amb els equips multidisciplinaris amb la valoració, planificació, execució i avaluació de l'educació per a la salut.
5. Participar en el desenvolupament professional i en la formació continuada d'altres professionals en pràctiques i en el propi.
6. Contribuir en la recollida continuada i sistemàtica de dades obtingudes mitjançant l'execució dels procediments d'infermeria.

7. Proporcionar les cures necessàries per abordar l'assistència immediata en casos d'urgència.
8. Coordinar-se amb els equips intra i extrapenitenciaris per tal de valorar, planificar i avaluar els serveis de salut comunitària destinats a l'atenció de les necessitats dels nostres pacients.
9. Estructurar intervencions dirigides a promoure l'autocura i benestar físic i mental, i proporcionar un entorn terapèutic adequat en col·laboració amb el pacient i l'equip de salut.
10. Contribuir a través de la recerca d'innovacions en la teoria i la pràctica a la investigació d'infermeria.

Posteriorment, partint del decàleg de competències descrit al 2002, i després d'una acurada revisió dels coneixements i habilitats necessàries per treballar en el medi penitenciari i de les funcions dels infermers/es de presons, a finals del 2005 es varen definir les competències de la infermeria penitenciària de Catalunya (veure taula 27).

D'altra banda, l'any 2003 es va iniciar l' *Estudi del procés de selecció dels infermers de nova incorporació*. Aquest estudi es va dur a terme per valorar els coneixements, les habilitats i actituds del personal de nova incorporació, finalitzat a principis de l'any 2008.

L'estudi es va dividir en tres fases: 1a fase o fase d'exploració que va consistir en l'anàlisi i selecció de *currículum vitae*. 2a fase en la que es van crear diferents estratègies i tècniques de recollida d'informació des de la basant del model sistèmic sobre competències (Le Boterf, 1995) i una 3a fase o fase de recollida de dades, anàlisi i interpretació de la informació, i presa de decisions.

COMPETÈNCIES DE LA INFERMERIA PENITENCIÀRIA A CATALUNYA

- CP1. Conèixer i aplicar els principis que sustenten les cures integrals d'infermeria en l'àmbit penitenciari.
- CP2. Identificar els problemes de salut més prevalents de l'intern-pacient en el medi penitenciari.
- CP3. Conèixer el programes de salut que es desenvolupen en el medi penitenciari.
- CP4. Prestar les cures infermeres garantint el dret a la dignitat, a la privacitat, a la intimitat i a la confidencialitat i la capacitat de decisió de l'intern-pacient en el context penitenciari.
- CP5. Individualitzar les cures infermeres tenint presents l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i els valors.
- CP6. Dissenyar i implementar programes d'educació per a la salut individuals i en grup, en relació a l'estat de salut de l'intern-pacient, el seu nivell de coneixement i la seva estada al centre de compliment.
- CP7. Conèixer el llenguatge específic (argot penitenciari) utilitzat pels interns, com una eina que ha de permetre establir una millor comunicació entre els professionals d'infermeria i l'intern.
- CP8. Identificar els diferents tipus de demandes sanitàries de l'intern-pacient com a propòsit de salut, regimental o benestar personal.
- CP9. Conèixer les situacions límit que comporten una atenció sanitària molt específica del professional.
- CP10. Conèixer el rol infermer enfront l'atenció urgent i vital als centres penitenciaris.
- CP11. Conèixer la xarxa sanitària externa de referència que dona suport a l'atenció sanitària penitenciària.
- CP12. Capacitat per a identificar processos d'esgotament físic i/o mental del professional d'infermeria per tal de prevenir situacions d'estrès i desmotivació laboral.
- CP13. Capacitat per qüestionar, avaluar, interpretar i sintetitzar críticament un ventall d'informació i fons de dades que faciliti la cura de l'intern-pacient.
- CP14. Capacitat per a treballar en un context professional ètic i de codis reguladors legals, reconeixent i responent a dilemes ètics o morals de la pràctica diària.
- CP 15. Capacitat de lideratge i gestió infermera per a conduir la col·laboració interprofessional amb altres membres de l'equip sanitari, de l'àmbit de seguretat i equip de tractament.

Taula 27: Competències de la infermeria penitenciària a Catalunya.
Font: Àrea d'infermeria DGSPiR (2005).

3.4 Situació Actual dels Estudis d'Infermeria

3.4.1 Situació Actual dels Estudis d'Infermeria a la Comunitat Europea (CE)

La convergència del Sistema Universitari Espanyol en l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES) abans de l'any 2010, després de la Declaració de Bolonya firmada el juny de 1999 per 21 països europeus, i que va ser precedida per la firmada a la

Sorbona, i les posteriors de Salamanca, Praga, Barcelona i Berlin, i tal com preveu el títol XII de la Llei orgànica d'Universitats, va suposar una renovació tan en l'estructura com en el funcionament dels ensenyaments universitaris (ANECA, 2005).

3.4.1.1 Antecedents

1. Declaració de Bolonya

La declaració de Bolonya té com a precedent la firma de la Carta Magna de les Universitats *Magna Charta Universitatum* pels rectors de les universitats europees el 18 de setembre de 1088 a Bolonya que proclamà els principis bàsics de la reforma. La declaració de Bolonya de juny de 1999 apostà per la creació d'un espai europeu d'ensenyament superior coherent, compatible i competitiu, que fos atractiu pels estudiants europeus i els estudiants d'altres continents. Els ministres europeus d'educació que es reuniren a Bolonya varen determinar sis línies d'acció amb l'objectiu d'incrementar la competitivitat del sistema europeu d'educació superior a les que posteriorment, maig de 2001, s'afegiren tres més (Monge, 2004):

- ▲ Adopció d'un sistema de titulacions fàcilment identificables i comparables amb la implantació d'un *Diploma Supplement*.
- ▲ Adopció d'un sistema basat essencialment en dos cicles principals: Grau i Postgrau.
- ▲ Establiment d'un sistema de crèdits.
- ▲ Promoció de mobilitat.
- ▲ Promoció de la cooperació europea en el control de la qualitat.
- ▲ Promoció de les dimensions europees en l'ensenyament superior.

El procés de Bolonya, no només es dirigeix als governs nacionals, responsables dels sistemes educatius dels seus països, sinó també al sector de l'educació superior, a cada universitat en particular i a les seves accions i xarxes.

A la declaració de Bolonya es va fixar que biennalment es durien a terme conferències per fer un seguiment del procés i fixar prioritats. Fins a l'actualitat s'han realitzat conferències a Praga (2001), Berlin (2003), Bergen (2005), Londres

(2007), Lovaina (2009), la Conferència Ministerial de Bolonya Aniversari (2010) a Budapest i Viena, i l'última a Bucarest (2012).

El març de 2001, les universitats europees a la convenció celebrada a Salamanca, varen declarar que:

Las Instituciones de Enseñanza superior son conscientes de que los estudiantes necesitan y reclaman titulaciones que les sirvan realmente para seguir estudios o ejercer una carrera en cualquier parte de Europa. Las Instituciones con sus respectivas organizaciones y redes reconocen la responsabilidad y el papel que les incumbe a este respecto y reiteran su propósito de reorganizarse para lograrlo, respetando el principio de la autonomía universitaria. (EEES, p.4)

Així mateix, varen afirmar que “*Las Instituciones de Enseñanza superior apoyan una dinámica de creación de un marco para regular la compatibilidad de las cualificaciones basado esencialmente en la distinción entre dos ciclos de estudios: de pregrado y de postgrado.*” (EEES, p. 3)

En la conferencia de ministres europeus responsables de l'educació superior, celebrada el 19 de maig de 2001 a Praga, analitzaren l'informe *Profundización del proceso de Bolonia*. En aquest document la majoria de signataris, d'universitats i institucions d'ensenyament superior havien acollit i posat a la pràctica la majoria d'objectius fixats a la Declaració de Bolonya com a fonament per al desenvolupament de l'ensenyament superior (Monge, 2005). També varen introduir nous punts com:

- ▲ L'aprenentatge al llar de la vida com element essencial de l'EEES.
- ▲ La participació d'universitat, altres institucions d'ensenyança superior i estudiants com socis competents, actius i constructius.
- ▲ La importància d'augmentar l'atractiu de l'ensenyança superior europea pels estudiants tan europeus com d'altres parts del món.

Després de dos anys es reuneixen a Berlin, el 19 de setembre de 2003, en aquesta reunió els ministres agrairen el paper fonamental de les institucions d'educació superior i les organitzacions d'estudiants en el desenvolupament de l'EEES varen incorporar un comunicat que integrava els estudis de doctorat i les sinèrgies entre EEES i l'Espai Europeu d'Investigació (EEI). També varen destacar la necessitat de la

investigació, la formació en investigació i el fomentat la interdisciplinarietat per tal de mantenir i millorar l'ensenyança superior i reforçar la competitivitat. Un altra recomanació va ser la relacionada amb l'augment de mobilitat en els nivells de doctorat i postdoctorat, l'increment de la cooperació en els àmbits d'estudis doctorals i postdoctorals i la formació dels joves investigadors (EEES, 2003).

El comunicat de Bergen de 19 i 20 de maig de 2005 constatà els progressos significatius en relació amb els objectius del Procés de Bolonya. Els ministres proposaren seguir progressant en els següents aspectes (EEES, 2005):

- ▲ La posada en pràctica de les referències i les directrius per a la garantia de la qualitat com proposa l'informe de l'ENQA (Associació europea per a la garantia de la qualitat en l'ensenyament superior).
- ▲ La posada en marxa dels marcs nacionals de qualificacions.
- ▲ L'expedició i el reconeixement dels títols conjunts, inclosos els de doctorat.
- ▲ La creació d'oportunitats per a itineraris flexibles de formació en l'ensenyament superior, incloent l'existència de disposicions per a la validació dels coneixements adquirits

El comunicat de Londres de 17 i 18 de maig 2007, es va caracteritzar per un considerable progrés vers EEES. No obstant existien reptes pendents d'orientar cap (EEES, 2007):

- ▲ La promoció de la mobilitat de l'estudiant i el personal, i el desenvolupament de mesures per a l'avaluació de tal mobilitat.
- ▲ La avaluació de l'efectivitat de les estratègies nacionals relacionades amb la dimensió social de la educació.
- ▲ El desenvolupament d'indicadors i de dades per a mesurar els progressos en matèria de mobilitat i dimensió social.
- ▲ L'estudi de possibles maneres de millorar l'aplicabilitat associada al sistema de titulacions basat en tres cicles i a la formació contínua.
- ▲ La millora de la difusió d'informació sobre el EEES i el seu reconeixement a total món.

- ✦ La continuació de la labor de recopilació d'informació sobre el progrés cap l'EEES i el desenvolupament de sistemes d'anàlisi qualitativa d'aquesta labor.

Declaració de Lovaina del 28 i 29 d'abril de 2009. Deu anys més tard es reuniren a Lovaina la Nova per establir les prioritats de EEES fins l'any 2020 (EEES, 2009):

- ✦ Proporcionar igualtat d'oportunitats en una educació de qualitat.
- ✦ Augmentar la participació en la formació continua.
- ✦ Promoure l'ocupació.
- ✦ Desenvolupar resultats d'aprenentatge missions educatives orientades a l'alumne.
- ✦ Lligar l'educació a la investigació i innovació.
- ✦ Apropar els centres d'ensenyança superior als fòrums internacionals.
- ✦ Ampliar les oportunitats i la qualitat de la mobilitat.
- ✦ Millorar la recollida de dades.
- ✦ Desenvolupar eines de transparència multidimensional.
- ✦ Garantir el finançament.

Declaració de Budapest/Viena de 12 de març de 2010. Aquesta declaració marcà el final de la primera dècada del procés de Bolonya i suposà la presentació de l'EEES segons el previst a la Declaració de Bolonya de 1999.

En el marc d'aquesta declaració es va incloure Kajazstan com quaranta-setè país participant en l'EEES. També es va posar de relleu el fet de que el procés de Bolonya i l'EEES constitueixen un exemple sense precedents de cooperació regional i transnacional en matèria d'ensenyança superior que ha provocat un gran interès en altres països del món. Els ministres varen acceptar els resultats de diferents informes en els que es reflecteix els distints graus d'implantació d'algunes línies d'acció de Bolonya i les protestes recents en alguns països en relació a l'aplicació dels objectius, i es varen comprometre a escoltar les propostes

procedents dels estudiants i personal docent. Per altra banda, varen destacar alguns aspectes com: el paper fonamental de la comunitat acadèmica per fer de l'EEES una realitat i l'ensenyança superior com una responsabilitat pública. Això significa que aquestes institucions haurien de rebre els recursos necessaris en un marc creat i supervisat per les autoritats públiques¹⁰⁰.

A l'última reunió celebrada a Bucarest els dies 26 i 27 d'abril de 2012, es va posar de manifest que els Estats participants havien de modernitzar els seus sistemes d'educació superior per a que l'EEES pogués funcionar a ple rendiment davant de la resposta de la crisi i l'augment d'atur juvenil i es va emfatitzar la necessitat d'ajudar a augmentar l'ocupació i unir esforços per a poder superar la crisi i millorar les oportunitats dels estudiants (EEES, 2012, citat per Canet, 2013, p.29).

2. Projecte Tuning

L'estiu de l'any 2000, un grup d'universitats va acceptar col·lectivament el repte formulat a Bolonya i va elaborar un projecte pilot anomenat Tuning per tal de sintonitzar les estructures educatives d'Europa. Els integrants d'aquest projecte varen sol·licitar a l'Associació Europea d'Universitats (EUA) que els ajudés a ampliar el grup de participants i varen demanar a la Comissió Europea un ajut financer en el marc del programa Sòcrates.

L'objectiu del projecte era abordar diferents línies d'acció senyalades a Bolonya, i en particular, l'adopció d'un sistema de titulacions fàcilment identificables i comparables, l'adopció d'un sistema basat en dos cicles i l'establiment d'un sistema de crèdits.

Aquest projecte, també va contribuir a la realització dels altres objectius fixats a Bolonya, més concretament, determinar punts de referència per a les competències genèriques i les específiques de cada disciplina de primer i segon cicle.

Quan a la metodologia, es va elaborar una metodologia que va tenir com a finalitat entendre els plans d'estudi i fer-los comparables per la qual cosa es van escollir quatre eixos d'acció per a la reflexió de cada disciplina:

¹⁰⁰ http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11088_es.htm

- ▲ Competències genèriques.
- ▲ Competències disciplinàries específiques.
- ▲ La funció del sistema ECTS¹⁰¹ com sistema d'acumulació.
- ▲ La funció de l'aprenentatge, la docència, l'avaluació i el rendiment en relació amb l'assegurament i l'avaluació de la qualitat.

El disseny basat en competències va permetre un llenguatge comú amb relació als plans d'estudi i una major flexibilitat i autonomia. L'enfoc per competències es va situar com a referent no només en el disseny sinó també en l'avaluació de la formació (Ayarza i González, 2008, citat per Canet, 2013 p. 30).

3.4.1.2 La convergència del sistema universitari espanyol en l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES)

Per a poder dur a terme la convergència en el nostre país, es va haver d'adequar la legislació mitjançant la publicació de reials decrets (RD) que desenvolupessin els diferents aspectes de l'adaptació:

- ▲ El RD 1044/2003, de l'1 d'agost (BOE, núm. 218 d'11 de setembre), que estableix el procediment per l'expedició per les diferents universitats del Suplement Europeu al Títol, de caràcter transitori fins que no s'implantessin les noves titulacions adequades als criteris europeus.
- ▲ El RD 1125/2003, de 5 de setembre (BOE, núm. 224 de 18 de setembre), que estableix el sistema europeu de crèdits i el sistema de qualificacions de las titulacions universitàries de caràcter oficial i validesa en tot el territori nacional. Aquest RD també defineix el crèdit europeu com unitat de mesura que representa la quantitat de treball de l'estudiant per a complir els objectius del programa d'estudi, que s'obté per la superació de cada una de les matèries que integren els plans d'estudis. En aquesta unitat de mesura s'integren els ensenyaments teòrics i les pràctiques així com altres activitats acadèmiques.

Aquest RD estableix que el número total de crèdits per curs acadèmic és de 60, i que en l'assignació de crèdits es computarà el número d'hores

¹⁰¹ Segons ANECA (2003) és el "Sistema europeo de transferencia y acumulación de créditos - ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System)" (p.7)

requerides per a l'adquisició de coneixements, capacitats i destreses. Inclourà les classes teòriques i pràctiques, la preparació i realització d'exàmens i proves d'avaluació. La correspondència i assignació s'entén referida a un estudiant a temps complert durant un mínim de 36 i un màxim de 40 setmanes per curs. El número d'hores serà de 25 i el màxim de 30.

La construcció de l'EEES va suposar un projecte ambiciós i els responsables dels estudis universitaris en infermeria ho van considerar com un repte molt positiu, ja que comportava una reflexió i anàlisi en profunditat tan dels continguts de les matèries com de l'enfoc i la metodologia docent.

3.4.1.3 Contextualització dels estudis d'infermeria

Per a poder contextualitzar els estudis de grau d'infermeria de l'Estat espanyol en el marc de la Unió Europea, el grup de representants d'escoles d'infermeria de la Conferència Nacional de Directors d'Escoles d'Infermeria, va dur a terme una anàlisi de la situació dels estudis en els països europeus que facilités possibilitats de futur per a la infermeria, sempre supeditats a les possibilitats i polítiques de l'Estat Espanyol (ANECA¹⁰², 2004).

Els coordinadors d'aquest projecte, a través de les escoles implicades, com delegats compromesos en l'elaboració del disseny van realitzar diferents accions:

- ▲ Un document a tots els centres inclosos en el programa Erasmus, on es contempla la duració dels estudis tant en hores com en ECTS en cas d'existir legislació al respecte i l'existència o no de titulació superior i organisme que avala la titulació.
- ▲ Revisió a través de les ambaixades dels diferents països i per Internet sobre la mateixa informació.
- ▲ Revisió bibliogràfica destacant les següents publicacions La formación Enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional de la Escuela Universitaria de Enfermería de Santa Madrona de Barcelona, l'*Study of*

¹⁰² Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA): "Es una fundación estatal que tiene como objetivo contribuir a la mejora de la calidad del sistema de educación superior mediante la evaluación, certificación y acreditación de enseñanzas, profesorado e Instituciones" Disponible a: <http://www.aneca.es/ANECA>

Specialist Nurse in Europe de l'European Comission, el treball publicat en Infermeria Científica per la *Universidad de Oviedo* i les dades aportades pel grup Tuning.

Amb les dades obtingudes es va elaborar una taula per països on consta: nivell educatiu, manera d'accedir a la formació, títol, hores de pràctiques, hores totals de la titulació i duració en anys, duració en ECTS, especialitats de postgraus, duració de les especialitats, nombre de la titulació superior i duració i finalment programes de doctorat.

ANECA: Estudis d'infermeria per països						
País	Alemanya	Àustria	Bèlgica	Dinamarca	Finlàndia	França
1. Nivell educatiu	Formació professional qualificada Llicenciatura Doctorat	Formació no universitària	Diploma superior Universitari	Certificat professional	Nivell superior Màster Doctorat	Universitari Màster
2. Accés a l'educació	17 anys Formació prèvia 10 anys	16 anys Formació prèvia 10 anys + MR Examen accés	Formació prèvia 12 anys + Cert. Estudis secundaris Superiors	Formació prèvia 12 anys Examen accés	Nivell superior Màster Doctorat	Universitari Màster
3. Títol	Kranquenpleger Krankenschwester	Diplomier Krankenschwester	Brevet d'Infermier Hospitalier	Spygeplejerke	Ammattikorq ueakoulu	Diplome d'Infermier d'Etat
4. Hores pràctiques clíniques	2400 - 3000	2800	1800	Nd	1973 - 2000	2275
5. Hores totals de la titulació i duració en anys	4600/3anys	5200/3anys	3240/3anys	Nd 3anys i 1/2	4655/ 5600 3 anys i 1/2	4760/3anys
6. Duració en ECTS	Nd	Nd	Nd	210	Nd	Nd .../...

ANECA: Estudis d'infermeria per països

País	Alemanya	Àustria	Bèlgica	Dinamarca	Finlàndia	França
7. Organisme que titula	Ministeri d'Educació i Salut	Ministeri de Treball, Sanitat i Assumptes Socials	M. d'Educ, Inv. i Formació M. Cultura i Assumptes Socials	Ministeri d'Educació	Ministeri d'Educació	Ministeri de Salut
8. Especialitats de Postgrau	C. intensives C. Psiquiàtriques C. Geriàtriques C. Oncològiques C. Pediàtriques Atenció. Comunitària, etc.	C. Intensives Enf. infantil Enf. Psiquiàtrica Enf. Geriàtrica Inspecció domiciliària, etc.	C. Intensives i Urgències Pediatria Salut Mental Salut Com, etc. Educació Gestió	C. Intensives Psiquiatria Salut Pública Educació Gestió	Nd	Enf. Puericul. Enf. Quirur. Enf. Higien. Enf. Clínica
9. Duració de les especialitats	2 anys	1 o 2 anys	1 o 2 anys	1 o 2 anys	Nd	1 o 2 anys
10. Nom de la titulació superior i duració	Màster en Ciències de la Infermeria en Gestió en Educació (4 anys)	Existeixen cursos de postgrau en Educació i Gestió	Llicenciatura en Salut Pública, Ciències del Treball, etc.	Màster en Ciències de la Infermeria	Màster en Ciències de la Infermeria	Màster en Ciències Sanitàries i Socials
11. Programes de doctorat	Si	Nd	Si	Si	Si	Si

ANECA: Estudis d'infermeria per països							
País	Irlanda	Grècia		Holanda		Itàlia	Noruega
		Universitari Doctorat	Tecnològic	Educció superior Màster Doctorat	Formació Professional		
1. Nivell educatiu	Nivell superior Universitari						Educació Superior Màster Doctorat
2. Accés a l'educació	17 anys Formació prèvia 12 anys + Diploma Est. sec.	17 anys Formació prèvia 12 anys Batxiller Examen accés		17 anys Formació prèvia de 13 anys + Cert. Edu. sec. sup. o profess.	17 anys Formació prèvia de 13 anys + Cert. Edu. sec. sup.	17 anys Formació prèvia 12 anys + Diploma Est. sec.	Formació prèvia de 12 anys + 3 anys Edu. sup. secundària
3. Títol	Registered General Nurse	Nd	Nd	Infermeria HBO	Infermeria A	Laurea en Infermerística	Registered Nurse
4. Hores pràctiques clíniques	Nd	2160	2220	2823	3384	Nd	Nd
5. Hores totals de la titulació i duració en anys	4600/3anys	5036/4anys	4480/4anys	6720/4anys	6090/3anys	Nd/3anys	Nd/3anys
6. Duració en ECTS	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	180	Nd .../...

ANECA: Estudis d'infermeria per països							
País	Irlanda	Grècia		Holanda		Itàlia	Noruega
7. Organisme que titula	An Board Altranais	Ministeri d'Educació	Ministeri d'Educació	Ministeri d'Educació	Ministeri d'Educació	Ministeri d'Educació	Ministeri d'Educació i Investigació
8. Especialitats de Postgrau	Enf. Psiquia. Pediatría Salt Pública Educació, etc.	Enf. Psiquia. Salut Pública Enf. Pediat. Medicoquir, etc.		Cures Intensives Pediatría Psiquiatría Quirofanista		Cures Crítiques Geriatría Pediatría Salut Mental Salut Pública, Etc.	Cures Intensives Psiquiatría Pediatría Salut Pública Quirofán, Etc.
9. Duració de les especialitats	1 o 2 anys	1 o 2 anys		1 o 2 anys		1 any	1 o 2 anys
10. Nom de la titulació superior i duració	Màster en Salut Comunitària Màster en Educació	Màster en Ciències de la Infermeria Màster en Educació		Doctorat en Ciències de la Infermeria		Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche	Doctorat en Infermeria
11. Programes de doctorat	Si	Si		Si		Si	Si

ANECA: Estudis d'infermeria per països					
País	Portugal	Suècia	Regne Unit		Suïssa
1. Nivell educatiu	Educació Superior Llicenciatura Màster Doctorat	Nivell superior Universitari	Universitari Màster	Doctorat Educ. Superior	Llicenciatura Màster Doctorat
2. Accés a l'educació	Formació prèvia de 12 anys Examen d'accés	Formació prèvia de 12 anys + Edu. Sec. sup.	17,5 anys Formació prèvia de 12 anys Exàmens d'Est. sup. Examen d'accés	Formació prèvia 12 anys + Diploma Est. Sec. Superiors	Nd
3. Títol	Diploma del Curs Superior d'Infermeria	Legitimerad Sjukskoterska	Nursing Degree	Diploma of Nursing	Nd
4. Hores pràctiques clíniques	Nd	2000	Nd	Nd	Nd
5. Hores totals de la titulació i duració en anys	4600/4anys	4800/3anys	Nd/4anys	Nd/3anys	Nd
6. Duració en ECTS	Nd	Nd	Nd	180	Nd .../...

ANECA: Estudis d'infermeria per països					
País	Portugal	Suècia	Regne Unit		Suïssa
7. Organisme que titula	Ministeri d'Educació i Salut	Ministeri d'Educació i Salut	United Kingdom Central Council for Nursing, Midifery and Health Visiting	United Kingdom Central Council for Nursing, Midifery and Health Visiting	Nd
8. Especialitats de Postgrau	Inf. Maternal Inf. Infantil Salut Mental Salut Pública Medi. oquirurgica Geriatrics, Etc.	Infermeria Districte Pediatría Geriatrics Psiquiatria Oncologia Anestesia	Infermeria de l'Adult Infermeria de Salut Mental Infermeria Infantil, etc.	Infermeria de l'Adult Infermeria de Salut Mental Infermeria Infantil, etc	Nd
9. Duració de les especialitats	1 o 2 anys	2 o 3 anys	2 o 3 anys	1 any	Nd
10. Nom de la titulació superior i duració	Màster en Ciències de la Infermeria	Nd	Màster	Màster	Màster
11. Programes de doctorat	Si	Nd	Si	si	Si

Taula 28: Estudis d'infermeria per països.
Font: ANECA (2004).

3.5 Principals Perfils Professionals dels Titulats en Infermeria

Per poder elaborar els perfils dels titulats en infermeria el grup de treball encarregat del disseny va creure convenient consultar amb els diferents sectors professionals (organitzacions i associacions professionals, estudiants, professors i gestors), i revisar diferents documents sobre la professió infermera. Les font consultades varen ser principalment, les recomanacions que realitza el CIE, la Directiva Europea 77/453/CEE i la legislació del nostre país, com són la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS), els Estatuts de l'Organització Colegial d'Infermeria i el treball del Grupo Tuning d'Infermeria, així com les directrius dels plans d'estudis. A partir d'aquesta anàlisi tots els organismes consultats varen coincidir en que el títol d'infermeria havia de respondre a un perfil d'Infermera responsable de les cures generals (ANECA, 2004).

Quan al perfil del professional de la infermeria, el CIE¹⁰³ va considerar que la infermera en cures generals havia d'estar capacitada per:

1. Treballar a l'àmbit general de l'exercici de la infermeria, incloent la formació de la salut, la prevenció de les malalties i les cures integrals a les persones malaltes o discapacitades, de totes les edats i en toltes les situacions, institucions de salut i sociosanitàries i altres contextos comunitaris.
2. Realitzar educació sanitària.
3. Participar plenament com a membre integrant de l'equip de salut
4. Supervisar i formar als propis professionals i al personal auxiliar i sanitari
5. Iniciar, desenvolupar i participar en programes i projectes d'investigació.

Els Estatuts de l'Organització Colegial d'Infermeria contempen que la infermera generalista és:

[...] el enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y

¹⁰³ Citat a Aneca, 2004

aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, (BOE núm. 269, p. 40998)

La LOPS també estableix que als infermers/es els correspon la direcció, avaluació i prestació de les cures d'infermeria, orientat a la promoció, manteniment i recuperació de la salut, així com la prevenció de malalties i discapacitats. En aquesta línia varen considerar que el perfil professional dels titulats en Infermeria havia de ser generalista i respondre a les següents competències (ANECA, 2004):

1. Competències associades amb els valors professionals i la funció de la infermera. Primordialment, significa proporcionar cures en un entorn en el que es promou el respecte als drets humans, valors, costums i creences de la persona, família i comunitat, i exercir amb responsabilitat i excel·lent professionalitat tant en les activitats autònomes com en les interdependents.

2. Competències associades amb la pràctica infermera i la presa de decisions clíniques. Suposa entre d'altres, emetre judicis i decisions clíniques sobre la persona, subjecte i objecte de cures que han d'estar basades en valoracions integrals, així com en evidències científiques. Significa també, mantenir la competència mitjançant la formació continuada.

3. Capacitat per utilitzar adequadament un ventall d'habilitats, intervencions i activitats per proporcionar cures òptimes. Suposa realitzar valoracions, procediments i tècniques amb ple coneixement de causa, destresa i habilitats excel·lents, i amb la màxima seguretat per la persona que ho rep i per un mateix. També estaria en aquest apartat totes les intervencions d'infermeria lligades a la promoció de la salut, l'educació sanitària, etc.

4. Coneixement i competències cognitives. Significa actualitzar els coneixements i estar al corrent del avenços tecnològics i científics, assegurant que l'aplicació d'aquets últims són compatibles amb la seguretat, dignitat i drets de les persones.

5. Competències interpersonals i de comunicació (incloses les tecnologies de la comunicació). Suposa proporcionar la informació adaptada a les

necessitats de l'interlocutor, establir una comunicació fluida i proporcionar un òptim suport emocional. També significa utilitzar sistemes de registre i de gestió de la informació utilitzant el codi ètic garantint la confidencialitat.

6. Competències relacionades amb el lideratge, la gestió i el treball en equip. Suposa capacitat per treballar i liderar equips i també garantir la qualitat de les cures a les persones, famílies i grups, optimitzant els recursos

3.6 Objectius del Títol de Grau d'Infermeria

El títol de grau d'infermeria té com objectiu: capacitar personal d'infermeria generalista, amb formació científica actitud crítica, reflexiva i humanista, per valorar, identificar, actuar, i avaluar les necessitats de salut i les cures de les persones, de famílies i de la comunitat. D'aquest objectiu es desprèn que els infermers/es han de donar respostes a problemes potencials de salut de persones, famílies o grup, des de les necessitats més bàsiques de salut fins a la recuperació de les malalties. Per tant, la funció primordial dels infermers/es és: tenir cura de les persones sanes o malaltes, i avaluar les respostes al seu estat de salut ajudant-les a la realització de aquelles activitats que contribueixin al seu restabliment o a una mort digna, i si és possible, ajudant a recuperar la seva autonomia i independència (ANECA, 2004).

Per tant, els objectius dels estudis del Grau en Infermeria van dirigits a que els futurs professionals:

- ▲ Adquireixin coneixements amplis de la ciència infermera, les ciències de la salut, humanes i socials i per a donar resposta a les necessitats i expectatives de salut de les persones, famílies grups i comunitat.
- ▲ Desenvolupin habilitats per a l'aplicació dels procediments en cures infermeres i guies aplicades.
- ▲ Desenvolupin la capacitat d'establir relacions positives amb les persones a les que donen cura.
- ▲ Utilitzin la metodologia científica en les seves intervencions.
- ▲ Adquireixin els instruments necessaris per a desenvolupar una actitud crítica i reflexiva.

Per poder dur a terme aquests objectius es varen proposar les següents estratègies educatives:

1. Plantejar uns continguts educatius d'ampli abast de caràcter universitari que donin resposta a les necessitats de formació superior dels estudiants en relació a qüestions socials, humanístiques, científiques i sanitàries.
2. Proposar un currículum acadèmic que tracti i tingui en compte els fonaments, els mètodes, els processos i els continguts propis de la disciplina infermera.
3. Atendre les necessitats específiques de la titulació respecta a:
 - I. El coneixement i l'enfoc de la disciplina infermera que requereix el desenvolupament d'habilitats i mètodes de treball més acords amb les necessitats de la persona, família i comunitat.
 - II. L'adquisició d'habilitats, destreses i aptituds a través de la formació pràctica en hospitals, centres de salut, socio-sanitaris i serveis comunitaris.
 - III. El desenvolupament d'habilitats de comunicació i educació per la salut
4. Reconèixer que l'actual sistema tradicional d'ensenyament requereix l'adopció d'un nou paradigma docent centrat en l'aprenentatge de l'estudiant, la utilització de mètodes didàctics més dinàmics i un aprofitament millor de les noves tecnologies.

3.7 Estructura General del Títol de Grau en Infermeria

L'estructura general del títol de Grau en Infermeria que es presenta és el fruit del treball realitzat per tots els delegats de les Universitats que van participar en el disseny del projecte.

Per a la seva elaboració es tingueren en compte diferents qüestions que varen ser objecte de reflexió i anàlisi durant tot el procés. S'analitzaren diferents programes referents a la formació en infermeria a Europa, comparant-los amb els que s'impartien al nostre país. Es varen revisar un nombre variat de documents

publicats per l'*Organitzación Mundial de la Salud* (OMS) i el *Consejo Internacional de Enfermería* (CIE) sobre les recomanacions per la formació en infermeria, i també, es tingueren en compte les reflexions fetes referents als principals perfils professionals dels titulats en infermeria, a la valoració i prioritjació de competències genèriques i específiques i a la definició dels objectius del títol de Grau en Infermeria (ANECA, 2004).

L'estructura bàsica dels continguts formatius dels titulats en infermeria dels països europeus, inclòs el nostre, en línies generals responen al següent esquema de continguts:

- ▲ Una formació bàsicament teòrica que compren matèries com ciències bàsiques psicosocials aplicades, de la salut i de la pròpia ciència infermera, que tenen com objectiu situar a l'estudiant en el context social i sanitari en que haurà d'actuar. A més, ha de proporcionar un contingut profund en aquells aspectes relacionats amb el funcionament i interaccions de la persona, la família i la comunitat.
- ▲ Una formació teorico-pràctica que requereix que l'estudiant realitzi i desenvolupi les tècniques i procediments de les cures infermeres en situacions clíniques simulades (utilització de simuladors anatòmics, maniquís, etc.).
- ▲ Una formació eminentment pràctica que permeti als estudiants conèixer la infermeria com disciplina i al mateix temps adquirir i desenvolupar les competències professionals específiques. Aquesta formació respon a les pràctiques clíniques que es realitzen en hospitals, centres de salut i sociosanitaris. És de vital importància l'anàlisi de casos clínics i l'elaboració de plans de cures.

3.8 Plans d'Estudi del Grau d'Infermeria d'una Universitat Privada i d'una Universitat Pública Catalanes

Una de les parts importants d'aquesta investigació era fer un anàlisi del Pla d'estudis del Grau d'infermeria per tal de poder valorar les àrees requerides de formació i el perfil de competències específiques per desenvolupar el treball infermer en el medi penitenciari. Per dur a terme aquesta anàlisi es varen escollir una universitat privada (Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la

Universitat Ramon Llull) i una universitat pública (Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona).

El fet d'escollir aquestes dues universitats va ser per la rellevància d'ambdues. Per una banda, la Universitat Ramon Llull (URL) és una de les universitats més innovadores de Catalunya i de l'Estat espanyol que promou la formació intel·lectual i el creixement personal amb una metodologia pròpia, recolzada amb una recerca d'alt nivell, una projecció i orientació internacional, i el foment de l'esperit innovador i emprenedor de l'alumne. A més, és la universitat on m'he format com psicopedagoga i he cursat els cursos del programa de doctorat¹⁰⁴.

Per altra banda, la Universitat de Barcelona (UB) és la universitat pública principal de Catalunya, amb el major nombre d'estudiants i l'oferta formativa més àmplia i completa. També, es considera com un dels centres universitaris més importants en investigació d'Espanya i d'Europa, tan pel seu nombre de programes de recerca com per l'excel·lència assolida en aquest terreny¹⁰⁵.

Per tal de facilitar l'accés a la informació de l'estructura del grau d'infermeria d'aquestes dues universitats, es varen elaborar uns quadres amb el contingut global de l'organització del pla d'estudis a partir de la consulta del web institucional de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna (FCSB) i de l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona (UB).

A continuació, es presenten les figures corresponents als esmentats plans d'estudis:

¹⁰⁴ <http://www.url.edu/la-url/la-institucio> (Consultat 12/9/2013).

¹⁰⁵ <http://www.ub.edu/web/ub/ca/universitat/universitat.html> (Consultat 12/9/2013).

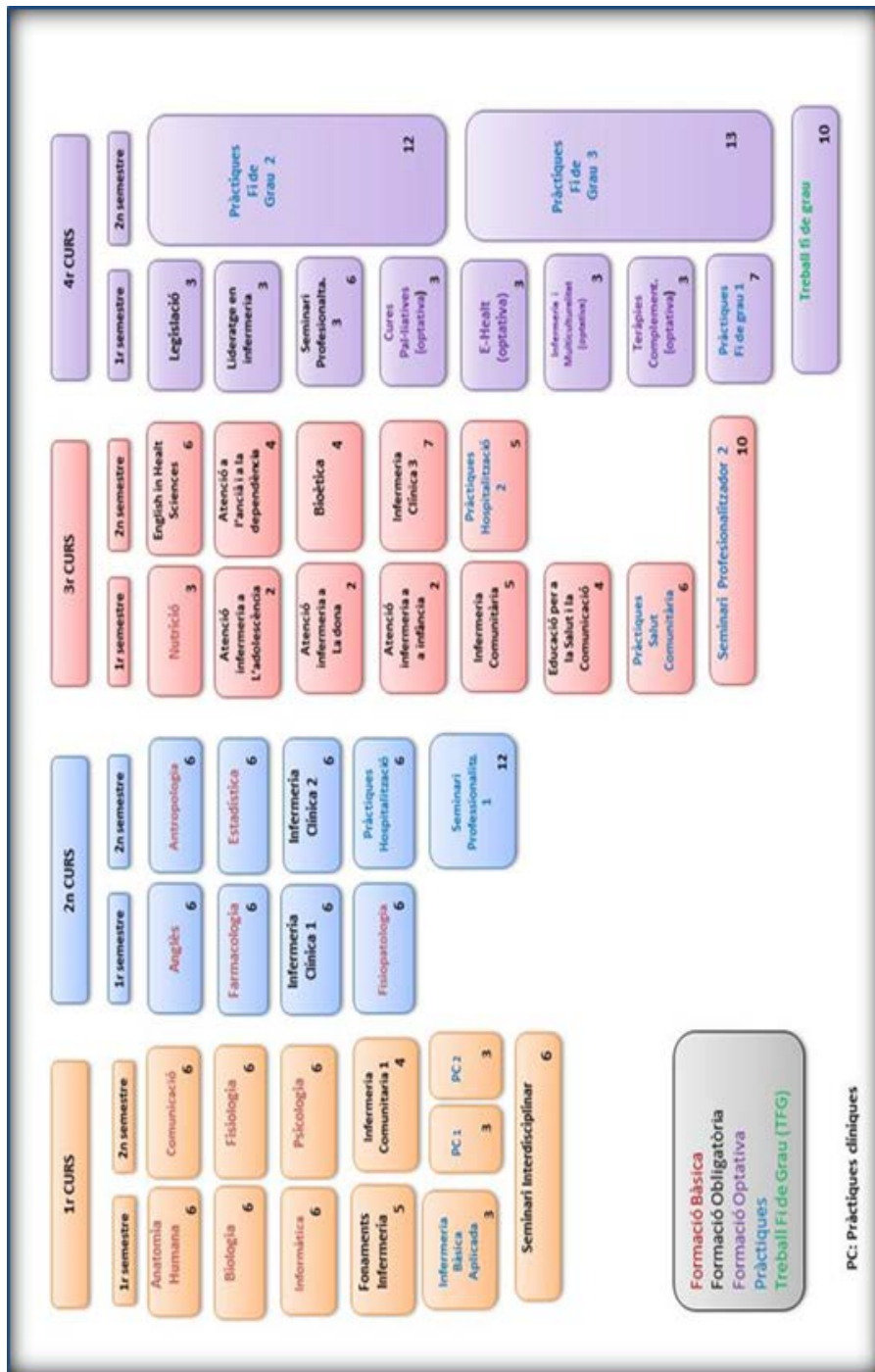


Figura 11: Pla d'estudis del Grau d'infermeria de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna 2012-2013.
 Font: Web institucional.

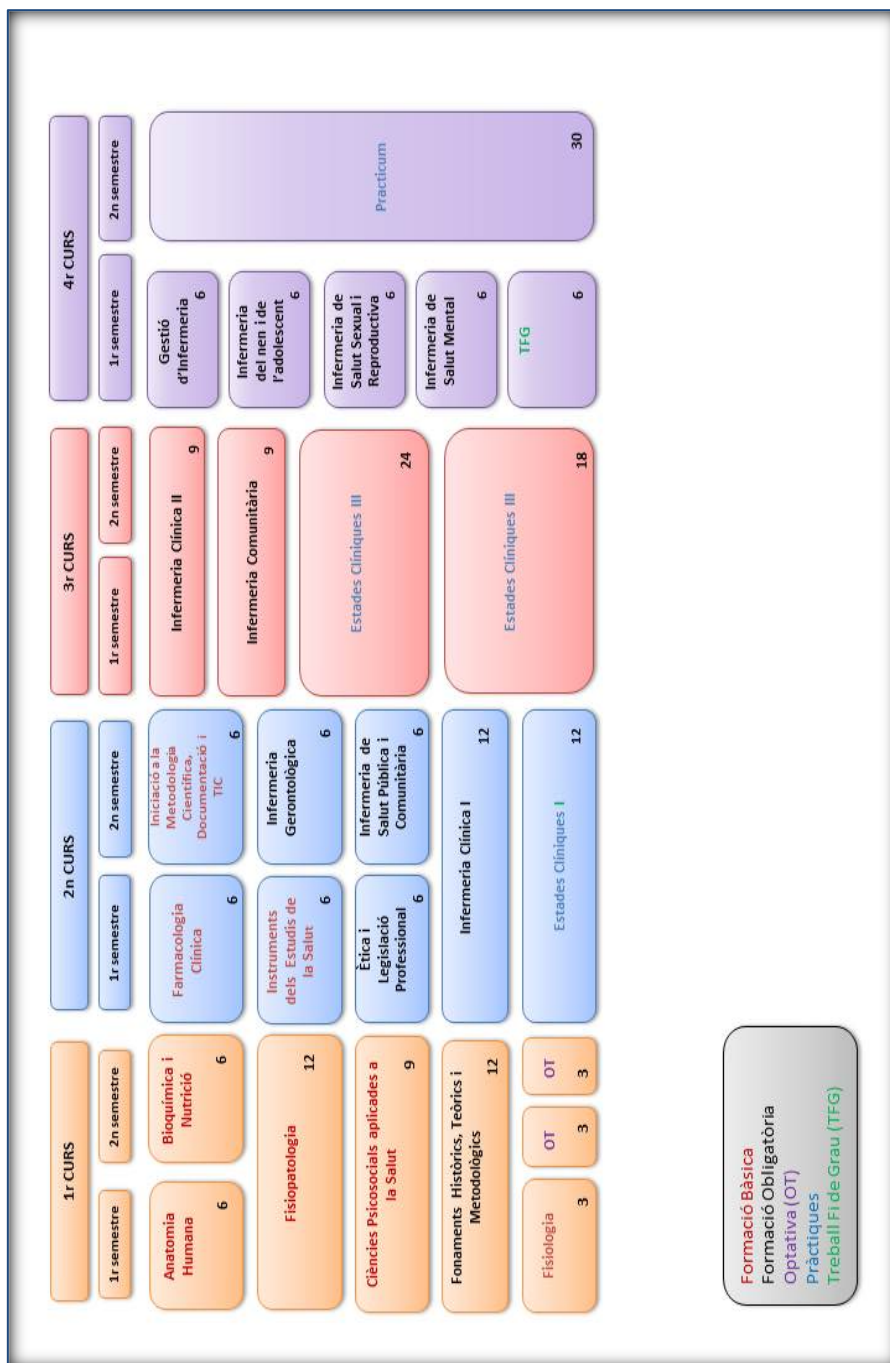


Figura 12: Pla d'estudis de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona 2012-2013.

Font: Web institucional.

3.9 Oferta Formativa d'Especialització i/o d'Expertesa

La infermeria com la medicina són disciplines en les que els professionals un cop finalitzats els seus estudis de grau han de formar-se de manera específica en les diferents vessants de l'organisme. Així podem parlar del metge/sa generalista i del metge/sa especialista (cardiòlegs, traumatòlegs, uròlegs, ginecòlegs, oftalmòlegs, metges de família, etc.), tal com refereix el Reial Decret 2015/1978 de 15 de juny que conté un conjunt de 51 especialitats mèdiques. El mateix passa amb els infermers, segons el *Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería*, tot i que fins l'actualitat només es contempen 7 especialitats: Infermeria Obstètrica-Ginecològica (Matrona), Infermeria de Salut Mental, Infermeria Geriàtrica, Infermeria del Treball, Infermeria de Cures Medico-Quirúrgiques, Infermeria Familiar i Comunitària, Infermeria Pediàtrica.

Per pal·liar aquesta mancança d'especialitats els infermers comptem amb una oferta universitària formativa d'estudis de segon cicle (màsters i de postgrau) per aquells professionals que un cop estan en possessió de la titulació corresponent de Grau, decideixen aprofundir en àrees concretes per poder tenir una formació específica segons la tasca a desenvolupar. Segons el *Ley Orgànica 4/2007, de 12 de abril, de Universidades* redacta que:

Las universidades deben perseguir una mayor formación de sus graduadas y graduados para que éstos sean capaces de adaptarse tanto a las demandas sociales, como a las demandas del sistema científico y tecnológico. También han de dar adecuada respuesta a las necesidades de formación a lo largo de toda la vida y abrirse a quienes, a cualquier edad, deseen acceder a su oferta cultural o educativa. Las universidades, además de un motor para el avance del conocimiento, deben ser un motor para el desarrollo social y económico del país. (BOE núm. 89, p. 16242)

Quan a l'adquisició d'aquesta formació més específica, i en relació al tema que ens ocupa, la infermeria penitenciària, varem revisar l'oferta de màsters i postgraus de diferents universitats: Universitat de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Ramon Llull, Universitat Rovira i Virgili, Universitat Pompeu Fabra i Universitat Internacional de Catalunya (curs 2012-2013), per tal de comprovar que existien àrees específiques de la infermeria susceptibles d'ampliar la formació rebuda en els estudis de grau, o de rebre una nova formació que

s'adequés a la demanda laboral. D'altra banda, va quedar patent que en aquesta oferta formativa no estava present la infermeria penitenciària com a tal.

Una formació de les més ofertades és la infermeria d'urgències i emergències. Aquesta formació és du a terme des de diferents perspectives: infermeria d'urgències hospitalàries, malalt crític i emergències, atenció inicial d'urgències, emergències i catàstrofes, etc. Altres tipus de formació específica, no menys importants que l'anterior és la relacionada amb les cures medicoquirúrgiques, la infermeria pediàtrica, la infermeria familiar i comunitària, la salut mental, les patologies cròniques i la salut laboral.

3.10 La Formació de l'/a Infermer/a Penitenciàri/a a Altres Països

Fins ara hem parlat de la formació de grau i de les àrees d'especialització de la infermeria generalista a Espanya sense trobar una formació específica per la infermeria penitenciària.

A Amèrica i Europa, hem pogut comprovar que els condicionants de salut característics de la població reclusa en l'atenció la infermera coincideixen amb els descrits a la nostra literatura com són els problemes de drogodependència, la salut mental, la malalties infectocontagioses i cròniques, i aquelles derivades de les situacions límit (Geiman i O'Brien, 2008; Royal College of Nursing, 2009; Borri i Patriarca, 2010; Almost et al., 2013; Schoenly i Knox, 2013).

Segons l'*American Nurses Association* (ANA):

La infermeria de correccional és una especialitat única. És un combinat de salut pública, salut comunitària, salut ocupacional, atenció ambulatoria, medicina d'emergències i escola d'infermeria. Els estàndards de la infermeria penitenciària publicats per l'ANA esmenten que el treball de les infermeres de presons consisteix en cuidar persones amb malalties complexes o amb múltiples problemes de salut. Les activitats d'infermeria penitenciària inclou l'avaluació del pacient, l'administració dels medicaments, tractaments i avaluació dels seus efectes, intervencions en crisi, l'educació i la cura del pacient (ANA, 2007¹⁰⁶).

Segons Schoenly i Knox (2013) descriuen que la infermeria penitenciària és una pràctica complexa. Les necessitats de salut d'aquesta població estan

¹⁰⁶ Disponible a: <http://www.correctionalnurseeducator.com/>. Traducció pròpia.

caracteritzades per taxes desproporcionades de patologies mentals, dependència a alcohol i drogues, traumatismes, malalties cròniques i infeccioses. La infermera penitenciària és la responsable del control en la identificació i tractament de condicions que representen un nombre elevat de morbiditat i mortalitat per aquests grups, i és la que dóna les cures infermeres amb competència cultural. Tot això queda recollit en el seu últim llibre *Essentials of Correctional Nursing* elaborat com guia d'aprenentatge dels continguts específics de l'atenció infermera a les presons americanes.

Respecte a la seva formació, els infermers/es compten amb dues institucions que avalen l'organització i certificació d'una formació específica.

D'una banda, la *National Commission Correctional Health Care*¹⁰⁷ (NCCHC) expedeix un Certificat Professional de Salut d'Infermera Registrada (CCHP-RN) amb uns requisits d'ingrés que poden ser adoptats o modificats per la junta de síndics CCHP. Els requisits actuals són els següents:

- ▲ Posseir el *Certificat Correctional Health Care* (CCHP): aquest és el primer pas cap a un major coneixement i reconeixement professional, i la identificació com un líder en el camp complex i sempre canviant de l'atenció de salut correccional. L'assoliment de la certificació assegura que el professional de la salut està preparat per afrontar els reptes de la sanitat penitenciària.
- ▲ Han d'estar al corrent de la llicència d'infermeria.
- ▲ Estar en actiu com infermera registrada en un dels estats o territori dels EEUU, o estar en possessió del títol professional o equivalent d'un altre país reconegut legalment.
- ▲ Ha d'haver desenvolupat dos anys com infermera registrada a temps complet.

¹⁰⁷ Els orígens de la NCCHC es remunten a la dècada de 1970, quan un estudi de l'Associació Mèdica Americana de presons va trobar els serveis de salut desorganitzats, inadequats i amb manca de normativa. En col·laboració amb altres organitzacions, l'AMA va establir un programa que a principis de 1980 va esdevenir la Comissió Nacional sobre Assistència Mèdica Penitenciària. La missió d'aquesta organització era avaluar i desenvolupar les polítiques i programes per a un camp clarament amb necessitat d'assistència. Disponible a: [<http://www.ncchc.org/CCHP-RN-applying>].

- ✦ 2000 hores de pràctiques en una institució correccional en els últims tres anys.
- ✦ 54 hores de formació continuada com infermer/a, amb 18 hores específiques de cures d'infermeria penitenciària en els últims tres anys.

Per altra banda, l' *American Correctional Association*¹⁰⁸ (ACA) expedeix el Certificat d'Infermera de Correccional/Manager (CCN/M). Aquest certificat va dirigit als professionals que treballen com gerents d'infermeria als centres penitenciaris i que poden contribuir al desenvolupament de les polítiques i procediments, són els responsables de la seva aplicació i els que tenen l'autoritat sobre el personal d'infermeria. El perfil d'aquests professionals gerents inclou:

- ✦ Cures de salut a les presons.
- ✦ Aspectes juridicolegals de les presons.
- ✦ Salut mental.
- ✦ Pràctiques i estàndards d'infermeria.
- ✦ Administració de la seguretat i el medi ambient.
- ✦ Gestió regimental de reclusos/es.
- ✦ Gestió de conflictes.
- ✦ Gestió de recursos humans.

Els requisits per optar a aquest certificat són els següents:

- ✦ Posseir la llicència d'infermera registrada (RN).
- ✦ Associat, Llicenciatura en Ciències o Màster en Ciències de la infermeria o tres anys de diploma d'infermeria.

¹⁰⁸ Fundada el 1870 com l'Associació Nacional de Presons, és l'associació més antiga creada específicament per als professionals penitenciaris. El 1954 a Filadèlfia, el nom de l'Associació Americana de presons va ser canviada a l'Associació Correccional Americana (ACA), el que reflecteix la filosofia de l'expansió de les presons i del seu paper cada vegada més important dins de la comunitat i la societat en el seu conjunt. Disponible a : [\[http://www.aca.org/certification/ccn.asp\]](http://www.aca.org/certification/ccn.asp)

- ▲ Un any d'experiència en gestió d'infermeria penitenciària supervisada per personal mèdic i administratiu.

Per altra banda, l'ANA té publicats diferents articles i llibres sobre la infermeria penitenciària. Últimament, ha publicat la 2a edició del llibre *Correctional Nursing: Scope and Standards of Practice* (2013,) on es recull l'essencial de la pràctica de la infermeria penitenciària contemporània i una delimitació general del nivell de competència dels/es infermers/es de presons. Cal destacar que inclou aspectes històrico-legals, funcions pràctiques, així com una guia breu de l'ètica de l'infermer/a en l'àmbit penitenciari.

A Canadà, a l'igual que en altres països, les necessitats complexes de salut dels interns requereixen que els/les infermer/es tinguin coneixements especialitzats amb una forta capacitat de decisió clínica per atendre una clientela potencialment manipuladora i agressiva, que requereix d'atenció sanitària (Smith, 2005; Almost et al., 2013).

Almost et al. (2013) han proposat realitzar un estudi de la infermeria penitenciària en centres penitenciaris canadencs amb la finalitat de desenvolupar una intervenció educativa per la pràctica infermera en un context únic. La investigació es durà a terme en tres centres penitenciaris. Els objectius d'aquesta investigació són: descriure l'abast de la pràctica d'infermeria en els centres penitenciaris provincials, identificar les necessitats d'aprenentatge de les infermeres de presons, descriure les característiques de l'entorn de treball que donen suport a la atenció basada en informació, i desenvolupar i avaluar l'acceptabilitat i la viabilitat d'una intervenció d'educació en línia per donar suport a la atenció basada en informació dins del context únic dels establiments penitenciaris provincials.

El projecte abordarà diversos aspectes clau de la infermeria com: la infermeria de salut, la infermeria de recursos humans, la preparació de la infermera i la satisfacció laboral en un sector poc estudiat anteriorment, com és la infermeria penitenciària. En aquest estudi s'intenta analitzar el context de l'ambient de treball dels/les infermers/es penitenciaris/es, així com dels obstacles i suports per a la provisió de l'atenció basada en informació.

L'any 2005, Holmes et al. varen dur a terme el treball *Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire: Réflexion critique sur les (im)possibilités du soin infirmier au*

Canada et en France. L'objectiu d'aquest estudi era presentar els resultats d'una investigació centrada en les condicions de la pràctica infermera en els centres penitenciaris i la relació entre la salut i la presó, així com amb les diferències que es donen en les condicions de treball a les zones civils. El resultat d'aquesta investigació varen servir per fomentar una relació més estreta entre els serveis penitenciaris i les administracions locals, així com l'oportunitat perquè els/les infermers/es tinguessin un destacat paper a les presons i el desenvolupament de normes de salut en els serveis penitenciaris.

A França és la llei del 18 de gener de 1994 N. 94-43 relativa a la salut pública i la protecció social, la que planteja la base de la gestió de la salut dels detinguts. Aquesta llei estableix dos principis bàsics: donar la missió de servei als hospitals públics per a l'atenció dels reclusos i assegurança obligatòria mitjançant el règim de seguretat social. Aquesta llei es va complementar amb el Decret N.º 94-929 de 27 d'octubre de 1994 sobre la cura dels presos a càrrec dels centres de salut. Per dur a terme aquesta reforma, es varen crear Unitats de Consultes externes a les presons (UCSA).

La UCSA són unitats funcionals hospitalàries instal·lades a les presons i centres de salut dependents. Estan creades per personal de l'hospital i dirigides per personal facultatiu de l'hospital de referència. L'equip sol incloure metges generalistes, especialistes, dentistes, farmacèutics, infermeres, fisioterapeutes i personal administratiu. Aquests equips s'ajusten a la població i problemes sanitaris.

El paper de la infermeria a la presó es basa en els requisits que marca el decret de competències, en particular en el context de la funció pròpia. El paper de l'/la infermer/a les presons abraça les dimensions de: prevenció, curació, educació per a la salut i de relació. No obstant això, la dimensió relacional és un aspecte essencial i important en aquest univers on les persones pateixen el síndrome de la presonització. La formació d'aquest personal està a càrrec dels hospitals al quals pertanyen que inclou cursos específics per aquest personal (Allemand, 2007).

A Itàlia, la història de les infermeres de presons com a grup amb la seva pròpia disciplina professional, no té un passat. Un dels problemes fonamentals associats amb la seva recent inclusió és precisament la definició dels fenòmens que formen el territori d'interès específic i autònom, així com els instruments de treball que depenen de la llei DM núm. 14 setembre 1994 739, núm. 251, 10/08/2000, Codi

deontològic. Les competències dels infermers/es italians no difereixen de les d'altres països i estan basades principalment en la gestió del procés d'avaluació de necessitats dels detinguts, la gestió de l'organització assistencial, l'assistència a l'àmbit de la medicina general i d'especialitats, l'atenció a les drogodependències, malalties mentals, malalties infeccioses i l'àrea de maternoinfantil, així com la col·laboració en les urgències, emergències i a l'atenció a la multiculturalitat (Borri i Patriarca, 2010).

Al Regne Unit, els/les infermers/es que treballen a presons d'Escòcia, Nord d'Irlanda, Anglaterra i Gal·les poden ser contractats/des per la pròpia administració penitenciària o pel sistema nacional de salut (NHS), i són principalment infermers/es amb l'especialitat de salut mental, tot i que també treballen infermers/es generalistes registrats/des.

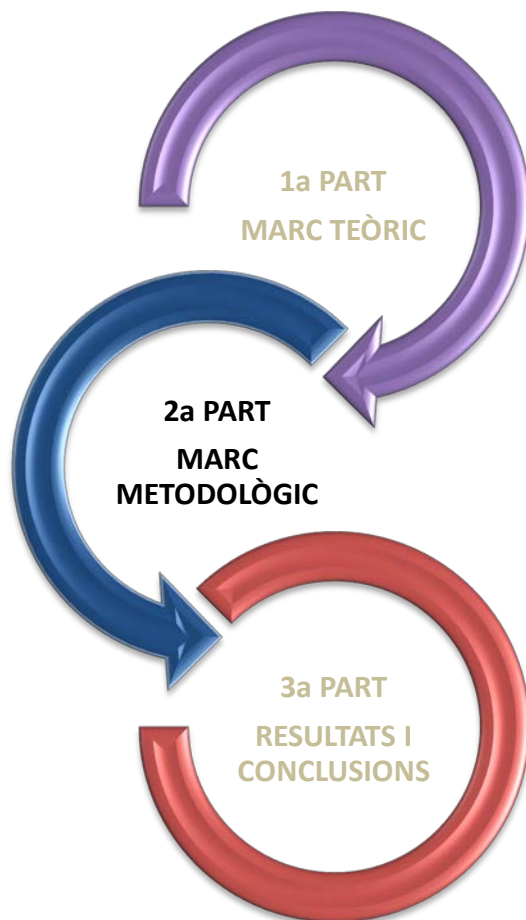
Aquest col·lectiu té al seu abast una guia elaborada per la *Royal College of Nursing*¹⁰⁹ anomenada *Health and nursing care in the criminal justice service (RCN guidance for nursing staff)*. Aquesta recull la unificació de criteris d'actuació infermera, en relació al funcionament i desenvolupament de les seves cures en el Servei de Justícia Criminal del Regne Unit, on queden inclosos els serveis de custòdia policial (*Custody nurses*), centres penitenciaris (*Prison nurses*) i centres d'immigració (*Immigration center nurses*).

Les malalties prevalents dels reclusos del Regne Unit no difereixen massa dels altres països europeus: problemes de salut mental, drogodependències, malalties infectocontagioses i malalties cròniques, a més de donar assistència a la dona reclusa i l'infant, i a persones amb discapacitats (RCN, 2009).

Segons un estudi publicat a *Journal of Advanced Nursing* sobre les cures d'infermeria dels reclusos: opinions i experiències del personal (Powell, 2010), els/les infermers/es s'han convertit en els principals proveïdors de l'assistència sanitària de les presons d'Anglaterra en substitució a l'anterior sistema dels serveis de salut penitenciaris. Aquest estudi es va realitzar a 80 professionals de la salut

¹⁰⁹ *Royal College of Nursing* (RCN): És una organització professional d'infermeres capacitades del Regne Unit fundada al 1916. El RCN s'ha convertit en un sindicat professional d'èxit. Durant un segle, el RCN ha estat pioner en les normes professionals per a les infermeres en la seva formació, les seves pràctiques i les seves condicions de treball. Avui en dia, el RCN compta amb més de 400.000 membres, i té el reconeixement de la "veu de la infermeria" pel govern i la comunitat. (Traducció pròpia). Disponible a: http://www.rcn.org.uk/aboutus/our_history

del medi penitenciari, en 12 centres anglesos. Varen entrevistar els 12 directors de salut de cada centre i es varen dur a terme 12 grups focals amb els informants clau (infermers/es i personal sanitari). La conclusió a la que es va arribar va ser que el canvi de model proposat pel NHS, conduït majoritàriament per infermers/es especialitzats va repercutir en canvis positius en la salut dels interns.



En els capítols anteriors s'han descrit els referents teòrics i conceptuals de la investigació. En el present capítol es desenvolupa la metodologia emprada en aquesta investigació. Es descriuen els objectius, l'anàlisi de necessitats utilitzada i el model d'acció, així com les fonts d'informació, i tècniques i instruments de recollida de dades amb la finalitat de respondre a la pregunta plantejada "És necessària una formació específica pels infermers/es que treballen en el medi penitenciari?" Tancarem aquest capítol des de la visió ètica i rigor científic de la investigació.

4.1 Aproximació Metodològica

El disseny d'aquesta investigació l'he abordat des de la metodologia constructivista/qualitativa. Aquesta metodologia està orientada a descriure i interpretar fenòmens socials, i per tant els educatius com fenòmens socials que són. S'interessa per l'estudi dels significats i intervencions de les accions humanes des de la perspectiva dels propis agents socials. Utilitza les paraules, les accions i els documents orals i escrits per a poder estudiar les situacions tal com són construïdes pels participants (Maykut i Morehouse, 1994). L'investigador qualitatiu intenta endinsar-se a l'interior de les persones i entendre-les des de dintre, realitzant una mena d'immersió en la situació i en el fenomen estudiat (Marshall i Rossman, 1989).

El procés d'investigació és interactiu, progressiu i flexible i les estratègies d'investigació estan al servei de l'investigador i no a la inversa. La recollida d'informació es du a terme a través d'estratègies interactives com: l'entrevista, l'observació participant o l'anàlisi de documents. Així s'obté d'una comprensió directa de la realitat. Alguns dels resultats de la investigació són creats, no descoberts. Creats a través de la interacció hermenèutica-dialèctica (hermenèutica, perquè és interpretatiu, i dialèctica, perquè persegueix una síntesi de les mateixes) entre l'investigador i els participants que realitzen l'estudi. La interacció guia la reconstrucció de la situació; s'espera que es pugui aconseguir consens sobre alguna construcció emergent que genera estímul i orientació per a l'acció. La construcció emergent és un esforç conjunt (Guba, 1993).

4.2 Investigació Avaluativa

Definir la investigació avaluativa amb una frase, delimitant-la d'altres enfocos o àmbits d'investigació no és fàcil, ja que existeixen múltiples zones de contacte que fan difícil la seva distinció. Com exemple, la investigació educativa aplicada i la investigació social tenen molts elements definitoris en comú amb la investigació avaluativa. Només ressaltant els elements més específics d'aquesta investigació podem establir un perfil definitori vàlid i útil per emmarcar el treball científic en aquesta àrea de desenvolupament creixent (Escudero, 2011). Però abans d'endinsar-nos farem una esmena al paradigma en que es nodreix la investigació avaluativa, a l'igual que es sustenta la investigació present, que és el paradigma pragmàtic.

Alguns autors veuen aquest paradigma com l'únic mitjà per resoldre els problemes epistemològics que té plantejats la investigació des d'una visió caracteritzada per la interacció entre acció i reflexió. El paradigma pragmàtic es troba en un enfoc reactiu de la investigació que ofereix cercar solucions a problemes concrets des d'una visió pragmàtica i contextualista (Escudero, 2011).

Seguint els principis del pragmatisme i el contextualisme, el paradigma pragmàtic està orientat a l'assoliment de projectes i programes que funcionin bé dintre d'un context real particular. El propòsit fonamental d'aquest paradigma no és la descripció i construcció de teories, sinó la presa de decisions per a la gestió i la planificació, la solució de problemes i la construcció pràctica de programes dins de la tradició investigadora aplicada (Fishman, 1991).

La investigació avaluativa s'emmarca en un context de canvi social. Aquest fet, element definitori primordial, sorgeix de la seva pròpia arrel paradigmàtica (Carr i Kemmis, 1983; Morin, 1985; Nisbet, 1988; Fishman, 1991), i és un element distingible en els treballs o estudis que es realitzen en aquest camp (Escudero, 2003).

Per poder definir aquest marc d'actuació és important anomenar els elements definitoris que Fishman va denominar com paradigma pragmàtic, i en el que la investigació avaluativa es sustenta. Aquests elements són els següents:

- a) *Fonamentació epistemològica en el construccionisme social.*
- b) *La ideografia com a mitjà bàsic d' investigació.*
- c) *La solució de problemes concrets com a finalitat.*
- d) *S'investiga sobretot en situacions naturals.*
- e) *S'utilitzen tan dades quantitatives com qualitatives.*
- f) *El principal nivell d'anàlisi és molecular.*
- g) *L'observació és la principal font de coneixement.*
- h) *S'emfatitza la predictibilitat de la conducta.*
- i) *Es cerca la millora dels programes socials.*
- j) *S'informa als responsables de prendre decisions sobre programes i pràctiques.*
- k) *Es treballa amb grans volums de dades. (Fishman, 1991, citat a Escudero, 2011, p. 32)*

La realitat a estudiar és una realitat social, una realitat multidimensional i complexa, a la que considerem que no és possible accedir únicament des d'una mirada quantitativa o qualitativa per la qual cosa hem cregut adequat la aproximació pragmàtica.

Tot i que aquest paradigma es conceptualitza com a tal, la investigació avaluativa inicia el seu camí com a disciplina acadèmica a mitjans del segle XX. Kish (1987) assenyala que existien algunes activitats anteriors, però data el naixement formal de la investigació avaluativa el 1955, en el International Social Science Bulletin. Anys després començaren a aparèixer articles i alguns manuals (Herzog, 1959; Suchman, 1967; Wright, 1967; Weiss, 1972). Altres autors com Gredler (1996), situen el començament de la investigació avaluativa el 1932 amb un estudi de seguiment de vuit anys en trenta escoles (Eight-Year Study), dirigit per Ralph W. Tyler. Mateo et al. (1993) es remunten a finals del segle XIX, el 1897, en el qual apareix un treball de J. M. Rice com la primera investigació avaluativa en educació.

A partir dels anys setanta, durant dos dècades, la recerca avaluativa va proliferar amb multitud de models d'avaluació que expressaven la pròpia òptica de l'autor que els proposava, sobre què era i com s'havia de conduir un procés avaluatiu. Es tracta d'una època caracteritzada per la pluralitat conceptual i metodològica.

Stufflebean (1983) proposa el famós model CIPP (context, input, procés i producte). Guba i Lincoln (1982) ens parlen de més de quaranta models proposats en aquests anys, que enriqueixen considerablement el vocabulari i la metodologia avaluativa. No obstant, sempre s'ha mantingut el debat sobre si aquests suposats models ho eren en el sentit estricte o constituïen simplement aproximacions diferenciades (Escudero, 2011).

L'avaluació existeix per a facilitar la presa de decisions intel·ligent (Edwards i altres, 1975), i en el cas que no es compleixi aquest requisit perd la seva especificitat. Per tant, podem dir que la investigació avaluativa és un tipus especial d'investigació social relacionada amb plans, programes i institucions socials i amb la presa de decisions. En aquest context és lògic definir a l'avaluador com un agent de canvi (McClintock, 2003; Calderon, 2004).

Kish (1987, citat per Escudero, 2011) va analitzar les principals característiques de la investigació avaluativa, prenent com a referència de comparació la investigació social en general, i va destacar les següents:

- ▲ La investigació avaluativa té a veure amb els programes d'acció social locals, nacionals i fins i tot internacionals.
- ▲ En la investigació avaluativa té lloc la cooperació entre una agència responsable d'un programa de acció social i l'equip de recerca responsable de l'avaluació. Però es necessita certa separació entre els investigadors i l'agència per facilitar la objectivitat de la investigació i assegurar la percepció pública de la mateixa. A vegades és necessari un intermediari, però la col·laboració entre totes les parts és vital. L'agència és responsable dels objectius de l'estudi, i l'equip és responsable de portar-lo a terme sota pressupostos científics.
- ▲ L'elecció de tractaments i procediments de observació està condicionada per les necessitats pràctiques d'avaluar l'eficàcia del programa estudiat. En aquest sentit, l'avaluador no té tanta llibertat pràctica per dissenyar el seu

estudi com altres investigadors. Entre d'altres aspectes, l'avaluador es veu obligat a treballar en el context natural del programa.

- ▲ La temporalització sol ser un assumpte delicat en la investigació avaluativa. En primer lloc, perquè és difícil acabar una investigació i suggerir decisions al respecte abans que el programa es posi en marxa, per molt que això sigui desitjable. D'altra banda, canviar o desmuntar un projecte/programa en funcionament trobarà sempre obstacles, fins i tot, quan falla perquè les crítiques són mal acceptades pels participants. A més, quan un projecte/programa afecta una població molt àmplia, el control empíric es complica.
- ▲ L'avaluació existeix per facilitar la presa de decisions intel·ligent, però fer una estimació de l'eficàcia d'un programa és alguna cosa més que el mesurament dels seus efectes. No basta amb detectar efectes, cal precisar la seva amplitud. Son molts els efectes d'un programa, alguns negatius, i aquests han de ser confrontats amb els positius. També cal buscar la detecció d'efectes no esperats (serendipity), i analitzar l'eficàcia en relació amb els costos i eficiència des de múltiples perspectives.
- ▲ La difusió de la recerca avaluativa segueix unes vies diferents dels de la investigació convencional. A l'agència se li ha d'informar a termini fix, mentre que al públic se li sol retardar o fins i tot amagar la informació molt a sovint reservada.

Les característiques abans esmentades de la investigació avaluativa a vegades entren en conflicte amb les normes de la investigació acadèmica i els equips avaluadors necessiten independència i objectivitat. Per aconseguir-ho s'han provat diferents formes de organització, com els equips aïllats de recerca dins d'agències públiques amb independència i reputació garantides (Converse, 1986),

La professora Carol H. Weiss (1970, 1972 i 1975), un dels màxims referents en el camp de la investigació avaluativa, va anar una mica més enllà, emfatitzant l'obligat entorn polític de la investigació avaluativa. En primer lloc,

perquè la investigació avaluativa tracta amb objectes, programes, institucions, etc. En segon lloc, perquè l'avaluació es fa per a alimentar la presa de decisions, i per tant, els seus informes entren en el terreny polític, competint amb altres elements

i factors que intervenen en el procés polític. I, en tercer lloc, cosa que segons Weiss és menys reconeguda, perquè l'avaluació té un sentit polític en si mateixa (Escudero, 2011).

Berk i Rossi (1990), assenyalen tres conceptes claus en la investigació avaluativa: l'espai polític que emmarca el domini de les decisions; els implicats (stakeholders), responsables polítics, participants, responsables administratius, etc.; i l'eficàcia dels programes, amb les seves múltiples perspectives d'anàlisi, tant internes com externes.

Scriven (1967) reconceptualitza la investigació avaluativa, i més específicament al que fa referència al marc comú de tot tipus d'avaluacions, per exemple: entre la de personal i la institucional. Segons Scriven, hi ha una disciplina general que té diverses àrees específiques desenvolupades autònomament. D'entre aquestes, destaquen les que ell anomena les sis grans (*Big Six*): avaluació de programes, avaluació de personal, avaluació de rendiment, avaluació de productes, avaluació de projectes i avaluació de polítiques. Scriven, destaca també dues grans àrees de l'avaluació: la que es produeix dins de cada disciplina acadèmica, amb les seves particularitats i especificitats, i l'avaluació de les avaluacions o metaavaluació. Altres àrees esmentades són l'avaluació curricular, la de la tecnologia, l'ètica mèdica, la jurisprudència, el control de qualitat industrial i altres diverses de menor abast.

El que aquesta disciplina general no s'hagi consolidat definitivament fins fa pocs anys, tot i tenint en compte el temps que feia que s'utilitzava la denominació, segons Scriven, es deu a l'ús restrictiu que s'ha fet de la mateixa. Així, per exemple, el terme *evaluation* ha aparegut de manera genèrica en molts títols de llibres. S'hauria d'haver suposat que es referien a una disciplina general, malauradament, a l'obrir els llibres, durant sis dècades, aquests, es referien a l'avaluació (*assessment*) dels estudiants, és a dir, a una part d'una àrea aplicada d'una disciplina acadèmica (avaluació del rendiment educatiu). Posteriorment, aquest terme es referia a l'avaluació de programes, amb poques referències a l'avaluació (Escudero, 2011).

Clarke i Dawson (1999) fan una àmplia reflexió sobre el concepte d'avaluació i les diferents posicions que s'han donat i es mantenen, i que configuren en l'actualitat la disciplina. També assenyalen la tendència a utilitzar com intercanviables els

termes avaluació i recerca avaluativa, però reconeixen l'existència d'algunes diferències entre ambdós termes.

Resumint, podem dir que la investigació avaluativa es planteja sempre en un context real, al servei de les polítiques socials, en definitiva, al servei del canvi i del desenvolupament social, i per tant, és un instrument intermedi d'ajuda a altres disciplines i àmbits com l'educació, la sanitat, la cultura, el benestar social, etc., ja que es planteja directament l'objectiu d'oferir les millors opcions d'acció entre totes les alternatives possibles. Es tracta d'ajudar a resoldre problemes que es donen en aquests àmbits. La investigació avaluativa es mou en un context de resolució de problemes. En aquest sentit, l'avaluador es veu obligat a utilitzar el coneixement teòric en la resolució de problemes pràctics, exercint el paper de facilitador de la integració de la recerca bàsica i la pràctica (Urban i Trochim, 2009).

Des d'una posició global i comprensiva d'aquest tipus de plantejaments, una possible definició actualitzada de la investigació avaluativa, seria la següent:

Un tipo de investigación aplicada, que incide sobre objetos sociales, sistemas, planes, programas, participantes, instituciones, agentes, recursos, etc., que analiza y juzga su calidad estática y dinámica según criterios y estándares científicos rigurosos múltiples, externos e internos, con la obligación de sugerir acciones alternativas sobre los mismos para diferentes propósitos como planificación, mejora, certificación, acreditación, fiscalización, diagnóstico, reforma, penalización, incentivación, etc. (Escudero, 2006, p. 271).

Aquesta definició de la investigació avaluativa concorda amb les d'altres autors com McMillan i Schumaquer (1984) i Arnal et al. (1992), o amb la denominació d'avaluació de programes de Colas i Rebollo (1993) i De la Orden (1985).

En consonància amb aquests plantejaments, aquesta investigació manté el propòsit inicial de demostrar que el context penitenciari i els factors de salut característics de la població reclusa, actuen com un element diferenciador de l'atenció infermera respecte a l'atenció que es dona als diferents àmbits externs (primària, hospitalari, geriatria, salut mental,...), requerint aquests d'unes competències específiques i unes àrees de formació concretes.

En el camp de la investigació avaluativa ens trobem amb l'avaluació diagnòstica o diagnòstic de necessitats. En aquest cas concret, la investigació es durà a terme

mitjançant una anàlisi de necessitats, ja que el que ens interessa es poder reunir les dades necessàries per poder identificar la situació en que es troba la població objecte d'estudi, és a dir, els infermers/es que treballen en els centres penitenciaris de Catalunya i poder arribar a la presa de decisions, el que ens porta a fer la següent pregunta:

Els infermers dels centres penitenciaris de Catalunya necessiten una formació específica per tal de poder desenvolupar el seu rol professional ?

4.3 Objectius

Per tal de delimitar amb claredat la investigació que ens ocupa, així com l'objecte d'estudi ens vàrem plantejar els següents objectius. Aquests guiaran i emmarcaran la nostra recerca, el que ens permetrà fer un diagnòstic i arribar a una presa de decisions.

Objectius generals

- ▲ Interpretar el context penitenciari i els factors de salut característics de la població reclusa com un element diferenciador de l'atenció infermera.
- ▲ Valorar el perfil de competències específiques i àrees de formació requerides per desenvolupar el treball infermer en el context penitenciari.

Objectius específics

- ▲ Definir els factors de salut característics de la població reclusa en base als programes de prevenció i promoció de la salut, els protocols i les estadístiques sanitàries.
- ▲ Descriure el context penitenciari i les característiques que afecten el desenvolupament de la tasca infermera.
- ▲ Analitzar les competències del pla d'estudis del grau d'infermeria des de la perspectiva del perfil de l'infermer/a de presons.
- ▲ Analitzar i contrastar les percepcions del gestors (caps d'infermeria) i dels infermers/es en actiu dels centres penitenciaris de Catalunya, en relació a la seva realitat formativa assistencial.

- ✦ Identificar i descriure les àrees de formació competencial de l'infermer/a penitenciari/a.

4.4 Anàlisi de Necessitats

4.4.1 Concepte de Necessitat

Per poder parlar de l'anàlisi de necessitats primer cal definir que és una necessitat. Però definir una necessitat no és fàcil ja que es tracta d'un concepte complex i de característiques polisèmiques. A l'àmbit socioeducatiu ens trobem amb diferents autors que defineixen el terme necessitat.

Mckillip (1989) defineix la necessitat com un judici de valor de que algun grup te un problema que pot ser solucionat. Aquesta definició consta de quatre aspectes:

- ✦ Reconèixer una necessitat implica parlar de valors. Persones amb diferents valors reconeixeran diferents necessitats. A més, la persona que observa la necessitat i la que l'experimenta poden tenir diferents opinions.
- ✦ Un grup pot sentir una necessitat en unes circumstàncies determinades.
- ✦ Un problema és un resultat inadequat. Un resultat que no respon a les expectatives. Els problemes també poden ser indicadors de processos inadequats i innecessaris.
- ✦ Reconèixer una necessitat implica considerar que existeix una solució per un problema. Un problema pot tenir moltes solucions potencials.

Sanz (1990) descriu que la necessitat pot ser real, però no coincidir amb la necessitat expressada.

Pérez-Campanero (1991) afirma que la necessitat està associada a judicis de valor referits a un problema per resoldre. Depèn de qui defineix la necessitat i de qui l'experimenta. Es produeix en un determinat context i reconèixer-la implica expectatives i judicis en quant a la resolució de problemes, independentment de les diferents solucions que es puguin donar.

Zabalza (1998) defineix la necessitat com una discrepància que es produeix entre la manera en com haurien de ser les coses (exigència), podrien ser (necessitats de desenvolupament), o ens agradaria que fossin (necessitats individuals), i la forma com realment són. És a dir, el que determina la necessitat és la diferència entre l'estat actual i el desitjat.

Suñe i Imbernón (2002) sostenen que el terme necessitat és difícil de definir a causa de la seva amplitud. Depèn de la perspectiva o la mirada del definidor, de la seva ideologia i forma de veure la formació. En aquest sentit, necessitat es pot definir com:

- ✦ Carència: concepte de necessitat normatiu o prescriptiu.
- ✦ Voluntat de canvi desitjada pel grup.
- ✦ Sensació percebuda pel col·lectiu.
- ✦ Expressada per l'individu.
- ✦ Relativa a una situació aliena.

Aquestes necessitats es poden agrupar en dos blocs: un de carències, que entén la necessitat com la discrepància, la distància entre el que es sap i el que s'hauria de saber o necessitat formativa; l'altre bloc el de problemes, basat amb el que es pensa i s'expressa, és com un judici de valor d'un grup que té un problema susceptible de solució.

Altres autors com Rodrigues i Esteves (1993) i Estrela et al. (1998) opinen que no existeixen necessitats úniques i que aquestes varien d'acord amb el context en el que passen i un cop satisfetes poden ser l'origen de noves necessitats.

Rodrigues i Esteves (1993) classifica les necessitats com:

- ✦ Necessitats de les persones versus necessitats del sistema.
- ✦ Necessitats particulars versus necessitats col·lectives.
- ✦ Necessitats conscients versus necessitats inconscients.
- ✦ Necessitats actuals versus necessitats potencials.
- ✦ Necessitats segons el context on es manifesten.

4.4.2 Què és una Anàlisi de Necessitats (AN)?

Segons Sanz (1990), que ha tractat el tema des d'una posició global i teòrica, l'anàlisi de necessitats (AN) és un conjunt de procediments sistemàtics amb el propòsit d'establir prioritats i permetre la presa de decisions sobre programes i sobre assignacions de recursos.

Witkin (1994) defineix l'anàlisi de necessitats com un conjunt sistemàtic de procediments lògics que tenen com propòsits establir prioritats i permetre la presa de decisions quant a la millora d'un programa o organització. Les prioritats es basen en les necessitats identificades.

Pérez-Campanero (1991) descriu l'anàlisi de necessitats com un estudi sistemàtic d'un problema, que es du a terme incorporant informació i opinions de diferents fonts per prendre decisions sobre el que s'ha de fer.

L'anàlisi de necessitats és un procés lògic en el que la informació es va canalitzant durant la cerca d'una solució. A cada etapa que es va cobrint apareix informació específica sobre el problema o necessitat a tractar, això implica recollir informació i processar-la per després poder analitzar-la i interpretar-la. Per Pérez-Campanero (1991) l'AN comporta una sèrie de avantatges que interessa tenir en compte:

- ▲ Aconsegueix el compromís de tots els implicats en el procés.
- ▲ Genera recolzament de les institucions.
- ▲ Implica totes les fonts abans de executar qualsevol situació.
- ▲ Ofereix informacions per realitzar avaluacions de la intervenció socioeducativa.
- ▲ Estalvia temps i esforç en la fase de disseny i planificació dels programes d'intervenció.
- ▲ Comporta estalvi econòmic perquè ajuda a utilitzar correctament els recursos mitjançant una gestió més eficaç.
- ▲ Reconeix altres formes d'abordar els problemes, a més, o en el lloc de la intervenció socioeducativa.

- ▲ Ofereix a les persones dedicades a la presa de decisions, alternatives basades en dades reals i no en imposicions, tradicions, opinions, sentiments, capritxos, etc.
- ▲ Permet orientar l'esforç en vers les prioritats.
- ▲ Dóna al programa d'intervenció una fonamentació i credibilitat, aconseguint l'adhesió necessària per a la seva aplicació.
- ▲ Les necessitats són sempre deduïdes a partir de la sistematització de les eines i mètodes emprats i no només de la intuïció.
- ▲ Proporciona una informació útil, organitzada i sistemàtica a tots els que intervenen en el procés, incloent als que han de prendre decisions i comunicar-les a altres persones.
- ▲ Ajuda a implicar als diferents elements involucrats en el procés.

L' AN es realitza abans de fer una investigació socioeducativa per tal d'identificar àrees deficitàries i planificar accions de millora relacionades amb persones, grups, institucions, comunitats i societats.

4.4.3 Models d'Anàlisi de Necessitats

Segons alguns autors una anàlisi de necessitats socioeducatiu es pot dur a terme de diferents maneres. D'entre els diferents models citarem els de: Kaufman (1973), Mckillip (1987), Cox (1987), Rosset (1987) i Pérez-Campanero (1991).

Model de Kaufman

Kaufman (1973) desenvolupa un model d'AN en torn a la planificació de les organitzacions de 18 passos en el que l'avaluació de necessitats ocupa un lloc determinant. Per a la determinació de necessitats identifica els següents elements:

- ▲ Participants en la planificació: executors, receptors i societat.
- ▲ Discrepància entre el que és i el que hauria de ser entorn a: entrades, processos, productes, sortides i resultats finals.
- ▲ Priorització de necessitats.

Segons Kaufman, l'AN consta de nou etapes:

1. Presa de decisió quan a la planificació.
2. Identificació del problema.
3. Determinar el camp de la planificació.
4. Identificació dels possibles mitjans i procediments d'avaluació de necessitats, seleccionar els millors i obtenir la participació dels interessats en la planificació.
5. Determinar les condicions existents en termes d'execució mesurables.
6. Determinar les condicions que es requereixen en termes d'execució mesurables.
7. Conciliar qualsevol discrepància que existeixi entre els participants de la planificació.
8. Assignar prioritats entre les discrepàncies i seleccionar aquelles a les que se'ls vagi a aplicar una acció en concret.
9. Assegurar que el procés d'avaluació de necessitats sigui un procediment constant.

Model de Rossett

El model que desenvolupa Rosset (1987), consta de quatre elements fonamentals:

- ▲ Situacions desencadenants: D'on partim i a on anem.
- ▲ Tipus d'informació que cerquem: Òptims, reals, sentiments, causes i solucions:
 - Òptims: com haurien de ser les coses o la situació.
 - Reals: la situació existent o com són les coses actualment.
 - Sentiments: com senten el problema les persones afectades.

- Causes: perquè existeix el desfase entre el actual i l'òptim.
- Solucions: que fer per acabar amb el problema.
- ▲ Fonts d'informació.
- ▲ Instruments per l'obtenció de dades.

Aquest model gira al voltant de l'anàlisi de necessitats de formació i pren com a eix central el conjunt d'elements del segon punt per arribar al rendiment satisfactori i desitjat.

Model de McKillip

McKillip (1987) ens presenta tres models d'anàlisi de necessitats que es poden considerar d'acord amb els valors que els són inherents:

1. Models de discrepància.
2. Model de màrqueting.
3. Model de presa de decisions.

1. Model de discrepància: correspon al model d'anàlisi de necessitats de Kauffman, i segons l'autor és el model més utilitzat en la identificació i avaluació de necessitats en educació. Es desenvolupa en tres fases:

- Determinen els objectius que corresponen a les condicions desitjades.
- Avaluat la situació existent (el que és).
- Identifica les discrepàncies existents entre la situació que existeix i la que hauria d'existir que es jerarquitzen d'acord amb l'amplitud (com més gran és la discrepància, més gran és la necessitat).

L'avantatge d'aquest model es facilita la presa de decisions, ja que es basa en l'anàlisi de discrepància entre els objectius que es desitgen i la situació existent. La desavantatge més evident és la part tecnològica i el fet de dependre exclusivament d'experts, privilegiant els productes més que el procés (Rodrigues i Esteves, 1993; Estrela, 1998).

2. Model de màrqueting: En aquest model es fa èmfasi als valors dels comunicadors. L'anàlisi de necessitats és un procés de feedback que les organitzacions utilitzen com eina per conèixer les necessitats dels clients. Aquest procés és un mitjà de supervivència i desenvolupament de les organitzacions.

3. Model de presa de decisions: Aquest model emfatitza els valors dels que decideixen. La seva aplicació és difícil perquè cerca poder explicar els valors i el paper que els que prenen decisions desenvolupen en l'anàlisi de necessitats.

Segons Mckillip aquest model consta de cinc fases:

- Identificació dels destinataris, tenint en compte el resultats de l'anàlisi de necessitats.
- Caracteritza la població i el context.
- Identifica les necessitats de la població.
- Avalua la importància de les necessitats en base a criteris explícits, i cercant conèixer les necessitats prioritàries.
- Comunicació dels resultats.

Model de Cox

Cox (1987) elabora una guia per a la resolució de problemes comunitaris que de manera resumida consta dels següents aspectes:

- ▲ Institució.
- ▲ Professional contractat per resoldre el problema.
- ▲ Com perceben els problemes el professional i els implicats.
- ▲ Context social del problema.
- ▲ Característiques de les persones implicades en el problema.
- ▲ Formulació i priorització de metes.
- ▲ Estratègies a utilitzar.

- ▲ Tàctiques per a aconseguir l'èxit de les estratègies.
- ▲ Avaluació, modificació, finalització o transferència de l'acció.

Disseny d'Illinois

Sanz (1990) descriu alguns punts d'una guia per dissenyar estudis d'anàlisi de necessitats realitzada a Illinois (1981) i que sintetitza de la següent manera:

- ▲ Preparació:
 - Determinar els elements claus de l'anàlisi de necessitats.
 - Clarificar les raons o motius de l'estudi.
 - Fer una aproximació inicial a les necessitats d'informació del client i de les audiències.
 - Assegurar i mantenir la viabilitat política.
 - Descriure als subjectes objecte del nostre estudi.
 - Identificar altres variables d'interès.
 - Formular el disseny general de l'estudi.
 - Desenvolupar un pla d'acció.
 - Resumir els acords formals que estaran presents en l'anàlisi de necessitats
- ▲ Implementació:
 - Adquirir els instruments necessaris.
 - Recollir les dades.
 - Analitzar i sintetitzar les dades obtingudes.
 - Presentar els resultats.

▲ Aplicació:

- Analitzar el mèrit de l'estudi.
- Aplicar les conclusions i projeccions.
- Ajudar a fer un ús complert dels resultats.

Model de Pérez-Campanero

Pérez-Campanero (1991) desenvolupa un model per a l'anàlisi de necessitats de intervenció socioeducativa que denomina A.N.I.S.E. Aquest model pretén reunir les dades necessàries sobre una sèrie de problemes viscuts per un sector de la població, per tal d'aconseguir una adequada presa de decisions sobre la implementació o no d'un programa d'intervenció, determinar la seva amplitud, formular els objectius i fonamentar tot el procés de planificació, implementació i posterior avaluació.

El model que proposa Pérez-Campanero, consta de tres fases desenvolupades en onze etapes:

▲ Fase de reconeixement:

- Identificar les situacions desencadenants.
- Seleccionar instruments per l'obtenció de dades.
- Cerca de fonts d'informació, realitzant l'anàlisi de la comunitat, determinant les persones implicades i altres fonts d'informació.

▲ Fase de diagnòstic:

- Identificar la situació actual, en termes de resultats.
- Establir la situació desitjable, també en termes de resultats.
- Analitzar el potencial, en termes de recursos i possibilitats.
- Identificar les causes de les discrepàncies entre la situació actual i la desitjable, en termes de condicions existents i requerides.

- Identificar els sentiments que produeixen als implicats aquestes discrepàncies.
 - Definició del problema en termes clars i precisos.
- ▲ Fase de presa de decisions:
- Prioritzar els problemes identificats.
 - Proposar solucions, avaluant el cost, impacte i viabilitat.

En conclusió a tot l'exposat, podem dir que les etapes dels processos dels anàlisis de necessitats que els autors presenten no difereixen massa entre ells, i que existeix una gran diversitat de models, de tècniques i d'instrument. La seva elecció dependrà dels objectius que es pretenguin i dels mitjans que es disposi (Kaufman, 1973; Barbier i Lesne 1977; Rodrigues i Esteves, 1993).

Un cop revisada la literatura anterior, hem considerat adient realitzar una AN des de la perspectiva del model A.N.I.S.E. de Pérez-Campanero (1991), doncs treballa factors destacats com:

- ▲ Conèixer la realitat de la comunitat amb la que es pretén treballar a través de l'anàlisi de la comunitat amb l'aplicació de diferents tècniques (Reconeixement).
- ▲ Identificació de la situació actual, identificació de la situació desitjable, anàlisi del potencial, identificació dels factors i els sentiments i definició del problema (Diagnòstic).
- ▲ Priorització de problemes percebuts, buscar solucions per formular metes i dissenyar un programa d'intervenció (Presa de decisions).

4.5 Model A.N.I.S.E.

Aquest model pretén reunir les dades necessàries sobre una sèrie de problemes viscuts per un sector de la població, per tal d'aconseguir una adequada presa de decisions sobre la implementació o no d'un programa d'intervenció, determinar la seva amplitud, formular els objectius i fonamentar tot el procés de planificació, implementació i posterior avaluació (Pérez-Campanero, 1991).

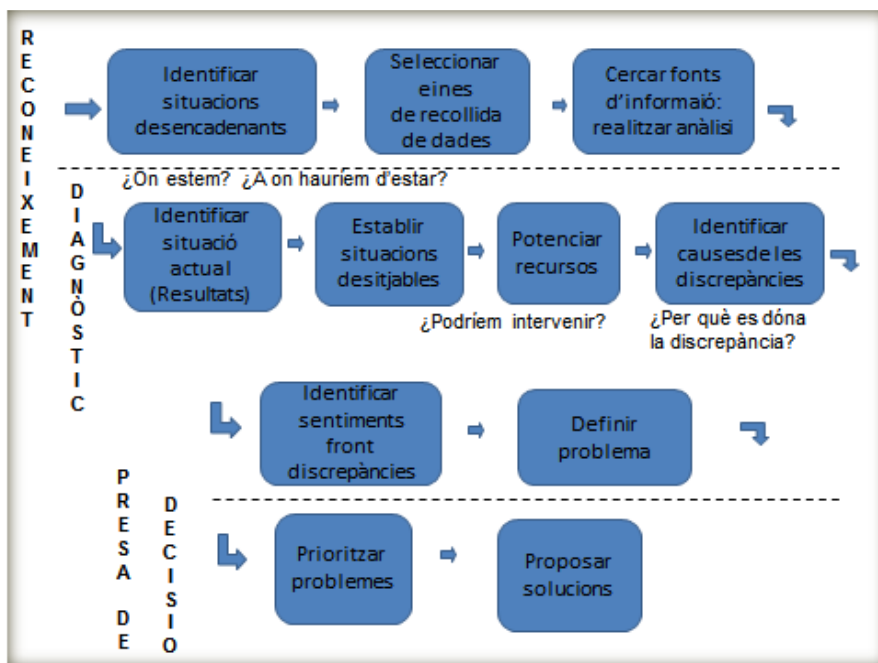


Figura 13: Model A.N.I.S.E.
 Font: Elaboració pròpia a partir de Pérez-Campanero (1991).

El que es pretén amb aquesta anàlisi de necessitats és reunir totes les dades necessàries per tal de poder posar de manifest els factors que influeixen en el desenvolupament de les actuacions infermeres en el medi penitenciari.

Tot seguit explicaré el model d'acció basat en l'A.N.I.S.E. descrivint cada una de les fases principals, així com les tècniques i instruments de recollida d'informació i anàlisi per a cada una.

Aquest model es compon de tres fases fonamentals: fase de reconeixement, fase de diagnòstic i fase de presa de decisions, desenvolupades en onze etapes.

4.5.1 Fase de Reconeixement

En aquesta primera fase el que es pretén és identificar les situacions desencadenants del problema, seleccionar els instruments per a la recollida de dades i fer la cerca de les fonts d'informació (Perez-Campanero, 1991).

4.5.1.1 *Identificació de situacions desencadenants*

Com ja he explicat a la introducció i marc teòric d'aquesta tesi, la realitat dels infermers que treballen a les presons de Catalunya està marcada per una sèrie de factors que predisposen la seva actuació. Aquests factors influeixen en el benestar de la població reclusa i per tant també en la seva salut.

Un dels factors més importants a tenir en compte entre les situacions desencadenants és privació de llibertat, ja que comporta una desvinculació de la família, dels amics i del seu entorn social. Aquest trencament pot provocar una sèrie de canvis en el seu estat emocional que poden acabar produint crisis d'ansietat, estats depressius i manca de confiança amb els professionals i els seus companys/es (Redondo, Funes i Luque, 1993). Altres aspectes a considerar són tots aquells factors, no menys importants, com la immigració, la cultura, els costums, les diferents religions, la barrera idiomàtica i la manca de coneixement i ús de la xarxa de salut pública, com origen de possibles necessitats.

També, les patologies prevalents en el medi com: la patologia mental, les drogoaddiccions, les malalties infectocontagioses,... i les influències legals que afecten a la salut dels interns (reivindicació de drets mitjançant el seu cos: vagues de fam i temptatives d'autòlisi), fan que el dia a dia del personal d'infermeria estigui rodejat d'una amalgama de situacions que no existeixen en el context sanitari extern i que per tant intuïm que podrien ser situacions desencadenants a explorar.

Aquests factors ja van ser estudiats per Coll i Mejías (2002) en el treball "Perfil dels infermers de presons" en el qual es va demostrar que el personal d'infermeria de presons tenia un perfil diferent al dels infermers que treballaven en el medi hospitalari, en atenció primària o en altres àmbits com el sociosanitari o la geriatria. L'infermer de presons havia de tenir unes aptituds i unes actituds específiques i ser polivalent quan a les seves actuacions.

D'altra banda, no podem obviar la incorporació d'aquests professionals a un medi desconegut, amb uns riscos associats com són la seguretat i la penositat, i unes condicions de treball diferents a les que es donen a la xarxa externa de salut: custòdia de l'instrumental de cures i de la medicació, observació contínua per part del personal de seguretat, la relació triangular entre l'equip de salut, el personal

de seguretat i el propi intern-pacient, sense deixar de banda la institució per la qual treballen aquests professionals.

A continuació, es detalla gràficament la interconnexió de les situacions desencadenants.

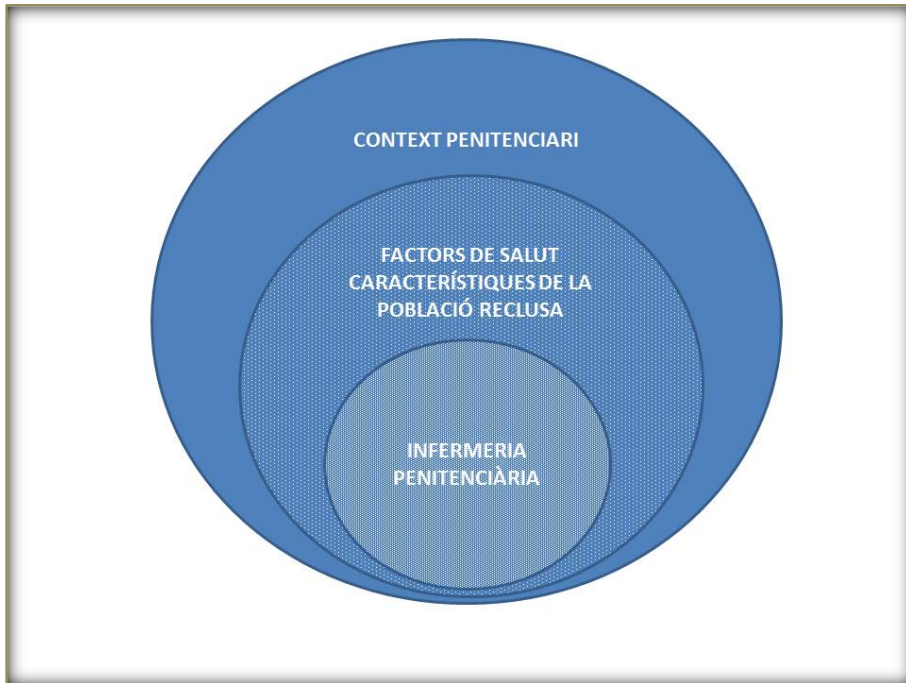


Figura 14: Identificació situacions desencadenants.

4.5.1.2 Selecció d'instruments per a la recollida de dades

Són moltes les tècniques i instruments que es poden utilitzar per a l'obtenció d'informació en una anàlisi de necessitats, totes, encaminades a investigar sobre el problema a intervenir. Per aquesta investigació i a la vista de la informació que es requereix hem considerat adequats els següents instruments:

- ▲ La enquesta mitjançant qüestionari autoadministrat. La utilització d'aquest instrument ens permet obtenir un màxim d'informació d'un màxim de persones en llocs de difícil accés com són els centres penitenciaris.
- ▲ El grup focal o focus grup. És una tècnica qualitativa de recollida de dades que consisteix en que un petit grup de persones discuteixi sobre una sèrie de tòpics o temàtiques induïts en la dinàmica interactiva per un

moderador. Mitjançant el grup focal podrem enregistrar com els participants, en el nostre cas els experts o caps d'infermeria, elaboren de forma grupal la seva realitat i experiència.

4.5.1.3 Fonts d'informació

Tenint en compte la informació que es requereix per a dur a terme aquesta investigació, hem considerat uns informants clau, d'una banda, al total d'infermers que presten els seus serveis en el centres penitenciaris de Catalunya, i de l'altra, als gestors o caps d'infermeria dels esmentats centres. Igualment, existeix una altra informació que resultarà de l'anàlisi bibliogràfica, per exemple: tot el que fa relació amb el context penitenciar, de la revisió del pla d'estudis del grau d'infermeria i de l'oferta formativa de segon cicle d'infermeria.

4.5.2 Fase de Diagnòstic

Constitueix el nucli del model A.N.I.S.E i respon a la cerca del tipus d'informació que necessitem. Les dades recollides a la fase anterior no són aleatòries sinó que procedeixen de la percepció del problema, per tant, existeixen uns reptes als que se'ls ha de donar resposta (Perez-Campanero, 1991). Tractarem els aspectes relacionats amb la situació actual, la desitjable, les causes de discrepància entre ambdues i els sentiments que aquestes discrepàncies produeixen als diferents implicats. Així podrem arribar a una correcta definició del problema.

4.5.2.1 Situació actual

En aquesta fase el que es pretén és identificar l'estat actual de la situació, "el que és", responent a la pregunta: on estem actualment?

La situació actual contempla diferents aspectes, per una banda, tenim un col·lectiu o grup d'infermers heterogeni, és a dir, un grup de professionals que a través dels anys i l'experiència han adquirit la formació i totes aquelles destreses socials que configura la socialització (Fermoso, 1994¹¹⁰) de l'infermer/a en el medi penitenciar, i un segon grup de professionals, interins i personal eventual

¹¹⁰ Fermoso (1994): Habilitats socials que compten amb les principals destreses socials, configurant la socialització, en quan aquesta suposa supervivència, perquè, per la seva naturalesa, no poden figurar entre elles el component mental referit a creences, formes de pensar, valors i codis morals més repetits a la comunitat de la que es parteix. Aquesta és la raó que justifica la seva aparent superficialitat, encara que moltes requereixen maduresa, control emocional i bona disposició perquè les relacions amb els altres siguin positives i benéfiques.

(substituts), amb característiques molt diferents. Alguns d'ells quan inicien la seva vida laboral com a infermers/es de presons tenen formació de segon cicle en les àrees d'infermeria de més demanda, però en contrapartida amb un total desconeixement del medi. Altres, han tingut una primera aproximació a través de les pràctiques de la diplomatura o del grau, en concret, els estudiants de la Facultat de les Ciències de la Salut Blanquerna, però no tenen formació de segon cicle en relació a les àrees de l'infermer/a penitenciària. El que si és cert, és que a tots els manca el més important per poder treballar com infermers/es de presons, que és: conèixer l'entorn, el tipus de pacient, el saber interaccionar tant amb el pacient-intern com amb els diferents col·lectius que treballen en un centre penitenciari, així com la reglamentació i normativa penitenciària. Paral·lelament, també existeixen altres aspectes del professional com: valors, creences, pors al propi medi... que poden influir positiva o negativament a l'hora de donar una atenció de qualitat.

Per altra banda, la realitat actual dels estudis de grau és que només contemplem la formació de l'infermer/a generalista i per tant, als nous graduats els hi manca la formació específica i les competències que es requereixen per poder treballar com infermers de centres penitenciaris. En el marc teòric, hem explicat àmpliament el context penitenciari amb la intenció de donar a conèixer la realitat d'aquest món, i que el lector pugui arribar a entendre el perquè l'atenció d'infermeria a les presons requereix de professionals polivalents capaços de donar una assistència suficient i de qualitat.

Tot seguit, es detallen els factors influents en la situació actual de la tasca infermera de presons.

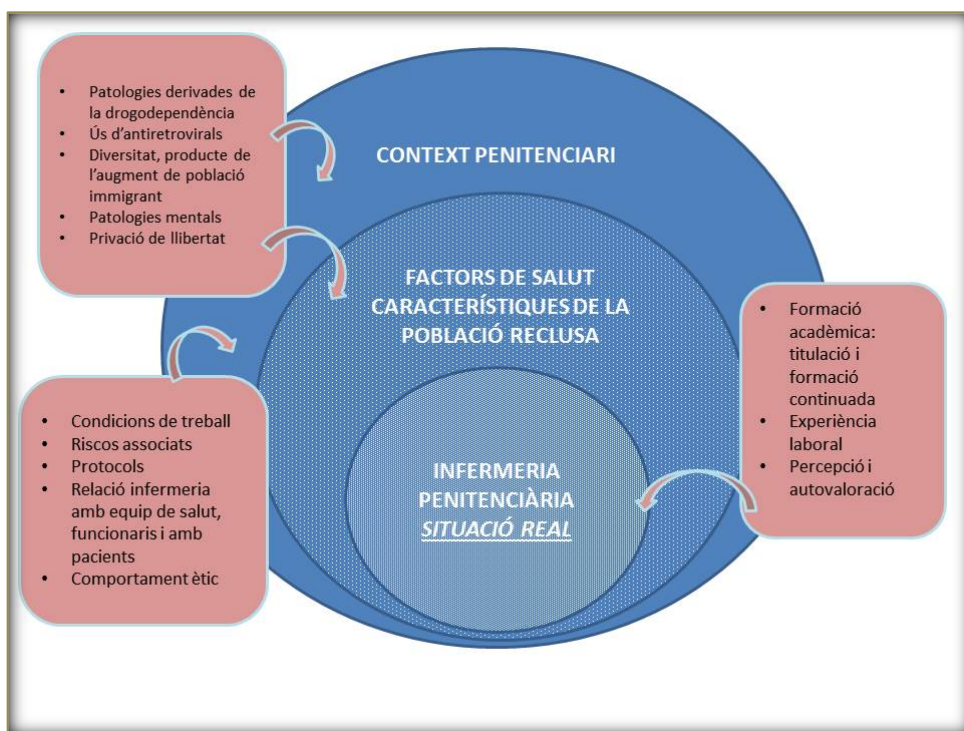


Figura 15: Factors influents en la situació actual.

4.5.2.2 Situació desitjable/ideal

En aquesta etapa el què cerquem és “el que hauria de ser” responent a la pregunta on hauríem d’estar? per esbrinar quina seria la situació ideal. En aquest cas és important saber diferenciar entre situació desitjable i situació ideal. En alguns casos aquestes dues situacions poden coincidir però és millor separar-les, ja que mentre que la situació desitjable ens porta a on realment haurien d’estar, la ideal ens pot portar a no tenir en compte les possibilitats reals i en definitiva al fracàs. (Perez-Campanero, 1991).

Pels infermers/es de presons la situació desitjable és el poder estar dotats amb les competències, és a dir, els coneixements, habilitats, aptituds i actituds que realment es necessita pel desenvolupament de la seva tasca.

A continuació, es pot observar el gràfic de la situació ideal del perfil de l’infermer/a de presons.

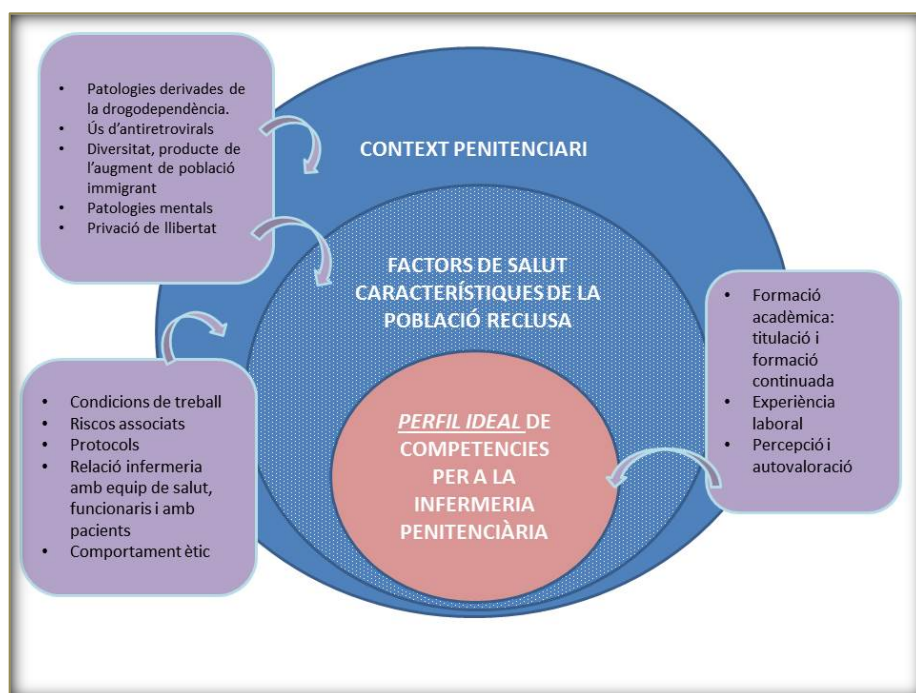


Figura 16: Situació ideal.

4.5.2.3 Anàlisi del potencial

En l'anàlisi del potencial es tracta el sistema d'accions de la intervenció socioeducativa possibles en una situació definida en l'espai i en el temps, comprovant si existeixen les condicions que permetin la intervenció. També ens proporciona el panorama de riscos que es poden tenir si no es pren alguna decisió. Mitjançant aquesta anàlisi inferim si es podrà assolir la situació desitjable prenent les decisions precises que corresponguin a l'aplicació del sistema d'accions possibles (Pérez-Campanero, 1991).

Elements claus que s'han tingut en compte a l'hora de proposar una intervenció pels infermers/es del medi penitenciar:

- ✦ Que els professionals que estan en actiu, si ho desitgen, puguin millorar els seus coneixements depenent del model que es decideixi per a la millora.
- ✦ Que la proposta que es decideixi efectivament correspongui a lo desitjable des del punt de vista del contingut, i que tingui la possibilitat de diferents itineraris per a que sigui factible i atractiva.

- ▲ Que la decisió que es prengui no sigui només pels professionals que estan en el sistema, sinó que també a les noves incorporacions, de manera que la situació desitjable es pugui mantenir en el temps.
- ▲ És important que les accions tinguin el recolzament polític i institucional

4.5.2.4 Identificació de les causes de discrepància

Aquesta etapa respon a la pregunta que està causant el problema? i, què hi ha darrera de cada problema? Els problemes solen tenir diferents causes i només podem resoldre'ls quan sabem quines són. Existeixen diferents grups de causes: absència de destreses i de coneixements, entorn problemàtic, absència de motivació i/o d'incentivació defectuosa o inexistent (Pérez-Campanero, 1991).

És evident que entre la situació actual, és a dir, la real i la desitjable existeixen una sèrie de discrepàncies: discrepància formativa entre els infermers/es en relació a la formació rebuda, discrepància quan al coneixement de l'entorn, discrepància quan a les habilitats socials i discrepància quan als factors de salut característics de la població reclusa. Les causes d'aquestes discrepàncies, en el nostre cas, són de diferent tipus: institucionals, derivades de la complexitat del medi; dels plans de formació, tant de l'anterior diplomatura com de l'actual grau, ja que en cap dels dos s'ha contemplat mai la infermeria en el context penitenciari; actitudinals i aptitudinals en relació als propis professionals.

4.5.2.5 Identificació de sentiments en front a les discrepàncies

En aquesta etapa hem tractat de descobrir com pensen i què senten les persones relacionades amb el tema que ens ocupa, és a dir els infermers/es que treballen en els centres penitenciaris de Catalunya.

Els sentiments, en moltes ocasions es converteixen en el motor per dur a terme una acció ja que parteixen de les motivacions més profundes dels implicats en un procés, per aquest motiu és important tenir-los en compte a l'hora de dur a terme l'anàlisi de necessitats d'intervenció socioeducativa (Pérez-Campanero, 1991). A nosaltres el que ens interessa és que les persones implicades, és a dir, els infermers/es entenguin i tinguin el sentiment de que existeix la necessitat de poder comptar amb professionals preparats per donar una atenció d'acord amb el context penitenciari, i sense aquesta comprensió és impossible posar en marxa cap proposta de solució. Per poder saber què pensen i què senten aquests

professionals, és necessari tenir informació, i aquesta informació l'hem obtingut bàsicament a través d'un qüestionari.

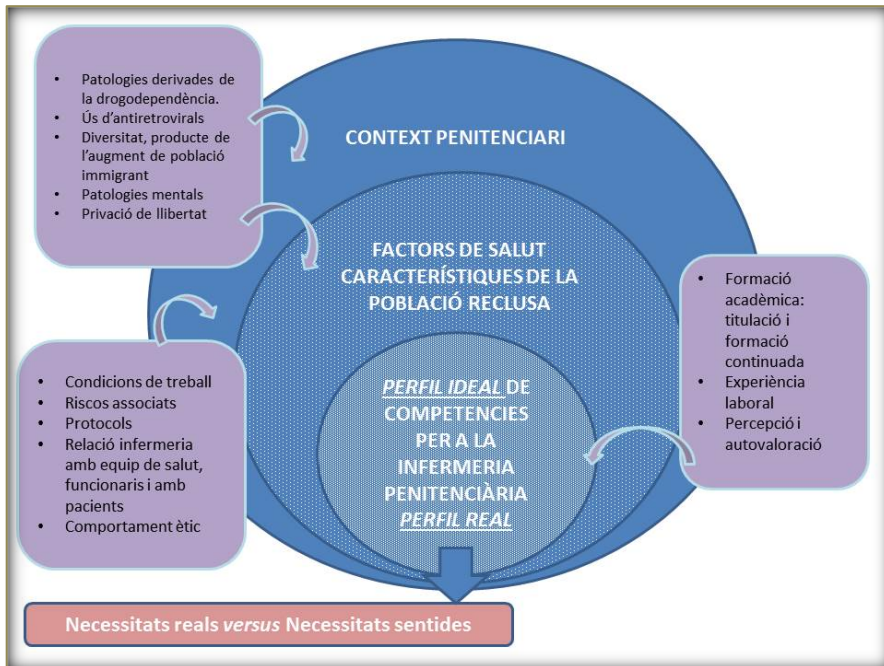


Figura 17: Identificació sentiments en front a les discrepàncies.

4.5.2.6 Definir problema

Una necessitat és un problema que te les seves pròpies característiques, causes i solucions. Sovint, aquesta forma part d'un problema més ampli i complex, personal o organitzacional, i pot interactuar amb altres problemes més o menys complexes i significatius (Kubr i Prokopenko, 1989). Per a nosaltres, després d'haver identificat la situació real i la situació desitjable i les possibles causes de la diferència entre ambdues, tenim clar quin és el problema a tractar, que no és més que la discrepància entre el què passa actualment i el que hauria de ser.

Per aconseguir aquesta informació, en aquesta investigació, el procediment emprat ha estat la triangulació de totes les informacions obtingudes durant el procés, a partir de l'anàlisi documental, el qüestionari i el grup focal.

4.5.3 Fase de Presa de Decisions

La fase de presa de decisions és la darrera fase de l'anàlisi de necessitats i respon a la pregunta "cap on anem?" A partir d'aquí s'estableix el pla d'acció a seguir amb la formulació d'objectius, disseny i desenvolupament de la investigació, culminant amb l'avaluació de tot el procés.

En aquesta etapa és on es cerquen les solucions idònies com és: l'organització, orientació, investigació, formació, etc., però abans de prendre una decisió hem d'estar segurs de que coneixem i comprenem el problema en tota la seva magnitud

4.5.3.1 Priorització de problemes

Quan establim les discrepàncies entre les situacions reals i les desitjables estem identificant problemes, i per tant, detectant necessitats. En arribar aquest punt ens preguntem quin són els problemes prioritaris i quines les possibilitats d'èxit segons els mitjans i recursos de que es disposi.

Anteriorment, hem descrit les discrepàncies, de manera que en aquesta fase del procés s'han contemplat totes les possibilitats per tal de prendre les decisions més encertades. Quan a la priorització dels problemes i necessitats detectades, els infermers/es amb una experiència dilatada en el temps, coneixedors de l'entorn penitenciari i dels factors de salut de la població reclusa tenen una expertesa suficient per dur a terme el rol infermer. Per aquest motiu, no cal fer imminentment una intervenció sobre aquest col·lectiu. El col·lectiu de nova incorporació si que requereix d'una intervenció formativa, ateses les mancances de competències necessàries per dur a terme la tasca infermera en el medi penitenciari, doncs com ja hem esmentat, són desconexors de l'entorn, tipus de pacient, saber interaccionar tant amb el pacient-intern com amb els diferents col·lectius que treballen en un centre penitenciari, reglamentació i normativa penitenciària.

4.5.3.2 Proposta de solucions

La identificació de solucions respon a la pregunta: què podem fer? Així doncs, un cop analitzades la situació actual o real i la desitjada, pensem que la solució passa per dissenyar, planificar, implementar i avaluar una activitat formativa que doni cabuda a les discrepàncies detectades durant tot el procés de l'anàlisi de necessitats.

En triar solucions sempre cal tenir en compte la relació entre l'esforç de dur a terme les estratègies proposades i el resultat que s'obtindrà. Aquesta relació ha de ser directa, ja que si no, correm el risc d'obtenir resultats mínims d'un esforç humà i econòmic desproporcionat.

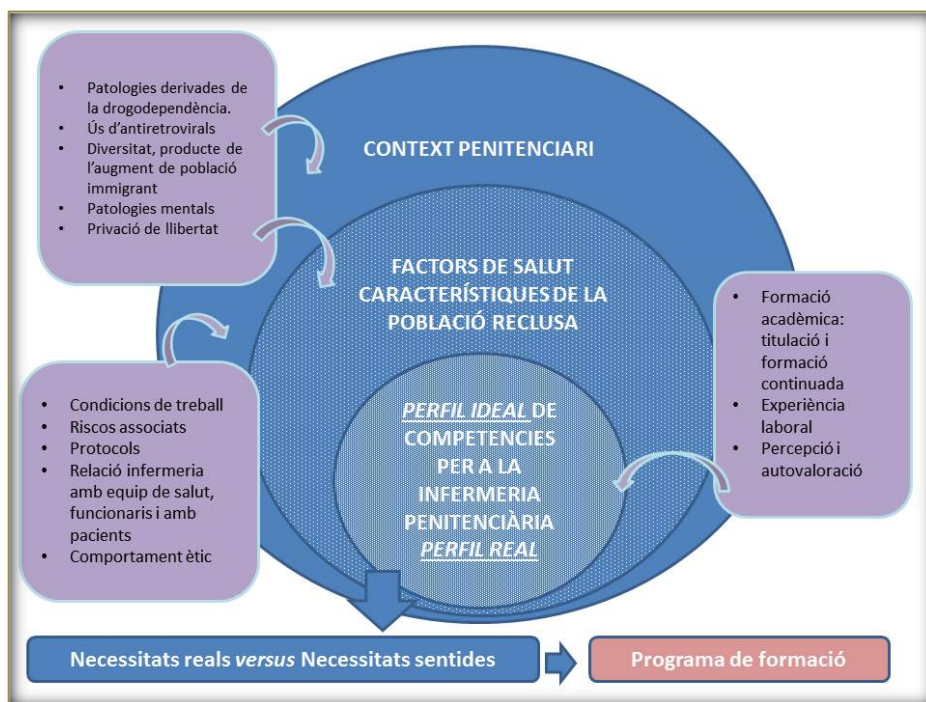


Figura 18: Proposta de solucions.

4.6 Model d'Acció

Per explicar el model seguit es indispensable esmentar les fonts d'informació consultades, així com la relació que ocupen en el model d'acció. A continuació s'incorpora un gràfic que pretén explicar la coherència existent entre les parts.

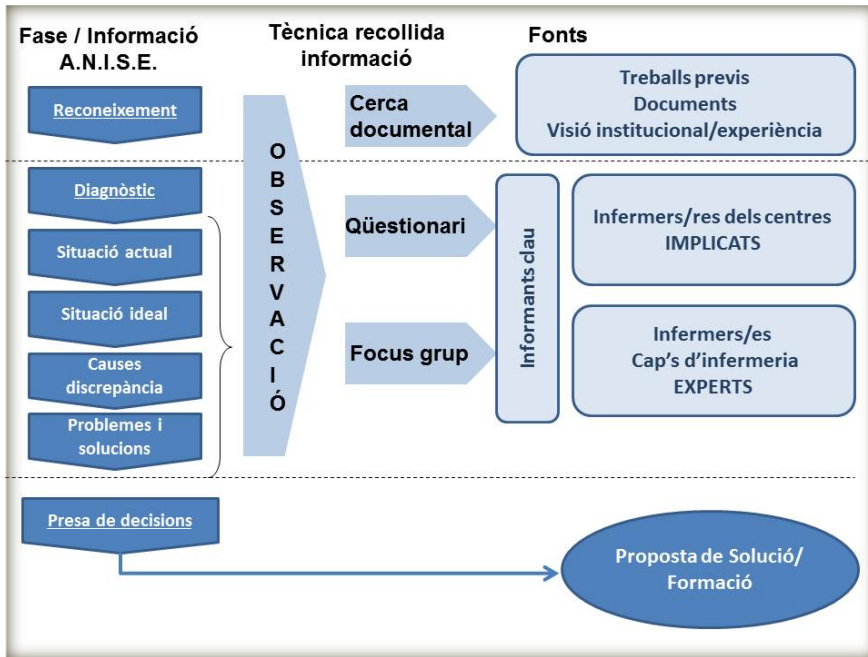


Figura 19: Model d'acció.

Font: Elaboració pròpia a partir de Pérez-Campanero (1991).

4.7 Fonts d'Informació

4.7.1 Revisió de Documents

L'anàlisi de documents constitueix una estratègia de gran utilitat, que proporciona dades sobre un fenomen determinat, situació o programa. En ocasions és l'única font per accedir a certa informació. Permet iniciar una avaluació per entreveure les característiques d'un programa. Els documents escrits es constitueixen així en una font idònia per reconèixer els objectius, el propòsit i la justificació del programa (Del Ricón et al., 1995). Als materials escrits cal considerar-los com instruments quasi-observacionals que complementen a altres estratègies i en certa manera substitueixen a l'observador i/o entrevistador en situacions de difícil accés (Woods, 1989).

La classificació més difosa de l'anàlisi de documents és la que considera documents oficials, i documents personals. En el nostre cas, farem referència als documents oficials. En aquesta categoria s'inscriuen registres i materials oficials i públics disponibles com font d'informació (Taylor i Bogdan, 1998) (veure taula 29).

Els documents oficials poden ser presentats com material intern i material extern. El material intern és el generat per la pròpia organització, permet tenir informació sobre la forma d'organitzar-se: organigrama, normativa, funcions, finalitats i valors que sustenta. El material extern es refereix als documents que produeix la institució per comunicar-se amb l'exterior: revistes, comunicacions, cartes, divulgacions, etc. Constitueix material útil per conèixer la perspectiva oficial de la institució (Del Rincón et al., 1995).

En aquesta investigació hem analitzat d'una banda, el Pla d'estudis del Grau d'infermeria per tal de poder valorar el perfil de competències específiques i àrees requerides de formació per desenvolupar el treball infermer en el medi penitenciari, així com l'oferta formativa de de segon cicle d'infermeria. Aquesta revisió s'ha dut a terme mitjançant documents de les biblioteques i de les referències electròniques d'una Universitat privada (Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna) i d'una Universitat pública (Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona), pel pla d'estudis, i de diferents universitats per la oferta formativa de segon cicle d'infermeria.

D'altra banda s'ha realitzat una anàlisi documental sobre el context penitenciari i les característiques de la població reclusa mitjançant bibliografia especialitzada. Aquesta tècnica de recollida d'informació s'ha utilitzat principalment per l'elaboració del marc teòric, configurar la situació ideal, i com un element permanent que enriqueix en cada moment la investigació.

INFORMACIÓ REQUERIDA	FONT DOCUMENTAL
<p>Pla d'Estudis del Grau d'infermeria de diferents Universitats Curs 2012-2013</p>	<p>Pla d'Estudis del Grau d'infermeria Universitat de Barcelona (UB) WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau1.html. Consultat 8.3.2013 WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau2.html. Consultat 8.3.2013 WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau3.html. Consultat 8.3.2013 WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau4.html. Consultat 8.3.2013 Pla d'estudis del Grau d'Infermeria Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, Universitat Ramon Llull http://serveisblanquerna.url.edu/ServeisAcademics/plaEstudisGraus.aspx?CodiTit=G... 8.3.2013 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=414c7130635... Consultat 11.7.2013 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=714a2b52534... Consultat 11.7.2013 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=74774671456... Consultat 11.7.2013 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=51346c55774... Consultat 11.7.2013 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=53447179704766726469. Consultat 11.7.13 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=7643636c78466474646c... Consultat 11.7.13 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=61337362624e464a7474... Consultat 23.8.13 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=4750565043754e4f7530... Consultat 23.8.13 http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=696530695a7373374e6d... Consultat 23.8.13</p>
<p>Informació relativa al perfil de competències infermeres</p>	<p><i>Libro Blanco-Título de Grado de Enfermería</i> Perfil de competències específiques i transversals (genèriques) de la <i>Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (ANECA)</i> Competències de la professió infermera. COIB American Nurse Association (ANA) NCHC (National Commission on Correctional Health Care)</p>
<p>Plans de formació Màsters i Postgraus propis i oficials de diferents Universitats Curs 2012-2013</p>	<p>Màsters i Postgraus propis i oficials Universitat de Barcelona (UB) www.ub.edu/dyn/cms/continguts_ca/estudis/oferta_formativa/masters_propis/index.html1?s... Consultat 8.3.2013 Màsters i Postgraus propis Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, Universitat Ramon Llull www.blanquerna.url.edu/web/interior.aspx?alias=bsalut.masters-postgraus.infermeria&idf Consultat 8.3.2013 Màsters i Postgraus en Infermeria i Fisioteràpia, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) www.uab.es/servlet/Satellite/postgrau/masters-i-postraus/infermeria-i-fisioterapia-120281... Consultat 8.3.2013 Oferta Formativa: Màsters, Postgraus i Cursos d'extensió Universitària Rovira i Virgili www.fundació.urv.cat/centre_de_formacio/ofertaformativa/cerca.htm1?pldi=CAT&pmenu Consultat 8.3.12 Oferta formativa de Màsters i Postgraus Facultat de Medicina i Ciències de la Salut Universitat Internacional de Catalunya (UIC) http://www.uic.es/ca/infermeria-masters-postraus. Consultat 23.8.2013 Màsters universitaris de l'àmbit de les ciències de la salut i la vida – Màsters – (UPF) http://www.upf.ed/postgrau/masters/ciències-salut.html Consultat 23.8.2013 .../...</p>

INFORMACIÓ REQUERIDA	FONT DOCUMENTAL
Context penitenciari	Bibliografia especialitzada: Reglamento Penitenciario, Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya; www.leydigital.es ; Council of Europe; Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, col·lecció Justícia i societat; <i>Documentos internos Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior.</i>
Característiques de la població reclusa	Bibliografia especialitzada: <i>Revista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; Revista de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; Revista Clinical Infectious Diseases; Revista Adicciones;</i> Protocols d'infermeria de l'Àrea de Sanitat de la Direcció General de Serveis Penitenciaris (DGSPIR); Estadístiques de la DGSPIR; www.laleydigital.es ; <i>Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías; Grupo de Trabajo de Salud Mental en Prisiones;</i> Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, col·lecció Justícia i societat; GeSIDA; OMS, <i>Plan Nacional sobre Drogas;</i> Plans Directors del Departament de Salut; Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); Documents de Consens; Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm .

Taula 29: Relació d'informació requerida i fonts documentals.

4.7.2 Informants Clau

A la investigació qualitativa segons Martínez (2004), els informants clau són persones amb coneixements especials, estatus i bona capacitat d'informació.

Els infermers/es dels centres penitenciaris de Catalunya conjuntament amb els experts (caps d'infermeria) són els millors coneixedors de la situació de les necessitats d'aquest col·lectiu. Per aquest motiu, ens aproparem a aquesta realitat des de la valoració que doni cada professional des de la seva experiència, no deixant de banda la institució com a tal, i considerant-los informants clau.

El nombre total d'infermers adscrits als centres penitenciaris de Catalunya a data 1 de gener de 2013 era de 86, distribuïts com es presenta a continuació.

Centre	Població	Nombre
Homes	Barcelona	13
Brians 1	Sant Esteve Sesrovires	11
Brians 2	Sant Esteve Sesrovires	11
Quatre Camins	La Roca del Vallés	15
Ponent	Lleida	11
Lledoners	Sant Joan de Vilatorrada	8
Joves	La Roca del Vallés	3
Dones	Barcelona	3 .../...

Centre	Població	Nombre
Tarragona	Tarragona	3
Girona	Girona	3
Figueres	Figueres	2
CE Justícia Juvenil Can Llupià	Barcelona	2
CE Justícia Juvenil L'Alzina	Palau de Plegamans	1

Taula 30: Relació d'infermers adscrits als CP de Catalunya.
Font: Elaboració pròpia a partir de l'Àrea de Sanitat de la DGSPiR (2012).

El nombre d'experts (caps d'infermeria) a data 1 de gener de 2013 era de 6, distribuïts en els centres amb atenció continuada i Joves: CP Homes, CP Brians 1, CP Brians 2, CP Quatre Camins, CP Ponent, CP Lledoners i CP Joves.

4.8 Tècniques i Instruments per a la Recollida de Dades

4.8.1 Enquesta Mitjançant Qüestionari

Aquest instrument és el més utilitzat en les investigacions socials. Consisteix amb una sèrie de preguntes sobre la qüestió que es vol investigar i de la que les respostes s'han de donar per escrit (Tejada, 1997). Cohen i Manion (1990) refereixen que per dissenyar un qüestionari com a mínim s'han de tenir en compte tres coses: propòsit del qüestionari, població a qui va dirigit i recursos disponibles. Segons Argimon i Jiménez (2000) i Tejada (1997), aquest tipus de qüestionari recull informació estandarditzada, facilita el tractament i interpretació de les dades i es pot utilitzar des de l'anonimat mantenint la confidencialitat.

D'entrada l'elecció d'un qüestionari autoadministrat com a primer instrument de recollida de dades implica assumir una sèrie d'avantatges i inconvenients com en qualsevol altre instrument de recollida de dades. Tejada (1997) anota les avantatges i els inconvenients d'aquest instrument.

Avantatges	Inconvenients
Obtenir informació d'un gran nombre de persones	Poca flexibilitat
Informació cenyida a l'objecte d'investigació	Informació breu que no permet el seguiment
Poca ambigüitat	Percentatge baix de respostes
Tractament senzill de les dades	Riscos en la distribució
Útil per contrastar informacions	

Taula 31: Avantatges i inconvenients del qüestionari.

Font: Tejada (1997).

La utilització d'aquest instrument ens va permetre obtenir un màxim d'informació d'un màxim de persones en llocs de difícil accés com són els centres penitenciaris. D'altra banda la informació va ser d'allò més propera a l'objecte i subjecte d'estudi ja que estava pensada per recollir l'opinió dels professionals d'infermeria que treballen en el medi penitenciari, i per tant, de gran utilitat a l'hora de contrastar informacions amb la idea d'aconseguir respostes el més acotades possible.

- ▲ L'objectiu d'aquest qüestionari va ser obtenir un perfil del personal d'infermeria, la tipologia dels informants i les seves percepcions:
 - ▲ Dades bàsiques sobre els/les infermers/res dels centres penitenciaris (situació professional i sociolaboral que puguin ser significatives).
 - ▲ Formació acadèmica i continuada.
 - ▲ Necessitats formatives de la infermeria penitenciària.
 - ▲ Coneixements que té aquest col·lectiu sobre els estudis d'infermeria com a sistema de formació.
 - ▲ Dades sobre les cures d'infermeria més ateses en el medi penitenciari.
 - ▲ Tenir l'opinió del col·lectiu sobre la possibilitat de crear uns estudis de postgrau/màster d'infermeria penitenciària.

Per aquesta investigació vàrem optar per un qüestionari dividit en dos apartats, el primer apartat de preguntes comunes. Bisquerra (1989) les defineix com a preguntes "de identificació", el segon apartat són preguntes que el mateix autor

defineix com “preguntas de contenido” específiques i intencionals al grup de persones que s’adreça.

Com a preguntes de dades de identificació (de l’1 a la 7) hi ha les de gènere, edat, anys de professió com infermer/a, àrees de desenvolupament professional al llarg de la vida laboral, situació contractual a presons, anys de treball com a infermer/a penitenciari/a i centre on treballa.

El següent grup de preguntes (de la 8 a la 11) té com objectiu el tipus i el nivell de formació rebuda: llicenciatura o grau, de segon cicle i continuada, i si hi ha voluntat o ambició d’estudi.

El tercer grup de preguntes (de la 12 a la 18) està enfocat a les necessitats formatives dels infermers de presons: opinió sobre la necessitat d’una formació de segon cicle en determinades àrees de la infermeria, necessitat d’una formació específica per treballar en el medi penitenciari i àrees en que s’ha de ser expert, necessitat de formar-se en habilitats de relació d’ajuda i necessitat de tenir un perfil específic.

L’últim grup de preguntes (de la 19 a la 21) té com objectiu saber els aspectes més rellevants sobre les cures d’infermeria en el medi penitenciari, donar unes cures tenint presents les creences, valors, grups ètnics i diferències culturals, i la valoració que fan els interns de la tasca desenvolupada pels infermers en els centres.

4.8.1.1 Validació de l’instrument

Aquest qüestionari va ser sospesat i esmenat per quatre experts sobre el tema:

- ▲ Una experta en metodologia de la Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i l’Esport Blanquerna.
- ▲ Una experta en metodologia de la Universitat de Barcelona.
- ▲ Una experta en infermeria de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna.
- ▲ Un expert en sanitat penitenciària de la Direcció General de Serveis Penitenciaris.

4.8.1.2 Distribució i seguiment dels qüestionari

En la distribució i seguiment del qüestionari hi van participar d'una banda els caps d'infermeria (experts), i de l'altra la mateixa investigadora. En primer lloc, la investigadora es va posar en contacte amb un dels caps d'infermeria per a poder detectar possibles disfuncions amb la gestió del lliurament i recollida dels qüestionaris, tan el que es varen lliurar en paper directament als centres com els que es varen lliurar via online.

Amb aquesta prova es va detectar un problema informàtic de la via online, que es va poder solucionar amb l'ajuda d'un tècnic informàtic. Posteriorment, la investigadora es va posar en contacte amb els infermers/es i caps d'infermeria mitjançant correu electrònic acompanyant una carta de presentació i sol·licitud de col·laboració, i donant la possibilitat de respondre el qüestionari en paper o bé via online (veure annexe 8.1 i 8.2).

Després de 15 dies es va enviar un altre correu recordatori amb la mateixa informació. Tot seguit, es van lliurar els qüestionaris en paper a tots els centres on hi havien caps d'infermeria, és a dir, al sis centres amb atenció continuada les 24 hores al dia, per tal que els professional poguessin escollir la forma de respondre. Als demés centres es varen enviar els qüestionaris al correu sanitari corporatiu de cada centre, però amb la possibilitat de respondre via online o de fer-ho en paper mitjançant sobre tancat per correu ordinari. Tan per uns com pels altres es va donar un mes de temps per respondre, i als 15 dies del lliurament es va fer un recordatori.

La recollida del qüestionaris dels sis centres amb atenció continuada la varen fer els caps d'infermeria corresponents de cada centre, qui posteriorment els varen entregar a la investigadora mitjançant sobre tancat. Tots els demés centres varen optar per la resposta online.

4.8.2 Grup Focal

Korman (2003) defineix un grup focal com una reunió d'un grup d'individus seleccionats pels investigadors per a discutir i elaborar, des de l'experiència personal, una temàtica o fet social que és objecte d'investigació. Les entrevistes aconseguides mitjançant l'estratègia del grup focal tenen com a finalitat

enregistrar com els participants elaboren de forma grupal la seva realitat i experiència.

El principal propòsit d'aquesta tècnica és aconseguir una informació associada a coneixements, actituds, sentiments, creences i experiències que no serien possibles obtenir, amb suficient profunditat, mitjançant altres tècniques d'investigació social (Aignerren, 2002).

Segons diferents autors (Garcia i Mateo, 2000; Hudelson, 1994; Polit i Hungler, 2000; Valles, 2000), el nombre de participants pot oscil·lar entre 5 i 15. Els experts en dinàmiques de grup assenyalen que el tipus d'interacció que es genera en el grup serà diferent segons el nombre de participants. Està comprovat que un nombre superior a 12 és fàcil que es formin subgrups o que algunes persones no participin per la pressió grupal. Per altra banda l'habilitat i l'experiència del moderador juga un paper fonamental per al bon funcionament d'aquesta tècnica. En el cas que ens ocupa els membres que formarien el grup focal eren els sis experts.

El grup focal es pot presentar com una tècnica de recollida de dades única o combinada amb altres eines de caràcter qualitatiu o quantitatiu. En aquesta recerca, ha estat l'eina escollida per a complementar les dades obtingudes dels qüestionaris i recollir els coneixements, les actituds, sentiments, creences i experiències dels caps d'infermeria (experts) en relació a les característiques específiques de la infermeria penitenciària.

4.8.2.1 Convocatòria de reunió

Després de prendre contacte, via telefònica, amb tots els interessats (experts), per organitzar dia i hora, la investigadora va enviar la convocatòria de reunió per correu electrònic per tal de que confirmessin l'assistència.

Per preparar la reunió es va elaborar un guió que facilites la discussió entre els participants (veure annexe 8.3). La durada de la reunió es va calcular aproximadament sobre uns noranta minuts.

La reunió es va dur a terme en un espai neutre pels participants ja que no hi tenien cap tipus de vinculació, ni professional ni personal. L'espai en concret va ser: el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Aquest centre habitualment

cedeix part de les seves aules per la formació del personal sanitari i per fer reunions dels equips directius.

Després d'agrair l'assistència als participants, es va presentar l'objectiu del grup focal i es va explicar la tècnica. Tot seguit, la moderadora inicià la discussió amb una pregunta i els participants començaren a fer comentaris, a discutir i a compartir experiències sobre el tema a debatre. El paper de la moderadora va ser bàsicament el d'introduir el tema, moderar la participació i el torn de paraules, i controlar el temps.

Activitat	Octubre 2012	Novembre 2012	Desembre 2012	Gener 2013	Febrer 2013	Març 2013
Elaboració qüestionari	■					
Validació per experts		■				
Elaboració qüestionari definitiu				■		
Lliurament qüestionari definitiu				■		
Recollida de qüestionaris					■	
Elaboració del guió grup focal					■	
Reunió Grup focal						■

Taula 32: Temporització de recollida d'informació.

4.9 Anàlisi de la Informació

L'anàlisi de la informació o anàlisi de dades és un procés sistemàtic de selecció, categorització, comparació, síntesi i interpretació amb la finalitat de proporcionar explicacions d'un fenomen de singular interès (Latorre, Arnal, del Rincon, 1996). Strauss i Corbin (1990) senyalen tres enfoc de l'anàlisi de dades segons el nivell d'inferència i interpretació que s'apliqui. El primer enfoc seria el de l'investigador que es limita a presentar la informació sense analitzar-la; el segon enfoc seria el de l'investigador que descriu una situació i reconstrueix la realitat per als participants de l'estudi, aquest enfoc requereix certa interpretació de les dades, alguns autors l'anomenen interpretatiu-descriptiu; el tercer enfoc requereix un nivell més alt d'interpretació i el desenvolupament d'una teoria que expliqui el fenomen, en

aquest moment del procés és quan resulta imprescindible l'ús de tècniques de gestió de dades.

En aquesta investigació ens emmarquem en el segon enfoc ja que farem una interpretació de la informació aportada pels col·lectius enquestats.

Un cop revisades les fonts documentals, finalitzada la recollida dels qüestionaris, i realitzat el grup focal, vàrem procedir al tractament de les dades obtingudes. L'anàlisi de les dades es va realitzar mitjançant anàlisi quantitativa i qualitativa.

Pel tractament de les dades obtingudes en el qüestionari es va fer servir una anàlisi estadística-descriptiva, i en funció d'alguns patrons o fets especialment interessants es van creuar algunes de las variables de l'estudi amb les variables d'agrupació. Polit i Hungler (2000) apunten que els procediments estadístics permeten a l'investigador reduir, resumir, organitzar, avaluar, interpretar i comunicar la informació numèrica.

Prèviament a l'anàlisi de les dades, es va elaborar un llibre de codis (veure annexe 8.4) per facilitar el seu buidatge al programa estadístic. En aquesta investigació es va utilitzar el programa SPSS v.18.0.

En aquesta investigació s'han utilitzat taules de contingència i gràfics de barres o de sectors segons resultés més clarificador.

Quan a l'anàlisi de contingut de les preguntes obertes del qüestionari, la informació discutida en el grup focal i de les fonts documentals:

- a) Les preguntes obertes del qüestionari es van categoritzar per tal de poder analitzar-les. Exemple d'això: 8, 13, 15, 16 i 18

Número pregunta	Ítem	Categoria
8	Especificació: títol de postgrau/màster	Àrees formatives
13	Opinió: necessitats formatives segon cicle infermeria (apartat altres)	Àrees assistencials
15	Opinió: formació específica per treballar al medi penitenciari	Àrees formatives
16	Opinió: àrees en què ha de ser expert l'infermer/a de presons (apartat altres)	Àrees assistencials
18	Opinió: el per què és necessari o no tenir un perfil específic per treballar a presons	Característiques pròpies del medi Coneixements i habilitats

Taula 33: Categorització de les preguntes obertes del qüestionari.

b) En aquesta recerca l'objectiu era ampliar i aprofundir els resultats obtinguts en els qüestionaris i per tant el procés va ser el següent:

En primer lloc, es va transcriure literalment la reunió, respectant-se els termes utilitzats pels participants. En segon lloc la lectura i relectura de les transcripcions va permetre categoritzar les temàtiques discutides que es van presentar com acords i desacords entre els participants, explicacions individuals, argumentacions i percepcions.

c) Una base fonamental per a la investigació va ser la cerca de les fonts documentals utilitzades per construir l'esquelet teòric de la investigació, ja que teníem una gran càrrega documental que requeria d'una anàlisi exhaustiva per comprovar els objectius plantejats des de l'inici de la recerca. Igualment, vàrem creure imprescindible apropar-nos a la realitat de la formació de l'infermer/a generalista a través dels plans d'estudis de diferents universitats, així com revisar la formació especialitzada de diferents àrees d'atenció de la infermeria, per tal de provar que un cop finalitzat el grau d'infermeria hi han àrees (urgències, quiròfan, pediatria, salut mental, etc.) que precisen d'aquesta formació per donar expertesa al professionals interessat en treballar en aquestes.

Respecte a la revisió dels plans d'estudis del grau d'infermeria de la Universitat de Barcelona i de la Universitat Ramon Llull, es varen elaborar unes taules on es contempen les assignatures amb els continguts que es relacionen amb l'atenció infermera penitenciària.

En segon lloc, es varen confeccionar uns quadres de l'oferta formativa de postgraus i màsters del curs 2012-2103 de diferents universitats de Catalunya: Universitat de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Ramon Llull, Universitat Rovira i Virgili, Universitat Pompeu Fabra i Universitat Internacional de Catalunya.

En tercer lloc, es va elaborar un taula comparativa de les competències específiques del grau d'infermeria i les competències específiques dels infermers de presons.

Aquestes taules ens han ajudat a identificar l'existència i/o mancança de la formació necessària per poder desenvolupar el treball infermer en el medi penitenciari.

Quan a la estratègia metodològica, sembla indicat l'ús de la triangulació entenent per triangulació el poder contrastar les dades obtingudes per diversos mètodes, diferents fonts d'informació i en diferents moments, per tal d'aprofundir, depurar, confirmar i clarificar la informació sobre els fets i fenòmens que succeeixen en relació al programa o situació avaluada (Fernández Sierra, 1996).

Segons alguns autors (Cohen i Manion, 1990; Huldenson, 1994; Del Rincón et al., 1995; Polit i Hungler, 2000) existeixen diferents tipus de triangulació:

- ▲ Triangulació de dades: implica l'ús de diverses fonts de dades des de tres perspectives diferents:
 - i. Triangulació en el temps, o recollida de dades sobre un mateix fenomen en diferents moments.
 - ii. Triangulació en l'espai, que intenta superar les limitacions dels estudis realitzats dins una cultura o subcultura. Implica la recollida de dades en diversos llocs.
 - iii. Triangulació de persones, que consisteix en la col·lecta de dades de diferents poblacions o de diferents nivells (individual, grups i col·lectivitats), per tal de poder validar les dades a través de múltiples perspectives del fenomen.

- ▲ Triangulació d'investigadors: implica l'ús de més d'un observador o participant per augmentar la validesa de les dades.
- ▲ Triangulació de teories: quan es serveix des de varies perspectives o paradigmes teòrics.
- ▲ Triangulació metodològica: utilitza diversos mètodes per contrastar resultats i examinar coincidències i divergències

Els tipus més emprats són la triangulació de dades i la triangulació de mètodes. En aquesta investigació hem fet servir la triangulació de dades, obtingudes dels dos grups d'informants (infermers i experts) que viuen la realitat estudiada des d'òptiques diferents, les quals han estat obtingudes per estratègies diferents. Les dades extretes del qüestionari amb un tractament més quantitatiu, i les dades del grup focal amb un tractament més qualitatiu, i en tercer lloc s'ha realitzat una revisió documental del Pla d'estudis del grau d'infermeria per tal de justificar la necessitat d'una formació específica.

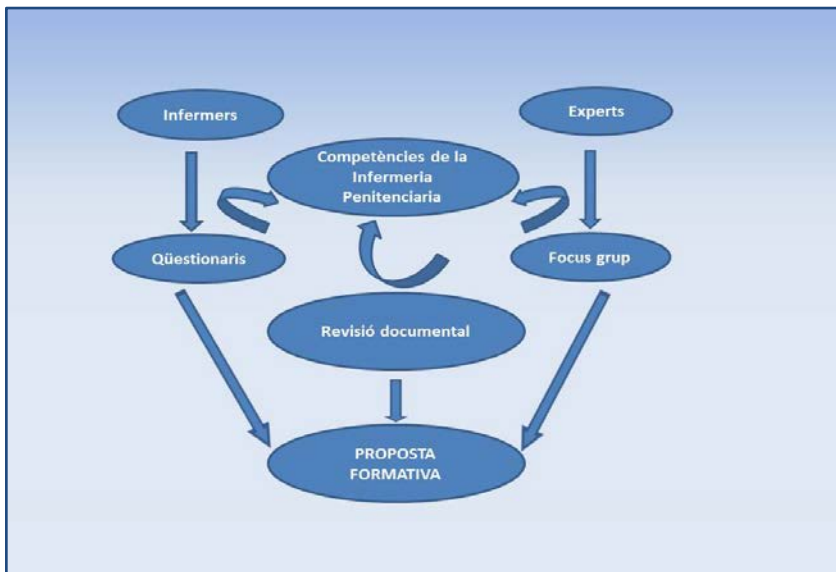


Figura 20: Disseny de la investigació.

4.10 Ètica i Rigor Científic

Les ciències humanes estudien l'home i la seva conducta des de diferents enfocaments. L'ètica s'ocupa principalment dels deures de l'home, de la moralitat de la conducta humana, i en conseqüència de les normes ètiques del treball científic.

Els investigadors no gaudeixen de cap privilegi respecte a les demés persones en relació a l'ètica comuna, i per això han de prestar atenció als principis que guien la seva activitat professional. És convenient que s'estableixin obligacions ètiques per les quals s'ha de regir la investigació. Esmentarem algunes:

- ▲ Ningú té dret a entrar a la vida d'una altra persona per investigar sense el seu consentiment i acceptació conscient i lliure.
- ▲ L'investigador només pot fer ús de la informació obtinguda per als fins previstos i coneguts pels individus que han participat en la investigació.
- ▲ Quan s'investiga amb persones s'ha de tenir present que aquestes tenen uns drets que s'han de respectar per damunt de tot.

L'ètica considera important evitar mals innecessaris, físics o psíquics, així com el deure de l'investigador en assegurar la qualitat científica de la investigació. La funció de l'investigador podria quedar desvirtuada si no té en compte l'exactitud durant el procés de la investigació, al manipular la informació obtinguda o a l'apropiar-se del treball d'altres investigadors (Latorre et al., 1996).

Des de l'inici d'aquesta investigació s'han mantingut aquestes obligacions o normes ètiques. En aquest sentit es va presentar als informants clau (infirmers i gestors-experts) els objectius, motivació i naturalesa de l'estudi, així com el mètode de recollida d'informació i es va demanar la implicació dels gestors-experts.

Un aspecte important va ser el mantenir la confidencialitat utilitzant enquestes anònimes amb els infermers, i esmentant de forma numèrica la narrativa del grup focal realitzat amb els gestors-experts.

El repte d'aquesta investigació va ser donar raons creïbles o proves suficients per interpretar la realitat actual de la infermeria penitenciària i presentar com acceptable, versemblant i plausible una forma d'avaluar una realitat i d'actuar davant d'un problema o conflicte educatiu o social (Rodríguez Rojo, 2000).

Segons Cardona (2003) és un compromís professional revitalitzar la professió infermera recordant i potenciant els fins legítims i els hàbits i les actituds que cal desenvolupar per arribar a aconseguir-ho. El que cerca l'ètica professional és l'excel·lència professional, davant la burocratització, el corporativisme i l'endogàmia. El professional ha de desenvolupar dos tipus d'aptituds: les habilitats tècniques que resulten indispensables, però també, la capacitat de prendre decisions des d'uns valors propis de la professió que són valors morals:

La conjunció d'habilitat i capacitat d'optar pels valors preferibles componen el bon professional, la competència professional. Perquè al final les coses no es fan perquè la llei ens hi obliga, sinó que el compromís és amb les persones concretes, els pacients necessitats d'atenció. (Cardona, 2003, p. 340).

Aquesta investigació intenta fomentar la millora en el compromís professional de l'atenció infermera a la població reclusa. La vulnerabilitat de la dona, l'estranger, el discapacitat, l'ancià pot suposar agreujaments en el desenvolupament de la vida de l'empresonat. Dotar al professional de capacitats i habilitats que li permetin adequar-se a las característiques en el medi penitenciari, desconegudes en altres contextos de salut, pot enfortir la comunicació intern-pacient i infermer/a i millorar la relació terapèutica que podria ser molt llunyana des de la coneixença.

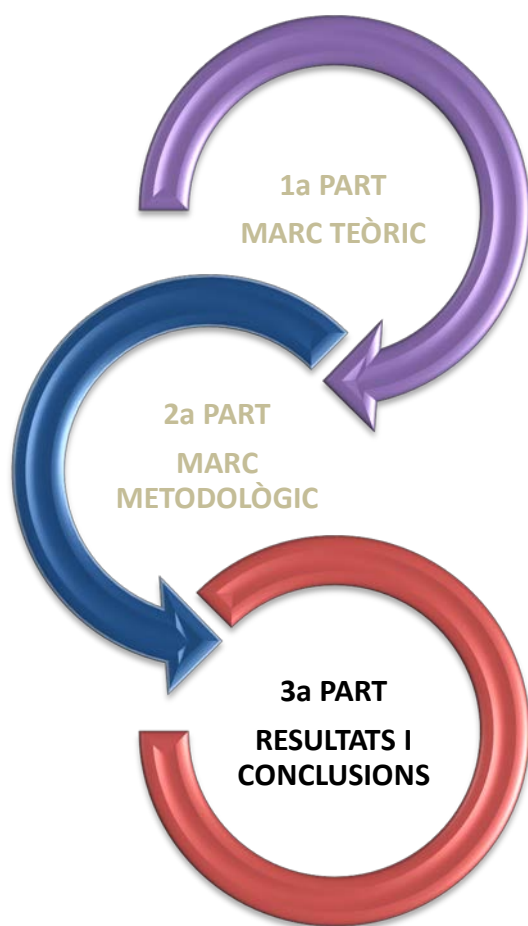
En l'exploració dels fenòmens humans, les realitats que s'observen o analitzen amb múltiples explicacions i significats es converteixen en realitats tangibles i singulars reconstruïdes a través de la versatilitat de l'investigador. Això fa que el rigor adquireixi un valor, ja que no només es tracta d'una adherència a les normes i regles establertes sinó que es relaciona amb la preservació i la fidelitat de l'esperit del treball qualitatiu (Sandelowski, 1993, citat per Noreña et al., 2012).

En el desenvolupament d'aquesta investigació, s'ha tingut en compte el rigor científic transversalment als mètodes emprats i tècniques dissenyades per a l'obtenció i anàlisi de les dades. En aquesta recerca ens hem basat en els criteris proposats per Lincoln i Guba (1985) instaurant diferents normes que permeten

valorar la credibilitat d'una investigació naturalista, és a dir, controlar que la mesura no estigui deformada pels instruments emprats, la subjectivitat dels informants o l'arbitrarietat de la interpretació:

- ▲ Credibilitat, es refereix al grau de confiança en el que es percep la realitat i intenta comprendre-la en profunditat de manera holística. La participació directa de la investigadora en el procés de la investigació s'ha donat en un espai prolongat que ha proporcionat temps suficient per desenvolupar el procés de la investigació. Els instruments d'aquesta investigació han estat sotmesos a judici d'experts. La recollida de material ha estat minuciosa i detallada. La principal estratègia que s'ha utilitzat per incrementar la credibilitat ha estat la triangulació de dades, contrastant la percepció dels infermers amb la dels gestors-experts. També s'ha realitzat una revisió documental, estratègia de gran utilitat, que ens ha proporcionat dades sobre el fenomen en qüestió.
- ▲ Transferibilitat, persegueix determinar el grau en que els resultats de la investigació són generalitzables o aplicables a altres contextos. En aquest cas, s'ha treballat en el coneixement de les condicions i percepcions de tota la població infermera que treballa en l'àmbit de les presons de Catalunya. Així doncs, l'avaluació de les necessitats ens ofereix un diagnòstic de la població diana i els resultats serien, en tot cas, transferibles a la generació de relleu d'aquests professionals d'aquesta mateixa comunitat.
- ▲ Un altre aspecte relatiu a la transferibilitat dels resultats pot trobar-se en el benefici d'una proposta formativa pels infermers de presons d'altres comunitats autònomes, que es puguin sentir atrets per aquesta oferta formativa inexistente en altres regions.
- ▲ Dependència, és el grau en que els resultats es podrien tornar a replicar en subjectes o contextos similars. Es va preveure diferents tècniques per a l'obtenció de la mateixa informació i, posteriorment, es va elaborar un llibre de codis en el qual es varen codificar les diferents variables i les reflexions del qüestionari, s'annexa l'instrument i les preguntes fetes al grup focal. D'aquesta manera, el que es pretén es deixar constància de com es varen recollir les dades i de com es varen interpretar, amb la finalitat de possibilitar la replicació en altres comunitats.

- ▲ Confirmabilitat, el que es pretén és dotar d'objectivitat. Consisteix en l'habilitat d'un altre investigador en seguir la pista o ruta del que ha fet l'investigador original. Per això, és necessari comptar amb un registre i documentació complerta de les dades del fenomen estudiat. Un handicap d'aquesta investigació va ser no poder utilitzar el mètode de gravació atès que un dels membres del grup focal no volia ser gravat, per tant, el discurs va ser transcrit manualment i revisat pels propis informants. Les enquestes varen ser analitzades i codificades en un llibre de codis per la seva posterior anàlisi estadística. Les reflexions suscitées pel procés de recerca ens varen conduir a una constant revisió de la investigació.



5. ANÀLISI DE LES DADES I INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS

En el primer capítol d'aquesta part es presenten les resultats obtinguts i la discussió de l'anàlisi documental, l'anàlisi quantitativa dels qüestionaris i l'anàlisi qualitativa del grup focal.

5.1 Anàlisi Documental: Plans d'Estudi

Com es desprèn del Marc Teòric i es veurà ratificat en el resultat de les consultes realitzades als informants: infermers/es de presons i gestors-experts, l'infermer/a de presons ha d'estar preparat en les àrees que es detallen a continuació:

- ▲ Atenció primària: malalties cròniques i atenció a la dona i a l'infant.
- ▲ Malalties infectocontagioses.
- ▲ Salut Mental.
- ▲ Drogodependències.
- ▲ Urgències i situacions límit.
- ▲ Coneixement del medi.
- ▲ Habilitats comunicatives i socials.
- ▲ Geriatria.
- ▲ Immigració.

En funció d'aquestes àrees s'ha realitzat l'anàlisi dels plans de formació d'una Universitat privada: Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, i d'una Universitat pública: Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.

5.1.1 Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna (FCSB)

En relació a l'àrea assistencial en el medi penitenciari d'atenció primària on s'inclouen les malalties cròniques: la hipertensió arterial (HTA), malaltia pulmonar

obstructiva crònica (MPOC), cardiopaties, diabetis mellitus, dislipèmies i obesitat, es varen identificar a les següents assignatures: Infermeria Clínica (1/2/3), Farmacologia i Nutrició.

Aquestes són assignatures amb unitats didàctiques genèriques essent el contingut de les matèries adients als coneixements necessaris per atendre a l'intern/a-pacient amb aquests problemes de salut.

Cal destacar, que s'ha contemplat dins de l'assignatura d'Infermeria clínica 3, unitat didàctica -malalt crític- aquelles situacions del pacient crònic en situació aguda de descompensació, atès que per la complexitat del medi (evitar excarceracions i atenció sanitària continuada 24h/dia) són necessaris aquests coneixements per tal de poder detectar i prioritzar les atencions en aquest tipus de pacient.

Per altra banda, en relació a l'atenció a la dona i a l'infant es varen identificar a les assignatures: Atenció d'infermeria a la dona i Atenció d'infermeria a la infància. Pensem que el contingut d'aquestes assignatures són adients pels infermers/es generalistes, però existeix un buit curricular en relació a la normativa reglamentària per atendre a les dones i també als seus fills en un context desconegut. La planificació familiar, la gestació, el part i la cura dels seus fills són etapes de la vida de la dona que dins del medi penitenciari poden condicionar la seva resposta per la situació de privació de llibertat.

Pel que fa a l'àrea assistencial de malalties infectocontagioses on s'inclouen la tuberculosi (TB), virus d'hepatitis B (VHB) i C (VHC), virus d'immunodeficiència humana (VIH) i infeccions de transmissió sexual (ITS), es varen identificar a les assignatures d'Infermeria Clínica 2 i Farmacologia, totes les patologies abans esmentades, exceptuant VHB i VHC que únicament es varen identificar des de la vessant farmacològica. Destacar que l'alta prevalença d'aquestes patologies en el medi penitenciari requereix ampliar continguts com: les interaccions farmacològiques entre tuberculostàtics, antiretrovirals i metadona; efectes secundaris d'aquests tractaments; tractament i efectes secundaris pel VHC; estudi de contactes en TB; tractament directament observat i adherència al tractament.

Quan a l'àrea assistencial de Salut mental, es varen identificar a l'assignatura d'Infermeria Clínica 3 i Farmacologia amplis continguts en aquesta matèria.

Destacar que si bé aquests continguts són adequats per l'atenció infermera, els condicionants del medi influeixen a l'hora de planificar els plans de cures, és a dir, que per donar una atenció en salut mental en el context penitenciari és necessari acompanyar els continguts de la matèria amb el coneixement de les especificitats del medi i dels condicionant de salut d'aquests pacients.

Pel que fa a l'àrea assistencial de drogodependències, es varen identificar els continguts a l'assignatura d'Infermeria Clínica 3 -Salut Mental-, en el 4rt apartat que treballa les conductes addictives: Bases teòriques en drogodependències i Prevenció específica i inespecífica en drogodependències, i Patologia addictiva i abordatge terapèutic. Pensem que si bé els continguts són suficients per la formació de l'infermer generalista, tenen mancances per l'abordatge en el medi penitenciari en relació als programes de reducció de danys (PMM, PIX i programa de manteniment amb altres agonistes opiàcics) i a l'atenció d'infermeria en intoxicació/sobredosi per opiàcics i substàncies psicoestimulants. Per altra banda, a l'assignatura de farmacologia no vàrem identificar els tractaments terapèutics utilitzats en el medi penitenciari com la metadona i la buprenorfina.

L'àrea assistencial d'urgències i situacions límit es va identificar a l'assignatura d'Infermeria Clínica 3. Pensem que els continguts d'abordatge del pacient en l'atenció urgent són adequats per l'infermer/a generalista, però no queden contemplades les situacions límit característiques del medi penitenciari com: la vaga de fam, les autolesions, la ingesta de cossos estranys, control i seguiment de l'intern/a *body packer/body stuffer* i l'atenció infermera en aldarulls i motins, essent imprescindible el coneixement d'aquestes situacions així com el seu abordatge sanitari.

Les necessitats comunicatives es varen identificar a l'assignatura d'Educació per la Salut i la Comunicació, i a l'assignatura de Psicologia. La primera, incorpora continguts com: La comunicació interpersonal, Habilitats i actituds bàsiques de comunicació en el context professional i Estils de relació i comunicació. A l'assignatura de Psicologia es treballen aspectes com: Estils de personalitat, Estils de resposta davant situacions conflictives i Formes de gestionar les situacions conflictives. Dins de la psicologia social-assistencial es tracten continguts sobre: Actituds i relacions interpersonals/interpersonals i Comunicació verbal i no verbal.

Aquests continguts de caire genèric per la formació en habilitats comunicatives i socials són adequades per l'infermer/a generalista. Cal tenir en compte que, tal com descriu l'assignatura d'Educació per la salut i Comunicació, es treballen les habilitats i les actituds bàsiques de comunicació en el context professional. Donat que dins del pla d'estudis de la infermeria generalista no es contempla la formació de les característiques del context penitenciari, és difícil apropar-se i adaptar-se a la realitat d'aquest medi sense una contextualització prèvia.

Quan a l'atenció assistencial de l'àrea de geriatría, es va identificar a l'assignatura d'Atenció a l'Ancià i la Dependència. Els continguts d'aquesta assignatura són suficients per donar l'atenció d'infermeria a aquest tipus d'individu en el context penitenciari. Si més no, tal com es va detallar en el marc teòric s'ha de tenir present la vulnerabilitat d'aquestes persones en aquest medi i les peculiaritats de la reglamentació penitenciària vers la seva atenció.

En relació al fenomen de la immigració, actualment representat aproximadament pel 50% de la població, es fa necessari que els infermers que escullin treballar en el medi penitenciari hagin assolit els coneixements i habilitats mínimes per tractar amb aquesta població. L'assistència a les persones immigrants es va identificar a l'assignatura optativa Infermeria i Multiculturalitat. Pensem que els continguts d'aquesta matèria són adequats per a la infermeria generalista, però no contemplaven l'atenció a les persones immigrants en situació d'empresonament. Igualment, al tractar-se d'una assignatura optativa existeix la possibilitat que no tots els graduats hagin assolit aquests coneixements.

Pel que fa a les pràctiques durant els quatre cursos dels estudis de Grau, es varen identificar a les Pràctiques de Fi de Grau 3, les que es poden dur a terme a les àrees de sanitat dels Centres Penitenciaris de Catalunya. Com succeeix a les assignatures optatives, existeix la possibilitat de que no tots els graduats hagin escollit aquest tipus de pràctiques, i per tant, no hagin assolit els coneixements i habilitats mínims per poder iniciar-ser en la tasca infermera del medi penitenciari.

Aquesta informació queda reflectida a la següent taula:

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFIQUES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA FCSB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
Atenció primària: - Malalties cròniques	Farmacologia Infermeria Clínica 2 Nutrició	Teràpia amb fàrmacs Cures d'infermeria en pacients amb problemes endocrins Recomanacions en dietoteràpia: Alimentació i diabetis	Els continguts de les assignatures relacionades amb les malalties cròniques són adients per donar una atenció adequada en el medi penitenciari
	Farmacologia	Teràpia amb fàrmacs	
	Infermeria Clínica 1 Infermeria Clínica 3 Nutrició	Cures d'infermeria en pacients amb problemes cardiovasculars Malalt crític (Alteracions hemodinàmiques) Recomanacions en dietoteràpia: Alimentació i hipertensió	
Hipertensió Arterial (HTA)	Farmacologia	Teràpia amb fàrmacs	
	Infermeria Clínica 1 Infermeria Clínica 3 Nutrició	Cures d'infermeria en pacients amb problemes cardiovasculars Malalt crític (Alteracions hemodinàmiques) Recomanacions en dietoteràpia: Alimentació i hipertensió	
	Farmacologia Infermeria Clínica 2 Infermeria Clínica 3	Teràpia amb fàrmacs Cures d'infermeria en pacients amb problemes respiratoris Malalt crític (Procés cures infermeria a persones amb situacions crítiques amb patologia respiratòria)	
Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC)	Farmacologia Infermeria Clínica 2 Infermeria Clínica 3	Teràpia amb fàrmacs Cures d'infermeria en pacients amb problemes respiratoris Malalt crític (Procés cures infermeria a persones amb situacions crítiques amb patologia respiratòria)	.../...

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA FCSB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
Atenció primària: - Malalties cròniques	Cardiopaties	<p>Teràpia amb fàrmacs</p> <p>Cures d'infermeria en pacients amb problemes cardíaculadoris</p> <p>Malalt crític (Procés cures infermeria a persones amb situacions crítiques amb patologia cardiovascular)</p>	Els continguts de les assignatures relacionades amb les malalties cròniques són adients per donar una atenció adequada en el medi penitenciari
	Dislipèmies	<p>Teràpia amb fàrmacs</p> <p>Recomanacions en dietoteràpia: Alimentació i hiperlipèmies</p>	
	Obesitat	<p>Teràpia amb fàrmacs</p> <p>Recomanacions en dietoteràpia: Alimentació i obesitat</p>	
- Atenció a la dona i a l'infant	La dona	<p>Atenció d'infermeria a la dona</p> <p>En tots els seus continguts</p>	És necessari acompanyar els continguts de la matèria amb el coneixement de les especificitats del medi i dels condicionants de salut de la interna-pacient i l'infant .../...
	L'infant	<p>Atenció d'infermeria a la infància</p> <p>En tots els seus continguts</p>	

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFIQUES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA FCSB

	Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
Malalties infectocontagoses	Tuberculosi (TB)	Farmacologia	Teràpia amb fàrmacs	En aquestes assignatures és necessari ampliar continguts com: interaccions farmacològiques entre tuberculostàtics, antiretrovirals i metadona; tractament pel VHC; estudi de contactes en TB; tractament directament observat i adherència al tractament.
		Infermeria Clínica 2	Cures d'infermeria en pacients amb problemes infecciosos i immunosupressió	
	VHB i VHC	Farmacologia	Teràpia amb fàrmacs	
	VIH/SIDA	Farmacologia	Teràpia amb fàrmacs	
Salut Mental	Infeccions de transmissió sexual (ITS)	Infermeria Clínica 2	Cures d'infermeria en pacients amb problemes infecciosos i immunosupressió	
		Infermeria Clínica 2	Cures d'infermeria en pacients amb problemes infecciosos i immunosupressió	
	Farmacologia	Teràpia amb fàrmacs	És necessari acompanyar els continguts de la matèria amb el coneixement de les especificitats del medi i dels condicionants de salut dels interns-pacients ../...	
	Infermeria Clínica 3	Salut Mental: Conceptes bàsics, Cures d'infermeria psiquiàtrica i Salut mental i infermeria comunitària		
Farmacologia	Teràpia amb fàrmacs			

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA FCSB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
Drogedependències	Infermeria Clínica 3	Salut Mental (conductes addictives)	<p>És necessari acompanyar els continguts de la matèria amb el coneixement de les especificitats del medi i dels condicionants de salut dels interns-pacients. És necessari ampliar els continguts referents als programes de reducció de danys: PMIM, PIX i programa de manteniment amb altres agonistes opiàcis, així com, de l'atenció a la intoxicació/sobredosi per opiàcis i substàncies psicoestimulants</p>
Urgències i situacions límit	Infermeria Clínica 3	Malalt crític: Atenció davant grans politraumatitzats, intoxicacions, conductes suïcides, etc.	<p>No queden contemplades les situacions límit característiques del medi penitenciari: autolesions, ingesta de cossos estranys, vaga de fam, <i>body packer</i> i <i>body stuffer</i>, ni l'atenció infermera en aldarulls i motins</p> <p>.../...</p>

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA FCSB				
Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons	
Habilitats comunicatives i socials	Educació per a la Salut i la Comunicació Psicologia	Planificació de l'ensenyament per a la salut. La comunicació com eix vertebrador de l'educació per a la salut Principis psicològics bàsics Psicologia social-assistencial	És necessari abordar els continguts des de la realitat i característiques de la població reclusa.	
Geriatría	Atenció a l'ancià i a la dependència	Canvis inherents al procés d'envelliment	Els continguts d'aquesta assignatura són adients per donar l'atenció en el medi penitenciari, contemplant la seva vulnerabilitat	
Immigració	Infermeria Multiculturalitat i	-Implicacions socials de la multiculturalitat: Procés migratori. -Atenció d'infermeria en la multiculturalitat: atenció a la població immigrant	No es contempla l'atenció a les persones immigrants en situació d'emprisonament	
Coneixement del medi			No existeix cap assignatura en relació a aquest tema*	

Taula 34: Àrees assistencials infermeres del medi penitenciari identificades en el pla d'estudis de la FCSB.

* Mencionar que l'àrea de coneixement del context penitenciari no es contempla el seu contingut a cap assignatura. El coneixement del medi està implícit transversalment en cada una de les àrees assistencials valorades per la seva importància en l'abordatge, característiques i especificitats, aspectes com: la presonització, subcultura carcerària, reglamentació i organització penitenciària.

5.1.2 Pla d'Estudis de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona (UB)

Després de revisar el pla d'estudis d'aquesta Universitat es varen identificar les assignatures que podien tenir relació amb les àrees assistencials de la infermeria penitenciària.

De la informació analitzada de les dues àrees assistencials d'atenció primària, les malalties cròniques es varen identificar a les següents assignatures: Infermeria Comunitària, Infermeria Clínica I, Infermeria Clínica II i Farmacologia Clínica per sistemes i aparells. Pensem que els continguts d'aquestes assignatures són adequats als coneixements necessaris per donar una atenció l'intern/a-pacient amb aquestes patologies dins del medi penitenciari.

Quan a l'atenció a la dona i a l'infant es varen identificar a les assignatures: Infermeria de la salut sexual i reproductiva, en diferents blocs: Reproducció humana, Problemes de salut reproductiva, Gestació, Part i Puerperi, i Infermeria del nen i de l'adolescent, treballada en diversos blocs: El nounat, Creixement i desenvolupament, Promoció de la salut infantil i Malalties més freqüents en la infància. Pensem que el contingut d'aquestes assignatures són adients pels infermers/es generalistes, però existeix la manca de coneixements relacionats amb la normativa reglamentària per atendre a les dones i també als seus fills en un àmbit inexplorat. La vida dins el medi penitenciari condiona les cures infermeres i la capacitat de resposta d'aquestes persones per la seva privació de llibertat.

Pel que fa a l'àrea assistencial de malalties infectocontagioses (TB, VHB, VHC, VIH/SIDA i ITS), es varen identificar a l'assignatura d'Infermeria de Salut Pública i Comunitària totes les patologies abans esmentades. Destacar que totes aquestes malalties es treballen des de continguts genèrics com: Epidemiologia de les infeccions, Processos infecciosos i Educació per la Salut, i que l'alta prevalença d'aquestes patologies en el medi penitenciari fa que sigui necessari un aprofundiment de les mateixes i ampliar continguts com: les interaccions farmacològiques entre tuberculostàtics, antiretrovirals i metadona; efectes secundaris d'aquests tractaments; tractament i efectes secundaris pel VHC; estudi de contactes en TB; tractament directament observat i adherència al tractament.

Quan a l'àrea assistencial de salut mental es varen identificar continguts en aquesta matèria a l'assignatura d'Infermeria en Salut Mental: Salut Mental dels Joves i Salut Mental de l'Adult i la Persona Gran, i a l'assignatura de Farmacologia Clínica per Sistemes i Aparells. Destacar que si bé són suficients per a l'atenció infermera generalista, existeix una mancança de coneixements en relació als condicionants del medi que influeixen a l'hora de dissenyar els plans de cures per donar una atenció en salut mental al pacient amb privació de llibertat.

Pel que fa a l'àrea assistencial de drogodependències, es varen identificar els continguts a l'assignatura de Farmacologia Clínica per Sistemes i Aparells i en dues assignatures optatives: La prevenció pot influir en la salut: Tabac i alcohol, i Drogues i Cinema. Pensem que si bé aquests coneixements són adequats, el fet de que aquests estiguin incorporats en assignatures optatives representa que no tots els infermers tindran la mateixa formació al finalitzar els estudis de Grau. Per altra banda a l'assignatura de farmacologia es va detectar una mancança en el maneig de tractaments farmacològics específics (metadona, buprenorfina, etc.), així com, l'abordatge del pacient drogodependent en relació als programes de reducció de danys (PMM, PIX i programa de manteniment amb altres agonistes opiacis) i a l'atenció d'infermeria en intoxicació/sobredosi per opiacis i substàncies psicoestimulants.

L'àrea assistencial d'urgències es va identificar a l'assignatura optativa de: Pautes Bàsiques d'Actuació en Situacions d'Urgències i Emergències, i Farmacologia Clínica per Sistemes i Aparells. Pensem que els continguts d'abordatge del pacient en l'atenció urgent són els adequats, però no queden contemplades les situacions límit característiques del medi penitenciari com: la vaga de fam, les autolesions, ingesta de cossos estranys, control i seguiment del *body packer/body stuffer* i l'atenció infermera en aldarulls i motins, essent imprescindible el coneixement d'aquestes situacions, així com el seu abordatge sanitari.

Les necessitats comunicatives es van identificar a l'assignatura de Ciències Socials Aplicades a la Salut: Relació d'ajuda, Resolució de conflictes i Processos de comunicació. Si bé aquests continguts de caire genèric són adequats per l'infermer/a generalista, cal tenir en compte que el desconeixement de les característiques del context penitenciari dificulta la resposta del professional en front de la realitat d'aquest medi.

L'atenció assistencial de l'àrea de geriatria es va identificar a l'assignatura d'Infermeria Gerontològica: Procés d'Envel·lir, L'Envel·liment Actiu i la Malaltia en la Gent Gran. Pensem que els continguts d'aquesta assignatura són suficients per poder atendre aquest tipus de població en el context penitenciari. Però, tal com es va detallar en el marc teòric, s'han de tenir en compte la vulnerabilitat d'aquestes persones en aquest medi i les peculiaritats de la reglamentació penitenciària vers la seva atenció.

L'assistència a les persones immigrants es va identificar a l'assignatura optativa: La Interculturalitat i l'Àmbit Sociosanitari: Diversitat Cultural i Immigració. El fet de que aquesta assignatura sigui optativa implica que no tots els estudiants d'infermeria quan finalitzin la titulació de grau hagin obtingut els coneixements necessaris entorn a aquesta matèria. Aquesta mancança dificulta l'apropament a la realitat d'aquesta població.

Pel que fa a les pràctiques durant els quatre cursos dels estudis de Grau, els alumnes d'aquesta Universitat no compten amb l'opció de poder fer pràctiques als centres penitenciaris de Catalunya, si bé existeix conveni de col·laboració entre la Universitat de Barcelona i el Departament de Justícia a tal efecte.

Aquesta informació queda reflectida a la següent taula:

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA UB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons	
Atenció primària: - Malalties cròniques	Diabetis Mellitus (DM)	Infermeria Comunitària	Prevenció i atenció d'infermeria a persones amb problemes de salut aguts i crònics. Diabetis	
		Infermeria Clínica II	Cures infermeres a les persones amb trastorns endocrins	
		Farmacologia Clínica per sistemes i aparells	Sistema endocrí	El contingut de les assignatures són adients per donar una atenció adequada en el medi penitenciari
	Hipertensió Arterial (HTA)	Infermeria Comunitària	Prevenció i atenció de la infermeria a persones amb problemes de salut aguts i crònics. Malalties cardiovasculars	
		Farmacologia Clínica per sistemes i aparells	Aparell cardiocirculatori	
		Infermeria Clínica I	Cures infermeres a persones amb trastorns. respiratoris	
		Infermeria comunitària	Prevenció i atenció de la infermeria a persones amb problemes de salut aguts i crònics. Problemes respiratoris	
Farmacologia Clínica per sistemes i a parells		Aparell respiratori		
			.../ ...	

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA UB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons		
Atenció primària: - Malalties cròniques	Cardiopaties Farmacologia Clínica per sistemes i aparells	Aparell cardiocirculatori	El contingut de les assignatures són adients per donar una atenció adequada en el medi penitenciari		
	Infermeria Clínica I	Cures infermeres a les persones amb trastorns cardíacs			
	Infermeria comunitària	Prevenció i atenció de la infermeria a persones amb problemes de salut aguts i crònics. Malalties cardiovasculars			
	Dislipèmies Farmacologia Clínica per sistemes i aparells	Dietètica humana			
	Infermeria Clínica I	Dietètica humana			
	Obesitat	Farmacologia Clínica per sistemes i aparells		Dietètica humana	
		Infermeria Clínica I		Dietètica humana	
					.../...

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA UB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari		Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
-Atenció a la dona i a l'infant	La dona	Infermeria de la salut sexual i reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Reproducció humana - Problemes de salut reproductiva. - Gestació - Part - Puerperi 	És necessari acompanyar els continguts de la matèria amb el coneixement de les característiques del medi i l'abordatge dels condicionants de salut de la interna-pacient i l'infant
	L'infant	Infermeria del nen i de l'adolescent	<ul style="list-style-type: none"> - Nounat - Creixement i desenvolupament - Promoció de la salut infantil - Malalties més freqüents en la infància 	
Malalties infectocontagioses	Tuberculosi (TB)	Infermeria de Salut Pública i comunitària	<ul style="list-style-type: none"> - Processos infecciosos - Educació per la salut - Epidemiologia de les infeccions 	És necessari ampliar continguts en aquestes assignatures com: interaccions farmacològiques entre tuberculosàtics, antiretrovirals i metadona; tractament pel VHC; estudi de contactes en TB; tractament directe observat i adherència al tractament.
	VHB i VHC	Infermeria de Salut Pública i comunitària	<ul style="list-style-type: none"> - Processos infecciosos - Educació per la salut - Epidemiologia de les infeccions 	
	VIH/SIDA	Infermeria de Salut Pública i comunitària	<ul style="list-style-type: none"> - Processos infecciosos - Educació per la salut - Epidemiologia de les infeccions 	
	Infeccions de transmissió sexual (ITS)	Infermeria de Salut Pública i comunitària	<ul style="list-style-type: none"> - Processos infecciosos - Educació per la salut - Epidemiologia de les infeccions 	.../...

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFIQUES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA UB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
Salut Mental	Farmacologia Clínica per sistemes i a parells Infermeria en Salut Mental	Sistema nerviós: - Antidepressius - Ansiolítics - Sedants-hipnòtics - Anticonvulsius - Salut mental dels joves - Salut mental de l'adult i la persona gran	És necessari acompanyar els continguts de la matèria amb el coneixement de les especificitats del medi i dels condicionants de salut dels interns-pacients
Drogodependències	Com la Prevenció pot influir en la Salut (OT) Drogues i cinema (OT) Farmacologia Clínica per Sistemes i Aparells	Tabac i alcohol - Teràpia del dolor i la inflamació - Analgèsics menors i opioides - Opioides majors	És necessari ampliar els continguts referents als programes de reducció de dany: PMM i PIX, i d'atenció a la intoxicació/sobredosi per opiàcis i substàncies psicoestimulants. S'ha de contemplar que aquestes continguts estan incorporats en assignatures optatives. Per la prevalença d'aquesta patologia és necessari acompanyar aquests continguts des de la visió del context penitenciari .../...

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFIQUES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA UB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari		Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
Urgències i situacions límit		<p>Pautes Bàsiques d'Actuació en Situacions d'Urgències i Emergències (OT)</p> <p>Farmacologia Clínica per Sistemes i Aparells</p>	<p>-Suport vital bàsic</p> <p>-Urgències mèdiques primàries</p> <p>-Assistència inicial al politraumatitzat</p> <p>-Assistència bàsica a les urgències ambientals (calor, cremades, hipotèrmia, congelació i electricitat)</p> <p>Identificació de fàrmacs pel carro d'aturades</p>	<p>Resenyar que aquests continguts estan incorporats en una assignatura optativa. A més, no queden contemplades les situacions límit característiques del medi penitenciari: autolesions, ingesta de cosos estranys, vaga de fam, <i>body packer</i> i <i>body stuffer</i>, ni l'atenció infermera en aldarulls i motins</p>
Habilitats comunicatives i socials		<p>Ciències Socials Aplicades a la Salut</p>	<p>-Relació d'ajuda</p> <p>-Resolució de conflictes</p> <p>-Processos de comunicació</p>	<p>Si bé aquests continguts són adequats, cal tenir en compte que el desconeixement de les característiques del context penitenciari dificulta la resposta del professional en front de la realitat d'aquest medi</p> <p>.../...</p>

ÀREES ASSISTENCIALS INFERMERES DEL MEDI PENITENCIARI IDENTIFICADES EN EL PLA D'ESTUDIS DE LA UB

Àrees assistencials ateses en el medi penitenciari	Assignatures del pla d'estudis	Continguts relacionats amb les assignatures	Observacions en relació a l'infermer/a de presons
Geriatría	Infermeria Gerontològica	-Procés d'envellir -L'envelliment actiu -La malaltia en la gent gran	Els continguts són adients, però s'ha de tenir en compte la vulnerabilitat d'aquestes persones en aquest medi i les peculiaritats de la reglamentació penitenciària vers la seva atenció
Immigració	La Interculturalitat i l'Àmbit Sociosanitari (OT)	Diversitat cultural i immigració	Els continguts són suficients en extensió, però s'ha de tenir en compte la vulnerabilitat d'aquestes persones en aquest medi i les peculiaritats de la reglamentació penitenciària vers la seva atenció
Coneixement del medi			No existeix cap assignatura en relació a aquest tema*

Taula 35: Àrees assistencials infermeres del medi penitenciari identificades en el pla d'estudis de la UB.

* Mencionar que l'àrea de coneixement del context penitenciari no es contempla el seu contingut a cap assignatura. El coneixement del medi està implícit transversalment en cada una de les àrees assistencials valorades per la seva importància en l'abordatge, característiques i especificitats, aspectes com: la presonització, subcultura carcerària, reglamentació i organització penitenciària

5.1.3 Oferta Formativa de Segon Cicle d'Infermeria

De l'anàlisi dels resultats de la cerca sobre l'oferta formativa de postgraus i màsters de diferents universitats de Catalunya en relació a diferents àrees específiques de la infermeria, s'observa que la formació més ofertada en el curs 2012-13, va ser l'àrea medicoquirúrgica, seguida de l'àrea d'urgències i emergències. A més d'aquestes àrees, hem comprovat que hi ha un ampli ventall d'oferta formativa de diferents àrees pel seu aprofundiment com: la pediàtrica, l'atenció primària, la salut mental i toxicomanies, la radiologia, la infermeria legal i forense, la salut laboral i la recerca en salut. Igualment, hem pogut constatar que la infermeria penitenciària no queda contemplada en cap de les ofertes formatives de les universitats analitzades. Com el que es pretenia era valorar la continuïtat de la formació en relació a la infermeria penitenciària, a l'hora de realitzar aquesta anàlisi no hem diferenciat entre formació de postgrau i màster.

<u>Universitat</u>	<u>Àrea</u>
UB:	Cures intensives i intermèdies respiratòries per a infermeria
UB:	Infermeria quirúrgica
UB:	Cures d'infermeria a les persones en procés quirúrgic
UB:	Infermeria oncològica
UB:	Infermeria oftalmològica
UB:	Infermeria d'anestèsia i reanimació
UAB:	Atenció d'infermeria a la persona amb problemes cardíacs
UAB:	Infermeria Intensiva
UAB:	Infermeria oncològica
UAB:	Infermeria quirúrgica
UAB:	Assistència integral al malalt crítica amb patologia cardiovascular i/o respiratòria
UAB:	Infermeria gerontològica i geriàtrica
URL:	Infermeria en cirurgia general i especialitats
URL:	Infermeria en cures intensives
URV:	Pràctica quirúrgica. Infermeria de quiròfan
UIC:	Postgrau en: Infermeria quirúrgica, anestèsia, reanimació i teràpia del dolor
UIC:	Postgrau en: Abordatge multidisciplinari en el procés del malat crònic (semipresencial)

UB: Universitat de Barcelona; UAB: Universitat Autònoma de Barcelona; URL: Universitat Ramon Llull; URV: Universitat Rovira i Virgili; UIC: Universitat Internacional de Catalunya.

Taula 36: Oferta formativa d'infermeria de segon cicle de l'àrea assistencial medicoquirúrgica curs 2012-2013.

<u>Universitat</u>	<u>Àrea</u>
UB:	Infermeria d'urgències hospitalàries
UB:	Malalt crític i emergències
UB:	Cures d'infermeria al malalt crític
UB:	Atenció inicial d'urgències
UB:	Urgències a pediatria
UB:	Atenció prehospitalària urgent
UAB:	Assistència integral en urgències i emergències
UAB:	Emergències extrahospitalàries
UAB:	Emergències i catàstrofes
UAB:	Emergències i cures intensives: Atenció integral d'infermeria a l'adult
URV:	Atenció prehospitalària i hospitalària urgent
UIC:	Infermeria Intensiva del malalt crític

UB: Universitat de Barcelona; UAB: Universitat Autònoma de Barcelona; URV: Universitat Rovira i Virgili; UIC: Universitat Internacional de Catalunya

Taula 37: Oferta formativa d'infermeria de segon cycle de l'àrea assistencial urgències i emergències curs 2012-2013.

<u>Universitat</u>	<u>Àrea</u>
UB:	Cures d'infermeria en la infància i l'adolescència
UB:	Infermeria pediàtrica
UAB:	Atenció d'infermeria al nen i l'adolescent
UAB:	Cures intensives infermeres neonatals i pediàtriques
URL:	Infermeria pediàtrica en atenció primària
URL:	Infermeria pediàtrica en el medi hospitalari

UB: Universitat de Barcelona; UAB: Universitat Autònoma de Barcelona; URL: Universitat Ramon Llull

Taula 38: Oferta formativa d'infermeria de segon cycle de l'àrea assistencial pediàtrica curs 2012-2013.

<u>Universitat</u>	<u>Àrea</u>
UB:	Cures infermeres a l'atenció primària (CADI, 1,2 i 3)
UB:	Infermeria escolar
UB:	Cures d'infermeria al malalt crònic
UAB:	Dependència i atenció domiciliaria
UPF:	Cronicitat i dependència
UPF:	Gestió de tractament i seguiment de malalties cròniques

UB: Universitat de Barcelona; UAB: Universitat Autònoma de Barcelona; UPF: Universitat Pompeu Fabra

Taula 39: Oferta formativa d'infermeria de segon cycle de l'àrea assistencial d'atenció primària curs 2012-2013.

<u>Universitat</u>	<u>Àrea</u>
UAB:	Infermeria psiquiàtrica i salut mental
UAB:	Conductes additives: Prevenció i intervenció d'infermeria
UAB:	Obesitat i trastorns de la conducta alimentaria

UAB: Universitat Autònoma de Barcelona

Taula 40: Oferta formativa d'infermeria de segon cycle de l'àrea assistencial salut mental i toxicomanies curs 2012-2013.

<u>Universitat</u>	<u>Àrea</u>
UB:	Infermeria radiològica
UB:	Infermeria legal i forense
UPF:	Salut laboral. Especialitat Sanitaria en Salut Laboral
UPF:	Recerca en Salut
UIC:	Investigació en salut
UIC:	Salut laboral
UIC:	Investigació en infermeria i salut

UB: Universitat de Barcelona; UPF: Universitat Pompeu Fabra; UIC: Universitat Internacional de Catalunya

Taula 41: Oferta formativa d'infermeria de segon cycle d'altres àrees curs 2012-2013.

5.1.4 Competències d'Infermeria Penitenciària *versus* Competències ANECA *versus* Competències Grupo Tuning

Després d'analitzar els plans d'estudis de les dues universitats i l'oferta formativa d'infermeria de segon cycle de diferents universitats de Catalunya, hem cregut necessari incloure l'anàlisi de les competències específiques d'infermeria proposades per ANECA, Grupo Tuning i la infermeria penitenciària de Catalunya (Àrea d'Infermeria DGSPiR, 2005).

A l'anàlisi realitzat s'observen coincidències de tres competències ANECA (CE01G, CE10G i CE12G) i una del Grupo Tuning (11) en relació amb les competències penitenciàries. A continuació detallem les esmentades competències:

- ▲ Prestar les cures infermeres, garantint el dret a la dignitat, a la privacitat, a la intimitat i a la confidencialitat i la capacitat de decisió de l'intern-pacient en el context penitenciari (CE12G).

- ▲ Capacitat per qüestionar, avaluar, interpretar i sintetitzar críticament un ventall d'informació i fons de dades que faciliti la cura de l'intern-pacient (CE10G).
- ▲ Capacitat per a treballar en un context professional ètic i de codis reguladors legals, reconeixent i responent a dilemes ètics o morals de la pràctica diària (CE01G) i (11).

Referent a la competència penitenciària (CP6) "Dissenyar i implementar programes d'educació per a la salut individuals i en grup en relació a l'estat de salut de l'intern-pacient, el seu nivell de coneixement i la seva estada al centre de compliment", cal assenyalar que si bé existeixen coincidències amb la competència 10 del Grupo Tuning en relació al disseny i implementació de programes d'educació per a la salut, no es contemplen les característiques del medi i la població atesa.

Per tant, del resultat d'aquesta cerca podem concloure que els professionals que han de donar cures en el medi penitenciari necessiten assolir unes competències que li són pròpies.

A continuació es pot trobar la taula amb el detall dels tres grups de competències comparades.

COMPETÈNCIES INFERMERIA PENITENCIÀRIA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES ANECA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES GRUPO TUNING
CP1. Conèixer i aplicar els principis que sustenten les cures integrals d'infermeria en l'àmbit penitenciari	CE01G: Capacitat per a treballar en un context ètic i de codis reguladors i legals reconeixent i responnent a dilemes ètics o morals en la pràctica diària. (CP14)	1. Capacitat per aplicar els coneixements en la cura holística de la persona, família i comunitat considerant les diverses fases del cicle de vida en els processos de salut-malaltia
CP2. Identificar els problemes de salut més prevalents de l'intern-pacient en el medi penitenciari	CE02G: Capacitat per a treball holístic	2. Habilitat per aplicar la metodologia del procés d'infermeria i teories de la disciplina que organitza la intervenció, garantint la relació d'ajuda
CP3. Conèixer el programes de salut que es desenvolupen en el medi penitenciari	CE03G: Capacitat per a educar, facilitar, recolzar i animar la salut	3. Capacitat per documentar i comunicar de forma àmplia i concreta la informació a la persona, família i comunitat, per proveir continuïtat i seguretat en la cura
CP4. Prestar les cures infermeres, garantint el dret a la dignitat, a la privacitat, a la intimitat i a la confidencialitat i la capacitat de decisió de l'intern-pacient en el context penitenciari. (CE12G)	CE04G: Capacitat per reconèixer diferents rols, responsabilitats i funcions	4. Capacitat per utilitzar les tecnologies de la informació i la comunicació per a la presa de decisions assertives i la gestió dels recursos per a la cura de la salut
CP5. Individualitzar les cures infermeres tenint presents l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i els valors	CE05G: Capacitat per ajustar el seu paper amb l'objecte de respondre efectivament a les necessitats de la població o als pacients	5. Demostra respecte per la cultura i els drets humans en les intervencions d'infermeria en el camp de la salut
CP6. Dissenyar i implementar programes d'educació per a la salut individuals i en grup, en relació a l'estat de salut de l'intern-pacient, el seu nivell de coneixement i la seva estada al centre de compliment	CE06G: Capacitat per acceptar responsabilitat d'aprenentatge propi i desenvolupament professional utilitzant l'avaluació com a mitja per reflectir i millorar la seva actuació i augmentar la qualitat dels serveis prestats	6. Habilitat per poder actuar en equips interdisciplinaris i multisectorials, amb capacitat resolutiva per satisfer les necessitats de salut prioritària, emergent i especial .../...

COMPETÈNCIES INFERMERIA PENITENCIÀRIA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES ANECA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES GRUPO TUNING
CP7. Conèixer el llenguatge específic (argot penitenciari) utilitzat pels interns, com una eina que ha de permetre establir una millor comunicació entre els professionals d'infermeria i l'intern	CE07G: Capacitat per emprendre valoracions exhaustives i sistemàtiques utilitzant eines i marcs adequats pel pacient, tenint en compte els factors físics, socials, culturals, psicològics, espirituals i ambientals rellevants	7. Capacitat per dissenyar i gestionar projectes d'investigació relacionats amb la cura d'infermeria i la salut
CP8. Identificar els diferents tipus de demandes sanitàries de l'intern-pacient com a propòsit de salut, regimental o benestar personal	CE08G: Capacitat per reconèixer signes i símptomes normals o canviants	8. Habilitat per resoldre els problemes de salut utilitzant la investigació en la pràctica d'infermeria
CP9. Conèixer les situacions límit que comporten una atenció sanitària específica del professional	CE09G: Capacitat per respondre a les necessitats del pacient, planificant, prestant serveis i avaluant programes individualitzats	9. Capacitat de participar activament en el desenvolupament de les polítiques de salut, respectant la diversitat cultural
CP10. Conèixer el rol infermer enfront l'atenció urgent i vital als centres penitenciaris	CE10G: Capacitat per a qüestionar, avaluar, interpretar i sintetitzar críticament informació i fonts de dades que facilitin l'elecció del pacient. (CP13)	10. Capacitat per a planificar, organitzar, executar i avaluar activitats de promoció, prevenció i recuperació de la malaltia, amb criteris de qualitat
CP11. Conèixer la xarxa sanitària externa de referència que dona suport a l'atenció sanitària penitenciària	CE11G: Capacitat per fer valer els judicis clínics per assegurar que assoleixen els estàndards de qualitat i que la pràctica està basada en l'evidència	11. Capacitat de treballar en el context dels codis ètics, normatius i legals de la professió. (CP14)
CP12. Capacitat per a identificar processos d'esgotament físic i/o mental del professional d'infermeria per tal de prevenir situacions d'estrès i desmotivació laboral	CE12G: Capacitat per mantenir dignitat, privacitat i confidencialitat de la persona. (CP4)	12. Capacitat per dissenyar, executar i avaluar programes d'educació en salut formals i no formals que responen a les necessitats del context .../...

COMPETÈNCIES INFERMERIA PENITENCIÀRIA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES ANECA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES GRUPO TUNING
<p>CP13. Capacitat per qüestionar, avaluar, interpretar i sintetitzar críticament un ventall d'informació i fons de dades que faciliti la cura de l'intern-pacient. (CE10G)</p>	<p>CE13G: Capacitat per posar en pràctica principis de salut i seguretat inclosos la mobilització i el maneig del pacient, control d'infeccions, primers auxilis bàsics i procediments d'emergència</p>	<p>13. Capacitat per participar en equips multidisciplinaris i transdisciplinaris en la formulació de projectes educatius</p>
<p>CP14. Capacitat per a treballar en un context professional ètic i de codis reguladors legals, reconeixent i responen a dilemes ètics o morals de la pràctica diària. (CE1G) i (11)</p>	<p>CE14G: Capacitat per administrar amb seguretat fàrmacs i altres teràpies</p>	<p>14. Habilitat i capacitat per promoure el procés d'aprenentatge permanent amb persones, grups i comunitat en la promoció de l'autocura i estils de vida saludables en relació amb el seu entorn</p>
<p>CP 15. Capacitat de lideratge i gestió infermera per a conduir la col·laboració interprofessional amb altres membres de l'equip sanitari, de l'àmbit de seguretat i equip de tractament</p>	<p>CE15G: Capacitat per a considerar les cures emocionals, físiques i personals incloent satisfer les necessitats de confort, nutrició e higiene personal permetent el manteniment de les activitats diàries</p>	<p>15. Coneixement i capacitat per aplicar la tecnologia i la informàtica en investigacions d'infermeria i salut</p>
	<p>CE16G: Capacitat per respondre a necessitats del cicle vital i les experiències de salut o malaltia</p>	<p>16. Coneixement de les diferents funcions, responsabilitats i papers que ha de desenvolupar el professional d'infermeria</p>
	<p>CE17G: Capacitat per informar, educar i supervisar pacients, educadors i les seves famílies</p>	<p>17. Capacitat per aplicar a la pràctica els principis de seguretat i higiene en la cura d'infermeria</p>
	<p>CE18G: Coneixement rellevant de i capacitat per aplicar teories d'infermeria i pràctica infermera</p>	<p>18. Coneixement i habilitat per utilitzar els instruments inherents als procediments de la cura humana</p>
	<p>CE19G: Coneixement rellevant de per a aplicar ciències naturals i de la vida</p>	<p>19. Capacitat per poder aplicar activament en els comitès d'ètica de la pràctica de la infermeria i bioètica .../...</p>

COMPETÈNCIES INFERMERIA PENITENCIÀRIA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES ANECA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES GRUPO TUNING
	CE20G: Coneixement per aplicar ciències socials, del comportament i de la salut	20. Capacitat per defensar la dignitat de la persona i el dret a la vida en la cura interdisciplinària de la salut
	CE21G: Coneixement rellevant de i capacitat per a aplicar ètica, legislació i humanitats	21. Capacitat per administrar amb seguretat fàrmacs i altres teràpies per tal de proporcionar les cures d'infermeria de qualitat
	CE22G: Coneixement per aplicar tecnologia i informàtica a les cures de salut	22. Capacitat per a reconèixer, respectar i donar suport a les necessitats espirituals de les persones
	CE23G: Coneixement per aplicar política nacional i internacional	23. Capacitat per a participar i concertar en organismes col·legiats de nivell local, regional, nacional i internacionals que promouen el desenvolupament de la professió
	CE24G: Coneixement rellevant per a aplicar resolució de problemes i presa decisions	24. Capacitat per establir i mantenir la relació d'ajuda amb les persones, famílies i comunitat, enfront de diferents cures requerides amb major èmfasi en situacions crítiques i en la fase terminal de la vida
	CE25G: Coneixement rellevant per a aplicar principis d'investigació i informació	25. Capacitat de promoure i realitzar accions tendents a estimular la participació i desenvolupament comunitari en l'àrea de la seva competència en salut
	CE26G: Capacitat per una comunicació efectiva, usant tecnologies amb pacients, famílies i grups socials, inclosos aquells amb dificultats de comunicació	26. Demostra solidaritat davant les situacions de desastres, catàstrofes i epidèmies .../...

COMPETÈNCIES INFERMERIA PENITENCIÀRIA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES ANECA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES GRUPO TUNING
	CE27G: Capacitat d'expressió de sentiments i emocions de cuidadors i pacients	27. Capaç de gestionar de manera autònoma nous serveis d'infermeria
	CE28G: Capacitat per a representar la perspectiva del pacient i actuar per evitar abusos	
	CE29G: Utilitzar habilitats de consell	
	CE30G: Capacitat per a identificar i tractar comportaments desafians	
	CE31G: Capacitat per a reconèixer l'ansietat, l'estrès i la depressió	
	CE32G: Capacitat per a donar suport emocional e identificar quan són necessaris els consells d'un especialista o altres intervencions	
	CE33G: Capacitat per a informar, registrar, documentar i derivar cures utilitzant tecnologies adequades	
	CE34G: Capacitat per a combinar recursos i accions de l'equip socio sanitari per assolir el benestar del pacient	
	CE35G: Capacitat per dirigir i coordinar un equip delegant cures adequadament	

COMPETÈNCIES INFERMERIA PENITENCIÀRIA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES ANECA	COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES GRUPO TUNING
	<p>CE35G: Capacitat per dirigir i coordinar un equip delegant cures adequadament</p> <p>CE36G: Capacitat per treballar i comunicar-se en col·laboració i de forma efectiva amb personal de suport per prioritzar i gestionar el temps eficientment</p> <p>CE37G: Capacitat per valorar el risc i promocionar activament el benestar i la seguretat de tota la gent de l'entorn del treball</p> <p>CE38G: Capacitat per utilitzar críticament les eines d'avaluació i auditoria de les cures segons els estàndards de qualitat rellevants</p> <p>CE39G: Capacitat per educar, facilitar i supervisar estudiants dins del context clínic</p> <p>CE40G: Conèixer els principis de finançament i ús de recursos en cures socio sanitàries</p>	

Taula 42: Comparativa de competències específiques penitenciàries (CP)/competències específiques ANECA (CE)/competències específiques Tuning (n).

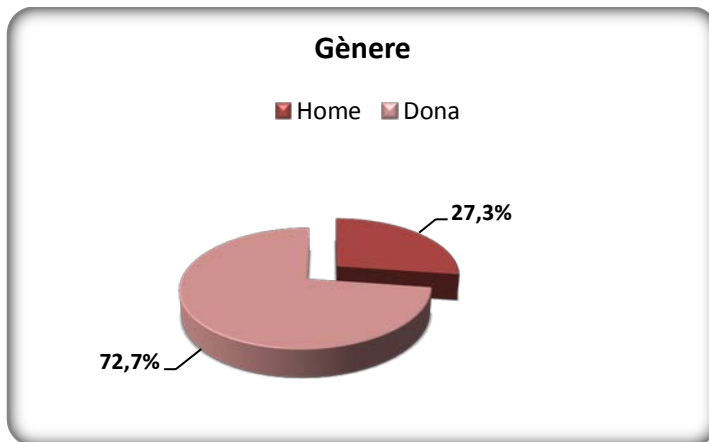
5.2 Qüestionari

Els qüestionaris distribuïts per les presons de la comunitat autònoma catalana, varen estat destinats als infermers/es que desenvolupaven la seva tasca en aquest medi. El número total de la població infermera era de 86 infermers/es dels quals varen col·laborar 77 subjectes.

Això va suposar una taxa de resposta d'un 89,53%. Considerem que és un percentatge molt elevat, tenint en compte que del total d'infermers/es enquestats 3 professionals (3,49%) es trobaven en situació de baixa laboral temporal. Per tant, només 6 professionals (6,98%), no varen participar en la resposta del qüestionari.

A. Perfil dels infermers/es de les presons catalanes

La distribució de les dades segons el gènere varen ser de 21 homes i 56 dones. S'observa un alt percentatge de dones (72,7%), el que ja és habitual en la professió infermera fora del medi penitenciari¹¹¹.



Gràfic 3: Percentatge segons gènere dels infermers i infermeres de presons catalanes.

Els intervals d'edats d'aquesta població es varen revisar per freqüències i percentatges tal com es detalla a la següent taula:

¹¹¹ Segons l'informe anual 2012 de la Memòria del Col·legi Oficial d'infermeres i infermers de Barcelona, el 87,61% dels col·legiats són dones, mentre que només un 12,39% són homes.

		Freqüència	Percentatge
Edat	Entre 20 i 30 anys	2	2,6
	Entre 31 i 40 anys	28	36,4
	Entre 41 i 50 anys	25	32,5
	Entre 51 i 60 anys	20	26,0
	Més de 60 anys	2	2,6
	Total	77	100,0

Taula 43: Freqüències per intervals d'edats dels infermers i infermeres de les presons catalanes.

S'aprecia una major freqüència de professionals entre els 31 i els 50 anys, englobant un 68,9% de la població total. Aquesta dada ens dur a pensar que aquests infermers/es estan dotats d'una certa maduresa personal, que els pot ajudar a resoldre problemes i conflictes relacionals.

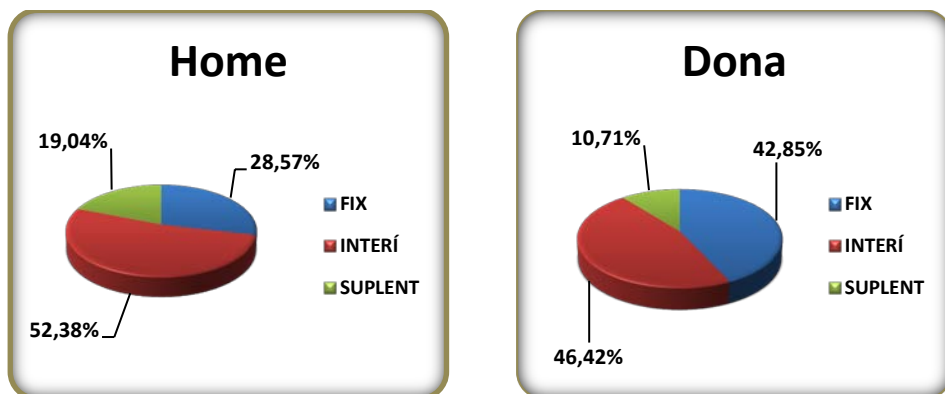
Pel que fa a la situació contractual d'aquests professionals, segons l'anàlisi dels resultats vàrem trobar que el nombre de professionals interins (48,1%) era més elevat que el nombre de personal fix (39%). Aquesta dada respon a la manca de processos selectius de nou accés per accedir a les places de situació fix de l'Administració Pública del Departament de Justícia¹¹².

		Freqüència	Percentatge
Situació contractual	Fix	30	39,0
	Interí	37	48,1
	Suplent	10	13,0
	Total	77	100,0

Taula 44: Freqüències i percentatges de la situació contractual dels infermers i infermeres de les presons catalanes.

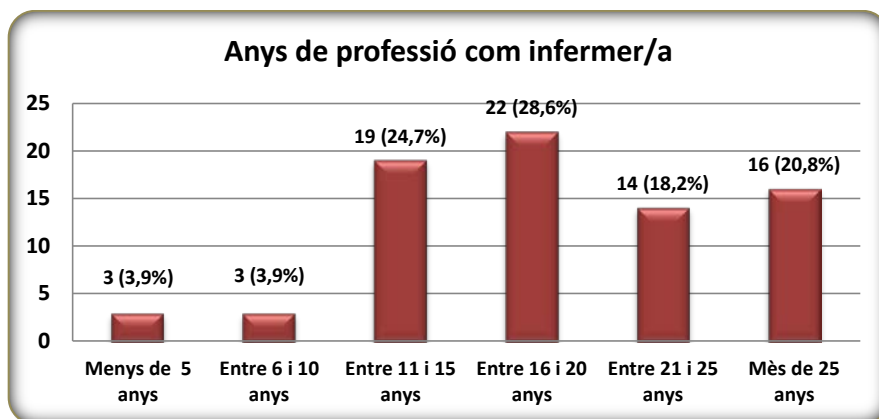
¹¹² L'últim procés selectiu de nou accés per grups A i B de personal laboral del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya va ser el corresponent a la convocatòria L010/03, resolució JUS/2505/2004.

Quan a la relació contractual per gènere, tot i que el nombre de dones és superior al d'homes, no existeix diferència entre la proporció d'homes i dones en situació d'interins, mentre que en la relació contractual de fix el percentatge de dones és molt més elevat.



Gràfic 4: Distribució comparativa gènere segons relació contractual.

Una altra dada important a tenir en compte varen ser els anys de professió com infermers al llarg de la seva vida laboral. La freqüència dels intervals queda detallada en el següent diagrama de barres:

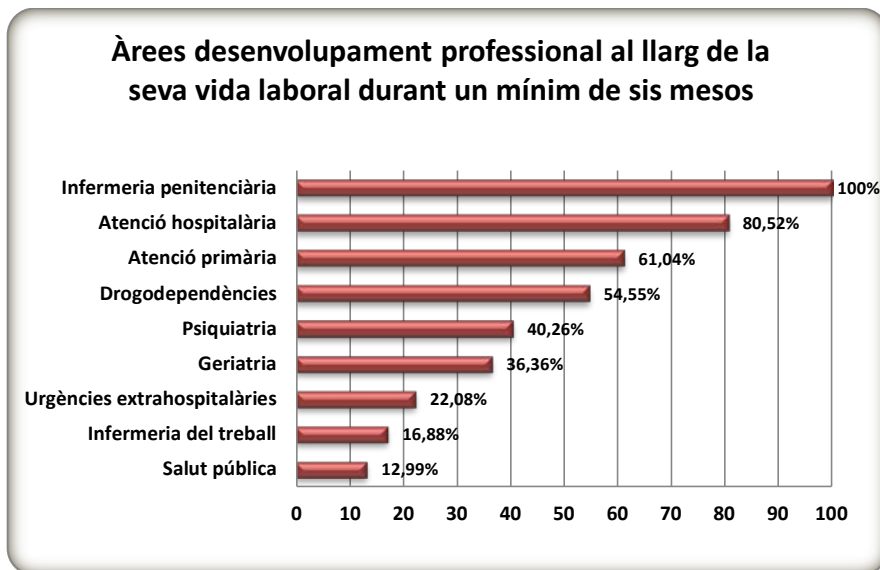


Gràfic 5: Relació intervals d'anys de professió com infermers/es.

Aquestes dades ens demostren que dels infermers/es que treballen a les presons catalanes, un 53,3%, tenen una experiència de la professió infermera compresa entre la franja dels 11 als 20 anys, seguit d'un 39% amb una experiència de més 21 anys. És a dir, que un 92% de la població enquestada té una experiència igual o superior a 11 anys de professió infermera.

Tenint en compte, que el 68,9% dels infermers/es tenen entre 31 i 50 anys d'edat i un 92% té més d'11 anys de professió, poden deduir que l'actual població d'infermers/res de presons tenen una maduresa personal i professional indispensable per poder abordar les necessitats del procés salut-malaltia de la població reclusa.

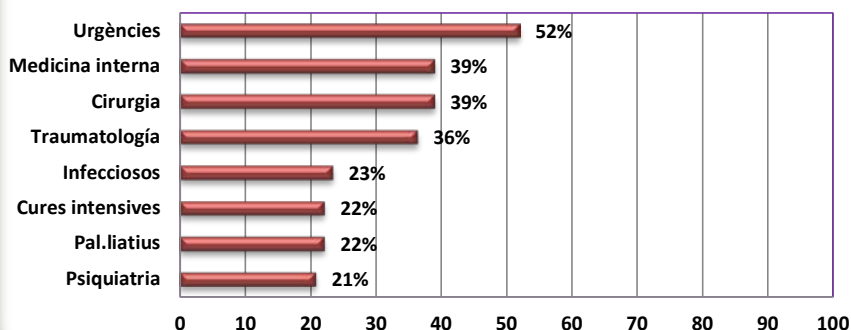
A la pregunta número 4: "Àrees de desenvolupament professional al llarg de la seva vida laboral durant un mínim de sis mesos", tots els enquestats tenien almenys 6 mesos d'experiència en el medi penitenciari. Això, sembla una obvietat, encara que adquireix certa importància al considerar que el grup de suplents (10 informants de 77, (13%) que varen participar en la resposta del qüestionari havien tingut relació amb el medi i el tipus de pacient, sent la seva informació vàlida pels nostres objectius. Al següent gràfic queden reflectides les àrees de desenvolupament professional com infermers:



Gràfic 6: Àrees de desenvolupament professional en percentatges.

També podem observar que una de les àrees on tenien bagatge una gran majoria dels informants era a l'atenció hospitalària (80,52%), seguit de l'atenció primària (61,04%), les drogodependències (54,55%) i la psiquiatria (40,26%). Dins de l'atenció hospitalària, el servei d'urgències és el que més destaca (52%).

Àrees desenvolupament professional a l'àrea d'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA al llarg de la seva vida laboral durant un mínim de sis mesos



Gràfic 7: Serveis de desenvolupament professional a l'àrea d'atenció hospitalària.

Tal com es detalla en el marc teòric, les àrees de psiquiatria, drogodependències, urgències i l'atenció primària estan incloses en els factors de salut característics de la població reclusa. Per tant, poder comptar amb professionals amb aquesta expertesa, representa una millor atenció de les cures infermeres en aquest medi.

En relació a la pregunta número 7: "Anys de treball en centres penitenciaris", esmentar que aquesta estava dividida en 3 ítems: 1) Temps treballat en el centre penitenciari actual; 2) Temps treballat en altres centres de Catalunya; i 3) Temps treballat en centres de la resta d'Espanya. Un cop analitzades les dades, varem comprovar que diferenciar el temps treballat en el centre actual i en altres centres, no aportaven rellevància a l'anàlisi. Per tant, es varen agrupar els anys de treball al medi penitenciari en un sol ítem categoritzant-los per intervals d'anys.

		Freqüència	Percentatge
Suma d'anys de treball als centres penitenciaris (categoritzada)	Entre 6 mesos i 5 anys	8	10,4
	Entre 6 i 10 anys	21	27,3
	Entre 11 i 15 anys	21	27,3
	Entre 16 i 20 anys	8	10,4
	Entre 21 i 25 anys	12	15,6
	Més de 25 anys	7	9,1
	Total	77	100,0

Taula 45: Freqüències i percentatges de temps treballat al medi penitenciari.

Els resultats obtinguts després de l'anàlisi demostren que els infermers enquestats, majoritàriament, es troben en els intervals d'entre 6 i 15 anys (54,6%) de temps treballat als centres penitenciaris, seguit de l'interval de 16 a 25 anys (26%). Aquesta dada està avalada per la correlació positiva i significativa a nivell de 0,01 entre la quantitat d'anys de professió i la suma d'anys de treball en els centres penitenciaris, com infermers gran coneixedors del medi i de les característiques de la població atesa, i per tant, com informants claus per a la nostra investigació.

Correlació		
		Suma dels anys de treball en els centres penitenciaris (categoritzada)
Anys de professió com infermer/a	Correlació de Pearson	,728**
	N	77
** La correlació es significativa al nivell 0,01 (bilateral).		

Taula 46: Correlació anys de professió com infermer/a versus anys de treball en els centres penitenciaris.

B. Àmbit formatiu dels infermers/es

En aquest bloc de preguntes es va iniciar la cerca de dades en relació a la situació i preparació acadèmica dels infermers/es enquestats/es.

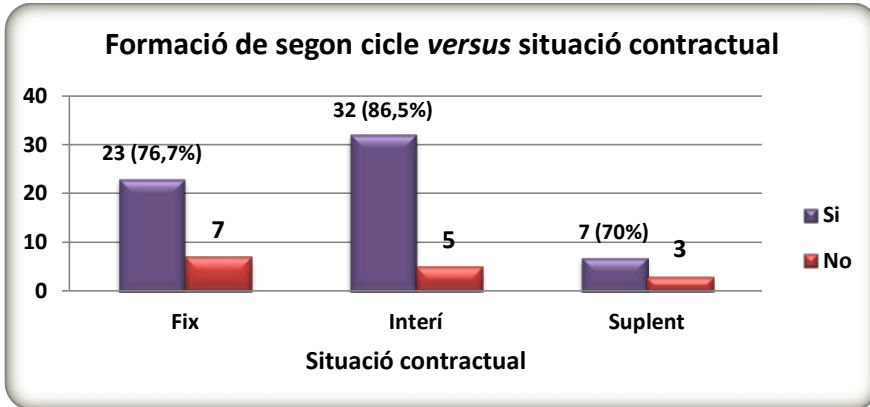
En primer lloc, se'ls hi ha preguntat sobre el seu currículum formatiu en relació als estudis superiors com postgraus i màsters. La pregunta a la que respon aquesta qüestió és: "Ha cursat formació de segon cicle d'infermeria?" (número 8), essent les respostes les que figuren a la següent taula de freqüències:

		Freqüència	Percentatge
Ha cursat formació de segon cicle d'infermeria	Si	62	80,5
	No	15	19,5
	Total	77	100,0

Taula 47: Freqüències i percentatges de la formació de segon cicle.

Com es pot veure a la taula anterior, hi ha un alt percentatge (80,5%) de professionals que havien cursat estudis de segon cicle d'infermeria. Si observem el

gràfic següent podem relacionar aquesta informació amb la situació contractual, d'aquesta manera podem veure que els fixes s'han format en un 76,7%, els interins en un 86,5% i els suplents en un 70%. Aquesta dada revela que els infermers que desenvolupen les seves tasques a les presons catalanes tenen interès per la formació especialitzada, sense tenir en comptes la seva situació contractual.



Gràfic 8: Relació entre la formació de segon cicle i la situació contractual del professional.

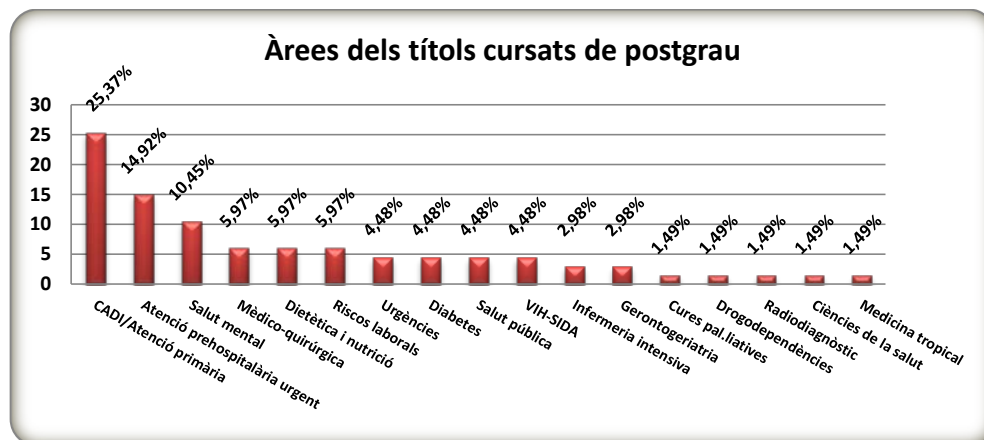
A continuació, s'exposa la taula relacionada amb el nombre de professionals que havien cursat estudis de postgrau i màster.

		Freqüència	Percentatge
Postgrau	Si	58	75,3
	No	19	24,7
	Total	77	100,0
Màster	Si	19	24,7
	No	58	75,3
	Total	77	100,0

Taula 48: Freqüències i percentatges dels estudis de postgrau i màster.

Destacar que la formació realitzada majoritàriament són els postgraus (75,3%) vs la formació de màster (24,7%).

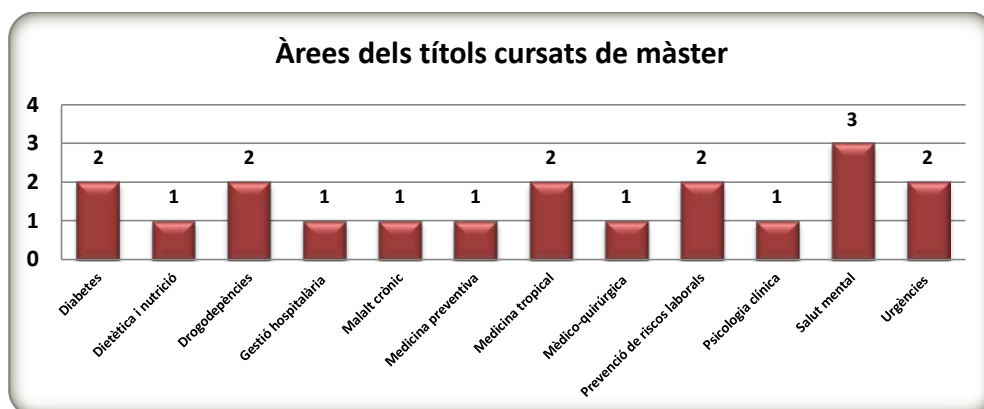
Ens va semblar interessant saber en quines àrees formatives, tan de postgrau com de màster, s’havien format. Per aquest motiu, com ja s’ha explicat a l’anàlisi de la informació, es formularen preguntes obertes per tal de poder especificar el títol de la formació cursada. De la recollida de dades categoritzada, vàrem obtenir els següents resultats:



Gràfic 9: Àrees formatives cursades en el títol de postgrau.

Com es pot observar en el gràfic de barres, la formació de postgrau cursada és àmplia (17 categories). L’àrea formativa més cursada amb un 25,37% és l’atenció primària, seguida de l’atenció prehospitalària urgent amb un 14,92% i la salut mental amb un 10,45%.

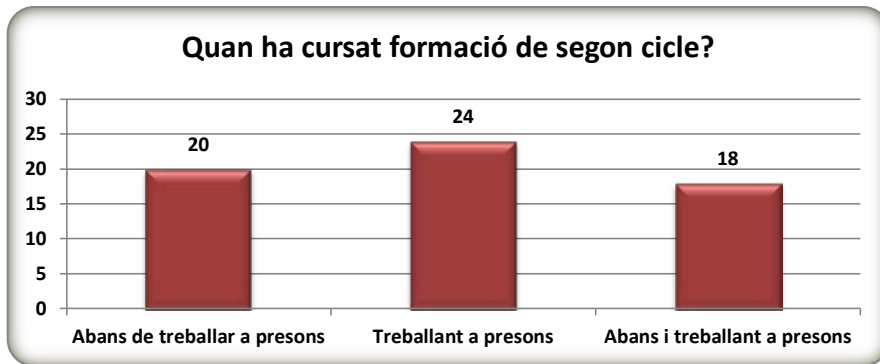
Un cop analitzades les preguntes obertes de formació de màster, es varen extreure els resultats següents:



Gràfic 10: Àrees formatives cursades en el títol de màster.

La formació de màster més cursada és la salut mental (3 infermers/es), seguida de les drogodependències, urgències, diabetis, medicina tropical i prevenció de riscos laborals (2 infermers/es per àrea).

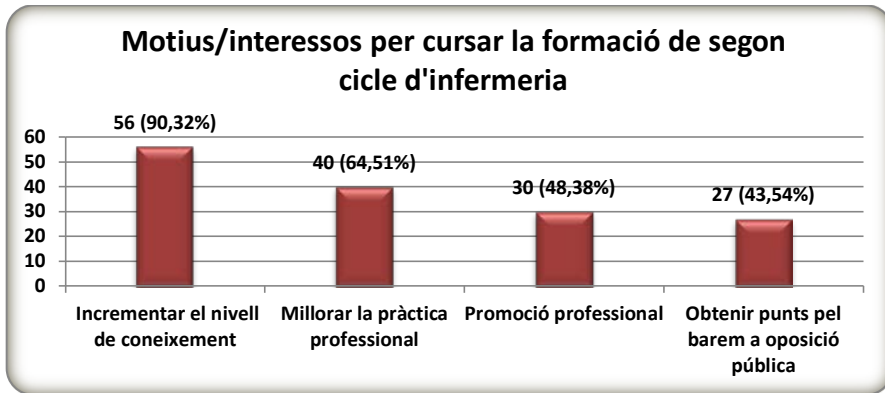
En relació a quan es va realitzar aquesta formació, es va donar 3 opcions de resposta: 1) abans de treballar a presons, 2) treballant a presons i 3) abans i treballant a presons. Els resultats varen ser els següents:



Gràfic 11: Temporalitat de la formació de segon cycle.

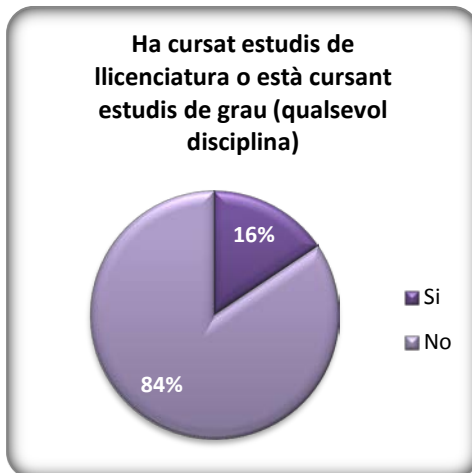
Al comparar les proporcions, es va observar que hi havia una tendència dels professionals a formar-se durant tota la seva trajectòria professional, sense deixar de banda els motius pels quals es formava. Aquestes dades ens les va aportar la pregunta (número 9): “Quins motius/interessos han originat la seva formació de segon cycle?”. Els professionals tenien l’opció de resposta múltiple en relació als 4 ítems, doncs pensàvem que podien incidir diferents factors i motivacions vers aquesta formació.

Dels 62 infermers que es varen formar en segon cycle un 90,32% varen respondre que ho havien cursar per “incrementar el nivell de coneixement”. Un 64,51% varen realitzar aquesta formació per “millorar la pràctica professional”. La formació per “promoció professional” i per “obtenir punts pel barem a oposició pública” la varen cursar un 48,38% i 43,54%, respectivament., tal com queda reflectit en el següent diagrama de barres.

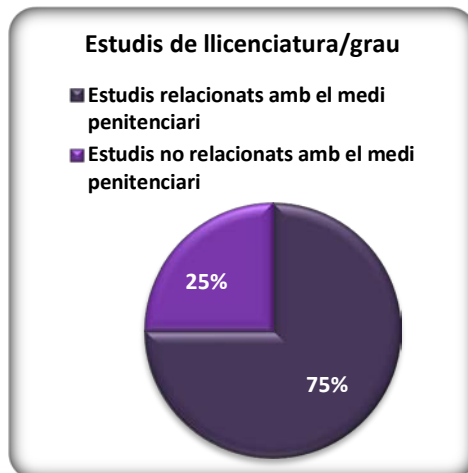


Gràfic 12: Distribució dels motius per cursar formació de segon cicle.

Una altra qüestió a considerar a la trajectòria formativa-professional d'aquesta població, era saber si havien cursat estudis de llicenciatura o estaven cursant estudis de grau, i si aquests tenien relació amb el medi penitenciari. Un 16% dels infermers/es enquestats havien realitzat llicenciatures o estaven cursant títol de grau.



Gràfic 13: Estudis de Llicenciatura/Grau.



Gràfic 14: Estudis relacionats amb el medi penitenciari.

Encara que aquest nombre de professionals no era molt elevat, els estudis cursats si que tenien una càrrega de continguts relacionats amb el medi penitenciari, doncs hi havien infermers/es que havien cursat: antropologia social (4), psicologia (2), psicopedagogia (1) i criminologia (1). Aquestes disciplines complementen al professional des de l'àmbit social, psicològic, educatiu i jurídicopenal, per desenvolupar la seva tasca en el medi penitenciari.

La següent pregunta (número 11) estava relacionada amb la regularitat de l'assistència a cursos de formació continuada, i els resultats varen ser els següents:

		Freqüència	Percentatge
Assisteix amb regularitat a cursos de formació continuada?	Molt poc	6	7,8
	Poc	31	40,3
	Bastant	35	45,5
	Molt	5	6,5
	Total	77	100,0

Taula 49: Freqüències i percentatges de l'assistència a cursos de formació continuada.

D'aquestes dades es va desprendre que només un 52% de professionals assistien regularment a cursos de formació continuada, mentre que el 48% ho feia poc o molt poc.

C. Necessitats formatives de la infermeria

La formació de l'infermer generalista compta en el pla d'estudis amb diferents continguts per poder exercir la professió en l'àmbit general de l'exercici de la infermeria incloent la promoció de la salut, la prevenció de les malalties i les cures integrals a totes les persones malaltes o incapacitades (ANECA, 2004). En aquest bloc de preguntes, volíem saber les opinions i percepcions dels infermers/es de presons entorn als estudis d'infermeria en relació a la competència professional. Si creien que hi havia àrees assistencials de la infermeria que requerien d'una formació determinada. Si era essencial algun tipus de formació específica per treballar en el medi penitenciari. En quines àrees requeria ser expert l'infermer/a de presons, i si pensaven que per treballar a presons era necessari tenir un perfil específic.

A la primera qüestió, "Quina és la seva opinió sobre els estudis d'infermeria en relació a la competència professional assolida?" el 64,9% dels enquestats va referir que els estudis d'infermeria eren bastant adients, mentre que el 28,6% van opinar que eren insuficients. Només un 2,6% i un 3,9% va considerar que els estudis d'infermeria eren molt adients i que eren molt insuficients respectivament.

		Freqüència	Percentatge
Opinió sobre els estudis d'infermeria	Molt insuficients	3	3,9
	Insuficients	22	28,6
	Bastant adients	50	64,9
	Molt adients	2	2,6
	Total	77	100,0

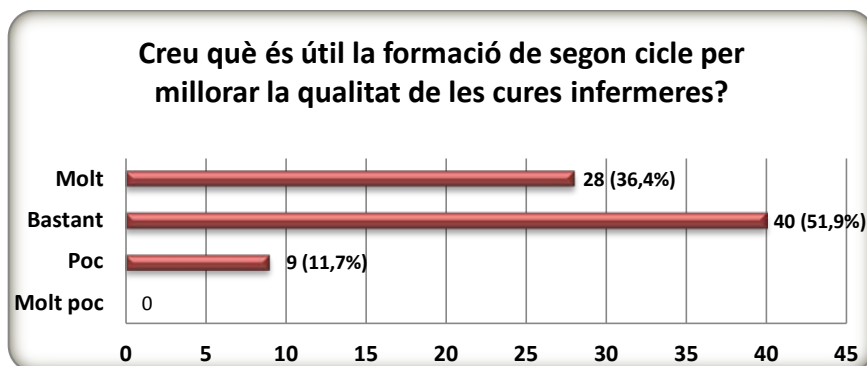
Taula 50: Freqüències i percentatges de l'opinió sobre els estudis d'infermeria.

No obstant, que els estudis d'infermeria siguin concebuts, en general, com una formació bastant adient no vol dir que sigui una formació suficient per un àmbit de treball específic, el que es va confirmar amb la següent pregunta "És necessària una formació de segon cicle per treballar en àrees determinades", el 88,3% dels enquestats varen opinar que sí era necessària una formació de segon cicle en urgències, seguit la salut mental (85,7%), drogodependències (81,8%) i la medicoquirúrgica (59,7%). La relació de les respostes queda descrita a la taula següent:

Àrees		Freqüència	Percentatge
Urgències	Si	68	88,3
	No	9	11,7
Salut mental	Si	66	85,7
	No	11	14,3
Drogodependències	Si	63	81,8
	No	14	18,2
Mèdicoquirúrgica	Si	46	59,7
	No	31	40,3
Atenció primària	Si	43	55,8
	No	34	44,2
Salut laboral	Si	42	54,5
	No	35	45,5
Geriatría	Si	30	39,0
	No	47	61,0
Docència	Si	23	29,9
	No	54	70,1
	Total	77	100

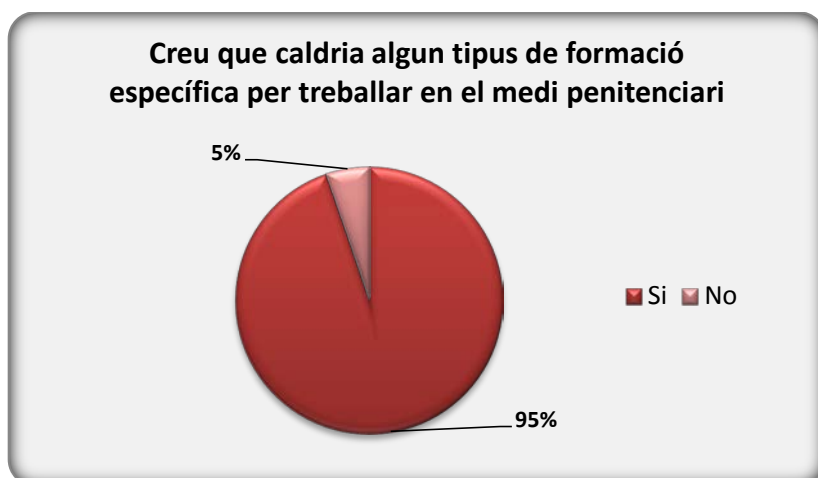
Taula 51: Opinió sobre la necessitat de formació de segon cicle per treballar en àrees determinades de la infermeria.

En relació a la utilitat de la formació de segon cycle, els enquestats varen percebre aquesta formació com bastant útil (51,9%) i com molt útil (36,4%) per millorar la qualitat de les cures infermeres. Cap infermer va respondre que aquesta formació era molt poc útil.



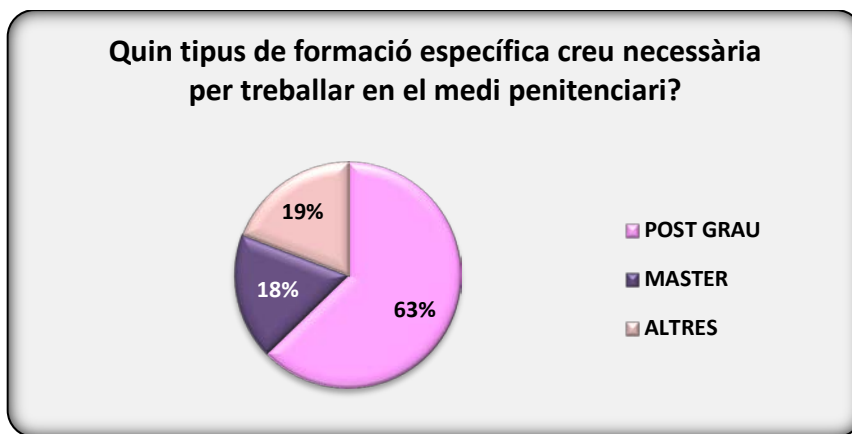
Gràfic 15: Distribució de la utilitat de la formació de segon cycle per la millora de les cures infermeres.

Fins arribar aquest punt havíem obtingut informació sobre els estudis d'infermeria i la formació de segon cycle en diferents àrees. A partir d'aquí, ens interessava focalitzar aquesta informació entorn al context penitenciari. Els informants clau d'aquesta investigació ens varen aportar una resposta de rellevància donat el coneixement dels factors que envolten aquest medi. Un 95% va percebre com una necessitat comptar amb una formació específica per treballar en el medi penitenciari.



Gràfic 16: Distribució d'infermers que creuen necessària una formació específica per treballar en el medi penitenciari.

Per ampliar aquesta informació, varen creure convenient preguntar als enquestats: “Quin tipus de formació creu que seria necessària?”, donant com opció: 1) Postgrau; 2) Màster; 3) Altres (especificar). Pensàvem que aquesta dada era rellevant, doncs en el moment de la nostra presa de decisions ens podia orientar en el disseny i planificació d’una proposta formativa. Del 95% dels infermers que van creure necessària una formació específica, el 63% va respondre a l’opció de la formació de postgrau. Les dades restants queden reflectides en el següent gràfic de sectors:



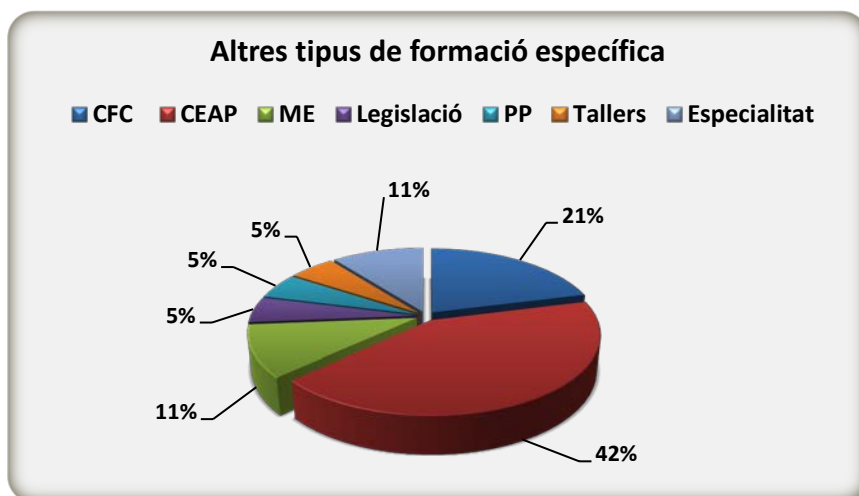
Gràfic 17: Distribució de tipus de formació específica per treballar en el medi penitenciari.

En l’ítem “Altres (especificar)”, l’objectiu era identificar les possibles propostes formatives dels informants per apropar-nos a les seves necessitats sentides, tal com ho havíem definit a l’anàlisi de necessitats. Per analitzar aquesta dada es varen categoritzar les respostes en:

Categories d’altres tipus de formació	
▪	Cursos de formació continuada (CFC)
▪	Cursos específics de l’àmbit penitenciari (CEAP)
▪	Mòduls d’expertesa (ME)
▪	Especialitat
▪	Preparació psicològica (PP)
▪	Tallers
▪	Legislació

Taula 52: Propostes formatives dels informants.

La següent representació gràfica de les dades ens ajuda a construir una visió global de les necessitats sentides dels informants:



Gràfic 18: Distribució en percentatges d'altres tipus de formació específica.

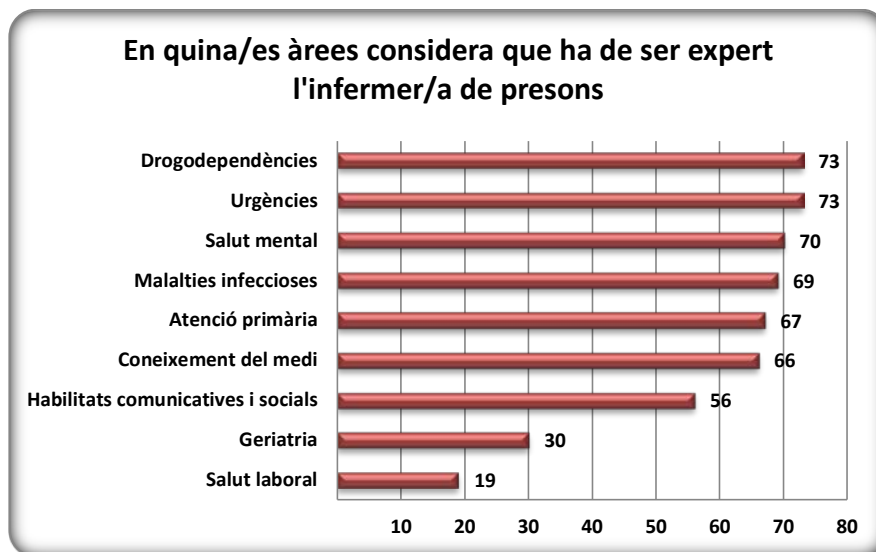
En el context penitenciari la tasca assistencial de l'infermer te unes característiques diferents a la resta d'àmbits de salut. Identificar les àrees d'atenció d'infermeria era el nostre propòsit per tal de donar resposta a les necessitats detectades i prioritzar els problemes amb una intervenció socio-educativa desitjable. Per aquest motiu vàrem formular la pregunta: "En quina/es àrea/es considera que ha de ser expert l'infermer/a de presons?", donant-nos com a resultat la següent taula:

Àrees		Freqüència	Percentatge
Drogodependències	Si	73	94,8
	No	4	5,2
Urgències	Si	73	94,8
	No	4	5,2
Salut mental	Si	70	90,9
	No	7	9,1
Malalties infectocontagioses	Si	69	89,6
	No	8	10,4
Atenció primària	Si	67	87,0
	No	10	13,0
Coneixement del medi	Si	66	85,7
	No	11	14,3
Habilitats comunicatives i socials	Si	56	72,7
	No	21	27,3 .../...

Àrees		Freqüència	Percentatge
Geriatría	Si	30	39,0
	No	47	61,0
Salut laboral	Si	19	24,7
	No	58	75,3
Total		77	100

Taula 53: Relació d'àrees d'expertesa valorades pels infermers de presons.

Les àrees suggerides en aquesta pregunta varen ser valorades pels informants per sobre d'un 85% en 6 de les 9 àrees proposades. Destaca també, les habilitats comunicatives i socials (72,7%) com perfil a tenir en compte en l'acció formativa. Només, la geriatría i la salut laboral queden desmarcades en inferioritat amb un 39% i 24,7% de valoració respectivament. L'experiència d'aquests professionals: el que veuen, senten, atenen i comparteixen fa que la seva valoració sigui d'un infermer polivalent per tal de poder tenir cura de la població reclusa. Una població amb unes necessitats de salut concretes i peculiars per la drogoaddicció, la immigració, situacions límit (vaga de fam, autolesions, etc.), problemes regimentals, etc.

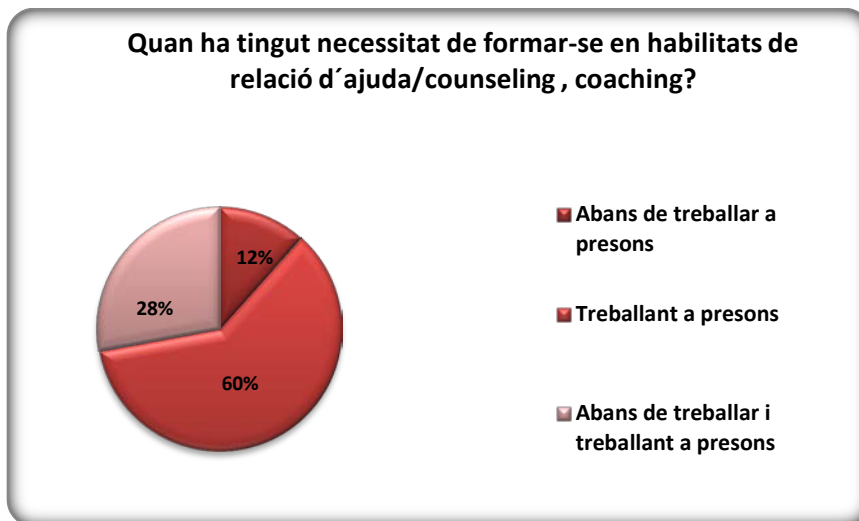


Gràfic 19: Representació de les àrees d'expertesa de l'infermer de presons.

Quan a les habilitats comunicatives, el 72,7% dels informants coincidien en que són una àrea d'expertesa necessària per a l'atenció de la població reclusa. Com es va explicar en el marc teòric, els condicionants que envolten l'ingrés d'un individu

a presó com: desvinculació familiar i social, manca de privacitat, barrera idiomàtica en els immigrants, reivindicació o demanda d'ajuda oculta, problemes de salut mental, drogoaddiccions, etc., fan que per la majoria d'infermers sigui important formar-se en habilitats de relació d'ajuda/counseling¹¹³ i/o coaching¹¹⁴, i així queda reflectit en el resultat de la pregunta 17: "Ha tingut necessitat de formar-se en relació d'ajuda/counseling i/o coaching?" on el 73,9% responia que havia tingut la necessitat de formar-se en aquesta àrea.

Un altra dada important era saber si aquesta necessitat formativa s'havia donat abans de treballar a presons i/o treballant a presons. Els següents resultats ens varen demostrar que la relació d'ajuda/counseling i/o coaching és una habilitat que s'ha de contemplar en el currículum formatiu per treballar en aquest medi. Els resultats d'aquestes opcions queden representats en el següent gràfic de sectors:

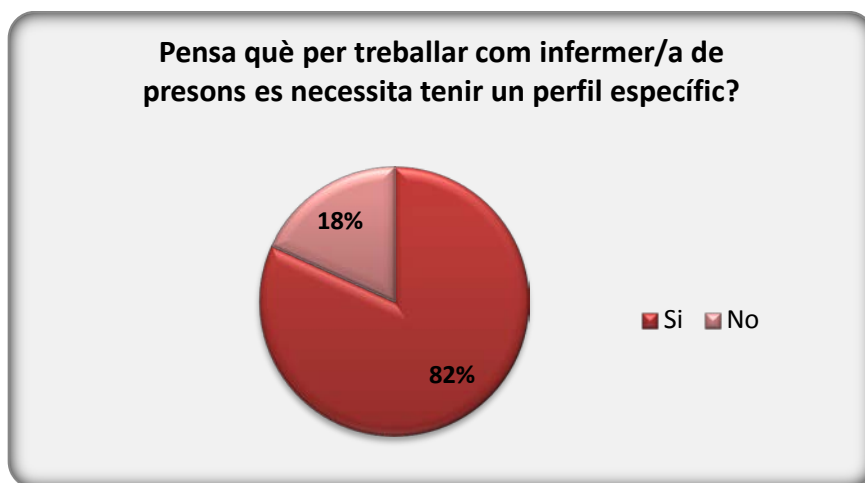


Gràfic 20: Temporalitat de la formació en relació d'ajuda/counseling, coaching.

¹¹³ Segons Bisquerra et al. (1998) "El counseling es una relación "vis a vis" entre dos personas en la que un especialista de la orientación ayuda a otra persona a conocerse mejor a sí misma y su circunstancia, de tal manera que pueda utilizar los recursos disponibles (personales y ambientales) de forma satisfactoria para él y beneficiosa para la sociedad, al mismo tiempo que aprende el modo de solucionar sus necesidades futuras." (p. 472).

¹¹⁴ Whitmore (2003) considera que "la esencia del coaching consistiría en liberar el potencial de una persona para incrementar al máximo su desempeño, ayudándole a aprender en lugar de enseñarle." (p. 20).

Com última pregunta d'aquest bloc, vàrem creure imprescindible saber l'opinió dels informants sobre la necessitat de tenir un perfil específic per treballar com infermer/a de presons. Encara que des del punt de vista teòric s'havia fonamentat aquesta condició, a la pràctica, qui podia valorar positiva o negativament aquest fenomen eren els propis enquestats. Les respostes es varen valorar de la següent manera:



Gràfic 21: Distribució de la necessitat de tenir un perfil específic.

No volíem quedar-nos amb la dicotomia de la resposta, així doncs vàrem formular una pregunta oberta del per què? per aprofundir en els fonaments d'aquesta percepció.

Tal com vàrem explicar a l'apartat del procés d'anàlisi de la informació, les respostes es varen categoritzar amb: característiques pròpies del medi i coneixements i habilitats. D'aquestes categories vàrem extreure les següents subcategories:

Subcategories	Respostes
▪ Pacient/població atesa	15
▪ Medi/context penitenciari	26
▪ Habilitats/competències professionals	18
▪ Formació/tècniques	8

Taula 54: Subcategories sobre la necessitat de tenir un perfil específic per treballar en el medi penitenciari.

Detallem alguna de les respostes corresponents al "Sí":

En relació a la subcategoria: Pacient/població atesa els informants varen respondre:

- [...] per la pluripatologia del pacient (informant 26).*
- [...] per les característiques de la població atesa (informant 40).*
- [...] multiculturalitat, problemàtica social (informant 46).*
- Pel tipus de pacient (informant 51).*
- [...] per la idiosincràsia del pacient (informant 71).*
- [...] població amb molta problemàtica. (informant 76).*

En relació a la subcategoria: Medi/context penitenciari els informants varen respondre:

- [...] pel medi complex, diferent del medi extern (informant 14).*
- Per l'especificitat del medi (informant 16).*
- Pel context (informant 19).*
- [...] conèixer el medi regimental (informant 45).*
- [...] per la peculiaritat del medi (informant 49).*
- Pels condicionants del centre (informant 63).*
- Per la complexitat del medi (informant 77).*

En relació a la subcategoria: Habilitats/Competències professionals els informants varen respondre:

- [...] versàtil en tots els camps (informant 11).*
- Es necessiten habilitats comunicatives fermes (informant 13).*
- Es tracten diferents àrees (informant 18).*
- [...] adaptar-se al medi i ha d'agradar (informant 21).*
- Es necessiten habilitats socials (informant 35).*
- [...] no tothom serveix per treballar a presons (informant 48).*
- [...] vocació i empatia. (informant 57).*
- [...] maduresa personal del professional per treballar amb l'equip i l'intern (informant 67).*

En relació a la subcategoria: Formació/Tècniques els informants varen respondre:

- [...] per la formació específica (informant 2).*

[...] polivalència del lloc de treball (informant 34).
Marc legal desconegut (informant 47).
[...] compendi de totes les especialitats en una (informant 41).
[...] formació concreta (informant 42).
[...] passar per escola de formació específica (informant 74).

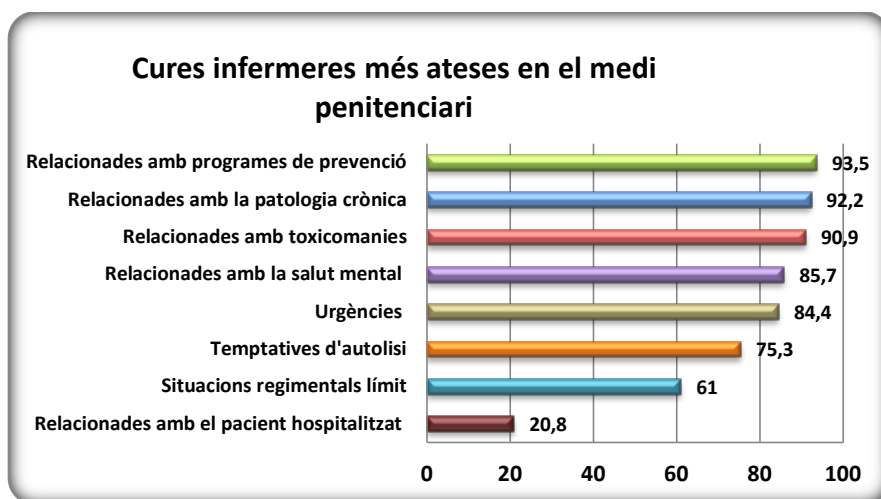
En relació a la resposta del “No”, esmentar que només dos varen detallar el “per què”,

[...] es pot aprendre (informant 38).
Basta amb una formació adequada (informant 58).

D. L’atenció d’infermeria en el medi penitenciari

Les últimes tres preguntes estaven enfocades a les cures que donen els infermers/es en el medi penitenciari, a la importància de tenir presents les diferències culturals, grup ètnic, creences i valors del pacients, i a l’opinió que tenen els usuaris de l’atenció rebuda per part d’aquests professionals.

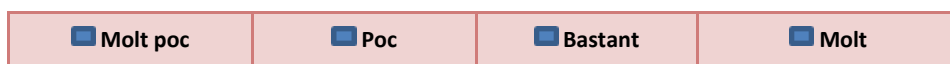
Quan a la pregunta “Quines creu que són les cures d’infermeria més ateses en el medi penitenciari?” els enquestats varen respondre:



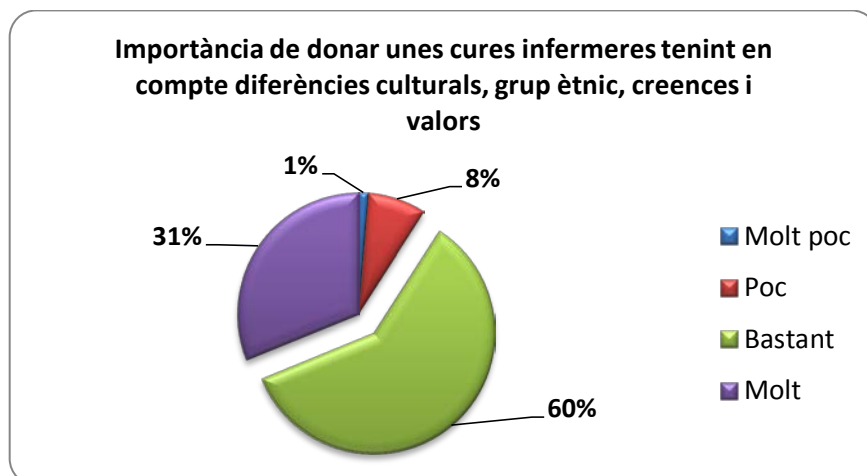
Gràfic 22: Relació de cures infermeres més ateses en el medi penitenciari.

Transversalment a les cures d’infermeria més ateses en aquest medi, havíem de parlar d’una altra qüestió no menys important com és l’atenció a la diversitat. La

següent pregunta es va formular des d'un visió holística tenint en compte la vessant multicultural de l'individu atès, i tenint present que a les presons catalanes hi ha un 45% de població estrangera¹¹⁵. Es va donar la possibilitat de resposta mitjançant una escala de Likert a la pregunta: "Pensa que és important donar unes cures d'infermeria tenint presents les diferències culturals grup ètnic, creences i valors del pacient?":

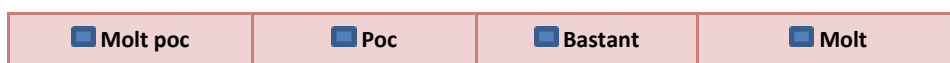


La valoració d'aquesta pregunta va ser pràcticament unànime, un 91% va contemplar la importància (bastant: 60% i molt: 31%) de donar cures tenint present les diferències culturals, grup ètnic, creences i valors.



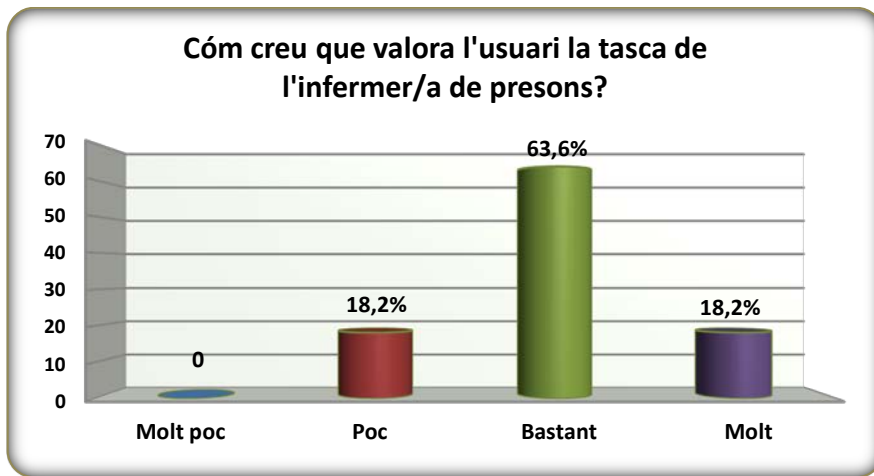
Gràfic 23: Valoració dels infermers de les cures infermeres d'acord amb diferències culturals, grup ètnic, creences i valors de la població reclusa.

L'última pregunta volíem que recollís la percepció que tenen els infermers/es de com valoren la seva tasca els usuaris dels centres penitenciaris. Per aquest motiu vàrem formular la següent pregunta "Creu que l'usuari dels centres penitenciaris atès per l'infermer/a valora la tasca desenvolupada per aquest professional?" Aquesta pregunta també va ser dissenyada mitjançant una escala de Likert:



¹¹⁵ Dades de l'Àrea de Planificació i Projectes Estratègics de la Direcció General de Serveis Penitenciaris. Dades estadístiques (31.12.2012)

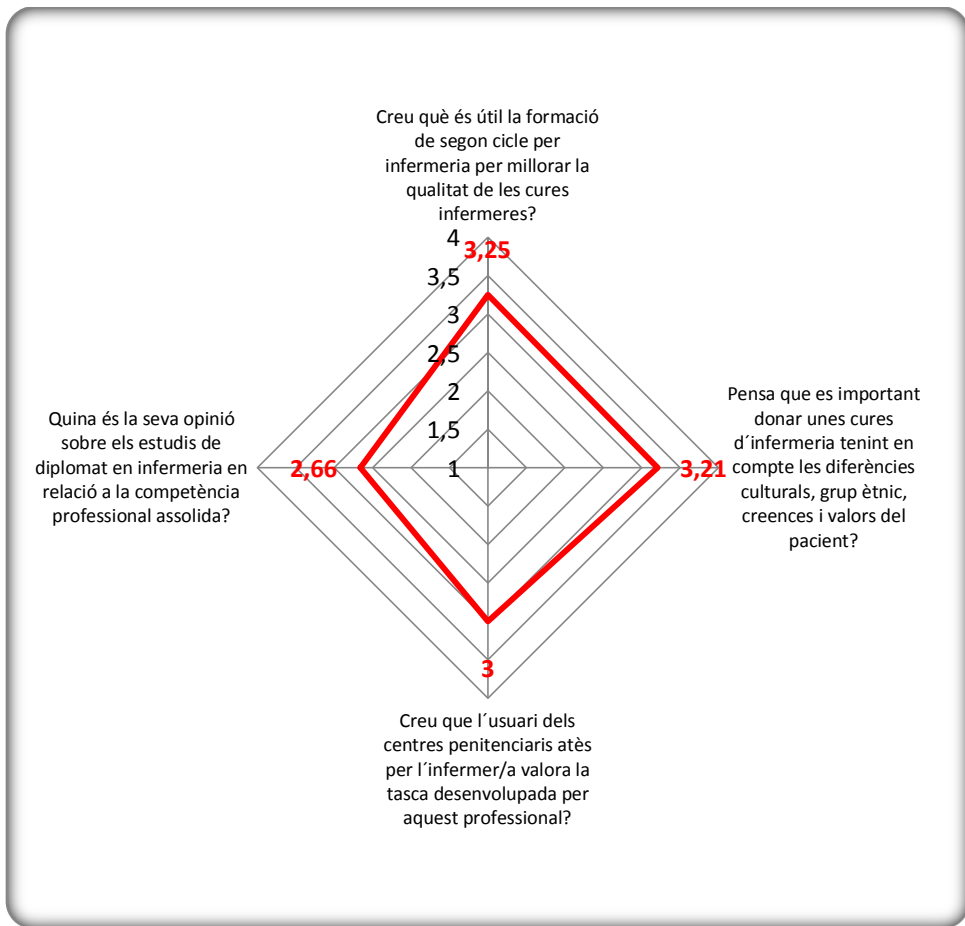
Els resultats varen ser els que tot seguit es detallen:



Gràfic 24: Distribució de la percepció dels infermers quan a la valoració de la seva tasca per part dels usuaris.

Aquests resultats demostren que en general, els infermers/es perceben una valoració positiva per part dels usuaris encara que es tracti d'un medi hostil amb una forta càrrega regimental que condiciona les relacions intergrupals.

Si bé els informants havien valorat els estudis d'infermeria com bastants adients, es va recollir l'opinió d'aquests professionals respecte la formació de segon cicle com molt positiva per millorar la qualitat de les cures infermeres. A més, els infermers/es destaquen la importància de treballar en el medi penitenciari tenint en compte la visió multicultural de l'individu, és a dir, quan millor format estigui el professional en aquesta vessant millor preparat per poder atendre la diversitat de la població reclusa. El resultat d'aquesta correlació queda reflectit en els següent gràfic:



Gràfic 25: Valoració dels informants de la formació i atenció infermera en el medi penitenciar.

5.3 Grup Focal

Com s'ha comentat en el marc metodològic, l'altra part dels informants clau d'aquesta investigació eren els caps d'infermeria o gestors experts de les presons catalanes. En aquest sentit, el que ens interessava era poder obtenir la valoració dels avantatges i inconvenients, causes, condicions i variables del problema per poder arribar a una conciliació d'opinions divergents.

Inicialment, i per aproximar-nos als punts medul·lars del pensament d'aquests experts, vam començar la discussió amb una pregunta referida a la seva pràctica habitual: **“Cóm creieu què és el dia a dia d'un professional d'infermeria en un centre penitenciari?”** Aquesta pregunta va complir el seu objectiu, doncs va generar un debat important al voltant del nostre propòsit principal. Podríem sintetitzar d'aquesta manera els seus punts de vista amb els gestors:

Gestors 1 i 2: opinaven que és un medi que permet treballar en diferents àrees de la infermeria.

[...] És un medi complex on l'infermer ha de donar resposta a diferents situacions: sanitàries, regimentals, emocionals, a més d'haver d'atendre les urgències. És una infermeria completament diferent a l'externa (gestor 3).

Gestors 4 i 5: opinaven que el més important era la pressió que rebien dels interns i altres col·lectius, a més d'haver de dur a terme moltes activitats.

Aquests comentaris ens varen permetre formular la següent pregunta: **“Cóm penseu què valoren els usuaris dels centres penitenciaris el treball del personal d'infermeria?”**, obtenint consens de tots els experts que es varen percebre a sí mateixos i al personal d'infermeria com ben valorats per la població reclusa.

[...] L'opinió que tenen és bona (gestor 1).

[...] La valoració és bona (gestor 2).

[...] Jo crec que en general és bona (gestor 3).

[...] Penso que la valoració que ens donen és bona (gestor 4).

[...] Bé. Ens valoren positivament (gestor 5).

Aquesta percepció ens va dur a construir i debatre dues preguntes més:

1) Quins creieu que són els motius de la demanda per treballar com personal d'un centre penitenciari?

2) En què creieu que varia l'exercici de la professió pel fet de treballar en una presó?

Les respostes de la pregunta 1) no varen aportar massa informació pel nostre propòsit, i es podria sintetitzar la resposta del gestor 1 com l'opinió del grup en general.

[...] Els centres penitenciaris són desconeguts pels professionals de la salut, per la qual cosa no acostumen a fer demanda per treballar-hi. Ara amb la crisi ha augmentat la demanda (Gestor 1).

[...] També pot haver un interès pel medi en si (Gestor 5).

La pregunta 2) va crear força discussió, i va ser profitosa pel nostre propòsit. Tan és així, que les diferents respostes es varen poder agrupar en els següents elements diferenciadors:

Aspecte	Freqüència
Engloba moltes àrees de la infermeria	3
En la peculiaritat del medi	2
Els serveis sanitaris depenen d'altres col·lectius que condicionen les tasques a desenvolupar	2
Horaris regimentals	3
Tema de la seguretat	3

Taula 55: Diferències de l'exercici de la professió al treballar en una presó.

Alguna d'aquestes respostes ens va permetre formular la següent pregunta: ***"Penseu què és important donar unes cures d'infermeria tenint presents les diferències culturals, grup ètnic, creences i valors del pacient?"***. D'aquesta qüestió es va obtenir absolut consens al respecte, tots els experts pensaven que ***"Sí"*** s'ha de considerar la diversitat cultural al tenir cura del pacient-intern.

També, ens interessava la seva opinió respecte a: **“Quines creieu què són les demandes més freqüents de cures d’infermeria al medi penitenciari?”**. La narrativa dels experts ens va proporcionar poder categoritzar les àrees d’atenció en:

Categoria patologia psíquica	Categoria patologia orgànica
Salut mental i psiquiatria	Urgències
Atenció psicològica i drogodependències	Malalties infectocontagioses
Pressió que reben dels interns per qualsevol problema	Cures i tractaments
Cures i pressió del medi que es vehicula amb l’ infermer/a	Patologia crònica
	Atenció primària

Taula 56: Demandes més freqüents de cures d’infermeria segons els experts.

Aquesta pregunta va ser un dels punts més polèmics i no va haver acord unànime, encara que es pot observar en les respostes del quadre dos grans blocs de cures. Unes derivades de la situació de salut orgànica, contemplant una sèrie d’especialitats molt diverses i, per una altra banda, les atencions derivades de la salut psíquica, implicant funcions, així com competències molt especials en el perfil dels professionals.

Això, ens va permetre seguir aprofundint en la recerca de la informació relacionada amb el perfil de l’infermer/a i les seves vies d’especialització, formulant la següent qüestió: **“Penseu què a més de la qualificació professional, l’infermer/a de presons ha de tenir unes aptituds i habilitats específiques?”** Es va arribar al consens per part de tots els experts, en la resposta **“SI”** és necessari un perfil específic, però no varen aportar masses detalls, inclús va haver-hi dos d’ells que varen narrar els següents comentaris:

[...] Sí, és necessari, és un lloc que t’agrada o no (Gestor 2).

[...] Sí, és un mitjà diferent (Gestor 3).

Davant d’aquesta discreta informació, es va generar la necessitat d’aprofundir en les respostes anteriors, preguntant: **“Penseu que amb la formació d’infermer/a**

generalista hi ha suficients coneixements per treballar a presons?” La majoria dels gestors varen opinar, que els infermers haurien de sortir de la carrera amb informació sobre l'especificitat del medi penitenciari, a més d'altres comentaris com:

[...] Crec que s'hauria de fer una formació específica abans de començar a treballar en el medi, informant de la seva especificitat (Gestor 1).

[...] Primer haurien de conèixer el medi per poder treballar (Gestor 2).

[...] Sí, però manca l'especificitat del medi que és molt peculiar (Gestor 3).

[...] Com a qualsevol altre àmbit s'han d'adaptar al medi (Gestor 4).

[...] Cal informació sobre coneixements de presons concrets (Gestor 5).

El consens es va establir recollint l'opinió de tots els experts que creuen que els infermers amb el perfil actual assolit a la carrera necessiten una formació més específica per poder treballar en el medi penitenciari.

Per complimentar aquesta informació, es va introduir la següent pregunta: **“Quines competències i continguts considereu fonamentals per a un infermer/a de presons?”**, arribant a la següent síntesi de grup:

Característiques personals	Continguts
Ha de ser un professional molt proper, ja que moltes vegades es té com un referent no només sanitari	Continguts únics que es donen a presons: situacions límit (vagues de fam, body-pakers, autolesions, motins, etc.)
Habilitats i adaptació al medi	Coneixement de la peculiaritat del medi
Treball amb altres equips no sanitaris	Els continguts de la carrera
Priorització de problemes i presa de decisions	Marc legal penitenciari
Confidencialitat de la informació	Argot penitenciari
Actuar sense prejudicis	Població amb problemàtica social
Actuar amb compromís ètic	Immigració i multiculturalitat

Taula 57: Competències i continguts fonamentals de l'infermer de presons segons els experts.

Com es pot observar a la taula anterior, donada la trajectòria professional dels experts dins del medi penitenciari, varen orientar les seves respostes contemplat

les característiques del medi, les característiques de la població atesa i les habilitats comunicatives i socials, tots descrits en el marc teòric.

Per finalitzar, es va preguntar al grup: **“En quina/es àrea/es situaries la infermeria penitenciària?”**, arribant al consens homogeni que engloba totes les àrees següents:

Àrees d'atenció d'infermeria penitenciària	
Drogodependències	Salut mental/Psiquiatria
Atenció primària	Urgències
Hospitalària	Infermeria del treball
Salut pública	Geriatría

Taula 58: Àrees de la infermeria penitenciària segons els experts.

Aquesta valoració donada pels experts està avalada per l'ampli coneixement que tenen del medi tan per l'experiència assistencial com gestora.

5.4 DISCUSSIÓ

Aquesta investigació ha tingut el propòsit d'analitzar i interpretar els elements essencials del context penitenciari, factors de salut característics de la població reclusa i les àrees de formació de l'infermer/a que desenvolupa la seva tasca professional en el medi penitenciari, per tal de valorar la necessitat d'implementar una formació específica en aquesta àrea. L'anàlisi extensa ens ha permès establir una discussió fonamentada dels aspectes més rellevants d'aquesta recerca.

En el moment que es planteja la necessitat de formar els/es infermers/es que desenvolupen les seves cures en el medi penitenciari, és indispensable submergir-se en els constructes de presonització i la subcultura carcerària per poder entendre les relacions interpersonals de la comunitat penitenciària com a sistema social, en el que es veu immers l'infermer/a conjuntament amb la resta d'equip sanitari i amb els altres col·lectius del centre, com l'equip de tractament i l'equip de vigilància. És a dir, donar una fonamentació teòrica a l'adaptació social en un context desconegut per aquest professional (Garrity, 1961; Caballero, 1982; García i Sancha, 1985; Weiskopf, 2005; Schoenly i Knox, 2013). Aquests constructes, a més de ser exhibits pels autors referenciats, són un dels pilars del nostre marc teòric i de les motivacions que han originat aquesta investigació. De la mateixa manera els experts consultats en el focus grup ho han considerat quan mencionaven la importància del coneixement de la peculiaritat del medi, els horaris regimentals, l'argot penitenciari, les mesures de seguretat i la dependència de l'equip sanitari d'altres col·lectius que condicionen les tasques que han de desenvolupar.

Paral·lelament, es requereix del coneixement del marc legal en el que està integrada la legislació penitenciària per complir els procediments legislatius i seguir les directrius institucionals, sustentats aquests en el marc europeu, l'Estat espanyol i la Comunitat Autònoma Catalana.

La població reclusa està afectada per uns condicionants de salut característics que no difereixen entre els països. Així es constata en la diferent literatura consultada tan de països del continent europeu com de l'americà, i es descriuen els mateixos factors de salut com trets definitoris de l'atenció sanitària dels reclusos: la drogodependència, la salut mental, les malalties infeccioses, atenció primària i les urgències (Borrill, 2003; Lester, 2003; OEDT, 2005; Condon et al. 2007; WHO, 2007; Perry et al. 2010; Marzano et al. 2012). També ho defineixen així els experts i els

informants clau d'aquesta recerca quan varen coincidir en aquestes àrees d'atenció com les més freqüents en l'activitat diària d'un infermer/a que desenvolupa la seva tasca a la presó.

Diferents institucions governamentals com la *National Commission on Correctional Health Care* (NCCHC), l'*American Nurse Association* (ANA), la *Royal College of Nursing of UK* (RCN) i el *Consejo Internacional de Enfermería* (CIE) han elaborat documents on queden recollides les característiques del context penitenciari i els problemes de salut de la població reclusa, descrivint el rol i les intervencions en les que l'infermer/a ha de ser competent. Ni l'Estat espanyol ni la Comunitat Autònoma Catalana compten amb un document de les característiques anteriorment esmentades on es recullen les àrees d'expertesa d'aquest professional. Tanmateix, en aquesta recerca hem pogut obtenir la informació dels informants clau considerant que l'infermer/a de presons ha de ser expert en àrees com les drogodependències, les urgències, la salut mental, les malalties infectocontagioses, l'atenció primària, el coneixement del medi i habilitats comunicatives, coincidint amb la informació dels documents de les institucions estrangeres abans esmentades.

Seguint en aquest escenari, entràriem a l'àrea de formació de l'infermer/a de presons amb l'objectiu d'analitzar i valorar els coneixements adquirits pels professionals d'infermeria. Felton et al. (1987) expliquen que històricament les escoles d'infermeria han estat poc sensibles en la formació infermera d'acord amb les necessitats de salut de la població reclusa i Evans (1999) descriu que les infermeres que començaven a treballar a les presons iniciaven la seva carrera sense haver tingut cap tipus de formació específica per aquest rol únic i divers. La infermeria penitenciària es desenvolupa en un context complex i amb dilemes professionals.

En la formació d'infermer/a generalista no hi ha cap país que contempli continguts específicament relacionats amb la infermeria penitenciària. Autors com Perry et al. (2010) descriuen que el tenir cura en el medi penitenciari requereix de coneixements, habilitats i experiència en aquest context. Weiskopf (2005) ja descrivia que hi ha implicacions per la pràctica infermera per assegurar la millora dels resultats de la salut dels reclusos, la integritat de la pràctica infermera, la cura i la seguretat de l'infermer/a i el pacient. Haley et al. (2009) refereixen que per prestar una atenció de salut de qualitat en els centres penitenciaris, els

professionals precisen d'una formació en coneixements especialitzats, habilitats i presa de consciència del medi que no són habituals en altres centres de salut. Aquest àmbit complex per la pràctica infermera presenta molts desafiaments sense beneficiar-se d'una formació específica en termes de filosofia del conflicte, la missió i la terminologia del sistema judicial-penal i els factors criminògens (Kent-Wilkinson, 2011), tots aquests són rellevants per desenvolupar la seva tasca en aquest àmbit. La cura infermera s'experimenta com una temptativa de negociar les fronteres entre les cultures de la custòdia i el tenir cura. Aquesta actitud s'enfronta a desafiaments complexes i una sèrie de limitacions en la relació terapèutica pacient-infermer/a (Weiskopf, 2005).

Els experts d'aquesta recerca han destacat característiques similars com: continguts únics que es donen a presons fent referència a les situacions límit; el coneixement de la peculiaritat del medi; el marc legal penitenciari; l'atenció a una població amb problemàtica social; i la immigració i multiculturalitat. També varen identificar les característiques personals de l'infermer/a destacant que han de ser professionals molt propers; que tinguin habilitats i adaptació al medi; que sàpiguen treballar amb altres equips no sanitaris; preservar la confidencialitat de la informació; i actuar sense prejudicis i amb un compromís ètic. Aquests resultats coincideixen amb les referències dels autors abans esmentats, sustentant el nostre marc teòric i les línies conceptuals d'aquesta investigació.

L'especificitat del medi és un dels punts claus en el que els experts varen coincidir en destacar la seva rellevància per poder treballar com infermer/a en aquest àmbit. El grup va consensuar que l'/la infermer/a amb el perfil actual assolit en els estudis d'infermeria generalista precisa d'uns continguts més específics per poder treballar en el medi penitenciari. Scaggiante (2001) ja defensava en la seva tesi, desenvolupada en el sistema penitenciari italià, la necessitat d'una formació de segon cicle tipus màster per a la formació específica de la infermeria penitenciària. La NCCHC americana expedeix, des de l'any 1991, el *Certified Correctional Health Professional Registered Nurse* (CCHP-RN). Amb aquest certificat s'amplia i s'aprofundeix en les àrees i coneixements perquè el professional infermer/a pugui afrontar els reptes de la sanitat penitenciària.

Les anteriors afirmacions coincideixen amb les respostes dels informants clau que varen opinar que si bé els estudis d'infermeria són concebuts en general com bastants adients, no implica que sigui una formació suficient per un àmbit de

treball específic. Aquesta dada quedaria recolzada pels resultats obtinguts de l'anàlisi dels plans d'estudis de les dues universitats estudiades, on es va detectar la manca d'extensió i profunditat en el tractament dels continguts curriculars en relació a les diferents àrees de la infermeria penitenciària com: les malalties infectocontagioses, drogodependències, urgències i situacions límit, salut mental i coneixement del medi. De fet, la majoria varen considerar que era necessària una formació de segon cicle per millorar la qualitat de les cures infermeres en àrees determinades com: les urgències, la salut mental, les drogodependències, medicoquirúrgica, atenció primària i la infermeria penitenciària, entre d'altres. En aquest aspecte es suma el resultat de l'anàlisi de l'oferta formativa de segon cicle, on es va poder observar que existeix formació de postgrau i màster relacionats amb les àrees abans esmentades, exceptuant l'àrea d'infermeria penitenciària.

Aquests professionals també varen valorar positivament altres tipus de formació específica per treballar en el medi penitenciari com: cursos específics per a l'àmbit penitenciari, mòduls d'expertesa, tallers, legislació, coneixements en psicologia i la possibilitat d'una especialitat en infermeria penitenciària. Marzano et al. (2012) subratlla la necessitat d'una formació adequada, el recolzament i supervisió del personal que treballa amb reclusos.

Un altre factor rellevant d'aquesta recerca ha estat dur a terme l'anàlisi de les competències per trobar les concordances i les discordances entre les competències específiques de l'infermer/a generalista (ANECA i Grupo Tuning) *versus* les competències de la infermeria penitenciària catalana. D'aquest anàlisi, s'ha després que existeix una discordança entre les competències de l'infermer/a generalista i les de l'infermer/a de presons en el coneixement i l'aplicació dels principis que sustenten les cures integrals d'infermeria en l'àmbit penitenciari, la identificació dels problemes de salut de la població reclusa i la capacitat de lideratge i gestió per a conduir la col·laboració interprofessional penitenciària. Palmer et al. (2009, citat per Freire et al., 2013) analitzaven la discrepància entre les competències adquirides pels graduats i les requerides pels empresaris, per identificar la realitat canviant del mercat laboral, coincidint amb la necessitat detectada en aquesta investigació, doncs la discrepància crea la necessitat d'una formació específica per l'infermer/a que ha de desenvolupar la seva tasca professional a l'àmbit de les presons.

Les mancances detectades en els plans d'estudi, la necessitat d'ampliar els continguts curriculars del títol universitari d'infermeria i les discordances de les competències de la infermeria penitenciària, requeria qüestionar-nos si era l'única àrea de la infermeria que presentava aquesta mancança formativa. Àmbits de la infermeria, com la infermeria d'urgències i emergències defensen una formació específica i especialitzada per desenvolupar la seva atenció professional. Segons la *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias* (SEEUE) refereix que és difícil que una persona que només disposi de la formació generalista pugui estar en condicions de donar les cures que requereixen les persones que es veuen amenaçades les seves funcions vitals. Les associacions científiques com la *Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias* (SEEIUC) han mantingut una intensa activitat formativa i d'impuls en el reconeixement de les competències específiques que requereixen els professionals d'infermeria per treballar en aquestes àrees.

Canals (2004) ja argumentava que la formació especialitzada de la infermeria quirúrgica no s'inclouïa en el pla d'estudis, essent necessària una formació posterior a l'obtenció del títol d'infermeria. Només s'aprenien certes habilitats o coneixements molt concrets exclusivament dirigits a l'acte quirúrgic, i no de tot el procés perioperatori¹¹⁶, el qual no estava comprés en el temari per manca de temps i espai per poder dur-lo a terme en la programació, la temporització, la pràctica i l'avaluació. En conseqüència, els estudiants al finalitzar els estudis d'infermeria tenien una visió esbiaixada i parcial de la funció de l'infermer/a en el procés quirúrgic.

L'OMS a l'Atlas: *Nurses in Mental Health* (2007b) parlava d'incorporar els continguts de la salut mental en la formació generalista i de postgrau d'infermeria. La salut mental ha de ser un ingredient essencial de formació per a tot els infermers, capacitant-los per prestar cures en els problemes de salut mental.

Un altre àmbit en el que es precisa una formació específica és l'àrea de la gestió d'infermeria¹¹⁷. Barquero et al. (2009) descriuen que la formació bàsica de

¹¹⁶ Definit al 1969 per la *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN), americana, com tot el procés que ha de seguir el pacient quirúrgic durant el preoperatori, el transoperatori i el postoperatori (immediat).

¹¹⁷ Segons Barquero (2001): el professional que està a càrrec d'aquestes àrees té com a principal funció gestionar les cures, és a dir ser el mediador en el procés d'administració de cures a la població i l'encarregat de promoure i supervisar el bon funcionament d'aquest procés, així com moderar i arbitrar els recursos humans i materials necessaris. Per dur a terme aquestes funcions, necessita conèixer la disciplina infermera i les àrees de gestió que la professió ha de desenvolupar dins el sistema sanitari.

l'infermer/a, tal com està plantejada, no capacita als professionals per exercir en llocs de gestió. La formació impartida en el títol d'infermeria és fonamentalment per capacitar a professionals generalistes, així doncs, existeix la necessitat de formar específicament a les persones que han de desenvolupar tasques de gestió i direcció. Barquero et al. (2003) refereixen que la formació dels gestors hauria de cobrir aspectes de capacitació per planificar, organitzar, dirigir i avaluar tan els recursos humans com els materials, i assegurar a la població la màxima qualitat de les cures. Els continguts d'aquesta formació s'adquireixen mitjançant formació de postgrau.

Resumint, la formació generalista del títol d'infermeria no cobreix les necessitats formatives tan específiques com les anteriorment descrites i les defensades durant tota aquesta tesi entorn el fenomen de la infermeria penitenciària. Així ho han manifestat els infermers experts i els gestors concebant la necessitat d'una formació de segon cicle per a treballar en àrees d'infermeria determinades com les urgències, les drogodependències, la salut mental, etc.

Per a finalitzar, destacar que la infermeria penitenciària abraça un ventall d'aspectes no només propis de la salut sinó també tots aquells relacionats amb la comunitat penitenciària, és a dir, entre la custòdia i el tenir cura. És important tenir presents les diferències culturals, grup ètnic, creences i valors del pacient, i l'opinió que tenen els usuaris de l'atenció rebuda per part d'aquests professionals. Es tracta d'una simbiosi entre l'ésser privat de llibertat i el cuidador, el qual ha de ser capaç de revitalitzar la professió recordant quins són els seus fins legítims i quins hàbits ha de desenvolupar per arribar-hi (Cortina, citada per Boixareu, 2003).

6. CONCLUSIONS

Dels resultats obtinguts en el capítol anterior s'exposen les conclusions a les que s'ha arribat tenint present en tot moment els objectius plantejats en aquesta investigació. D'aquestes conclusions es pot extreure que és necessària una proposta que contempli els aspectes formatius i competencials de l'infermer/a de presons.

En aquest capítol també s'han descrit les conclusions metodològiques, les limitacions de l'estudi i les línies futures d'investigació.

6.1 Conclusions Finals

La finalitat d'aquesta investigació ha estat respondre a la pregunta: ***És necessària una formació específica pels infermers que treballen en el medi penitenciari?***, i per fer-ho ens hem guiat durant tot el procés de la investigació per dos objectius generals:

1. Interpretar el context penitenciari i els factors de salut característics de la població reclusa com un element diferenciador de l'atenció infermera.
2. Valorar el perfil de competències específiques i àrees de formació requerides per desenvolupar el treball infermer en el context penitenciari.

Objectiu 1: Interpretar el context penitenciari i els factors de salut característics de la població reclusa com un element diferenciador de l'atenció infermera.

Aquest primer objectiu es desdobla en dos objectius específics:

- 1.1. Definir els factors de salut característics de la població reclusa en base als programes de prevenció i promoció de la salut, els protocols i les estadístiques sanitàries.

Entenem que la població reclusa concentra un compendi de característiques sociodemogràfiques i en matèria de salut sobrerrepresentades en relació a la població general com la immigració, les drogodependències, les malalties infectocontagioses (VIH/SIDA, TB, Hepatitis B i C i ITS) i els trastorns mentals.

Altres factors rellevants són els que es deriven de l'atenció en situacions límit (autolesions, ingesta de cossos estranys, *body packer/body stuffer*, vaga de fam, motins i aldarulls, etc.).

Aquests factors són els elements diferenciadors de l'atenció d'infermeria en el context penitenciari en relació a l'atenció prestada en altres àmbits de salut. De fet, l'opinió recollida als informants clau destaca que les cures més ateses en el medi penitenciari són les derivades dels programes de prevenció, programes de toxicomanies, salut mental i malalties cròniques, sense oblidar les temptatives autolítiques i situacions límit.

En aquest sentit, l'infermer/a ha de conèixer l'abordatge de la xarxa sanitària penitenciària catalana que recull dins els seus programes i protocols les actuacions sistemàtiques adreçades als interns/es-pacients en relació a les patologies més prevalents en aquesta població, els programes de reducció de danys i l'adherència als tractaments. D'igual manera, l'infermer/a ha de ser coneixedor dels recursos sanitaris i socio-sanitaris externs garantint la continuïtat de l'assistència sanitària un cop l'individu sigui excarcerat.

1.2. Descriure el context penitenciari i les característiques que afecten el desenvolupament de la tasca infermera.

Començarem per reiterar la importància de conèixer el fenomen d'empresonament d'un individu, el qual comporta un treball reglamentat, planificat i coordinat per part de la comunitat penitenciària. És essencial que el professional tingui recursos per saber apropar-se a la realitat d'una població condicionada per la seva situació de privació de llibertat i confinament (sentiments de frustració, indefensió, ansietat, comportaments violents). Així com, per la seva vulnerabilitat esdevinguda per la suma del factor d'empresonament i formar part de col·lectius com: les dones, els discapacitats intel·lectuals i del desenvolupament, els immigrants i les persones grans.

La planificació de les actuacions dins el medi penitenciari requereix tenir el coneixement necessari per abordar qualsevol intervenció esdevinguda en aquest context, així com, la coordinació interprofessional entre els diferents equips (sanitaris, vigilància i tractament). La coneixença de les característiques pròpies de la presonització: hàbits, usos, cultura de la presó i la disminució del repertori de la

conducta humana com a resultat de vida en règim tancat, i el fenomen de la subcultura carcerària com codi i normes de conducta sorgits dels propis interns/es facilita la comunicació entre el professional i l'intern/a.

Respecte a les característiques que afecten al desenvolupament de la tasca infermera, considerem prioritari conèixer la seva execució dins aquest context regit per normes no estrictament sanitàries, com són:

- ▲ La coordinació amb el personal de vigilància d'acord amb els horaris regimentals per les atencions sanitàries.
- ▲ Els canvis d'ubicació-residència dins el mateix centre i les conduccions a altres centres penitenciaris per poder donar continuïtat a les cures infermeres.
- ▲ L'atenció als interns en règim de sanció disciplinària o 1rs graus, que impliquen el desplaçament del personal sanitari als mòduls de compliment de sanció i el condicionant de no poder utilitzar material que pugui ser utilitzat com recurs autolesiu (fèrula metàl·lica, benes, blisters de medicació, etc.).
- ▲ Atenció als interns en règim d'aïllament regimental o psiquiàtric, reincidint en el desplaçament a la cel.la d'aïllament, i amb les mesures per prevenir possibles temptatives autolítiques.
- ▲ Actuacions urgents en horaris nocturns que requereixen de l'acompanyament de personal de vigilància per normativa regimental.
- ▲ Custòdia de material de cures punxant i tallant per tal d'evitar sostraccions, manipulacions, agressions, autolesions i extorsions entre interns; i dels medicaments per tal d'evitar riscos d'abús i d'ingesta autolesiva.
- ▲ Continuïtat de les cures infermeres un cop l'individu és excarcerat a la xarxa sanitària pública.

La valoració conclou que la pressió que els infermers/es reben dels interns davant de qualsevol problema pot condicionar la relació terapèutica.

En conseqüència, es tracta d'un medi desconegut i complex on l'infermer/a ha de donar resposta a diferents situacions: sanitàries, regimentals i emocionals. És una infermeria diferent a l'àmbit sanitari extern, comprenent i atenent el context global de la situació de l'intern-pacient.

Objectiu 2: Valorar el perfil de competències específiques i àrees de formació requerides per desenvolupar el treball infermer en el context penitenciari.

Aquest objectiu es desplega en tres objectius específics:

2.1. Analitzar les competències del pla d'estudis del grau d'infermeria des de la perspectiva del perfil de l'infermer/a de presons.

La mínima coincidència en el contingut competencial d'ANECA i Grupo Tuning amb les competències de la infermeria penitenciària, tal com s'observa a la Taula 42: Comparativa de competències específiques penitenciàries (CP)/competències específiques ANECA (CE)/competències específiques Tuning (n), fa que en la formació generalista del títol de grau hi hagi mancances per cobrir les expectatives professionals dedicades a l'entorn penitenciari.

La planificació del títol de grau d'infermeria no contempla en profunditat les àrees assistencials penitenciàries. L'anàlisi documental realitzada ens duu a la conclusió que existeixen unes carències curriculars que allunyen la preparació del professional infermer per treballar en el medi penitenciari. Tal és així, que es va detectar que en àrees com les drogodependències, les habilitats comunicatives, les malalties infectocontagioses prevalents del reclus/a i les situacions límit, no estaven suficientment desenvolupades per cobrir les expectatives professionals requerides.

En aquest sentit, l'expertesa dels professionals valora com molt positiu la necessitat de tenir un perfil específic implicant el coneixement de les característiques de la població reclusa, coneixement del medi penitenciari, disposar d'habilitats i competències professionals i una formació i coneixement de tècniques concretes per treballar en el medi.

2.2 Analitzar i contrastar les percepcions dels gestors (caps d'infermeria) i dels infermers/es en actiu dels centres penitenciaris de Catalunya, en relació a la seva realitat formativa.

El recull de les percepcions expressades són la realitat d'uns/es infermers/es amb una àmplia experiència professional, en l'àmbit hospitalari, comunitari i penitenciari, per poder valorar les necessitats formatives requerides en el perfil de l'infermer/a de presons.

Destacar que aquests professionals valoren els estudis de l'infermer/a generalista com una bona formació, encara que creuen que no s'adquireixen els coneixements suficients per un àmbit de treball específic, com en àrees d'urgències, salut mental, drogodependències i medicoquirúrgica. Valoren que la formació específica de segon cicle serveix per incrementar els coneixements i millorar la pràctica professional de l'àmbit cursat. També, consideren que els infermers amb el perfil actual assolit a la carrera necessiten d'una formació que contempli aspectes sobre l'especificitat del medi penitenciari.

Aquesta conclusió es veu reforçada per diferents autors, citats en el marc teòric, que defensen la necessitat de comptar amb professionals formats per saber identificar els diferents tipus de demandes sanitàries de l'intern-pacient com a propòsit de salut, regimentals o benestar personal.

2.3 Identificar i descriure les àrees de formació competencial de l'infermer/a penitenciari/a.

Els professionals infermers/es coincideixen en la necessitat de cursar una formació específica per treballar en el medi penitenciari, doncs actualment per obtenir aquesta formació han de cursar diferents estudis de postgrau i/o màster, sense arribar a adquirir els coneixements propis del context penitenciari. Reiterem la necessitat de la coneixença dels factors característics d'aquest medi tan diferent i peculiar a l'hora de desenvolupar el rol infermer.

Coincideixen en que les àrees d'expertesa de l'infermer/a de presons han de contemplar les drogodependències, les urgències, la salut mental, les malalties infectocontagioses, l'atenció primària, el coneixement del medi, la immigració i multiculturalitat, el marc legal penitenciari, les situacions límit i les habilitats comunicatives i socials. Aquestes habilitats han d'abordar els condicionants que envolten a l'individu privat de llibertat, establint una relació terapèutica eficaç.

Al mateix temps, ha de ser un professional proper com referent no només sanitari i saber treballar amb altres equips (vigilància i tractament) desconeguts des de la formació de l'infermer/a generalista. L'experiència d'aquests professionals conclou en que l'infermer/a de presons s'ha de caracteritzar per la polivalència.

D'aquestes conclusions es va deduir la necessitat d'una proposta que contemplés els aspectes formatius i competencials de l'infermer/a de presons per l'abordatge de les àrees relacionades amb l'atenció a les urgències i situacions límit, les patologies prevalents del reclus/a, el maneig del pacient drogodependent, el coneixement d'aspectes regimentals i la immigració, així com un expert coneixedor del medi penitenciari.

PROPOSTA FORMATIVA DE SEGON CICLE

En aquest sentit, i amb la idea de poder presentar a la comunitat educativa una proposició de formació d'acord amb les necessitats objectivades, vàrem dissenyar les bases metodològiques i pedagògiques per una proposta d'estudis de segon cicle, en aquest cas títol d'expert.

Aquesta proposta ha estat valorada en profunditat per la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna per poder-la incorporar a l'oferta de formació de títols d'expert del curs 2013-2014 de la Universitat Ramon Llull.

El que es pretén, és oferir una formació específica per donar cures integrals d'infermeria a l'intern/pacient privat de llibertat, i que els professionals adquireixin les capacitats i habilitats per detectar, planificar, intervenir i avaluar les necessitats de salut de l'intern/pacient dins del context penitenciari.

Els objectius generals del curs estan encaminats a cobrir les necessitats formatives detectades a l'anàlisi de necessitats i de la valoració dels informants participants en aquesta investigació:

- ▲ Adquirir els coneixements, actituds i habilitats dels professionals d'infermeria que tenen cura de l'intern/pacient en el medi penitenciari.

- ▲ Conèixer l'entorn penitenciari per tal de poder actuar enfront dels diferents problemes sanitaris i socials de l'intern/pacient.
- ▲ Identificar els problemes de salut de les persones ingressades en els centres penitenciaris.
- ▲ Estar capacitada per integrar l'educació per a la salut i la comunicació terapèutica sanitària, com eines de treball, per millorar les cures d'infermeria dels interns/es sans/es en el medi penitenciari.
- ▲ Identificar les mesures de prevenció necessàries en els problemes de salut més prevalents en l'entorn penitenciari.
- ▲ Conèixer els protocols de control i seguiment de les malalties cròniques més prevalents en un entorn penitenciari.
- ▲ Aplicar els coneixements adquirits en l'àmbit penitenciari.

Les competències específiques que el professional infermer adquirirà en aquesta formació d'expert inclouen:

- ▲ Conèixer i aplicar els principis que sustenten les cures integrals d'infermeria en l'àmbit penitenciari.
- ▲ Identificar els problemes de salut més prevalents de l'intern-pacient en el medi penitenciari.
- ▲ Conèixer els programes de salut que es desenvolupen en el medi penitenciari.
- ▲ Prestar les cures infermeres, garantint el dret a la dignitat, a la privacitat, a la intimitat i a la confidencialitat i la capacitat de decisió de l'intern-pacient en el context penitenciari.
- ▲ Individualitzar les cures infermeres tenint presents l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i els valors.
- ▲ Dissenyar i implementar programes d'educació per a la salut individuals i en grup, en relació a l'estat de salut de l'intern-pacient, el seu nivell de coneixement i la seva estada al centre de compliment.
- ▲ Conèixer el llenguatge específic (argot penitenciari) utilitzat pels interns, com una eina que ha de permetre establir una millor comunicació entre els professionals d'infermeria i l'intern.

- ▲ Identificar els diferents tipus de demandes sanitàries de l'intern-pacient com a propòsit de salut, regimental o benestar personal.
- ▲ Conèixer les situacions regimentals límit que comporten una atenció sanitària molt específica del professional.
- ▲ Conèixer el rol infermer enfront l'atenció urgent i vital als centres penitenciaris.
- ▲ Conèixer la xarxa sanitària externa de referència que dona suport a l'atenció sanitària penitenciària.
- ▲ Identificar processos d'esgotament físic i/o mental del professional d'infermeria per tal de prevenir situacions d'estrès i desmotivació laboral.
- ▲ Capacitat per qüestionar, avaluar, interpretar i sintetitzar críticament un ventall d'informació i fons de dades que faciliti la cura de l'intern-pacient.
- ▲ Capacitat per a treballar en un context professional ètic i de codis reguladors legals, reconeixent i responent a dilemes ètics o morals de la pràctica diària.
- ▲ Capacitat de lideratge i gestió infermera per a conduir la col·laboració interprofessional amb altres membres de l'equip sanitari, de l'àmbit de seguretat i equip de tractament.

Segons la normativa de la FCSB, el pla d'estudis del títol d'expert s'ha estructurat en cinc mòduls i 15 ECTS¹¹⁸:

1. Entorn humà i terapèutic en l'atenció d'infermeria penitenciària (5 ECTS).
2. Atenció infermera en el medi penitenciari (6 ECTS).
3. Practicum (2 ECTS).
4. Bioètica i Deontologia (1 ECTS).
5. Bases metodològiques de la recerca (1 ECTS).

La FCS Blanquerna integra una branca comuna a tots els títols d'expert d'aquesta facultat referent a la bioètica i deontologia i a la metodologia de la recerca. Els mòduls 1, 2 i 3 són referents als continguts específics del títol d'expert d'infermeria penitenciària.

¹¹⁸ ECTS: És la unitat de mesura del treball de l'alumne per assolir els objectius del programa d'estudis, integrant els ensenyaments teòrics i pràctics així com la dedicació individual.

El Mòdul 1: Entorn humà i terapèutic en l'atenció d'infermeria penitenciària (5 ECTS) integra continguts en relació a:

- I. Marc polític i social del medi penitenciari.
 - a. La sanitat penitenciària a Espanya.
 - b. Traspàs de la sanitat penitenciària a Catalunya.
 - c. Integració de la sanitat penitenciària al sistema públic.
 - d. Reglament penitenciari.
 - e. Organització i tipificació de centres penitenciaris.
- II. Desenvolupament de competències personals i interpersonals de l'infermer/a en el medi penitenciari.
 - a. Concepte de presonització i subcultura carcerària. Repercussions sanitàries.
 - b. Prejudicis i estereotips: repercussions en la comunicació entre l'intern/a-pacient i el professional d'infermeria. Comunicació verbal i no verbal.
 - c. Habilitats comunicatives: eines i estratègies per millorar la comunicació entre l'intern/a-pacient i el personal d'infermeria.
 - d. Habilitats socials: detecció i resolució de conflictes. Eines i estratègies per una millora en la resolució de problemes.
 - e. La diversitat cultural: repercussions en l'atenció sanitària en el medi penitenciari.
 - f. Els valors i les creences en les cures d'infermeria.
 - g. La figura del kie.
 - h. Indicadors d'esgotament físic i/o mental de l'infermer/a en el medi penitenciari.
- III. Documentació i tractament de dades sanitàries.
 - a. Els informes d'infermeria.
 - b. La història clínica penitenciària.
 - c. Els parts informatius.
 - d. Estadístiques i memòries.
 - e. La investigació d'infermeria en el medi penitenciari.

El Mòdul 2: Atenció infermera en el medi penitenciari (6 ECTS) integra continguts en relació a:

- I. Atenció d'infermeria en el medi penitenciari.
 - a. Promoció, prevenció i educació per a la salut en el medi penitenciari.
 - b. Programes d'educació per a la salut, a nivell individual i grupal.

- c. Programa d'ingressos. Atenció d'infermeria. Derivacions.
- d. Programa d'hepatitis B. Atenció d'infermeria.
- e. Programa d'hepatitis C. Atenció d'infermeria.
- f. Programa del VIH/SIDA. Atenció d'infermeria.
- g. Programa de tuberculosi. Atenció d'infermeria.
- h. Programa d'atenció al pacient amb patologia crònica. Atenció d'infermeria.
- i. Programa de toxicomanies. Programa de manteniment en metadona (PMM). Programa lliure de drogues. Programa d'intercanvi de xeringues (PIX). Atenció d'infermeria.
- j. Programa de vacunacions. Atenció d'infermeria.
- k. Programa d'atenció a la dona i al nen. Atenció d'infermeria.
- l. Programa de farmàcia: rol de l'infermer/a.
- m. Medicació psicotròpica en tractament directament observat (TDO). Repercussions.
- n. Control i seguiment d'interns/es en vagues de fam. Atenció d'infermeria.
- o. Control i seguiment d'interns en aïllaments: contencions regimentals i psiquiàtriques. Atenció d'infermeria.
- p. Control de l'intern/a *body paker/body stuffer*. Atenció d'infermeria.
- q. Salut mental a presons. Detecció i prevenció del suïcidi. Atenció d'infermeria.

II. Rol de l'infermer/a en les urgències en el context penitenciari.

- a. Actuació d'infermeria al pacient amb intoxicació o sobredosi per substàncies d'abús.
- b. Urgències en salut mental.
- c. Actuació d'infermeria al pacient en estat de xoc i politraumatitzat.
- d. Actuació d'infermeria en el pacient cremat i/o per inhalació de fums.
- e. Situacions límit: autolesions, ingesta de cossos estranys, ingesta de caústics, temptatives autolítiques.
- f. Rol d'infermeria en la situació d'aldarull o motí.
- g. Urgències maternoinfantils als centres de dones.
- h. Immobilitzacions, embenats i sutures. Especificitats en el medi penitenciari.
- i. Atenció urgent a les famílies (comunicacions, vis a vis).
- j. Derivacions als hospitals de referència.
- k. Suport vital bàsic i avançat.

III. El Mòdul 3: Practicum (2 ECTS).

Aquest mòdul correspon a l'estada de pràctiques en un centre penitenciari durant 50 hores, tutoritzat per un infermer/a expert en el medi. L'objectiu d'aquest període de formació és poder desenvolupar i aplicar la teoria impartida en els mòduls 1 i 2.

La metodologia emprada en els mòduls 1 i 2 serà mitjançant: exposicions teòriques amb el recolzament d'estudi de casos, aprenentatge basat en problemes (ABP) i simulacions.

L'equip de professors que implementa aquest títol està constituït per diferents professionals sanitaris del medi penitenciari, que tenen una llarga expertesa en el tracte i atenció sanitària de les persones privades de llibertat. Els mòduls 4 i 5 estaran impartits per professors de la FCS Blanquerna.

Esmentar, que aquest tipus de formació, tan necessària pels professionals que treballen al medi penitenciari, serà pionera tan a Catalunya com a l'Estat Espanyol.

PROPOSTA FORMATIVA D'ASSIGNATURA OPTATIVA AL GRAU D'INFERMERIA

Una altra proposta a tenir en compte seria incloure en el pla d'estudis del títol de grau d'infermeria una assignatura optativa amb els fonaments de la infermeria penitenciària. Aquesta seria una bona opció per aquells estudiants interessats en formar-se en aquest àmbit de la salut, doncs si optessin per treballar en el medi penitenciari la seva formació de grau inclouria els objectius i les competències de la infermeria penitenciària.

Aquesta assignatura optativa hauria de garantir l'aprofundiment de continguts rellevants en relació al context penitenciari, patologies prevalents de la població reclusa i l'atenció d'infermeria dels individus privats de llibertat.

Els alumnes que escollin aquest itinerari formatiu es recomanarà que realitzin pràctiques en aquest context (segons conveni de formació entre la universitat i la institució), per donar-li aplicabilitat a la teoria impartida.

PROPOSTA FORMATIVA DE GUIA DELS FONAMENTS DE LA INFERMERIA PENITENCIÀRIA

Un altre suggeriment formatiu seria elaborar una guia amb els fonaments de la infermeria penitenciària que servís com instrument de consulta per a tots els infermers/es en general, i especialment, per aquells que treballin en el medi penitenciari. Aquesta guia estaria estructurada en els següents capítols:

- I. Marc polític i social del medi penitenciari. Aquest capítol inclouria: el context penitenciari, la sanitat a les presons, la institució penitenciària a Catalunya.
- II. La competència infermeria en el medi penitenciari. El contingut comptaria amb: el desenvolupament de les competències específiques de l'infermer/a de presons com conèixer i aplicar els principis que sustenten les cures integrals; individualitzar les cures tenint presents l'edat, el gènere, diferències culturals, grup ètnic, creences i valors; dissenyar programes d'educació per a la salut individuals i/o grupals en relació a l'estat de salut de l'intern/a-pacient.
- III. L'atenció d'infermeria en el medi penitenciari. El disseny d'aquest capítol englobaria el ventall de l'atenció infermera de les malalties prevalents (salut mental, infectocontagioses, drogodependència i cròniques), atenció a la dona i l'infant i urgències i situacions límit. Un altre punt a desenvolupar en aquest capítol estaria relacionat amb el coneixement de la xarxa intra i extrapenitenciària per tal de donar continuïtat a les cures infermeres davant la conducció a altres centres penitenciària i l'excarceració de l'individu.
- IV. Bioètica i deontologia de la salut en el medi penitenciari. Aquest bloc estaria dedicat a conèixer les condicions per garantir el dret a la dignitat, la privacitat, la intimitat, la confidencialitat i la capacitat de decisió de l'intern/a-pacient en les seves cures. Al mateix temps, es treballarien els codis legals i ètics que comprometen el bon exercici professional de la infermeria penitenciària.

Aquesta guia es podria editar en versió paper i en versió digital per tal de donar-li una major difusió.

6.2 Conclusions Metodològiques

El marc constructivista d'aquesta investigació involucra un disseny argumentat de la investigació avaluativa, doncs s'estudiava una realitat social, multidimensional i complexa. Per aquest motiu vàrem creure adequat fer-ho des d'una mirada no només quantitativa o qualitativa, sinó des d'una aproximació pragmàtica. Subratllar que la intencionalitat d'escollir el mètode d'anàlisi de necessitats ens va proporcionar una avaluació de la realitat de la situació actual en relació a les necessitats formatives del col·lectiu d'infermers/es de presons. Al mateix temps, ens va obrir canals de diàleg per detectar les possibles solucions per l'abordatge d'aquesta situació.

Aquesta investigació ens ha facilitat la possibilitat d'escoltar la veu del grup d'infermers i d'experts coneguts entre ells i per mi mateixa, però sense saber que n'opinaven al respecte de l'actual problemàtica. L'obvietat cada cop es difuminava més des de la primera pedra teòrica a l'última muntanya pragmàtica que s'havia construït a partir de la consulta.

Amb les fonts d'informació escollides per la recollida de les dades es va potenciar la possibilitat de triangular la informació, donant rigor als resultats obtinguts de la cerca documental i dels informants clau, mitjançant el qüestionari i el grup focal.

L'anàlisi i obtenció dels resultats han fet possible arribar a la conclusió sobre les discrepàncies entre la realitat formativa dels infermers de presons i el què és ideal pel problema investigat: proposar un programa formatiu pels professionals de nova incorporació que doni resposta a les demandes sorgides.

Des de l'inici de la investigació, ha estat un gran repte mantenir-me al marge de la coneixença de la informació recollida, donat que la meua llarga trajectòria de la professió infermera penitenciària podia esbiaixar les possibles conclusions de l'estudi a les que es podien arribar. La rigurositat de les fases de la metodologia emprada m'ha guiat el procés de reconeixement, diagnòstic i presa de decisions del problema investigat.

6.3 Limitacions de l'Estudi

La discreta bibliografia publicada en relació a aquest fenomen no ens ha aportat suficients dades en relació a l'experiència en altres països, per la qual cosa la força de l'estudi va ser començar analitzant la pròpia realitat formativa de la infermeria penitenciària catalana per situar-nos en el punt de partida. Aquesta tesi té el valor afegit d'incorporar-se com a bibliografia per a un tema poc estudiat.

Una altra dificultat va ser comptar amb un conjunt reduït d'integrants pel grup focal en el recull de les seves percepcions (sis participants). Aquest inconvenient es va veure agreujat per la dispersió geogràfica dels centres on treballaven els components del grup. En un inici, aquest grup havia d'estar format per sis informants i finalment només es varen poder traslladar al punt de reunió un màxim de cinc informants, encara que no podem constatar que la manca de participació d'aquest sisè expert, hagués afectat a la riquesa de les valoracions.

Un altre condicionant també relacionat amb la dispersió geogràfica, va ser l'accés a la mostra d'infermers/es. Es volia garantir la màxima participació possible per poder arribar a la saturació informativa i aquesta situació limitava la finalitat de l'obtenció de la informació. Finalment, es va optar pel disseny d'un qüestionari per poder fer la màxima difusió i recull possible via e-mail o per correu ordinari de les respostes.

Un altra limitació de la investigació va ser treballar paral·lelament amb fonts d'informació que comptaven amb titulacions universitàries d'infermeria diferents. Per una banda, el qüestionari el responien infermers/es formats amb l'antiga titulació de diplomatura i l'anàlisi dels plans d'estudi corresponien a la nova titulació de grau. Malgrat això, els resultats de les dues fonts d'informació arribaren a la mateixa conclusió, no es contemplaven en profunditat les àrees assistencials penitenciàries.

En relació a l'anàlisi dels plans d'estudi i la valoració dels continguts de les assignatures relacionades amb les àrees assistencials de la infermeria penitenciària, som conscients que en funció de la llibertat de càtedra, és possible que algun/s professor/s puguin incloure continguts específics de l'àmbit de les presons, tanmateix, això no es veu reflectit en els plans d'estudi.

6.4 Línies Futures d'Investigació

Si les conclusions d'aquest estudi han estat proposar i dissenyar una formació pels futurs infermers/es de presons, tenint en compte la veu dels participants d'aquesta investigació, una futura línia d'investigació seria avaluar la formació, tan de segon cicle com la proposta de l'assignatura optativa, per saber si es cobreixen les expectatives esperades.

Creiem que aquesta investigació obre les portes a avaluar les necessitats formatives de la infermeria penitenciària de la resta de l'Estat Espanyol, ja que podríem caure en el parany que si a Catalunya s'ha arribat a la conclusió que és necessària una proposta formativa per poder abraçar totes les àrees d'infermeria desenvolupades en el medi penitenciari, potser els infermers d'Instituciones Penitenciaries¹¹⁹ poden tenir unes altres necessitats.

Una altra proposta de futur seria fer extensiva la valoració competencial i de perfil professional a la resta de l'equip sanitari penitenciari: metges/sses i auxiliars d'infermeria, amb l'objectiu de poder oferir un programa formatiu al personal de nova incorporació d'aquests col·lectius.

Una línia interessant d'investigació seria contactar amb Facultats d'Infermeria d'universitats europees per analitzar i avaluar les necessitats formatives en relació a la competència professional de la infermeria penitenciària, i comparar-les amb les necessitats formatives concluses en aquesta tesi.

També creiem que és important poder obtenir la percepció dels alumnes que realitzen períodes de pràctiques dins del programa de la titulació de Grau d'Infermeria en els centres penitenciaris, per tal de poder abordar les possibles mancances formatives entorn aquest medi.

¹¹⁹ Instituciones Penitenciarias: Administració Penitenciària de la Resta de l'Estat Espanyol.

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abebe, D.S.; Bjune, G.; Ameni, G.; Biffa, D. i Abebe, F. (2011). Prevalence of pulmonary tuberculosis and associated risk factors in Eastern Ethiopian prisons. *The International Journal of Tuberculosis and lung Disease*, 15(5), 668-73.
- ACA (American Correctional Association). (2013). Consultat el 20 / 1 / 2013, a [<http://www.aca.org/certification/ccn.asp>]
- Achotegui, J. (2002). *La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Aerts, A.; Hauer, B.; Wanlin, M. i Veen, J. (2006). Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *The International Journal of Tuberculosis and lung Disease*, 10, 1215-1223.
- Aigeneren, M. (2002). *La Técnica de Recolección de Información Mediante los Grupos Focales*. Consultat el 10 / 3 / 2013, a CEO, Revista Electrónica: <http://www.investigacioncualitativa.cl/2008/01/grupo-de-discusin.html>
- Alexander, M.F. i Runciman, P.J. (2003). *Marco del CIE para las competencias de la enfermera generalista*. Consultat el 17 / 11 / 2012, a http://www.cnede.es/documentacion/interes_profesional/Marco_competencias_enfermera_generalista_CIE.pdf
- Allemand, J.P. (2007). *La Formation des Infirmiers(ères) en Milieu Carcéral*. Consultat el 14 / 1 / 2013, a www.sante-prison.com/web/images/library/File/nantes10.pdf
- Allen, S.A.; Spaulding, A.C.; Osei, A.M.; Taylor, L.E.; Cabral, A.M. i Rich, J.D. (2003). Treatment of chronic hepatitis C in a state correctional facility. *Annals of Internal Medicine*, 138, 187-190.
- Alligood, M.R. i Tomey, A.M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Almost, J.; Gifford, W.A.; Doran, D.; Ogilvie, L.; Miller, C.; Rose, D.N. i Squires, M. (2013). Correctional nursing: a study protocol to develop an educational intervention to optimize nursing practice in a unique context. *Implementation Science*, doi:10.1186/1748-5908-8-71.
- Alonso, J. i Lepine, J.P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 3-9.
- Álvaro, E. i Vegue, M. (2000). Situación actual de los tratamientos con metadona en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 77-82.

- Alvira, F. (1982). La perspectiva cualitativa y cuantitativa en las investigaciones sociales. *Estudios de Psicología*, 11, 34-36.
- Amigó, M. (2008). Dificultades en Urgencias para el manejo del paciente consumidor habitual de drogas. Detección y prevención del consumo de drogas. Puntos de información sobre drogas. A Nogué, S, Antolín, A, Claramonte, X, Chavarín, A, Galicia, M, Balanzó, X, et al., *Urgencias por sobredosis de drogas de abuso. Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic* (p. 127-141). Barcelona: Área Científica Menarini. Consultat el 15/7/2013 a http://www.formacionsanitaria.com/cursos/urgencias_sobredosis/materia_l/urgencias_sobredosis_completo.pdf.
- ANA (American Nurse Association). (2007). *Correctional Nurse Educator*. Consultat el 20 / 1 / 2013, a <http://www.correctionalnurseeducator.com/>
- ANA (American Nurse Association). (2013). *Correctional Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Edition*. ISBN: 9781558104990.
- Anasseril, E.D. (2006). Preventing Suicide in Prison: a collaborative responsibility on Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal American Academy Psychiatry Law*, 165-175.
- Andersen, H.S. (2004). Mental health in prison populations. A review – With special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (p. 5-59). Scandinavia.
- Aneas, A. (2002). Competencias profesionales. Análisis conceptual y aplicación profesional. A *Seminari Permanent d'Orientació Professional*. Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació. Universitat de Barcelona.
- ANECA. (2003). *Programa de convergència europea. El crèdit europeu*. Consultat el 12 / 11 / 2012, a http://www.aneca.es/content/download/10362/115938/file/publi_credito%20europeo.pdf
- ANECA. (2004). *Libro blanco. Título grado de enfermería*. Consultat el 16 / 11 / 2012, a http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Anno, B.J. i Spencer, S.S. (2006). Medical ethics and correctional health care. A Puisis, M. (Ed.), *Clinical practice in correctional medicine* . (2nd ed.) St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

- Antolín, A. (2008). Heroína. A Nogué, S., Antolín, A, Claramonte, X, Chavarín, A, Galicia, M, Balanzó, X, et al., *Urgencias por sobredosis de drogas de abuso. Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic* (p. 31-44). Barcelona: Àrea Científica Menarini. Consultat el 15/7/2013 a http://www.formacionsanitaria.com/cursos/urgencias_sobredosis/materia_l/urgencias_sobredosis_completo.pdf.
- Antón, J. (1951). *La utopia penal de Dorado Montero*. Salamanca: Pessoa.
- Àrea d'Infermeria. Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació. Generalitat de Catalunya. (2005). Competències de la infermeria penitenciària a Catalunya. Document intern. Barcelona.
- Àrea d'Infermeria. Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació. Generalitat de Catalunya. (2006). Funcions d'Infermeria als Centres Penitenciaris de Catalunya. Document intern. Barcelona.
- Argimon, J. i Jiménez, J. (2000). Métodos de investigación clínica y epidemiológica (2ª ed.). Madrid: Harcourt.
- Arnal, J., del Rincón, D. i Latorre, A. (1992). *Investigación educativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Editorial Labor.
- Arnoso, A. (2005). *Cárcel y trayectorias psicosociales. Actores y representantes sociales*. Donostia-San Sebastián: Alberdania, S.L. Giza Eskubideak Derechos Humanos.
- Arroyo, J.M. (2005). El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento. *Revisita Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(3), 86-91.
- Arroyo, J.M. (2002). Tuberculosis en prisión. Comparación de las claves culturales de esta enfermedad desde dos perspectivas: la de los sanitarios penitenciarios y la de los reclusos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4(2), 50-57.
- Arroyo, J.M. i Castellano, M. (1996). Fisiopatología de las autoagresiones en prisión. *Revista Española de Medicina Legal*, XX, 17-28.
- Arroyo, J.M. i Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 11-15.
- Arroyuelo, O. i Fernández de Garayalde, A. (1991). Primer programa de intercambio de jeringuillas en el estado español. *JANO*, 119-124.
- Artazcoz, L.; Benach, J.; Borrell, C.; Cortés, I. (2004). *La desocupació i la Salut Mental: La comprensió de les interaccions entre gènere, els rols familiars, i*

- Classe Social*. Consultat el 2 / 5 / 2013, a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449831/>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2010). *Observatorio de Salud Mental 2010*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Asociación Médica Mundial. (1975). *Declaración de Tokio sobre Normas directivas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos y castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos a personas encarceladas*. Consultat el 15 / 7 / 2013, a <http://www.unav.es/cdb/ammtokio2.html>
- Associació per a la Mediació Intercultural i Social amb Immigrants (AMISI). (2008). *Mediació Intercultural als Centres Penitenciaris de Catalunya*. Barcelona.
- Astier, M.P. i Dívar, J.M. (2010). *Calidad asistencial en sanidad penitenciaria en España. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior*. Recollit de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/SACACORDINACIONONDESANIDAD9-4-10.pdf>
- Aubrun, S. i Orifiamma, R. (1990). *Les competences de 3em. dimension*. París: Conservatorio de Arts e Metiers.
- Balali-Mood, M. i Zare, G. (2005). Comparison of Abdominal X-ray and CT Scan in 56 Opium and Heroin Body Packers in Mashad, Iran. *Prehospital and disaster medicine*, 20(2), s146.
- Ballesteros, F.; Ramón, F.; Martínez-Arrieta, R. i Cabrera, J. (2003). Intoxicaciones en las Instituciones Penitenciarias españolas. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5(3), 106-110.
- Barbier, J. M. i Lesne, M. (1977). *L'analyse des besoins in formacion*. Champeigny Sur-Marne: R. Jauze.
- Barco, J.C.; Omar, C. i Puiguirguer, J. (2011). Actuación de enfermería en las intoxicaciones por cardiotóxicos en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 23, 200-203.
- Barquero, A. (2001). Evaluación de las necesidades de formación relacionadas con la gestión y la calidad asistencialde los gestores de enfermería de la CCAA. Tesis doctoral. Universidad de Huelva. Huelva.
- Barquero, A.; León, R.; Pascual, L.M. i Blasco, R.M. (2009). El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramientas de gestión y evaluación. *Nursing*, 27(9), 62-66.
- Barquero, A.; Macías, A; Fera, D.J. i León, R. (2003). La formación en gestión en enfermería. *Enfermería Científica*(258-259), 36-42.

- Barrios, L.F. (2001). El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad institucional. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3(3).
- Bartolomé, J.M. i Roca, M. (2009). *Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales. El módulo de discapacitados del centro Penitenciario de Segovia*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaria General Técnica.
- Batalla, J. (2012). Vacunaciones en el medio penitenciario. Editorial. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 78-79.
- Bedoya, A.; Martínez-Carpio, P.A.; Humet, V.; Leal, M.J.; Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 37-41.
- Bejarano, F. (1997). John Howard: Inicio y bases de la reforma penitenciaria. A García Valdés, C. (Dir.), *Historia de la prisión: teorías economicistas: Crítica*. Madrid: Edisofer.
- Bénèzech, M. i Ragen, P. (1987). Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral: Considerations générales. *Psychologie Medicale*, 19(5), 613-615.
- Berenguer, J.; Laguna, F.; López-Aldeguer, J.; Moreno, S.; Arribas, J.R.; Arrizabalaga, J. ... i Ribera, E. (2004). Prevención de las enfermedades oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 22(3), 160-176.
- Berk, R. A. y Rossy, P. H. (1990). Thinking about program evaluation. Newbury Park, Ca: Sage.
- Bick, J.A. (2007). Infection Control in Jails and Prisons. *Clinical Infectious Diseases*, 45(8), 1047-1055.
- Bisquerra, R.; Álvarez, M.; Cañas, A.; Hernández, J.; Miranda, C.D. i Prada, C. (1998). Los enfoques del counseling. A Bisquerra, R. (Coord.), *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica* (p. 471-535). Barcelona: Editorias Praxis.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E. i Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376.
- Boixareu, R. (2003). *De l'antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut*. Barcelona: Càtedra Ramon Llull.
- Bones, K.; Pérez, K.; Rodríguez-Sanz, M.; Borrell, C. i Obiols, J.E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 389-395.

<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8867/873>
1.

- Boonwaat, L.; Haber, P.S.; Levy, M.H. i Lloyd, A.R. (2010). Establishment of a successful assessment and treatment service for Australian prison inmates with chronic hepatitis C. *The Medical Journal of Australia*, 192(9), 496-500.
- Bordage, G. (2009). Conceptual frameworks to illuminate and magnify. *Medical Education*, 312-319.
- Borri, B. i Patriarca, P. (2010). *L'assistenza infermieristica in carcere dopo la riforma della sanità penitenziaria: Salute in carcere*. Consultat el 16 / 1 / 2013, a <http://www.oipat.org/materiale/TakeCare2010/TC201008.pdf>
- Borrill, J.; Maden, A.; Martin, A.; Weaver, T.; Stimson, G.; Farrell, M. i Barnes, T. (2003). *Differential substance misuse treatment needs of women, ethnic minorities and young offenders in prison: prevalence of substance misuse and treatment needs*. Home Office Development and Practice Report 8. London: Home Office RDS.
- Briggs, A. (1989). *Historia de las Civilizaciones. Siglo XIX*. Madrid: Alianza.
- Bronckart, J. (1992). El discurso como acción. Por un nuevo paradigma psicolingüístico. *Anuario de psicología*. Núm. 54, 3-48.
- Brugha T.; Singleton, N.; Meltzer, H.; Bebbington, P.; Farrel, M.; Jenkins, R. ... Lewis, A. (2005). Psychosis in the community and in prisons: A report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The American Journal of Psychiatric Morbidity*, 162(4), 774-780.
- Brunings, P.; Kla,r S.; Butt, G.; Nijkamp, M.D. i Buxton, J.A. (2013). It's a big part of our lives: A qualitative study defining quality of hepatitis C care from the patient's perspective. *Gastroenterology Nursing*, 36(4), 249-57.
- Bunk, G.P. (1994). La transmisión de las competencias y la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.
- Butler, T.; Boonwaat, L.; Hailstone, S.; Falconer, T.; Lems, P.; Ginley, T. ... i Kaldor, J. (2007). The 2004 Australian prison entrants' blood-borne virus and risk behaviour survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(1), 44-50.
- Caballero, J. (1982). La vida en prisión: el "código" del preso. *Cuadernos de política criminal*, 18, 589-598.
- Calafat, A . i Juan, M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, 15(supl.2), 261-287.

- Calderon, A. J. (2004). Institutional Research at RMIT A Case study. Ponencia presentada en el 26th EAIR Forum. Barcelona 5-8 de septiembre.
- Canals, M. (2004). La formación de la enfermería quirúrgica: Una visión comparativa desde Europa. *Revista Española de Educación Comparada*, 10, 275-297.
- Canet, O. (2013). El Practicum de enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior: Orientaciones pedagógicas para una formación de calidad. *Tesi Doctoral. Facultat de Pedagogia. Universitat de Barcelona*.
- Capdevila, M. i Ferrer, M. (2008). *Salut mental i execució penal*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya.
- Cardona, X. (2003). Continguts fonamentals de bioètica. Reptes i perspectives del discurs bioètic. A Boixareu, R.M (Coord.), *De l'antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut* (p. 336-347). Barcelona: Càtedra Ramon Llull.
- Carr, W. i Kemmis, S. (1983). *Becoming critical: Knowing through action research*. Australia: Deakin University.
- Castañeda, P. i Pérez, A. (1975). Moral profesional. A Oteo, A. (Coord.), *Tratado del ayudante en medicina y cirugía* (Vol. I). Madrid: Oteo (5ª Edición).
- CatSalut. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. (2009). *Memòries d'activitats del CatSalut 2009*. Consultat el 5 / 6 / 2013, a <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=d57d30a8cf19a310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d57d30a8cf19a310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- CatSalut. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. (2010). *Memòries d'activitats del CatSalut 2010*. Consultat el 5 / 6 / 2013, a <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=d57d30a8cf19a310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d57d30a8cf19a310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- CatSalut. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. (2012a). Consultat el 6 / 6 / 2013, a <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=ae3222371464a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=ae3222371464a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- CatSalut. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. (2012b). *Memòries d'activitats del CatSalut 2012*. Consultat el 5 / 6 / 2013, a

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=d57d30a8cf19a310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d57d30a8cf19a310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

- Caylà, J. (Coord). (2001). *Documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis*. Consultat el 3 / 9 / 2013, a http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocolos_i_recomanacions/21_tuberculosis/documentos/tratamientos.pdf
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2010). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1-110.
- Centre Penitenciari d'Hommes de Barcelona. Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Departament de Justícia. (2004). *La Model: cent anys i 1 dia d'històries*. Barcelona.
- Chaulet, P. (1987). Compliance with anti-tuberculosis chemotherapy in developing countries. *Tubercle*, 68, 19-24.
- Chaves, A. (2007). El perfil acadèmic de sortida dels psicòlegs de les organitzacions i perfil professional d'entrada del tècnic junior en Recursos Humans des de la perspectiva de les competències. Tesi Doctoral. a <http://www.tdx.cat/TDX-0201107-173635>.
- CIE. (2011). *La función de la enfermera en el cuidado a los prisioneros y detenidos (Adoptada, 1998, revisada 2006 i 2011)*. Consultat el 5 / 6 / 2013, a Consejo Internacional de Enfermería: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A13_Cuidados_prisioneros_detenidos-Sp.pdf
- Claramonte, X. (2008). Cannabis. A Nogué, S., Antolín, A, Claramonte, X, Chavarín, A, Galicia, M, Balanzó, X, et al., *Urgencias por sobredosis de drogas de abuso. Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic* (p. 45-56). Barcelona: Àrea Científica Menarini. Consultat el 15/7/2013 a http://www.formacionsanitaria.com/cursos/urgencias_sobredosis/materia/urgencias_sobredosis_completo.pdf.
- Clarke, A. i Dawson, R. (1999). *Evaluation Research*. London: Sage.
- Clemmer, P. (1940). *The prison community*. Boston: Christopher Publishing Co.

- CNE. (2012). *Boletín Epidemiológico semanal*. Consultat el 26 / 7 / 2013, a Centro Nacional de Epidemiología: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/778/884>
- Cohen, L. i Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- COIB-TermCat. (2013). *TermCat*. Consultat el 22 / 5 / 2013, a http://www.termcat.cat/ca/EI_TERMCHAT/
- Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. (2013). *Memòria. Informe anual d'activitats 2012*. Consultat el 5 / 4 / 2013, a Caracterització de les col·legiades i els col·legiats: <http://www.coib.cat/uploadsBO//Generica/Documents/2.1.CARACTCOLLEGIADES2013.PDF>
- Colas, P. i Rebollo, M.A. (1993). *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.
- Coll, A. i Mejías, V.M. (2002). *Estudio del perfil de los enfermeros en los Centros Penitenciarios de Cataluña*. IV Congreso Nacional Sanidad Penitenciaria. Póster. Salamanca.
- Colliere, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Mcgraw-Hill/Interamericana de España, S.A.
- Colvin, H.M. i Mitchell, A.E. (editors). (2010). *Committee on the prevention and control of viral hepatitis infections; Institute of Medicine. Hepatitis and Liver Cancer: A National Strategy for Prevention and Control of Hepatitis B and C*. Consultat el 12 / 9 / 2013, a The National Academies Press: <http://www.nap.edu/catalog/12793.html>
- Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. (2009). *Competències de la Professió d'Infermeria*. Consultat el 15 / 6 / 2013, a última actualització 27.12.2009: <http://grups.blanquerna.url.edu/inffis/CienciesSalut/Infermeria/CompetenciesInfermeria.htm>
- Comité Central de l'Associació Suïssa d'Infermeres. (sense data). Le group de travail, definition de la profession.
- Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes;. (2010). *Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes*. Consultat el 7 / 9 / 2013, a Extracto del 7º Informe General [CPT/Inf (97) 10].

- Condon, L.; Gill, H. i Harris, F. (2007). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1201-1209.
- Confederación española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual. (2008). *FEAPS y el Programa de Integración Social y Actividades Rehabilitadoras para personas Reclusas y Exreclusas con Discapacidad Intelectual (1995-2008)*. Consultat el 2 / 8 / 2013, a http://www.feaps.org/programas/documentos/programareclusos_1995_2008.pdf.
- Cook, E. (1913). *The life of Florence Nightingale*. London: Macmillan.
- Cooke, D.J.; Baldwin, J.P. i Howison, J. (1990). *Understanding violence and aggression: Psychological disturbance in prison*. London: Routledge.
- Corominas, J. (1987). Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Madrid: Gredos.
- Corripio, F. (1984). Diccionario etimológico general de la lengua castellana. Barcelona: Bruguera.
- Council of Europe. (1996). *Outreach work with drug users: Principles and practice*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Council of Europe. (2004). *Recommendation REC(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum*. Strasbourg. Consultat el 6 / 6 / 2013, a [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec\(2004\)10_e.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(2004)10_e.pdf)
- Council of Europe. (2006). *Prisons and Community Sanctions and Measures. European Prison Rules*. Consultat el 2 / 5 / 2013, a <http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/EPR/EPR%20Catalan.pdf>
- Council of Europe. (2007). *Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine CETS*. Consultat el 6 / 6 / 2013, a <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=164&CM=8&DF=6/5/2007&CL=ENG>
- Council of Europe. (2008). *Council of Europe Annual Penal Statistics -SPACE I-*. Consultat el 7 / 6 / 2013, a

[http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP\(2010\)07_E%20SPACE%20Report%20I.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP(2010)07_E%20SPACE%20Report%20I.pdf)

- Council of Europe. (2010). *Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes*. Consultat el 6 / Juny / 2013, a Extracto del 7º Informe General [CPT/Inf (97) 10]: <http://www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-convention.pdf>
- Cox, F.M. (1987). *Strategies of Community Organization*. Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publisehr, Inc.
- De Andrés, J.; Barruti, M.; Borrell, C.; Calafell, J.; Pasarín, M. I.; Puigpinós, R. i Jansá, J.M. (2002). Salud y marginación social. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, 127, 97-123.
- De Andrés, M. i Delas, J. (1997). SAPS: Contacting marginal IDUs at night in Barcelona. *8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. París.
- De Andrés, M. i Rodés, A. (1995). La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. Monográfico: Drogodependencias, diez años después del SIDA. *JANO*, 49, 97-103.
- De Andrés, M. i Rodés, A. (1996). *Programas de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup IGIA.
- De Balanzó, X. (1991). Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. *Atención primaria*, 8, 527-529.
- De Carolis, L. i Wainstein, C. (2009). Terapia antirretroviral directamente observada en mujeres privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(3), 68-72.
- De Gispert, N. (2009). *Les presons a Catalunya. Seguretat i reinserció social*. Consultat el 4 / 11 / 2012, a http://www.jordipujol.cat/files/Les_presons_a_Catalunya.pdf
- De la Fuente, L.; Bravo, M.J.; Jiménez-Mejías, E.; Sordo, L.; Pulido, J. i Barrio, G. (2012). Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de tratamiento con sustitutivos opioides e intercambio de jeringas en las prisiones españolas, 1992-2009. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 67-77.
- De La Iglesia, A.; Piñeiro, I.M.; López Guerrero, R.M. i Otero, Y. (2013). *Mares a la presó. La relació amb els fills de les dones empresonades*. Consultat el 12 / 8 / 2013, a Centre d'Estudis Jurídics i formació Especialitzada. Departament de Justícia:

http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Home/recerca/catalog/2012/mare_s_preso2.pdf

- De la Orden, A. (1985). Investigación evaluativa. En De la Orden A. (ed), *Investigación educativa. Diccionario de Ciencias de la Educación* (págs. 133-137). Madrid: Anaya.
- Decret 160/1986 de 26 de maig, DOGC núm. 703, publicat el 20 de juny de 1986.
- Decret 329/2006, de 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels Serveis d'Execució Penal a Catalunya.
- Decret 67/2010, de 25 de maig, pel qual es regula el sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics.
- Del Rincón, D.; Arnal, J.; Latorre, A. y Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.
- Departament de Justícia i Interior. Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. (2003). *Instrucció núm. 1/2003, de 18 de febrer, sobre la implementació d'un programa pilot d'intercanvi de xeringues al centre penitenciari de Tarragona*.
- Departament de Justícia. Àrea de Sanitat. Generalitat de Catalunya. (1991). Programa de vacunacions en els centres penitenciaris de Catalunya. Barcelona: Document intern.
- Departament de Justícia. Àrea de Sanitat. Generalitat de Catalunya. (1993). Programa d'atenció a la dona en els centres penitenciaris de Catalunya. Última revisió 2010. Barcelona: Document intern.
- Departament de Justícia. Direcció General de Serveis Penitenciaris. Generalitat de Catalunya. (2012a). *Dades estadístiques Subdirecció General de Rehabilitació i Sanitat Any 2012*. Document intern.
- Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. (2006). *Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya*. Barcelona: Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions.
- Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. (2013). *Descriptors Estadístics Serveis Penitenciaris i Rehabilitació*. Consultat el 7 / 6 / 2013, a http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/
- Departament de Justícia. Secretaria General de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. (2004). *Circular número 3/2004, reguladora dels procediments d'actuació davant situacions d'agressivitat sobtada dels pacients ingressats a les unitats de psiquiatria*. Consultat el 12 / 8 / 2013, a http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/doc_35183737_1.pdf

- Departament de Justícia. Subdirecció General de Centres i Gestió Penitenciària. DGSP. (2012b). *Ordre servei 2/2012, de 28 de juny. Programa de gestió d'incidents, aplicació de mitjans coercitius, registres, escorcolls i requisos als Centres penitenciaris de Catalunya.*
- Departament de Justícia. Subdirecció General de Rehabilitació i Sanitat. Generalitat de Catalunya. (2012). Dades d'interns/es discapacitats intel·lectuals als centres penitenciaris catalans. Document intern.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2006). *Pla Director d'Immigració (PDI) en l'àmbit de la salut.* Consultat el 5 / 5 / 2013, a http://www.bcn.cat/novaciudadania/pdf/ca/salut/plans/PladirectorImmiiSalut2006_ca.pdf
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2006). *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya.* Consultat el 30 / 5 / 2013, a <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z/D/Depressio/document/salutmental.pdf>
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2006). *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya 2010.* Consultat el 5 / 6 / 2013, a <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z/D/Depressio/doc>
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Direcció General de Salut Pública.* Consultat el 23 / 8 / 2013, a http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/edpediatr.pdf
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2012). *Canal Salut.* Consultat el 18 / 7 / 2013, a *Drogues:* <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=3dd4b5e2e24e6310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=3dd4b5e2e24e6310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2012). *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015.* Consultat el 5 / 6 / 2013, a http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf

- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2013). *Manual de notificació de les malalties de declaració obligatòria*. Consultat el 17 / 7 / 2013, a http://www.aspb.es/quefem/docs/Manual_notificacio_MDO2013.pdf
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. (2003). *Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut per a l'any 2010*. Consultat el 14 / 8 / 2013, a http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Planificacio/Pla%20de%20Salut%20de%20Catalunya%20a%20horitzo%202010/Anys%20anteriors/Pla%20de%20Salut%20de%20Catalunya%202002-2005/Documents/problemes_salutmental.pdf
- Des Jarlais, D.C, Friedman, S.R. i Ward, T.P. (1993). Harm reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annual Review of Public Health, 14*, 413-450.
- Díez, M. i Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 13*(2), 58-66.
- Donahue, P. (1985). *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-1987. *British Journal of Psychiatry, 156*, 40-45.
- Dorado, P. (2000). *El reformatorio de Elvira*. Pamplona: Analecta.
- Edlin, B.R. (2002). Prevention and treatment of hepatitis C in injection drug users. *Hepatology, 36*, S210-S219.
- Edwards, W. et al. (1975). A decision-theoretic approach to evaluation research. A Struening, E. L. i Guttentag, M., *Handbook of Evaluation Research* (p. 139-181). Beverly Hills, California: Sage.
- EEES (Espacio Europeo de Educación Superior). (2001). *Perfilando el Espacio Europeo de la Enseñanza Superior*. Consultat el 10 / 3 / 2013, a <http://www.eees.es/pdf/Salamanca2001.pdf>
- EEES (Espacio Europeo de Educación Superior). (2003). *Comunicado de Berlín*. Recollit de http://www.eees.es/pdf/Berlin_ES.pdf
- EEES (Espacio Europeo de Educación Superior). (2005). *Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de Educación Superior. Bergen*. Recollit de http://www.eees.es/pdf/Bergen_ES.pdf
- EEES (Espacio europeo de Educación Superior). (2007). Recollit de Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world: http://www.eees.es/pdf/London_Communique18May2007.pdf
- EEES (Espacio Europeo de Educación Superior). (2010). *Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area*. Recollit de

- http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/Bologna/2010_conferencie/documents/Budapest-Vienna_Declaration.pdf
- EEES (Espació Europeo de Educación). (2009). *The Bologna Process 2020 - The European Higher Education Area in the new decade*. Recollit de http://www.eees.es/pdf/Leuven_Louvain-la-Neuve_Communique_April_2009.pdf
- Elliot, J. (1994). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Morata.
- Escudero, T. (2003). Desde los tests hasta la investigación evaluativa. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *9(1)*. <http://www.uv.es/RELIEVE/>.
- Escudero, T. (2011). *La construcción de la investigación evaluativa. El aporte desde la educación*. Zaragoza: Pressas Universitarias de Zaragoza.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2005). *Projecte europeu MEHIB*. Consultat el 2 / 6 / 2013, a <http://www.easp.es/mehib/web/esp/resumen.htm>
- Espinosa, M. (2002). *La farmàcia penitenciària a Catalunya*. Tesi doctoral. Facultat de Farmàcia. Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Estévez, M.J.; Guisado, P.; Alba, L.; Carpena M.; Gallego, P. i Trueba, A. (2013). Revisión de 862 pacientes portadores de drogas intrabdominales (body packers) ingresados en una unidad de vigilancia de urgencias. Protocolo de manejo. *Emergencias*, *25*, 451-458.
- Estrela, T. (1998). Necesidades de formação continua de professores: una tentativa de resposta a pedidos de centros de formação. *Revista de Educação*, *VII(2)*, 129-149.
- Evans, N. (1999). Preparing nurses to work effectively in the prison environment. *British Journal of Nursing*, *8(19)*, 1324-1326.
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, U. (2012-2013). *Pla d' Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el juliol / 11 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=714a2b52534...>
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, U. (2012-2013). *Pla d'Estudis del grau d'Infermeria*. Consultat el 23 / agost / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=61337362624e464a7474..>
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'infermeria*. Consultat el 11 / 7 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=7643636c78466474646c...>

- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 3 / 3 / 2013, a <http://serveisblanquerna.url.edu/ServeisAcademics/plaEstudisGraus.aspx?CodiTit=G...>
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 11 / 7 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=414c7130635...>
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 11 / 7 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=74774671456...>
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 11 / 7 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=53447179704766726469>.
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 23 / 8 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=4750565043754e4f7530...>
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 23 / 8 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=696530695a7373374e6d..>
- Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 11 / 7 / 2013, a <http://serveis.blanquerna.url.edu/ServeiProa/ImprimePrograma.aspx?p=51346c55774...>
- Falzon, D.; Kudjawu, J.; Desenclos, J.C.; Fernández de la Hoz, K.; Dadu, A.i Zaleskis, R. (2008). Stopping TB in Europe: some progress but still not here. *Euro Surveill*, <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V13N12/art8073.pdf>
- Fazel S, i Danesh J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545-550.

- FEAPS. (2013). *Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Consultat el 10 / 6 / 2013, a <http://www.feaps.org/conocenos.html>
- Felton G.; Parsons M. i Satterfield, P. (1987). Correctional facilities: a viable community Health practice site for students. *Journal of Community Health Nursing*, 4, 111-115.
- Fermoso, P. (1994). *Pedagogía social*. Barcelona: Herder.
- Fernández García, J. (2001). a Manual de Derecho Penitenciario. Coord. Berdugo, I i Zúñiga, L. Madrid: Colex.
- Fernández-Salineró, C. (2006). Las competencias en el marco de la convergencia europea: Un nuevo concepto para el diseño de programas educativos. *Encounters on Education*, 7, 131-156.
- Fishman, D.B. (1991). An introduction to the experimental versus the pragmatic paradigm in evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 14, 4; 353-363.
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.
- Flanagan, N.A. i Flanagan, T.J. (2001). Correctional nurses' perceptions of their role, training requeriments, and prisoner health care needs. *Journal of Correctional Health Care*, 8(1), 67-85.
- Frazer, K.; Glacken, M.; Coughlan, B.; Staines, A. i Daly, L. (2011). Hepatitis C virus in primary care: survey of nurses' attitudes to caring. *Journal Advanced Nursing*, 67, 598-608.
- Freire, M.J.; Teijeiro, M.M. i País, C. (2013). La adecuación entre las competencias adquiridas por los graduados y las requeridas por los empresarios. *Revista de Educación*, Septiembre-Diciembre(362), 13-41.
- Fryers, T.; Melzer, D.; i Jenkins, R. (2003). Social inequalities and common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229-237.
- Fulwier, C.; Forbes, C.; Santangelo, S.L. i Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in presoners. *Journal American Psychiatry Law*, 69-77.
- Gallego, C.; Marco, A; Da Silva, A.; Varoucha, C.; Arquëlles, M.J.; Monfort, A. ... i Blanco, X.R. (2004). Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TARV) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(1), 2-7.
- Gallizo, M. (2007). *Libro de Ponencias: I Jornadas Estatales sobre Atención a Personas con Discapacidad Intelectual en Centros Penitenciarios*. Consultat

el 19 / 8 / 2013, a [http://www.granada.org/obj.nsf/in/guiayestudios/\\$file/Jornadas_Estatales_sobre_atencion_a_personas_con_discapacidad_intelectual_en_centros_penitenciarios.pdf](http://www.granada.org/obj.nsf/in/guiayestudios/$file/Jornadas_Estatales_sobre_atencion_a_personas_con_discapacidad_intelectual_en_centros_penitenciarios.pdf)

- Garaycochea, M.C.; Pino, R.; Chávez, I.; Portilla, J.L.; Miraval, M.L.; Arguedas, E. ... i Espinoza, M. (2013). Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 423-7.
- García de Olalla, P.; Knobel, H.; Carmona, A.; Guelar, A.; López-Colomé, J.L. i Caylà, J.A. (2002). Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 30(1), 105-110.
- García de Olalla, P.; Reyes, J.M. i Caylà, J.A. (2012). Retraso diagnóstico de la infección por VIH. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(1), 28-35.
- García Martín-Caro, C i Martínez Martín, M.L. (2007). *Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Elsevier.
- García San Pedro, M.J. (2007). *Realidad y Perspectivas de la Formación por Competencias en la Universidad. Tesis*.
- García Valdés, C. (Dir.). (1997). *Historia de la prisión: teorías economicistas. Crítica*. Madrid: Edisofer.
- García, J. i Sancha, V. (1985). *Psicología penitenciaria*. Madrid: UNED.
- García, M i Mateo, R. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25, 181-186.
- García-Barrios, S. i Calvo, E. (1996). *Historia de la Enfermería*. Universidad de Málaga.
- García-García, L.; Ariza-Megía, M.C.; González-Escalada, A.; Alvaro-Meca, A.; Gil-Demiguel, A. i Gil-Prieto, R. (2011). Epidemiology of syphilis-related hospitalisations in Spain between 1997 and 2006: a retrospective study. *BMJ Open*, 1(2), e000270.
- García-Guerrero, J. (2006). Ética médica y prisión: de la autonomía a la beneficencia (pasando por la no maleficencia). A propósito de un caso. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(2), 41-54.
- García-Guerrero, J. (2013). La huelga de hambre en el ámbito penitenciario: aspectos éticos, deontológicos y legales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15, 8-15.

- García-Guerrero, J. i Marco, A. (2012). Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 106-113.
- García-Villanueva, M. (2002). Programa de intercambio de jeringuillas en el centro penitenciario de Pamplona. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18-23.
- Garrido, L. (1983). *Manual de Ciencia Penitenciaria*. Madrid: Edersa.
- Garrido, V.; Redondo, S.; Gil, A.; Torres, G.; Soler, C. i Benito, M. . (1995). *Delinqüents sexuals en les presons*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Departament de Justícia.
- Garrity, D. (1961). *The prison as a rehabilitation agency, a: The prison: Studies in institutional organization and change (Cressey, D.R)* . Nova York: Rinehart & Winston.
- Gatell, J.M.; Zulaica, D.; Del Romero, J. i Robledo, T. (2010). Cómo promover y facilitar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH-1. *Enfermedades Emergentes*, 12, 121-124.
- Gates, J.A.; Post, J.J.; Kaldor, J.M.; Pan, Y.; Haber, P.S.; Lloyd, A.R. ... i Hepatitis C Incidence and Transmission in Prison Study Group. (2004). Risk factors for hepatitis C infection and perception of antibody status among male prison inmates in the Hepatitis C Incidence and Transmission in Prisons Study cohort, Australia. *Journal of Urban Health*, 81, 448-52.
- Geiman, D. i O'Brien, P. (2008). Correctional nursing moves to the head of the class. *Corrections today*, 68-70.
- GEISESP. (2009). *Recomendaciones para el manejo de la Hepatitis B en el medio penitenciario*. Consultat el 10 / 9 / 2013, a http://sesp.es/imagenes/O94/portada/RECOMENDACIONES_HEPATITIS_B.pdf
- GEsHeB. (2009a). Orientaciones para un mejor manejo de la hepatitis B en España. *Rev Esp Sani Penit* 2009;11:87-95. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 87-95.
- GEsHeB. (2009b). *Orientaciones para un mejor manejo de la hepatitis B en España*. Consultat el 10 / 9 / 2013, a http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/concenso_HepatitisB.pdf
- GeSIDA. (2012). *Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2012)*. Consultat el 5 / 9 / 2013, a <http://www.gesida->

seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2012/gesidadcyrc2012-
Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf

- GeSIDA. (2013a). *Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2013)*. Consultat el 5 / 9 / 2013, a <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2013/gesidadcyrc2013-TAR-adulto.pdf>
- GeSIDA. (2013b). *Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y Grupo de Estudio de Sida, sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH (Actualización marzo de 2013)*. Consultat el 5 / 9 / 2013, a <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2013/gesidadcyrc2013-Documentoconsenso-asistenciaVIHMujeres.pdf>
- GeSIDA. (2014). *Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014)*. Consultat el 2 / 1 / 2014, a http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/borrador/gesida-gc-2014-BR-TAR-GESIDA_PNS.pdf
- Gibbens, T. (1963). *Psychiatric studies of Borstal Lads*. Nova York: Oxford University Press.
- Gilman, M. (1992). *Smack in the eye. The reduction of drug-related harm*. London: Routledge, 1992. [Traducción castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)]. Londres: Grup IGIA.
- Gisbert, C. (Coord.). (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Consultat el 20 / 8 / 2013, a http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf
- Gispert, R.; Rajmil, L.; Schiaffino, A. i Herdman, M. (2003). Sociodemographic population. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 677-683.
- Glick, A. i Pallares, T. (1997). Las competencias: ¿Qué está pasando en Europa? *Capital Humano*, 99, 43-48.
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (primera edición en castellà; 7a reimpressió al 2001 ed.). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne, II. Les relations en public*. París: Minuit.

- Golin, C.E.; Earp, J.; Tien, H.C.; Stewart, P.; Porter, C. i Howie, L. (2006). A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(1), 42-51.
- Goncz, A. (1994). Competency based assessment in the professions in Australia. *Assessment in Education*, 1, 27-44.
- González J.O. (2008). *Epidemiología del suicidio, Colombia, 2007*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Gonzalez, S.A. i Keeffe, E.B. (2011). Chronic viral hepatitis: epidemiology, molecular biology, and antiviral therapy. *Frontiers in Bioscience (Landmark edition)*, 16, 225-50.
- González-Martín, J.; García-García, J.M.; Anibarro, L.; Vidal, R.; Esteban, J.; Blanquer, R. ... i Ruiz-Manzano, J. (2010). Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28(5), 297.e1-297.e20.
- Gordillo, V.; del Amo, J.; Soriano, V.; i González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Gran Diccionari de Llengua Catalana*. (1998). Consultat el 2 / 5 / 2013, a <http://www.diccionari.cat/lexicx.jsp?GECART=0059216>
- Gredler, M. E. (1996). *Program evaluation*. New Jersey: Merrill-Prentice Hall Inc.
- Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). (2006). *Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión*. Consultat el 5 / 3 / 2011, a Documento de Consenso: <http://www.alansaludmental.com/retos-en-sm/salud-mental-penitenciaria/grupo-de-trabajo-de-salud-mental-penitenciaria/>
- Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). (2011). *Guía Atención primaria de la salud mental en prisión*. Madrid: OMEditorial.
- Grupo PRECA. (2011). *Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA)*. Consultat el 12 / 5 / 2013, a <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>
- Guba, E. (1993). Foreword. A Erlandson, E.; Harris, L.; Skipper, L. i Allen, S.D., *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods* (p. 9-16). Newbury Park: SAGE Publication Inc.
- Guba, E.G. i Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. 30, 233-252.

- Gudin, F. (2008). Introducción Historia de las Prisiones. A *Historia de las Prisiones*. Madrid: UNED.
- Guerra, F.J. i Rey, R. (1975). Criterios y normas generales sobre quimioterapia antituberculosa. Papel del hospital en el tratamiento del enfermo tuberculoso. Parte I. *Bronconeumol*, 11(3), 91-96.
- Guerrero, R. (2011). *Les tertúlies de la TPS*. Consultat el 20 / 8 / 2013, a Claus de l'èxit en la rehabilitació de les persones amb problemes de salut mental a les presons: http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Home/%C3%80mbits/Reinserci%C3%B3%20i%20serveis%20peni/Col%C2%B7laboraci%C3%B3%20institucion/Taula%20de%20Participaci%C3%B3%20Soc/Materials%20de%20formacio/exit_salut_mental.pdf
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.
- Haley, H.L.; Ferguson, W.; Brewer, A. i Hale, J. (2009). Correctional health curriculum enhancement through focus groups. *Teaching and Learning in Medicine*, 21(4), 310-317.
- Harding, T. i Zimmermann, E. (1989). Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability. A study in a remand prison. *British Journal of Psychiatry*, 155(7), 36-44.
- Haro, J.M.; Palacín, C.; Vilagut G.; Martínez, G.; Bernal, M; Luque, I. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126, 445-45.
- Harrison, J.; Barrow, S.; Gask, L. i Creed, F. (1999). Social determinants of GHQ score by postal survey. *Journal of Public Health Medicine*, 21, 283-288.
- Hatch, S.L. i Dohrenwend, B.P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: A review of the research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 313-332.
- Hayes, L.M. (2011). *Guiding Principles to Suicide Prevention in Correctional Facilities*. Consultat el 5 / 4 / 2013, a National Center on Institutions and Alternatives: <http://www.ncianet.org/services/suicide-prevention-in-custody/publications/guiding-principles-to-suicide-prevention-in-correctional-facilities/>
- Hedrich, D.; Kerr, T. i Dubois, F. (2010). *Drug consumption facilities in Europe and beyond*. Consultat el 2 / 6 / 2013, a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_ES_EMCD DA_AR2010_ES.pdf

- Henard, E. (Maig / 2005). La narcosala Baluard está al borde de la saturación. *La Vanguardia Digital*, p. <http://www.drogomedia.com/hemeroteca/archivos/200511136.pdf>.
- Hennessey, K.A.; Kim, A.A.; Griffin, V.; Collins, N.T.; Weinbaum, C.M. i Sabin, K. (2009). Prevalence of infection with hepatitis B and C viruses and co-infection with HIV in three jails: a case for viral hepatitis prevention in jails in the United States. *Journal of Urban Health*, 86(1), 93-105.
- Henry, J.A. (2005). Pharmacology of Drugs of Abuse. *Abstracts of the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists XXV International Congress. Clinical Toxicology* (p. 43:387-538). London: Taylor & Francis Inc.
- Hergan, K.; Kofler, K. i Oser, W. (2004). Drug smuggling by body packing: what radiologist should know about it. *European Radiology*, 14(4), 736-742.
- Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería: Un Análisis Histórico de los Cuidados Enfermeros*. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.
- Hernández-Fernández, T. i Arroyo, J.M. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado Ediciones.
- Hernández-Fernández, T. i Arroyo, J.M. (2010). Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(3), 86-90.
- Herraiz, F. (2006). Variables psicosociales y adhesión terapéutica al tratamiento antirretroviral en pacientes reclusos. Tesis doctoral. Facultat de medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5570/fhg1de1.pdf?sequence=1>.
- Herzog, E. (1959). *Some guidelines for evaluative research*. Washington DC: U.S Department of Health, Education, and Welfare .
- Heymann, D.L. (editor). (2008). Control of communicable diseases manual. 19th ed. Public Health Association. *Viral hepatitis C*, 293-95.
- Hivert, P. (1984). *Psychiatrie en milieu carcéral*. Encyclopedy Médico Chirurgical, III.
- Holmes, D.; Perron, A.; Michaud, G.; Montuclard, L. i Herve, C. (2005). Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire: Réflexion critique sur les (im)possibilités du soin infirmier au Canada et en France. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 25, 131-140.
- Holmes, T.H. i Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Houston, E.; McKirnan, D.J.; Cervone, D.; Johnson, M.S. i Sandfort, T.G. (2012). Assessing treatment motivation among patients receiving antiretroviral therapy: A multidimensional approach. *Psychology & Health*, 27(6), 674-687.
- Hudelson, P. M. (1994). Qualitative research for health programmes. . *Division of mental health, World Health Organization*.
- Iacomì, F.; Iannicelli, G.; Franceschini, A.; Migliorisi, P.; Rosati, S.; Piselli, P. ... i Palmieri, F. (2013). HCV infected prisoners: should they be still considered a difficult to treat population? *BMC Infectious Diseases*, DOI:10.1186/1471-2334-13-374.
- Ibarra, O. (2013). El legado de McHutchison y la adherencia en la hepatitis C. Cartas al director. *Farmacia Hospitalaria*, 37(5), 424-429.
- Informes Nacionales de la Red Reitox. (2004). Consultat el 16 / 8 / 2013, a http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203
- Iriarte, M. (2005). Nuevas competencias para vivir la complejidad. *Capital Humano*, 193, 34-41.
- ISCIH (Instituto de Salud Carlos III). (2010). *Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual, 1995–2008*. Consultat el 8 / 9 / 2013, a <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/its.pdf>
- Ivancevich, J.M. i Matesson, M.T. (1988). Type a behaviour and the healthy individual. *British Journal of Psychiatry*, 61, 37-56.
- Jansá, J.M. i de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Agencia de Salud Pública de Barcelona. *Gaceta sanitaria*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-91112004000400033&script=sci_arttext.
- Jin, F.; Prestage, G.P.; Kippax, S.C.; Pell, C.M.; Donovan, B.J.; Kaldor, J.M. i Grulich, A.E.; Australian-Thai HIV Vaccine Consortium. (2005). Syphilis epidemic among homosexually active men in Sydney. *The Medical Journal of Australia*, 183, 179-83.
- Joutsenniemi, K.; Martelin, T.; Martikainen, P.; Pirkola, S.; i Koskinen, S. (2006). Living Arrangements and Mental Health in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 468-475.
- Kaufman, R. A. (1973). *Planificación de Sistemas Educativos: ideas básicas concretas*. . Mexico: Editorial Trillas.
- Kaufmann, H. (1979). *Ejecución Penal y Terapia Social*. Buenos Aires: Depalma.

- Kent-Wilkinson, A. (2011). Forensic nursing educational development: an integrated review of the literatura. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 236-246.
- Kindelán, J.M. (2000). Prisiones y Enfermedades Infecciosas. Editorial. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(3), 64-65.
- Kish, L. (1987). *Statistical Design for Research*. New York: John Wiley & Sons.
- Knobel, H.; Serrano, C.; Hernández, P.; Pavesi, M.; Díez, A. (1997). Aceptación, cumplimiento y tolerancia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana . *Medicina Interna*, 14, 445-449.
- Korman, A. (2003). *Focus groups as qualitative research*. Londres: Sage.
- Kouyoumdjian, F.G.; Leto, D.; John, S.; Henein, H. i Bondy, S. (2012). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons. *International Journal of STD & AIDS*, 23(4), 248-54.
- Kubr, M. i Prokopenko, P. (1989). *Diagnosing Management Training and Development Needs: Concepts and techniques*. Geneva: Ilo.
- La transmisión de las competencias en la formación y en el perfeccionamiento de profesionales de la RFA. (1994). *Revista Europea de Formación*, 1, 8-14.
- Lain Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Landrove, G. (1969). *El Correccionalismo de Concepción Arenal*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia.
- Larrey, D.; Salse, A.; Ribard, D.; Boutet, O.; Hyrailles-Blanc, V.; Niang, B. ... i Hepatitis C Network of Languedoc Roussillon (France). (2011). Hepatitis C Network of Languedoc Roussillon (France). Education by a nurse increases response of patients with chronic hepatitis C to therapy with peginterferon- α 2a and ribavirin. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 9(9), 781-5.
- Latorre, A., del Ricón, D. i Arnal, J. (1996). *Bases Metodológicas de la Investigación Educativa*. Barcelona: Hurtado.
- Lavoie, J.; Conolly, D. i Roesh, R. (2006). Correctional officers perceptions of inmates with mental illness: The role of training and burnout syndrome. *International Journal of Forensic Mental Health*, 5(2), 151-166.
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: LesEditions d'organitzacion.
- Le Boterf, G. (2000). *Ingenieria de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.

- Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias. Barcelona*. Barcelona: Gestión 2000.
- Lee, H.; Park, W.; Yang, J.H. i You, K.S. (2010). Management of hepatitis B virus infection. *Gastroenterology Nursing*, 33(2), 120-6.
- Lepretre, A.; Toussirt, M. i Petit, P. (1997). La Boutique: A dropin centre and a first port of call for medical care. *8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. París.
- Lester, C. (2003). Health indicators in a prison population: asking prisoners. *Health Education Journal*, 62(4), 341-349.
- Lévy-Leboyer, C. (1997). *Gestión de las competencias*. Barcelona: Gestión.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.
- Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, BOE núm. 10.
- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.
- Lima, V.D. et al. (2009). The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 50(5), 529-536.
- Lincoln, Y.S. i Guba, E.G. (1985). *Recerca naturalista*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària a Catalunya.
- Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.
- Lohner, J. i Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 370-385.
- López, G.; Wood, M. i Ayesta, F.J. (2011). 10 años innovando en el tratamiento de la infección tuberculosa latente: comparación entre pautas estándar y pautas cortas en tratamiento directamente observado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(1), 3-14.

- López-Palacio, G. (2004). Complejidad de los deberes y derechos de los pacientes en la Sanidad Penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6, 84-85.
- Luis, M.T.; Fernández-Ferrín, C. i Navarro, M.V. (1998). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el s. XXI*. Barcelona: Masson.
- Madrazo, Z.; Silvio-Estaba, L.; Secanella, L.; García-Barrasa, A.; Aranda, H.; Golda, T. ... i Rafecas, A. (2007). Body packer: revisión y experiència en un hospital de referencia. *Revista de Cirugía Española*, 82(3), 139-145.
- Manhart, L.E. i Koutsky, L.A. (2002). Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(11), 725-35.
- Marco A.; Martín, V.; Teixidó, N. i Saiz de la Hoya, P. (2006). *Tratamiento de la hepatitis C en prisión*. Consultat el 7 / 9 / 2013, a Timely Topics in Medicine-Hepatologia: <http://www.ttmed.com/hepatologia/>
- Marco, A. (2000). Adherencia al tratamiento antirretroviral en los Centros Penitenciarios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(3), 110-116.
- Marco, A. (2006). Incidencia de la hepatitis crónica por VHC y necesidad de tratamiento en los internados de prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(3).
- Marco, A. i Laliga, A. (2002). Los síndromes de los bodypackers y de los body-stuffers. Actitudes éticas y clínico-terapéuticas ante los transportadores corporales de drogas ilegales. *Enfermedades Emergentes*, 4(2), 70-74.
- Marco, A.; Gallego, C.; García de Olalla, P.; Solé, N.; Arquéllles M.J.; Escribano, M.; Sánchez-Roig, M. i Caylà, J.A. (2013). Late Diagnosis of HIV Infection among Prisoners. *AIDS Reviews*, 15(3), 146-151.
- Marco, A.; Gallego, C.; Lonca, M.; Pérez-Amigó, P.; Monfort, A.; Gramunt, J. i Grupo para el estudio de la adherencia al TAR en prisión. (2002b). Estudio multicéntrico penitenciario sobre adherencia a corto plazo de una pauta antirretroviral con Nelfinavir y/o Saquinavir. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 4-9.
- Marco, A.; Humet, V.; Guerrero, R.; Saiz de la Hoya, P. i Gallego, C. (2000). La realidad sobre el VIH en las cárceles españolas. *Jano SIDA y Humanidades*, 2, 5-9.
- Marco, A.; Lonca, M.; i Laliga, A. (2002a). Estrategias para el manejo de la infección por el virus de la hepatitis C. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4(2), 58-69.

- Marco, A.; Saiz de la Hoya, P.; García-Guerrero, J. i Grupo PREVALHEP. (2012). Estudio Multicentrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(1), 19-27.
- Marshall, C. i Rossman, G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park: SAGE Publications Inc.
- Marteau, D. i Pallás, J.R. (2006). Manejo clínico del abuso de drogas. Situación actual en las prisiones de Inglaterra y Gales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 55-60.
- Martin, C.K.; Hostetter, J.E. i Hagan, J.J. (2010). New opportunities for the management and therapy of hepatitis C in correctional settings. *American Journal Public Health*, 100(1), 13-7.
- Martín, M. (1990). Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en Instituciones Penitenciarias. *Revista de Estudios Penitenciarios. Monográfico de Sanidad Penitenciaria, Extra 1-1990*, 51-67. Consultat el 12/5/2013 a http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3025896&pid=S1575-0620201000030000400013&lng=es.
- Martínez Cordero, A. i Hinojal, R. (1998). Las autoagresiones: una patología de origen reivindicativo en el medio penitenciario. *Revista Española de Psiquiatría Forense Criminológica*, 5, 45-50.
- Martinez-Miguel, M. (2004). *La Investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico práctico*. Mexico: Trillas.
- Martínez-Redondo, X.; Gallego, C.; Moruno, L.; Marco, A.; Mejías, V. i Ruiz, C. (2004). El papel de los bodypackers en la detección e incautación de droga en el CP de Quatre Camins. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6, 28.
- Martínez-Redondo, X.; Marco, A. i Gallego, C. (2006). Interno body packer. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/110/258>, 8, 28-29.
- Marzano, L.; Ciclitira, K. i Adler, J. (2012). The impact of prison staff responses on self-harming behaviors: Prisoners' perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 4-18.
- Mateo, J. et al. (1993). *La evaluación en el aula universitaria*. Material de cursos: ICE-Universidad de Zaragoza.

- Maykut, P. i Morehouse, R. (1994). *Beginning Qualitative Research: A Philosophic and Practical Guide*. London: The Falmer Press.
- McClintock, C. (2003). Commentary: The evaluator as scholar/ practitioner/change agent. *American Journal of Evaluation*, 24(1), 91-96.
- McGovern, B. (2008). A golden opportunity: the treatment of hepatitis C in HIV-infected inmates. *Journal of Addictive Diseases*, 27(2), 69-73.
- McKillip, J. (1987). *Needs analysis. Tools for the human services and education*. Newbury Park: Sage.
- McMillan, J. H. i Shumacher, S. (1984). *Research in education*. Canada: Little, Brown.
- Mead, G. (1993). *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, J.; Goicoechea, J.I.; Iturburu, I.; Calvo, M.A. i Múgica, J. (1979). Cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal: 34 casos en adultos. *Cirujía Española*, 143-149.
- Menoyo, C.; Zubia, I.; Urzelai, A. i Zulaika Aristi, D. (1994). El kit anti-SIDA y otras experiencias de prevención en el estado español. *JANO*(1072), 59-67.
- Merino, B. (2005). Las prisiones: una nueva oportunidad para la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7, 1-3.
- Mertens, L. (1997). *Formación por Competencias, Surgimiento y Modelos*. Disponible en el CINTERFOR.1997. Recollit de Cinterfor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. (1999). *El programa de intercambio de jeringuillas en la prisión de Basauri: 2 años de experiencia*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Vigilancia epidemiológica del VIH en España: nuevos diagnósticos de VIH en España, periodo 2003-2009. Sistemas de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH autonómicos. Actualización 30 de junio de 2010. [Internet]*. Recollit de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf
- Ministerio del Interior. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2009). *Estudio sobre mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en el medio penitenciario (2007-2009)*. Madrid: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.
- Miranda, M. (2009). *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social (2a edició)*. Zaragoza: Mira Editores.

- Mohino, S.; Ortega, L.; Planchat, L.M.; Dolado, J.; Martí, G. i Cuquerella, A. (2002). Diferencias clínicas y psicosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 4(3), 78-83.
- Monclús, M. (2008). *La gestión penal de la inmigración*. Buenos Aires: Editores del Puerto s.r.l. (Col. Tesi Doctotal).
- Monge, A. (1997). La pena de muerte en Europa. A García Valdés, C. (Dir.), *Historia de la prisión: teorías economicistas. Crítica*. Madrid: Edisofer.
- Monge, J.J. (2005). Espacio Europeo de Educación Superior e implicaciones para las titulaciones de Magisterio en España. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 8(2), 1-6.
- Monge, P. (2004). El espacio europeo de educación superior. *Actualidad Contable FACES*, 9, 42-51.
- Morin, A. (1985). Critères de scientificité de la rechercheaction. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 11,1; 31-49.
- Mravčík, V.; Strada, L.; Stolfa, J.; Bencko, V.; Groshkova, T.; Reimer, J. i Schulte, B. (2013). Factors associated with uptake, adherence, and efficacy of hepatitis C treatment in people who inject drugs: a literature review. *Patient Preference and Adherence*, 7, 1067-1075.
- Musselwhite, C.; Freshwater, D.; Jack, E. i Maclean, L. (2004). *Mental Health Awareness for Prison Staff*. Consultat el 24 / 9 / 2013, a Institut of Health and Community Studies, Bournworth University: ISBN: 1-85899-193-5
- Myer, L.; Stein, D.J.; Grimsrud, A.; Seedat, S. i Williams, D.R. (2008). Social determinants of psychological distress in a nationally representative sample of South African adults. *Social Science y Medicine*, 66, 1828-1940.
- NCCHC. (2013). *National Comission on Correctional Health Care*. Consultat el 25 / 1 / 2013, a Health Professsional Certification: <http://www.ncchc.org/CCHP-RN>
- Negredo, L.; Melis, F. i Herrero, O. (2010). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
- Nieto, A. (2011). La estigmatización en prisión. *Revista La ley Penal. Sección criminología. Editorial La Ley(80)*, www.laleydigital.es.
- Nieuwkerk, P.T. i Oort, F.J. (2005). Self-reported adherence to antiretroviral therapy for HIV-1 infection and virologic treatment response: a meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 38(4), 445-448.
- NIH (National Institutes of Health). (2002). Consensus Statement on Management of Hepatitis C. *Gastroenterology*, 123, 2082-2099.

- Nisbet, J. (1988). Policy-oriented research. A Keeves, J. P. (Ed.), *Educational Research, Methodology, and Measurement: An International* (p. 139-146). Oxford: Pergamon Press.
- Nogué, S. (2008). Cocaína. A Nogué, S., Antolín, A, Claramonte, X, Chavarín, A, Galicia, M, Balanzó, X, et al., *Urgencias por sobredosis de drogas de abuso. Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic* (p. 21-30). Barcelona: Àrea Científica Menarini. Consultat el 15/7/2013 a http://www.formacionsanitaria.com/cursos/urgencias_sobredosis/materia/urgencias_sobredosis_completo.pdf.
- Nogueira, P.A.; Cabral de Melo, R.M. i Neder, V.M. (2012). Tuberculosis and latent tuberculosis in prison inmates. *Rev Saude Publica*, 46(1), 119-27.
- Noreña, A.L.; Alcaraz, N.; Rojas, J.G. i Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- OEDT. (2002). *In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Consultat el 15 / 4 / 2013, a Drug use in prison: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37283_ES_sel2002_3es.pdf
- OEDT. (2004). *Consumption rooms*. Consultat el 6 / 4 / 2013, a <http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>
- OEDT. (2005). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*. Consultat el 16 / 4 / 2013, a http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37249_ES_TDAC05001ES1.pdf
- OEDT. (2006). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*. Consultat el 16 / 4 / 2013, a http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37244_ES_ar2006-es.pdf
- OEDT. (2008). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*. Consultat el 3 / 6 / 2013, a El problema de la drogodependencia en Europa: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_ES_EMCCD A_AR08_es.pdf
- OEDT. (2009). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*. Consultat el 29 / 5 / 2013, a

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_ES_EMCD A_AR2009_ES.pdf

- OEDT. (2011). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*. Consultat el 3 / 6 / 2013, a http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_ES_EMCD DA_AR2011_ES.pdf
- OEDT. (2012). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*. Consultat el 27 / 5 / 2013, a http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_ES_TDAC1 2001ESC_.pdf
- O'Grady, J.; Maeurer, M.; Atun, R.; Abubakar, I.; Mwaba, P.; Bates, M. ... i Zumla, A. (2011). Tuberculosis in prisons: anatomy of global neglect. *The European Respiratory Journal*, 38(4), 752-4.
- Oliver, P. (2000). La cárcel y el control del delito en Navarra entre el Antiguo Régimen y el Estado Liberal. Universidad País Vasco.
- OMS. (1946). *Definición del concepto de salud*. Consultat el 15 / 6 / 2013, a <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS. (1978). *Conferencia Internacional de Alma Ata (URSS)*. Consultat el 20 / 7 / 2013, a <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- OMS. (1996). *La Carta de Ljubljana sobre la Reforma de la Salud*. Consultat el 20 / 7 / 2013, a <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>.
- OMS. (2002). *El control de la tuberculosis en prisiones. Manual para directores de programas*. Barcelona. Publicaciones Permanyer. Consultat el 15 / 9 / 2013, a http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281_spa.pdf
- OMS. (2003). *Fomento de la Salud Mental*. Consultat el 2 / 5 / 2013, a Conjunto de Guías sobre Servicios. Organización Mundial de la Salud, 2009: <http://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/>
- OMS. (2006). *Centers for Disease Control and Prevention*. Consultat el 7 / 5 / 2013, a http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf?ua=1

- OMS. (2007a). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Consultat el 29 / 5 / 2013, a Oficina Regional para Europa de la OMS. Copenhague: <http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>
- OMS. (2007b). *ATLAS: Nurses in Mental Health 2007*. Consultat el 22 / 9 / 2013, a Switzerland: http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf
- OMS. (2011). *Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva 110*. Consultat el 7 / 5 / 2013, a <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- OMS. (Agosto / 2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Consultat el 7 / Juny / 2013, a http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- OMS. (2013). *Salud mental*. Consultat el 15 / 8 / 2013, a http://www.who.int/mental_health/es/
- OMS. (2013). *Tuberculosis. Nota descriptiva 104*. Consultat el 15 / 12 / 2013, a <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- OMS. (2013). *VIH/SIDA*. Consultat el 17 / Juliol / 2013, a <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>
- Öngen, G.; Börekçi, Ş.; İçmeli, Ö.S.; Birgen, N.; Karagül, G.; Akgün, S. ... i Umut, S. (2013). Pulmonary tuberculosis incidence in Turkish prisons: importance of screening and case finding strategies. *Tüberküloz ve Toraks*, 61(1), 21-7.
- Organización Médica Colegial de España. (2011). *Código de Deontología Médica. Guía de ética médica*. Recollit de http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf
- Osés, I.; Burillo-Putze, G.; Munné, P.; Nogué, S. i Pinillos, M.A. (2003). Intoxicaciones medicamentosas (I). Psicofármacos y antiarrítmicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(supl.1), 50-63.
- Pacheco, J. (1999). Infección por chlamydia trachomatis. *Ginecología y Obstetricia*, 45(3), 159-66.
- PAHO. (2011). *Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica*. Consultat el 2 / 9 / 2013, a http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23855&Itemid=
- Parrino, M. (1993). *State methadone treatment guidelines*. Consultat el 12 / 8 / 2013, a U.S. Department of Health and Human Services. Rockville Substance Abuse and Mental Health Services Administration:

<http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015042982689;view=1up;seq=2>

- Patrono, C.; Bachmanna, F.; Baigenta, C.; Bodea, C.; De Caterina, R.; Charbonniera, B. ... i Wallentin, L. (2004). Documento de Consenso de Expertos sobre el uso de agentes antiplaquetarios. *Revista Española de Cardiología*, 57, 963-80.
- Pattison, E.M. i Kahan J. (1983). The Deliberate Self-Harm Syndrome. *American Journal of Psychiatry*.
- Paulus, P.B. i Dzindolet, M. (1993). Reactions of male and female inmates to prison confinement. Further evidence for a two-component model. *Criminal Justice and Behaviour*, 20(2), 149-166.
- Peña, P. (1997). Antecedentes de la prisión como pena privativa de libertad en Europa hasta el siglo XVIII. A García Valdés, C. (Dir.), *Historia de la prisión: teorías economicista. Crítica*. Madrid: Edisofer.
- Pérez de los Cobos, J. i Trujols, J. (2004). Tratamiento de mantenimiento con heroína para la dependencia de esta misma sustancia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6, 95-96.
- Pérez, E. i Redondo, S. (1991). Efectos psicológicos de la estancia en prisión. *Papeles del psicólogo*, 48, 54-57.
- Pérez-Bueno, L. (2008). *Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España. Colección CERMI*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Pérez-Campanero, M. (1991). *Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea S.A. Ediciones.
- Pérez-Cárceles M.D.; Iñigo, C.; Luna, A. i Osuna, E. (2001). Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Science International*, 279-283.
- Perry, J.; Bennett, C. i Lapworth, T. (2010). Nursing in prisons: Developing the specialty of offender health care. *Nursing Standard*, 24(39), 35-40.
- Pinatel, J. (1969). *La sociedad criminógena*. Madrid: Aguilar.
- Plan Nacional sobre Drogas. (1998). *Memoria anual*. Consultat el 14 / 8 / 2013, a Ministerio del Interior: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo98.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2009). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Consultat el 8 / 8 / 2013, a http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/Consumo_problema_2009.pdf

- Plan Nacional sobre Drogas. (2010). *Memoria Anual*. Consultat el 30 / 5 / 2013, a Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2010.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2012). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Consultat el 8 / 8 / 2013, a http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Informe_Nacional_REITOX2012.pdf
- Poletti, R. (1980). *Cuidados de enfermería. Tendencia y conceptos actuales*. Barcelona: ROL.
- Polit, D.F. i Hungler, B.P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Polsky, H. (1962). *Cottage six: The social system of delinquent boys in residential treatment*. Nova York: Russell Sage Foundation.
- Powel, J.; Harris, F.; Condon, L. i Kemple, T. (2010). Nursing care of prisoners: staff views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 1257-1265.
- Prahalad, C.K. y Harnel, G. (1990). The Core Competence of the Corporation . *Harvard Business Review*, 1(68), 3.
- Programa Sanitari. Direcció General de Serveis Penitenciaris. Generalitat de Catalunya. (1992). Programa d'actuació per a la prevenció de suïcidis. Document intern. Barcelona.
- Punk, G.P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento de profesionales en la RFA. *Cedefop*, 1.
- Quintero, S. (2000). Actuación de Enfermería para mejorar el control de la tuberculosis en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(3), 121-129.
- Ramos, V. (2008). *El tratamiento intrapenitenciario y extrapenitenciario: elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclusos drogodependientes. Tesis doctoral. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad de Burgos*. Consultat el 17 / 4 / 2013, a http://dspace.ubu.es:8080/tesis/bitstream/10259/170/1/Ramos_Barbero.pdf
- Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional enfermera.
- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
- Real Decreto 2128/77, de 23 de julio, (B.O.E. de 23 de agosto). Transforma las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería.
- Real Decreto 3482/1983, de 29 de diciembre, sobre traspasos de servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de Administración Penitenciaria.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.
- Redondo, G. (1984). *De las revoluciones al liberalismo: La época romántico-liberal*. Pamplona: Eunsa.
- Redondo, S.; Funes, J. i Luque, E. (1993). *Justícia penal i reincidència*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Col·lecció Justícia i Societat, 9.
- Reviriego, F. (2009). Centros penitenciarios y personas con discapacidad. *La Ley Penal. Sección Estudios*(56), www.laleydigital.es.
- Ricart, J.J.; Rondeau, C.; Galafassi, H.; Caillava, J. i Francos, J.L. (2013). Hepatitis B y C en personas privadas de su libertad. *Actualizaciones EN SIDA E INFECTOLOGÍA*, 21(79), 22-30 Consultat: 9/9/2013. Disponible a: [<http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/09/AS79-Ricart.pdf>].
- Ricouer, P. (1986). *Du texte à l'action, essais d'herméneutique II*. París: Seuil.
- RNVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica). Instituto Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). *Resultados de la vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2011*. Consultat el 6 / 9 / 2013, a <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/11/2013-be6b0679b9>
- Rodrigo, L. (2010). *Los diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Elsevier.
- Rodrigues, A. i Esteve, M. (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.

- Rodríguez Rojo, M. (2000). Credibilidad de la investigación cualitativa o reflexiones sobre qué y cómo observar en un estudio de casos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 39, 119-130.
- Romero, R.; Gallego, R.; Vaquero, M.; Aguilera, M.D.; Molina, G.; Aguilera, R.M. i Vinuesa, E. (1999). Aceptación y cumplimiento de la profilaxis infecciosa en la población reclusa: efectividad de la consulta de enfermería. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 17-24.
- Rosen, P.M. i Heard, K.V. (1995). A method for reporting self-harm according to level of injury and location on the body. *Suicide Life Threat Behav*(3), 381-385.
- Rossett, A. (1987). *Avaluació de Necessitats de Formació*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications, Inc.
- Royal College of Nursing. (2009). *Health and nursing care in the criminal justice service*. Consultat el 15 / 2 / 2013, a http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/248725/003307.pdf
- Royal College of Nursing. (2013). *Royal College of Nursing*. Consultat el 15 / 2 / 2013, a http://www.rcn.org.uk/aboutus/our_history
- Ruiz, J. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: Un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*(11), 99-114.
- Rychen D.S. i Salganik L.H. (2001). *Definir y seleccionar las competencias fundamentales para la vida*. (1ª ed. en español, 2004, Ed.) Consultat el 8 / 6 / 2013, a <http://www.deseco.admin.ch/bfs/deseco/en/index/03/02.parsys.78532.downloadList.94248.DownloadFile.tmp/2005.dscexecutivesummary.sp.pdf>
- Safren S.A.; O'Cleirigh, C.; Tan, J.Y.; Raminani, S.R.; Reilly, L.C.; Otto, M.W. i Mayer, K.H. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1-10.
- Saiz de la Hoya, P. i Marco, A. (1999). Variables que afectan a la adherencia en población general y en el colectivo penitenciario. A *García-Mota, D.; Marco, A.; Rivera, C.; Saíz de la Hoya, P. i Romero, M. Manual de Formación. Adherencia al tratamiento con fármacos antirretrovirales dentro y fuera de prisión*, 35-50. Doyma: Barcelona.
- Sáiz de la Hoya, P.; Bedia, M.; Murcia, J.; Cebriá, J.; Sánchez-Payá, J. i Portilla, J. (2005). Factores predictivos de infección por el VIH, VHC y coinfección en

- la población reclusa de una prisión española. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 23(2), 53-57.
- Saiz de la Hoya, P.; Marco, A. i García-Guerrero, J. (2009). ¿Que opinan los médicos penitenciarios sobre el control de la infección por el VIH en las prisiones españolas? Resultados del estudio del Grupo de Trabajo en Enfermedades Infecciosas de La SESP. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(2), 42-48.
- Saiz de la Hoya, P.; Marco, A.; Clemente, G.; Portilla, J.; Boix, V.; Nuñez, O. ... i Teixedó, N. (2005). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C crónica en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(3), 119-133.
- Salillas, R. (2008). Evolución Penitenciaria en España. A Gudín, F, *Introduccion Historia de las Prisiones* (p. 13). Madrid: UNED.
- Sancha, V. (1992). Hacinamiento y prisión. *Cuadernos de política criminal*, 48, 921-930.
- Sandoval, B. (1954). *Tratado del cuidado que se debe tener de los presos*. Toledo: Miguel Ferrer.
- Santoro, P. i Conde, F. (2013). Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 1(1), 41-58.
- Sanz, E. (1962). Los orígenes del Sistema Penitenciario Español: Abadía y Montesinos. *Estudios Penitenciarios*, 254 y ss.
- Sanz, R. (1990). *Evaluación de Programas en Orientación Educativa*. Madrid: Pirámide.
- Scaggiante, L. (2001). *L'Infermiere in Ambito Penitenziario: Frontiera di una Professione da Riqualificare. Studio su aspetti assistenziali, condizioni lavorative e prospettive di sviluppo*. Consultat el 20 / 9 / 2013, a [doc] digilander.libero.it/luckyfun/documenti/penitenziario.doc
- Scharg, C. (1954). Leadership among prison inmates. *American Sociological Review*, 37-42.
- Schein, E. (1977). *Socialización organizacional, a: Kolb, D. et al.: Psicología de las organizaciones: Problemas contemporáneos*. Madrid: Prentice/Hall International.
- Schoenly, L. (2013). Ethical principles for correctional nursing. A Schoenly, L. i Knox, C.M, *Essentials of Correctional Nursing* (p. 19-37). New York: Springer Publishing Company.

- Schoenly, L. i Knox, C.M. (2013). *Essential of Correctional Nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. A *Perspectives of Curriculum Evaluation* (p. 39-83). Chicago: (Aera Monograph 1), Rand McNally.
- Sebastiani, EM. (2007). Les competències professionals del professor d'Educació Física de Secundària a Catalunya. Una proposta de categories per a la seva anàlisi. *Tesis Doctoral. Uiversitat ramon Llull*.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *Estadística General de la Población Penitenciaria*. Consultat el 19 / 8 / 2013, a Disponible en: <http://intranet/ Documentos/Gabinete/ Estadística/M-2011-05.pdf>
- SEEU (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias). (2002). *Competencias de Enfermería en Urgencias y Emergencias*. Consultat el 20 / 9 / 2013, a <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/competencias.pdf>
- SESP (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria)Ruiz, F i López-Palacios, G (Coords). (2009). *Documento de Consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas*. Farmalia Comunicación, S.L.
- Shuman, E. A. (1967). *Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*. New Yor: Russell Sage Foundationk.
- Siles, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: Perspectiva histórica y epistemológica*. Alicante: CECOVA.
- Siles, J. (1999). Historia de la enfermería comunitaria en España. *Index*, 24-25, 25-31.
- Singh, N.; Squier, C.; Sivek, C.; Wagener, M,; Hong-Nguyen, M.; i Yu, V.L. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*, 8, 261-269.
- Smith Ruiz, J.M.J. i Lierh, P.R. (2008). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing.
- Smith, S. (2005). Stepping through the looking glass: Professional autonomy in correctional nursing. *Corrections today*, 67, 54-56.
- Sobrinó, P.; García-San Miguel, L.; Caro, A.M.; Miro, J.M.; Viciano, P.; Tural, C.; Saumoi, M....CoRIS. (2009). Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res*, 7(2), 224-30.

- Solé, J.M. (2004). La Model, per un historiador. A González, J. (Coord), *La Model: cent anys i 1 dia d'històries*. Barcelona: Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona. Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil.
- Solé, N.; Marco, A.; Escribano, M.; Orcau, A.; Quintero, S.; del Baño, L. i Caylà, J.A. (2012). Prevalencia de infecció tuberculosa latent en població immigrant que ingressa en presió. *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*, 14, 12-18.
- Spector. (2003). *Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la Enfermería en España*. Recuperado el 12 de Abril de 2013, de [<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a20v15n1.pdf>]
- Stephenson, J. &. (1998). *Capability & quality in higher education*. London: Kogan Page.
- Sterling, R.K.; Hofmann, C.M.; Luketi, V.A.; Sanyal, A.J.; Contos, M.J.; Mills, A.S. i Shiffman, M.L . (2004). Treatment of chronic hepatitis C virus in the Virginia Department of Corrections: can compliance overcome racial differences to responso? *The American Journal of Gastroenterology*, 99, 866-872.
- Stimson, G. i Bridge, J . (2008). *Las Drogas.Info*. Consultat el 1 / Juny / 2013, a La reducció de daños: Hacia un enfoque global: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/251>
- Strauss, A. M. i Corbin, J.M. (1990). *Fonaments de la investigació qualitativa: tècniques i procediments de la teoria fonamentada*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Stufflebeam, D.L. (1983). The CIPP Model for Program Evaluation. A Madaus, G.F; Scriven, M. i Stufflebeam, D.L.(Eds.), *Evaluation Models. Evaluation in Education and Human Services* (Vol. 6, p. 117-141). Boston: Springer.
- Suchman, E.A. (1967). *Evaluative Research: Principles and Practice Public Service and Social Action Programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- Suñe, A. i Imbernon, F. (2002). Analisis de necesidades de formación. Analizar y detectar necesidades para una coherente planificación. A Pineda, P (coord.), *Gestión de la formación en las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- Sykes, G. (1958). *The society of captives*. Nova York: Princeton University Press.
- Sykes, G. i Messenger, S. (1960). *The inmate social system, a: Cloward, R. et al.: Theoretical studies in social organization of the prison*. Nova York: Social Science Research Council.

- Tamarit, J.; García-Albero, R.; Rodríguez-Puerta, M.J. i Sapena, F. (2005). *Curso de Derecho Penitenciario*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Taylor, S. J. i Bogdan, R. (1998). *Introducció als mètodes qualitius d'investigació: una guia i recursos*. (3a edició). Nova York: John Wiley and Sons, Inc.
- Tedesco, G.M. (2012). Una aproximación a los usos sociales del cuerpo en espacios correccionales. *Boletín Científico Sapiens Research*, 2(2), 85-89.
- Tejada, J. (1997). Instrumentos de medida. A Gairín, J. i Fernández, A, *Planificación y gestión de Instituciones de Formación*. Barcelona: Praxis.
- Tejada, J. (1999). Acerca de las competencias profesionales (1). *Revisa Herramientas*, 56, 20-30.
- Tejada, J. (2007). Estrategias formativas en contextos no formales orientadas al desarrollo socio-profesional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 43(6), ISSN: 1681-5653.
- Tellez, A. (1998). *Los Sistemas Penitenciarios y sus Prisiones: Derecho y realidad*. Madrid: Edisofer.
- Tercero, F. (1997). Sistemas Penitenciarios Norteamericanos. A García Valdés, C. (Dir.), *Historia de la prisión: teorías economicistas. Crítica*. Madrid: Edisofer.
- Tobón, S. (2004). *Formación basada en competencias: Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica*. Bogota: Ecoe.
- Tresó, B.; Barcsay, E.; Tarján, A.; Horváth, G.; Dencs, A.; Hettmann, A. ... i Takács, M. (2012). Prevalence and correlates of HCV, HVB, and HIV infection among prison inmates and staff, Hungary. *Journal of Urban Health*, 89(1), 108-116.
- Trujols, J. i Marco, A. (1999). Los programas de reducción de daños en el medio penitenciario (I): Encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 32-46.
- Tyler, E.; Turner, A.; Murphy-Weiss M.; Murray, D.M.; i Wang, S. (2012). *Can Social History Variables Predict Prison Inmates' Risk for Latent Tuberculosis Infection?* Recollit de Tuberculosis Research and Treatment: <http://www.hindawi.com/journals/trt/2012/132406/>
- Uchtenhagen, A. (1997). *Versuche fur eine arztliche Verschreibung von Betaubungsmitteln Synthesebericht*. Zurich: Institut fur Suchtforschung.
- Unidade Municipal de Atención a Drogodependentes. (2006). *Concello de Santiago*. Consultat el 30 / 5 / 2013, a

http://www.santiagodecompostela.org/umad/asistencia/programa.php?tx t=programa_2&atxt=ambulatorio&lg=cas

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). (2012-2013). *Màsters i postgraus en infermeria i Fisioteràpia*. Consultat el 15 / 4 / 2013, a http://www.ub.edu/dyn/cms/continguts_ca/estudis/oferta_formativa/masters_propis/index.html?q=Infermeria

Universitat de Barcelona (UB). (2012-2013). *Màsters i postgraus propis*. Consultat el 15 / 5 / 2013, a http://www.ub.edu/dyn/cms/continguts_ca/estudis/oferta_formativa/masters_propis/index.html?q=Infermeria

Universitat de Barcelona (UB). (2012-2013). *Pla d'estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 3 / 3 / 2013, a WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau1.htm.

Universitat de Barcelona (UB). (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 3 / 3 / 2013, a WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau2.htm.

Universitat de Barcelona (UB). (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 3 / 3 / 2013, a WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau4.html.

Universitat de Barcelona (UB). (2012-2013). *Pla d'Estudis del Grau d'Infermeria*. Consultat el 3 / 3 / 2013, a WWW.ub.edu/infermeria/infermeria/plansdocentsgrau3.htm.

Universitat Internacional de Catalunya (UIC). (2012-2013). *Màsters i postgraus*. Consultat el 23 / 5 / 2013, a www.uic.es/ca/infermeria-masters-postragus

Universitat Pompeu Fabra. (2012-2013). *Màsters universitaris de l'àmbit de les ciències de la salut i de la vida*. Recuperado el 23 de 5 de 2013, de <http://www.upf.edu/postgrau/masters/ciencies-salut.html>

Universitat Ramon Llull. (2012-2013). *Màsters i postgraus URL*. Consultat el 4 / 5 / 2013, a <http://www.blanquerna.url.edu/web/interior.aspx?alias=bsalut.masters-postgraus>

Universitat Rovira i Virgili. (2012-2013). *Oferta formativa: Màsters, postgraus i extensió universitària*. Consultat el 15 / 5 / 2013, a http://www.fundacio.urv.cat/centre_de_formacio/ofertaformativa/oferta_llistat.html

Urban, J. B. i Trochim, W. (2009). The Role of Evaluation in Research-Practice Integration. Working Toward the Golden Spike. *30*(4), 538-553.

- Urquhart, J. i Blaschke, TF. (1997). Patient compliance with anti-HIV treatments. *Practical issues in HIV and AIDS Patient management*, 7, 1-8.
- Vademecum internacional. (2010). Consultat el 7 / 8 / 2013, a <http://www.vademecum.es/principios-activos-buprenorfina%2C+dependencia+a+opioides-n02ae01>
- Vademecum Internacional. (2010). Consultat el 8 / 8 / 2013, a <http://www.vademecum.es/principios-activos-buprenorfina+%2B+naloxona-n07bc51+p1>
- Vademecum Internacional. (2010). Consultat el 5 / 6 / 2013, a <http://www.vademecum.es/>
- Vall, O.; García-Pérez, J.; Puig, C.; García, O. (2001). La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatría Integral*, 6(1), 42-50.
- Vallés, S.L. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Van de Laar, M.J. i Likatavicius, G. (2009). HIV and AIDS in the European Union, 2008. *Euro Surveill*, 14, 47:pii:19422.
- Van Dijk, T. A. (2001). Algunos principios de una teoría del contexto. *Revista latinoamericana de estudios del discurso* 1, 69-81.
- Van Vucht Tijssen, L. i De Weert, E. (2005). Form Erudition to Academic Competence. *Revista española de pedagogía*, 230, 123-146.
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 95-99.
- Vicens, E.; Tort, V.; Dueñas, R.M.; Muro, A.; Pérez- Arnau, F.; Arroyo, J.M. ... Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior Mental Health*, 21(5), 321-332.
- Vinkeles, N.; van Elsland, S.L.; Lange, J.M.; Borgdorff, M.W. i van den Hombergh, J. (2013). State of Affairs of Tuberculosis in Prison Facilities: A Systematic Review of Screening Practices and Recommendations for Best TB Control. *PLoS One*, 8(1), e53644.
- Von Henting, H. (1968). *La pena, formas modernas de aparición* (Vol. II). Madrid: Espasa-Calpe.
- Von Wichmann, M.A.; Locutura, J.; Blanco, J.R.; Riera, M.; Suárez, I.; Saura, R.M. i Vallejo, P . (2010). Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28(Supl), 6-88.
- Wald, J. C. (Dirección). (1950). *Caged* [Película].

- Weant, T.E.; Turner, A.N.; Murphy-Weiss, M.; Murray, D.M. i Wang, S.H. (2012). Can Social History Variables Predict Prison Inmates' Risk for Latent Tuberculosis Infection? *Tuberculosis Research and Treatment*, 2012, 132406.
- Weber, M. (1971). *Economie et société*. París : Plon.
- Weiskopf, C.S. (2005). Nurses' experience of caring for inmates patients. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 336-343.
- Weiss, C.H. (1972). *Evaluating social action programs*. Boston: Allyn and Bacon.
- Wesley, R. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Whitmore, J. (2003). *Coaching: El método para mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Paidós Empresa.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Consultat el 4 / 4 / 2013, a <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Consultat el 4 / 4 / 2013, a http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- WHO. (2005). *Mental Health Atlas*. Consultat el 5 / Juny / 2013, a http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/
- WHO. (2010). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Consultat el 15 / 8 / 2013, a http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf
- WHO. (2011). *Mental Health Atlas*. Consultat el 6 / Juny / 2013, a http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf
- WHO. (2012). *Prevention & Control of Viral Hepatitis: Framework for Global Action*. Consultat el 11 / 9 / 2013, a http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/GHP_framework.pdf
- WHO. Regional Office of Europe . (2007). *Health in prisons*. Consultat el 23 / 9 / 2013, a WHO guide to the essentials in prison Health : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
- Witkin, B. (1994). *Evaluar la lengua en el aula: análisis de necesidades del profesorado*. A Pascual, J. 2000. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Wood, E.; Hogg, R.S.; Yip, B.; Harrigan, P.R.; O'Shaughnessy, M.V. i Montaner, J.S. (2004). The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-

- infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(3), 261-268.
- Woods, P. (1989). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós/MEC.
- Wright, C.R. (1967). Evaluation research. A *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: MacMillan.
- Yagüe, C. (2007). Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, <http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano5-2007/a52007art4.pdf>.
- Zabalza, M. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional*. Madrid: Narcea.
- Zafirian, P. (1999). *Objectif compétence*. Paris: Liaisons.
- Zamble, E. (1992). Behavior and adaptation in long-term inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 19(4), 409-425.

ANNEXES

8. ANNEXES

8.1 Carta de Presentació de la Investigació (Català/Castellà)

Benvolgut/a,

El present escrit és per a presentar-li un qüestionari anònim que forma part de la meua tesi desenvolupada a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, sobre la formació dels infermers/res de centres penitenciaris de Catalunya.

L'objectiu és obtenir dades bàsiques i opinions sobre l'infermer/a penitenciari/a que poden ser de gran interès per aprofundir en aquesta temàtica, i saber la seva opinió sobre les necessitats formatives que un/a infermer/a de presons requereix per treballar en aquest medi un cop finalitzats els estudis de grau.

Si vol col·laborar, pot retornar el qüestionari complimentat mitjançant el cap d'infermeria del seu centre de treball o al correu electrònic: aacoll2@terra.es

Agraeixo per endavant la seva participació.

Molt cordialment,

Antonia Coll Cámara

Barcelona, febrer 2013

Apreciado/a compañero/a,

El presente escrito es para presentarle un cuestionario anónimo que forma parte de la tesis doctoral que estoy realizando en la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, sobre la formación académica de los enfermeros/as de centros penitenciarios de Cataluña.

El objetivo es obtener datos básicos y de opinión que puedan ser relevantes para profundizar en el marco de esta temática, y saber su opinión sobre las necesidades formativas que un/a enfermero/a de prisiones requiere para trabajar en este medio una vez finalizados los estudios de grado.

Si quiere colaborar, puede devolver el cuestionario cumplimentado a través del cap de enfermeria de su centro de trabajo o al correo electrónico: aacoll2@terra.es .

Agradezco de antemano su colaboración.

Antonia Coll Cámara

Barcelona, febrero 2013

8.2 Qüestionari Autoadministrat (Català/Castellà)

Qüestionari dirigit a infermers/res de centres penitenciaris

Assenyali les respostes dels quadres amb una X

A. Dades sociodemogràfiques

1. Gènere: 1 Home 2 Dona

2. Edat que té:

1. Entre 20 i 30 anys 2. Entre 31 i 40 anys 3. Entre 41 i 50 anys
 4. Entre 51 i 60 anys 5. Més de 60 anys

3. Anys de professió com infermer/a:

1. Entre 0 i 5 anys 2. Entre 6 i 10 anys 3. Entre 11 i 15 anys
 4. Entre 16 i 20 anys 5. Entre 21 i 25 anys 6. Més de 25 anys

4. Àrees de desenvolupament professional al llarg de la seva vida laboral durant un mínim de sis mesos (assenyali amb X una o més respostes).

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Atenció primària | <input type="checkbox"/> 2. Psiquiatria | <input type="checkbox"/> 3. Geriatria |
| <input type="checkbox"/> 4. Drogodependències | <input type="checkbox"/> 5. Infermeria del treball | <input type="checkbox"/> 6. Salut pública |
| <input type="checkbox"/> 7. Urgències extrahospitalàries | | |
| <input type="checkbox"/> 8. Atenció hospitalària: (serveis) | <input type="checkbox"/> Infecciosos | <input type="checkbox"/> Medicina interna |
| <input type="checkbox"/> Traumatologia | <input type="checkbox"/> Cures intensives | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Urgències | <input type="checkbox"/> Pal·liatiu |
| <input type="checkbox"/> Altres serveis: | | |
| <input type="checkbox"/> 9. Infermeria penitenciària | | |
| <input type="checkbox"/> 10. Altres: | | |

5. Situació contractual a presons: 1 Fix 2 Interí 3 Suplent

6. Quin és actualment el seu centre penitenciar de treball?

1. CP Homes 2. CP Brians 1 3. CP Brians 2 4. CP Quatre Camins
 5. CP Ponent 6. CP Lledoners 7. CP Joves 8. CP Dones
 9. CP Tarragona 10. CP Girona 11. CP Figueres
 12. CE Justícia Juvenil

7. Anys de treball en centres penitenciaris

	Nombre d'anys
En el centre penitenciaris en el qual treballa actualment	
En altres centres penitenciaris de Catalunya	
En centres penitenciaris de la resta d'Espanya	

B. Àmbit formatiu

8. Ha cursat formació de segon cicle d'infermeria? Sí No

Post-grau

Quin/s: (especifiqui's)

Màster

Quin/s: (especifiqui's)

Si la resposta és afirmativa, la formació l'ha cursat:

1. Abans de treballar a presons 2. Treballant a presons

3. Les respostes 1 i 2

9. Quins motius/interessos han originat la seva formació de segon cicle? (assenyali amb X una o més respostes)

1. Promoció professional	<input type="checkbox"/>
2. Incrementar el nivell de coneixement	<input type="checkbox"/>
3. Millorar la pràctica professional	<input type="checkbox"/>
4. Obtenir punts pel barem a oposició pública	<input type="checkbox"/>

10. Ha cursat estudis de llicenciatura o està cursant estudis de grau (qualsevol disciplina)?

Sí No

Si la resposta és afirmativa, quins estudis ha cursat o està cursant:

11. Assisteix amb regularitat a cursos de formació continuada?

<input type="checkbox"/> Molt poc	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt
-----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

C. Necessitats formatives de l'infermer/a

12. Quina és la seva opinió sobre els estudis de diplomat en infermeria en relació a la competència professional assolida?

<input type="checkbox"/> Molt insuficients	<input type="checkbox"/> Insuficients	<input type="checkbox"/> Bastant adients	<input type="checkbox"/> Molt adients
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13. Pensa què és necessària una formació de segon cicle per treballar en àrees determinades com: (assenyali amb X una o més respostes)

1. Urgències	<input type="checkbox"/>
2. Salut mental	<input type="checkbox"/>
3. Salut laboral	<input type="checkbox"/>
4. Medico-quirúrgica	<input type="checkbox"/>
5. Drogodependències	<input type="checkbox"/>
6. Atenció primària	<input type="checkbox"/>
7. Geriatria	<input type="checkbox"/>
8. Docència	<input type="checkbox"/>
9. Altres (especifiqui-la/les):	<input type="checkbox"/>

14. Creu que és útil la formació de segon cicle per infermeria per millorar la qualitat de les cures infermeres?

<input type="checkbox"/> Molt poc	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt
-----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

15. Creu que caldria algun tipus de formació específica per treballar en el medi penitenciari?

Sí No

Si la resposta és afirmativa, quin tipus de formació creu que seria la necessària?

1 Post-grau 2 Màster

3 Altres (especifiqui-la/les):

16. En quina/es àrea/es considera que ha de ser expert l'infermer/a de presons?

(assenyali amb X una o més respostes)

1. Atenció primària	<input type="checkbox"/>
2. Salut mental	<input type="checkbox"/>
3. Drogodependències	<input type="checkbox"/>
4. Urgències	<input type="checkbox"/>
5. Malalties infeccioses	<input type="checkbox"/>
6. Geriatria	<input type="checkbox"/>
7. Salut laboral	<input type="checkbox"/>
8. Coneixement del medi penitenciari (marc legal, regimental,...)	<input type="checkbox"/>
9. Habilitats comunicatives i socials	<input type="checkbox"/>
10. Altres (especifiqui-la/es):	<input type="checkbox"/>

17. Ha tingut necessitat de formar-se en habilitats de relació d'ajuda, coaching, counseling?

Sí No

Si la resposta és afirmativa:

1. Abans de treballar a presons 2. Treballant a presons

3. Les respostes 1 i 2

18. Pensa què per treballar com infermer/a de presons es necessita tenir un perfil específic?

Sí No

Per què?

D. L'atenció d'infermeria en el medi penitenciari

19. Quines creu que són les cures d'infermeria mes ateses en el medi penitenciari?
(assenyali una o més)

- 1. Relacionades amb programes de prevenció
(VIH/Sida, HB, HC, Tuberculosi, MTS, Vacunes,...)
- 2. Relacionades amb toxicomanies
- 3. Relacionades amb la salut mental
- 4. Relacionades amb patologia crònica

- 5. Relacionades amb urgències
- 6. Relacionades en situacions regimentals límit
(vagues de fam, negativa a tractaments, Body-paker,...)
- 7. Relacionades amb el pacient hospitalitzat
- 8. Relacionades amb temptatives d'autòlisi
(autolesions, enforcaments, ingesta de cossos estranys,...)
- 9. Altres (especifiqui-la/es):

20. Pensa què és important donar unes cures d'infermeria tenint presents les diferències culturals, grup ètnic, creences i valors del pacient?

<input type="checkbox"/> Molt poc	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt
-----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

21. Creu que l'usuari dels centres penitenciaris atès per l'infermer/a valora la tasca desenvolupada per aquest professional?

<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt
------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Cuestionario dirigido a enfermeros/as de centros penitenciarios

Señale las respuestas con una X

A. Datos sociodemográficos

1. **Género:** 1 Hombre 2 Mujer

2. **Edad que tiene:**

1. Entre 20 y 30 años 2. Entre 31 y 40 años 3. Entre 41 y 50 años
 4. Entre 51 y 60 años 5. Más de 60 años

3. **Años de profesión como enfermero/a:**

1. Entre 0 y 5 años 2. Entre 6 y 10 años 3. Entre 11 y 15 años
 4. Entre 16 y 20 años 5. Entre 21 y 25 años 6. Más de 25 años

4. **Áreas de desarrollo profesional a lo largo de su vida laboral durante un mínimo de seis meses** (señale con una X una o más respuestas).

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Atención primaria | <input type="checkbox"/> 2. Psiquiatría | <input type="checkbox"/> 3. Geriatría |
| <input type="checkbox"/> 4. Drogodependencias | <input type="checkbox"/> 5. Enfermería del trabajo | <input type="checkbox"/> 6. Salud pública |
| <input type="checkbox"/> 7. Urgencias extrahospitalarias | | |
| <input type="checkbox"/> 8. Atención hospitalaria: (servicios) | <input type="checkbox"/> Infecciosos | <input type="checkbox"/> Medicina interna |
| <input type="checkbox"/> Traumatología | <input type="checkbox"/> Cuidados intensivos | <input type="checkbox"/> Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Paliativos |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios | | |
| <input type="checkbox"/> 9. Enfermería penitenciaria | <input type="checkbox"/> 10. Otros: | |

5. **Situación contractual en prisiones:** 1 Fijo 2 Interino 3 Suplente

6. **Cuál es actualmente su centro penitenciario de trabajo:**

1. CP Homes 2. CP Brians 1 3. CP Brians 2 4. CP Quatre Camins
 5. CP Ponent 6. CP Lledoners 7. CP Joves 8. CP Dones
 9. CP Tarragona 10. CP Girona 11. CP Figueres
 12. CE Justicia Juvenil
 13. Otros centros fuera de la Comunidad autónoma catalana (especifique comunidad):

7. Años de trabajo en centros penitenciarios:

	Número de años
En el centro penitenciario dónde trabaja actualmente	
En otros centros penitenciarios de Cataluña	
En centros penitenciarios del resto de España	

B. Ámbito académico

8. ¿Ha cursado formación de segundo ciclo de enfermería?

Sí No

Post-grado. (especifique cual/es):

Máster (especifique cual/es):

Si la respuesta es afirmativa, la formación la ha cursado:

1. Antes de trabajar en prisiones

2. Trabajando en prisiones

3. Las respuestas 1 y 2

9. ¿Qué motivos o intereses originaron su formación de segundo ciclo? (señale con una X una o más respuestas)

1. Promoción profesional	<input type="checkbox"/>
2. Incrementar el nivel de conocimientos	<input type="checkbox"/>
3. Mejorar la práctica profesional	<input type="checkbox"/>
4. Obtener puntos para oposiciones	<input type="checkbox"/>

10. ¿Ha cursado estudios de licenciatura o está cursando estudios de grado (cualquier disciplina)?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, que estudios ha cursado o está cursando:

11. ¿Asiste con regularidad a cursos de formación continuada?

<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

C. Necesidades formativas

12. ¿Cuál es su opinión sobre los estudios de diplomado/a en enfermería en relación a la competencia profesional adquirida?

<input type="checkbox"/> Muy insuficientes	<input type="checkbox"/> Insuficientes	<input type="checkbox"/> Bastante adecuados	<input type="checkbox"/> Muy adecuados
--	--	---	--

13. Piensa que es necesaria una formación de segundo ciclo para trabajar en áreas determinadas como: (señale con una X una o más respuestas)

1. Urgencias	<input type="checkbox"/>
2. Salud mental	<input type="checkbox"/>
3. Salud laboral	<input type="checkbox"/>
4. Médico-quirúrgica	<input type="checkbox"/>
5. Drogodependencias	<input type="checkbox"/>
6. Atención primaria	<input type="checkbox"/>
7. Geriatría	<input type="checkbox"/>
8. Docencia	<input type="checkbox"/>
9. Otros (especificuelas):	<input type="checkbox"/>

14. ¿Cree que es útil la formación de segundo ciclo en enfermería para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros?

<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

15. ¿Cree que hace falta algún tipo de formación específica para trabajar en el medio penitenciario?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, que tipo de formación cree que sería la necesaria

1. Post-grado 2. Máster

3. Otras (especificuelas):

16. ¿En qué área/s considera que ha de ser experto/a el/la enfermero/a de prisiones? (señale con una X una o más respuestas)

1. Atención primaria	<input type="checkbox"/>
2. Salud mental	<input type="checkbox"/>
3. Drogodependencias	<input type="checkbox"/>
4. Urgencias	<input type="checkbox"/>
5. Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>
6. Geriátría	<input type="checkbox"/>
7. Salud laboral	<input type="checkbox"/>
8. Conocimiento del medio penitenciario (marco legal, regimental,...)	<input type="checkbox"/>
9. Habilidades comunicativas y sociales	<input type="checkbox"/>
10. Otras (especificuelas):	<input type="checkbox"/>

17. ¿Ha tenido necesidad de formarse en habilidades de relación de ayuda, coaching, counseling?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa:

1. Antes de trabajar en prisiones 2. Trabajando en prisiones

3. Les respuestas 1 y 2

18. ¿Piensa que para trabajar como enfermero/a de presiones se necesita tener un perfil específico?

Sí No

¿Por qué?

D. La atención de enfermería en el medio penitenciario

19. ¿Cuáles cree que son los cuidados de enfermería más solicitados en el medio penitenciario? (Señale uno o más)

- 1. Relacionados con programas de prevención
(VIH/Sida, VHB, VHC, Tuberculosis, ETS, Vacunas,...)
- 2. Relacionados con toxicomanías
- 3. Relacionados con la salud mental
- 4. Relacionados con patología crónica (HTA, cardiopatías, diabetes, EPOC...)
- 5. Relacionados con urgencias
- 6. Relacionados con situaciones regiminales límite
(huelgas de hambre, negativa a tratamientos, Body-paker,...)
- 7. Relacionados con el paciente hospitalizado
- 8. Relacionados con tentativas de autolesiones
(autolesiones, ahorcamientos, ingesta de cuerpos extraños,...)
- 9. Otros (especifíquelos):

20. ¿Piensa que es importante dar cuidados de enfermería teniendo presente las diferencias culturales, grupos étnicos, creencias y valores del paciente?

<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

21. ¿Cree que los usuarios de los centros penitenciarios valoran el trabajo realizado por los enfermeros/as?

<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

8.3 Guió Grup Focal

GUIÓ ENTREVISTA GRUP DE DISCUSSIÓ DELS GESTORS

Cóm creieu que és el dia a dia d'un professional d'infermeria en un centre penitenciari ?

Cóm penseu que valoren els usuaris dels centres penitenciaris el treball del personal d'infermeria? Creieu que l'usuari dels centres penitenciaris atès per l'infermer/a valora positivament la tasca desenvolupada?

Quins creieu que són els motius de la demanda per treballar com infermer/a d'un centre penitenciari?

En què creieu que varia l'exercici de la professió pel fet de treballar en una presó?

Penseu que és important donar cures d'infermeria tenint presents les diferències culturals, grup, ètnic, creences i valors del pacient?

Quines creieu que són les demandes més freqüents de cures d'infermeria en el medi penitenciari?

Penseu que a més de la qualificació professional, l'infermer de presons ha de tenir unes aptituds i habilitats específiques?

Penseu que amb la formació d'infermer/a generalista hi ha suficients coneixements per treballar a presons?

Quines competències i continguts considereu fonamentals per a un/a infermer/a de presons?

Quins trets diferencials té la relació amb el pacient-intern?

Considera que treballar a presons és una professió de risc?

Creu que el treballar en un centre penitenciari produeix més cansament o estrès que treballar en un hospital o a l'assistència primària?

En quina àrea situaries la infermeria penitenciària? (En atenció primària, drogodependències; psiquiatria/Salut mental; Salut pública; Geriatria; Urgències; Hospitalària; Infermeria del treball; Creieu que la infermeria penitenciària engloba totes les anteriors?)

8.4 Llibre de Codis

LLIBRE DE CODIS			
A. DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES			
VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
1. Gènere	Home		1
	Dona		2
2. Edat que té	Entre 20 i 30 anys		1
	Entre 31 i 40 anys		2
	Entre 41 i 50 anys		3
	Entre 51 i 60 anys		4
	Més de 60 anys		5
3. Anys de professió com infermer/a	Entre 0 i 5 anys		1
	Entre 6 i 10 anys		2
	Entre 11 i 15 anys		3
	Entre 16 i 20 anys		4
	Entre 21 i 25 anys		5
	Més de 25 anys		6

LLIBRE DE CODIS

A. DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
4. Àrees desenvolupament professional al llarg de la seva vida laboral durant un mínim de sis mesos	1. Atenció primària		SI: 1 NO: 0
	2. Psiquiatria		SI: 1 NO: 0
	3. Geriatria		SI: 1 NO: 0
	4. Drogodependències		SI: 1 NO: 0
	5. infermeria del treball		SI: 1 NO: 0
	6. Salut pública		SI: 1 NO: 0
	7. Urgències extrahospitalàries		SI: 1 NO: 0
	8. Atenció hospitalària		SI: 1 NO: 0
		8.1 Infecciosos	SI: 1 NO: 0
		8.2 Medicina interna	SI: 1 NO: 0
		8.3 Traumatologia	SI: 1 NO: 0
		8.4 Cures intensives	SI: 1 NO: 0
		8.5 Psiquiatria	SI: 1 NO: 0
	8.6 Cirurgia	SI: 1 NO: 0	
	8.7 Urgències	SI: 1 NO: 0	
	8.8 Palliatius	SI: 1 NO: 0	

LLIBRE DE CODIS

A. DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
4. Àrees desenvolupament professional al llarg de la seva vida laboral durant un mínim de sis mesos	8. Atenció hospitalària	8.9 Altres serveis	SI: 1 Especificar NO: 0
	9. Infermeria penitenciària		SI:1 NO:0
	10. Altres		SI: 1 Especificar NO: 0
5. Situació contractual	1. Fix		1
	2. Interí		2
	3. Suplent		3
6. Quin és actualment el seu centre penitenciari (CP) o centre educatiu (CE) de treball ?	1. CP Homes		1
	2. CP Brians 1		2
	3. CP Brians 2		3
	4. CP Quatre Camins		4
	5. CP Ponent		5
	6. CP Lledoners		6
	7. CP Joves		7
	8. CP Dones		8

LLIBRE DE CODIS

A. DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
6. Quin és actualment el seu centre penitenciari (CP) o centre educatiu (CE) de treball ?	9. CP Tarragona		9
	10. CP Girona		10
	11. CP Figueres		11
	12. CE Justícia Juvenil		12
	13. Altres comunitats autònomes		13

7. Anys de treball CP's	1. CP Actual		Anys
	2. Altres CP's Catalunya		Anys
	3. CP's Resta d'Espanya		Anys

B. AMBIT FORMATIU

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
8. Ha cursat formació de segon cicle d'infermeria?	SI		1
	Resposta afirmativa	1. Abans de treballar a presons	1
		2. Treballant a presons	2
		3. Les respostes 1 i 2	3
		Postgrau	SI: 1 Especificar NO: 0

LLIBRE DE CODIS

B. AMBIT FORMATIU

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
8. Ha cursat formació de segon cycle d'infermeria?		Màster	SI: 1 Especificar NO: 0
	NO		0
9. Quins motius/interessos ha motivat la formació de segon cycle ?	1. Promoció professional		SI: 1 NO: 0
	2. Incrementar el nivell de coneixement		SI: 1 NO: 0
	3. Millorar la practica professional		SI: 1 NO: 0
	4. Obtenir punts pel barem a oposició publica		SI: 1 NO: 0
10. Ha cursat estudis de llicenciatura o està cursant estudis de grau (qualsevol disciplina) ?	SI		1
	NO		0
	Resposta afirmativa		Especificar
11. Assisteix amb regularitat a cursos de formació continuada ?	Molt poc		1
	Poc		2
	Bastant		3
	Molt		4

LLIBRE DE CODIS

C. NECESSITATS FORMATIVES

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
12. Quina és la seva opinió sobre els estudis de diplomomat en infermeria en relació a la competència professional assolida ?	Molt insuficients		1
	Insuficients		2
	Bastant adients		3
	Molt adients		4
13. Pensa què és necessària una formació de segon cicle per treballar en àrees determinades com ?	1. Urgències		SI: 1 NO: 0
	2. Salut mental		SI: 1 NO: 0
	3. Salut laboral		SI: 1 NO: 0
	4. Medicoquirúrgica		SI: 1 NO: 0
	5. Drogodependències		SI: 1 NO: 0
	6. Atenció primària		SI: 1 NO: 0
	7. Geriatria		SI: 1 NO: 0
	8. Docència		SI: 1 NO: 0
	9. Altres		Especificar

LLIBRE DE CODIS

C. NECESSITATS FORMATIVES

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
14. Creu què és útil la formació de segon cicle per infermeria per millorar la qualitat de les cures infermeres ?	Molt poc		1
	Poc		2
	Bastant		3
	Molt		4
15. Creu que caldria algun tipus de formació específica per treballar en el medi penitenciari ?	SI		1
	Resposta afirmativa	Postgrau	SI: 1 NO: 0
		Màster	SI: 1 NO: 0
		Altres	SI: 1 NO: 0 Especificar
	NO		0
16. En quina/es àrea/es considera que ha de ser expert l'infermer de presons ?	1. Atenció primària		SI: 1 NO: 0
	2. Salut mental		SI: 1 NO: 0
	3. Drogodependències		SI: 1 NO: 0
	4. Urgències		SI: 1 NO: 0
	5. Malalties infeccioses		SI: 1 NO: 0

LLIBRE DE CODIS

C. NECESSITATS FORMATIVES

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
16. En quina/es àrea/es considera que ha de ser expert l'infermer de presons ?	6. Geriatria		SI: 1 NO: 0
	7. Salut laboral		SI: 1 NO: 0
	8. Coneixement del medi (marc legal, regimental,...)		SI: 1 NO: 0
	9. Habilitats comunicatives i socials		SI: 1 NO: 0
	10. Altres		SI: 1 NO: 0 Especificar
17. Ha tingut necessitat de formar-se en habilitats de relació d'ajuda coaching, counseling ?	SI		1
	Resposta afirmativa	1. Abans de treballar a presons	1
		2. Treballant a presons	2
		3. Les respostes 1 i 2	3
NO		0	
18. Pensa què per treballar com infermer/a de presons es necessita tenir un perfil específic ?	SI		1
	NO		0
	Per què		Especificar

LLIBRE DE CODIS

D. L'ATENCIÓ D'INFERMERIA EN EL MEDI PENITENCIARI

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
19. Quines creus que són les cures d'infermeria més ateses en el medi penitenciari ?	1. Relacionades amb programes de prevenció		SI: 1 NO: 0
	2. Relacionades amb toxicomanies		SI: 1 NO: 0
	3. Relacionades amb la salut mental		SI: 1 NO: 0
	4. Relacionades amb patologia crònica		SI: 1 NO: 0
	5. Relacionades amb urgències		SI: 1 NO: 0
	6. Relacionades amb situacions límit		SI: 1 NO: 0
	7. Relacionades amb el pacient hospitalitzat		SI: 1 NO: 0
	8. Relaciones amb temptatives auto lítiques		SI: 1 NO: 0
	9. Altres		Especificar
20. Pensa què és important donar unes cures d'infermeria tenint en comptes les diferències culturals, grup ètnic, creences i valors del pacient ?	Molt poc		1
	poc		2
	Bastant		3
	Molt		4

LLIBRE DE CODIS

D. L'ATENCIÓ D'INFERMERIA EN EL MEDI PENITENCIARI

VARIABLE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODI/S
21. Creu que l'usuari dels centres penitenciaris atès per l'infermer/a valora la tasca desenvolupada per aquest professional ?	Molt poc		1
	Poc		2
	Bastant		3
	Molt		4



Universitat Ramon Llull

Aquesta Tesí Doctoral ha estat defensada el diad.....2014

al Centre

de la Universitat Ramon Llull

davant el Tribunal format pels Doctors sotasignants, havent obtingut la Qualificació:

President/a

Vocal

Secretari/ària

Doctorand/a

C.I.F. G: 59069740 Universitat Ramon Llull Fundació Privada. Ratre. Fund. Generalitat de Catalunya núm. 472 (28-02-90)

És propietat
d'Antonia
Coll
Cámara