

ESTRATEGIA GLOBAL DE ACTUACIÓN EN SALUD MENTAL



**MINISTERIO
DEL INTERIOR**

DIRECCION GENERAL DE
INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

La existencia de personas aquejadas de enfermedades mentales internadas en centros penitenciarios es una realidad en todos los países del mundo. En muchos casos, la enfermedad mental se halla en el origen del delito que estas personas cometieron. En ocasiones, la prisión se utiliza como un recurso de carácter asistencial para estas personas, que no han sido tratadas y controladas en su vida en libertad. En este sentido, la prisión constituye muchas veces la única alternativa realmente disponible ante las deficiencias de las políticas preventivas o de los dispositivos asistenciales comunitarios que, en general, deberían ser los utilizados como de primera elección.

En cualquier caso, la Institución Penitenciaria no puede ni debe minusvalorar el problema. Hay que reflexionar sobre el papel de los servicios de salud mental comunitarios y en que medida un adecuado seguimiento del enfermo puede evitar situaciones que conduzcan a la reclusión. Hay que hacerlo igualmente sobre la relación entre la enfermedad mental y la responsabilidad penal analizando las relaciones reales entre el sistema de salud y el sistema penitenciario a la hora de asegurar la atención que estos enfermos precisan. Pero también, en el seno de la propia Institución Penitenciaria, hay que dar respuesta a la realidad objetiva que supone la presencia del enfermo mental en la prisión, y a la pregunta de en qué medida el enfermo mental recibe una atención equiparable a la que le es ofertada a los enfermos del resto de patologías. Hay que reflexionar, por último, sobre la situación de estas personas cuando, una vez libres, al volver a la sociedad, se pueden encontrar perdidos, y cargando con la doble estigmatización derivada de su condición de enfermo y de ex-presos.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias, consciente de su responsabilidad, ha llevado a cabo las siguientes iniciativas:

- Organización (mayo 2006) de las *1ª Jornadas de Salud Mental en el Medio Penitenciario*, con el objetivo fundamental de impulsar la reflexión colectiva sobre la problemática del enfermo mental en prisión, debatir nuevas alternativas y nuevos enfoques para su abordaje en el medio penitenciario, analizar el marco jurídico y asistencial actual, la concepción del problema desde un punto de vista multidisciplinar y potenciar la colaboración entre todos los actores implicados: Instituciones Penitenciarias, Poder Judicial y Sistema Nacional de Salud.
- Organización (septiembre-2006) de una jornada técnica sobre *La conducta suicida en el medio penitenciario*. Su objetivo fue mejorar y actualizar los conocimientos de los distintos profesionales de la institución implicados en la aplicación del Programa de prevención de suicidios.
- Colaboración con el Ministerio de Sanidad en la elaboración de la *Estrategia de la Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (diciembre-2006)

- Realización de un *Estudio sobre Salud Mental* (diciembre-2006/ junio-2007), para tener un conocimiento actualizado sobre la prevalencia de la patología psiquiátrica de las personas ingresadas en los centros penitenciarios.
- Puesta en marcha de un (mayo-2007) *Plan de Formación en Salud Mental* para profesionales penitenciarios.
- Modernización de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, reforzando el componente médico asistencial, mediante la reestructuración de su plantilla y de su estructura orgánica. Redefinición de su misión como complementaria en el marco del Sistema Nacional de Salud.
- Elaboración de un *Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales* en centros penitenciarios, sobre la base de unos objetivos preventivos, terapéuticos y reinsertadores.

Esta publicación que hoy presentamos, incluye el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario y el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales. Esperamos que sea de utilidad para aquellas personas que, trabajando dentro o fuera de las prisiones, sean sensibles a la importancia de esta labor preventiva y rehabilitadora. Por nuestra parte, haremos lo posible para que la implantación del programa y del resto de medidas sea, como esperamos, el punto de inflexión en el que la atención al enfermo mental en el medio penitenciario tenga la calidad y la dignidad que éste merece. El futuro nos dirá si estamos en lo cierto. Ahora, los trabajadores de Instituciones Penitenciarias y todas las personas y organizaciones que colaboran con nosotros tienen la palabra.

Mercedes Gallizo Llamas
Directora General de Instituciones Penitenciarias.



Dirección General de Instituciones Penitenciarias
Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

**ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL
EN EL MEDIO PENITENCIARIO**

Diciembre - 2.006

Área de Salud Pública

Junio 2007

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA	4
3.1. Diseño	4
3.2. Realización	4
3.3. Depuración	5
3.4. Análisis.....	5
4. RESULTADOS	6
4.1. Sexo.....	6
4.2. Edad actual.....	6
4.3. Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión	6
4.4. Tipo de antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.....	7
4.5. Antecedentes de intento de suicidio previo al ingreso en prisión	7
4.6. Antecedentes de intento de suicidio estando en prisión.....	7
4.7. Derivación a especialista en psiquiatría en el último año.....	8
4.8. Diagnósticos psiquiátricos recogidos en la historia clínica.....	8
4.9. Tratamientos psiquiátricos recogidos en la historia clínica y PMM.....	9
4.10. Discapacidad psíquica.....	11
5. DISCUSIÓN	12
6. CONCLUSIONES	14
7. BIBLIOGRAFIA	15
8. ANEXO	16

1. INTRODUCCIÓN

Esta Dirección General interesada especialmente por la situación de los enfermos mentales que se encuentran ingresados en los centros penitenciarios, organizó en mayo del 2006 las *1^{as} Jornadas de Salud Mental en el Medio Penitenciario*. En las mismas, se puso de manifiesto, entre otras cosas, la necesidad de conocer con fiabilidad la magnitud del problema para poder abordarlo de manera seria y reglada.

Los datos previos existentes son escasos. Según un estudio genérico *Estudio Transversal sobre Sanidad Penitenciaria*¹ realizado en Junio de 1998 sobre la totalidad de la población penitenciaria, es decir, incluyendo también los hospitales psiquiátricos, el 4.8% de los internos padecía una psicosis crónica y el 3.5% presentaba una discapacidad psíquica (no se especificaban más datos sobre enfermedad mental).

El actual estudio pretende contribuir a la solución del problema, ya que para abordarlo es fundamental, en primer lugar, conocer de la forma más exacta posible la magnitud del mismo, pues solo así se podrá afrontar de una manera conveniente y establecer estrategias específicas.

2. OBJETIVOS

La Subdirección General de Sanidad diseñó este estudio con el objeto de conocer la situación actual de la salud mental de las personas internadas en prisión. El estudio se plantea para el conjunto de todos los centros penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP), exceptuando los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla. Se quiere obtener información sobre los siguientes puntos:

- 1.- Prevalencia de antecedentes de enfermedad mental previa al ingreso.
- 2.- Prevalencia de enfermedades mentales en internos de Instituciones Penitenciarias.
- 3.- Prevalencia de patología dual.
- 4.- Prevalencia de personas en tratamiento con psicofármacos.
- 5.- Internos con discapacidad psíquica acreditada.

3. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal, con datos obtenidos a partir de la historia clínica, por lo tanto aportan la prevalencia conocida y registrada en la historia clínica.

3.1. Diseño

Se obtuvo una muestra aleatoria sobre los internos ingresados en los centros penitenciarios gestionados por la DGIP a fecha 20 de Noviembre de 2006. El tamaño de la muestra se calculó para obtener los resultados con un error máximo del 2% y con un nivel de confianza del 95% en los porcentajes calculados sobre la muestra total, lo que requería una muestra de 970 internos.

Para cada centro se calculó el tamaño de su contribución a la muestra de forma proporcional al número de internos presentes en el mismo sobre el total de internos de todos los centros. Cada centro debía obtener un listado numerado de los internos y/o internas presentes el día 20 de Noviembre, de los que debía seleccionar la muestra en función de una lista de números aleatorios que se remitió desde la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Teniendo en cuenta el posible aumento en el número de internos entre la confección de la muestra y el 20 de Noviembre, en que debía realizarse el muestreo, la base de la que se extrajeron los números aleatorios para cada centro se incrementó en un 5%, y se enviaron números de repuesto para aquéllos centros que sobrepasaran el número de internos previstos o presentaran alguna incidencia.

Una vez seleccionados los internos y/o internas, los médicos de cada centro debían cumplimentar los datos solicitados (ver Anexo) a partir de la historia clínica de cada interno. Cada encuesta quedaba identificada por el número aleatorio correspondiente.

3.2. Realización

Realizaron la encuesta 64 centros, todos excepto los psiquiátricos. Los formularios se cumplimentaron entre el día 20 de Noviembre y el 1 de Diciembre y posteriormente fueron remitidos a la Subdirección General de Sanidad que inició su grabación.

Dada la variación en el número de internos de algunos centros, tal y como estaba previsto fue preciso ajustar la muestra obteniéndose al final un total de 1.009 cuestionarios.

3.3. Depuración

Puntualmente durante la grabación de los datos, se observaron algunos errores de cumplimentación en los cuestionarios recibidos. En estos casos se pidió al centro que aclarara la información, al figurar el código aleatorio en el cuestionario y haber previsto la conservación por los centros del listado de internos del que se extrajo la muestra.

3.4. Análisis

Al analizar determinadas variables conocidas con exactitud en el total de la población a estudio como sexo o prevalencia de internos en programa de mantenimiento con metadona (PMM), y comparar los resultados con los obtenidos en esas mismas variables para la muestra seleccionada, el error obtenido es muy inferior al 2% previsto en el diseño del estudio para un nivel de confianza del 95%.

La interpretación de los resultados solo es válida para todos los centros en su conjunto, sin que el tamaño de la muestra permita desagregar los resultados por centro o por sexo. La desagregación por sexo no ha sido posible dado el bajo porcentaje de mujeres y la baja prevalencia de determinadas enfermedades mentales. No obstante, en aquellas variables en las que el número absoluto lo permite, se han hecho valoraciones por sexo.

Para valorar la magnitud del problema en números absolutos se ha tenido en cuenta que en el momento de obtener la muestra, la población penitenciaria en los centros dependientes de la DGIP exceptuando los centros psiquiátricos penitenciarios, era de 54.831 personas de las cuales 50.320 eran hombres y 4.476 mujeres.

4. RESULTADOS

En los resultados más importantes junto a cada porcentaje obtenido se señala, entre paréntesis y en letra pequeña, el intervalo de confianza al 95%.

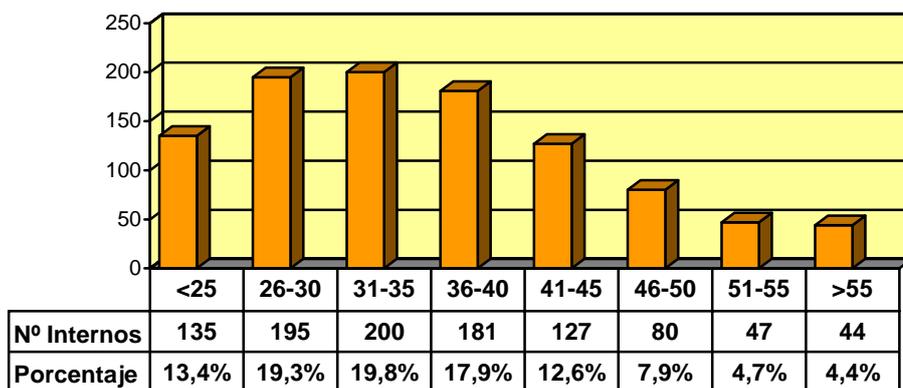
4.1. Sexo:

La distribución de la población penitenciaria por sexos, según la muestra, la componen un 92% (90,3-93,6) de hombres y un 8% (6,4-9,7) de mujeres.

4.2. Edad actual:

La distribución de la muestra por grupos de edad es la siguiente (figura 1):

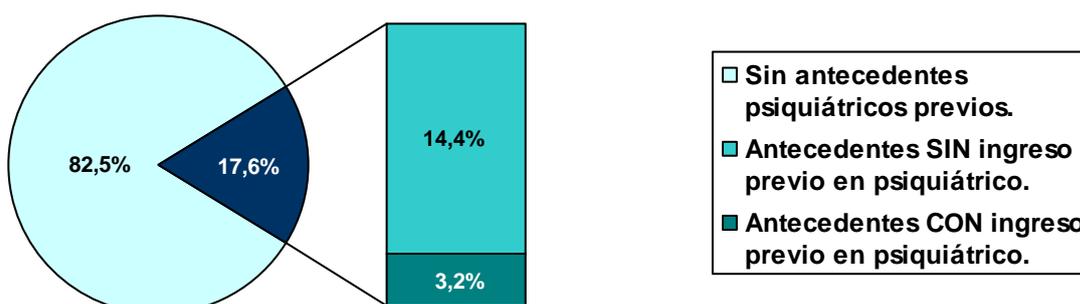
Figura 1. Distribución de la muestra por grupos de edad.



4.3. Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión

El **17,6%** (15,2-19,9) de los internos tiene recogido en su historia clínica antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión y el **3,2%** (2,1-4,2) tienen antecedentes de ingreso en hospital psiquiátrico previo a su entrada en prisión (figura 2). No se incluyen los antecedentes o ingresos derivados del abuso o dependencia a drogas. Estos porcentajes son mucho más altos que en la población general.

Figura 2. Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.



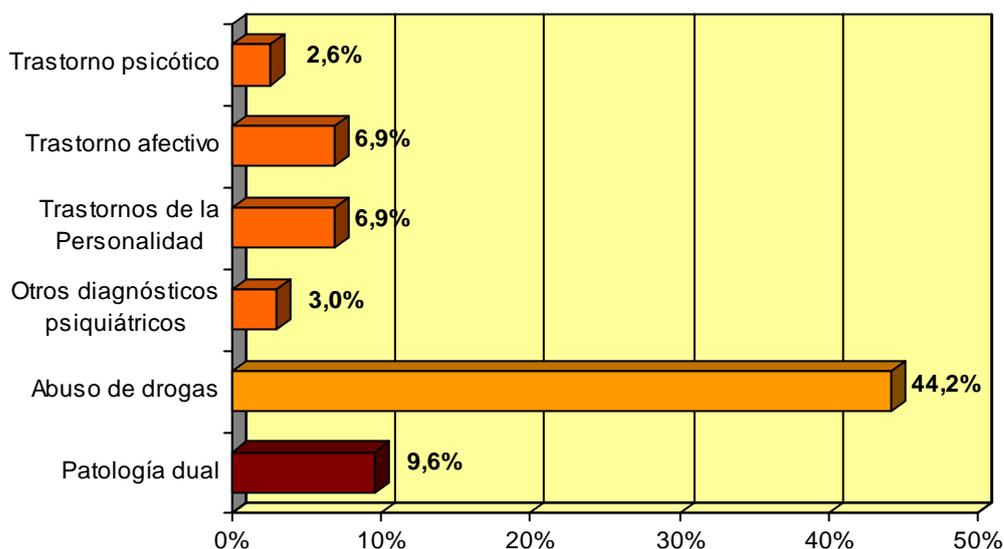
4.4. Tipo de antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión, incluyendo antecedentes de abuso o dependencia a drogas.

En la muestra se observa que el **2,6%** (1,6-3,6) tienen recogidos antecedentes de trastorno psicótico, el **6,9%** (5,3–8,5) de trastorno afectivo, el **6,9%** (5,3-8,5) de trastorno de la personalidad (de estos casi la mitad están diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad), y el **3%** (1,9-4,1) otros diagnósticos.

El **44,2%** (41,1–47,3) tiene antecedentes de abuso o dependencia a drogas, cifra similar a la recogida en otros estudios específicos, y entre estos el **9,6%** (7,8-11,4) presenta patología dual, o sea que se suman la patología psiquiátrica y el consumo de drogas (figura 3).

Hay que tener en cuenta la presencia, en muchos casos, de varios diagnósticos psiquiátricos en una misma persona por lo que la suma de los porcentajes es mayor del 100%.

Figura 3. Diagnósticos psiquiátricos previos al ingreso en prisión.



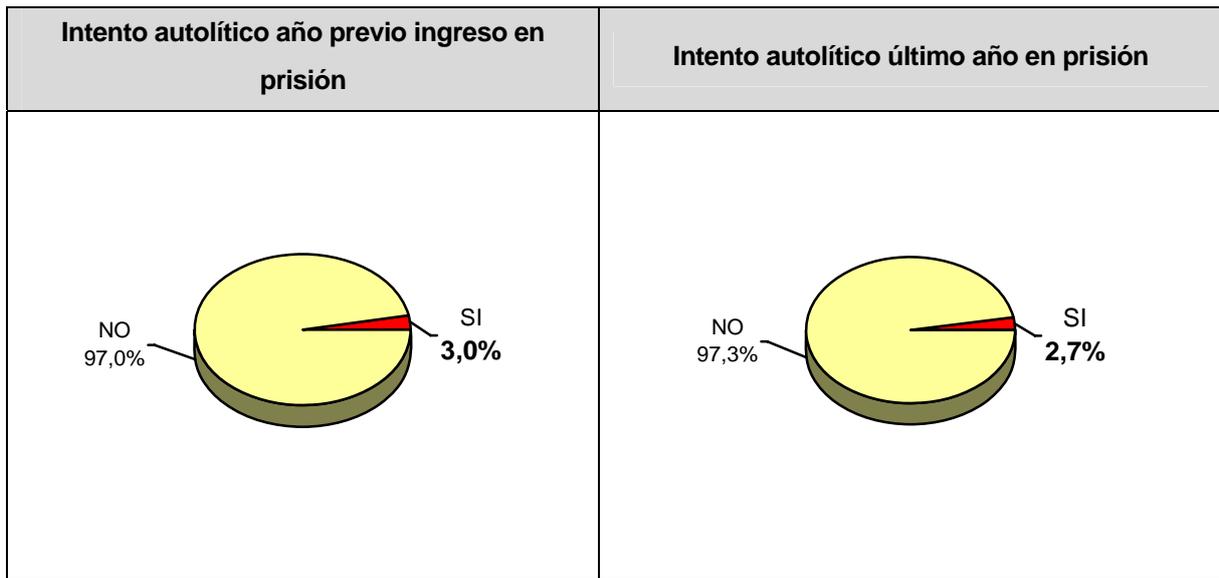
4.5. Antecedentes de intento de suicidio previo al ingreso en prisión

El **3%** (1,9-4,0) ha realizado algún gesto autolítico en el año previo a su ingreso en prisión (figura 4), de estos casi un tercio presentan patología dual. Esta cifra, superior a la de la población general, sitúa muchos factores de riesgo de suicidio en un origen previo al ingreso en prisión.

4.6. Antecedentes de intento de suicidio estando en prisión

El **2,7%** (1,7-3,7) ha realizado un gesto autolítico en el año previo a la recogida de datos, estando en prisión (figura 4). No existe diferencia estadísticamente significativa con el porcentaje obtenido previo al ingreso en prisión, pero se constata la alta probabilidad de repetir el intento nuevamente en prisión, especialmente entre las mujeres.

Figura 4. Intentos autolíticos previos y en el último año tras el ingreso en prisión.



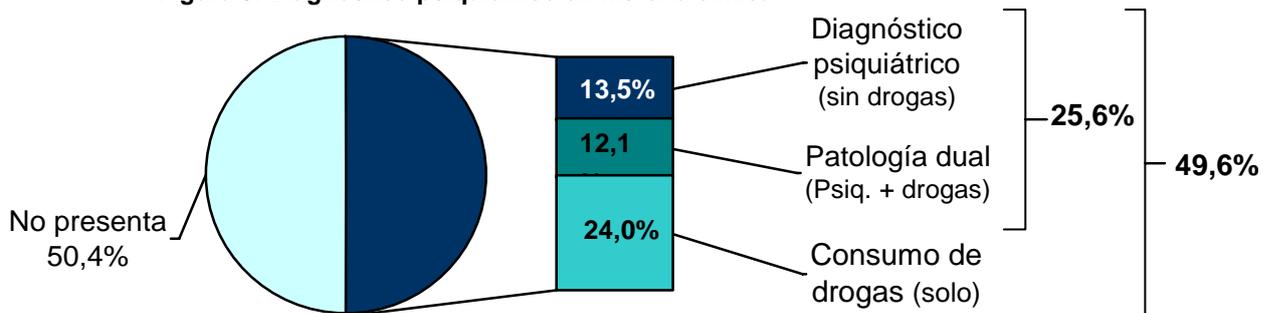
4.7. Derivación a especialista en psiquiatría el último año

El **12,2%** (10,3-14,3) de la muestra ha requerido derivación por parte de la atención primaria hacia la atención psiquiátrica en el último año para su valoración y/o tratamiento, cifra muy superior a la requerida en los centros de atención primaria de la comunidad.

4.8. Diagnósticos psiquiátricos recogidos en la historia clínica

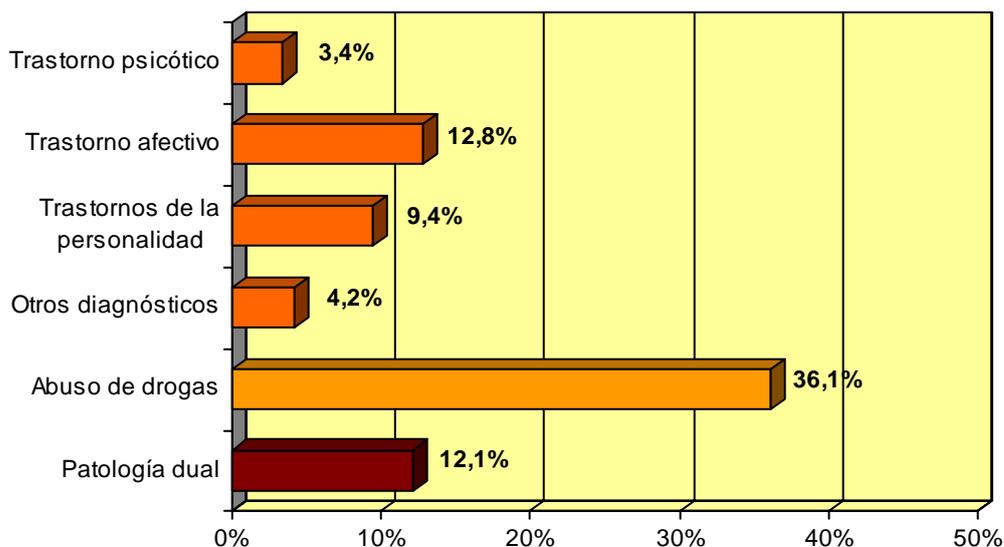
El **13,5%** (11,4-15,6) de los internos tiene recogido algún diagnóstico psiquiátrico sin incluir el abuso o dependencia a drogas, el **24,0%** (21,3-26,5) presenta únicamente abuso o dependencia a drogas y el **12,1%** (10,2-14,2) presenta patología dual (diagnóstico psiquiátrico y consumo de drogas). Así pues, del total de la muestra, el **25,6%** (22,9-28,3) tiene recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos sin incluir el abuso o dependencia a drogas, y el **49,6%** (46,5-52,6) tiene recogido uno o varios diagnósticos incluyendo el abuso o dependencia a drogas (figura 5).

Figura 5. Diagnóstico psiquiátrico en historia clínica



Desde un punto de vista clínico, el **3,4%** (2,3-4,5) padece un trastorno psicótico, el **12,8%** (10,7-14,9) un trastorno afectivo, el **9,4%** (7,6-11,2) un trastorno de la personalidad, y el **4,2%** (3,0-5,4) otros diagnósticos (figura 6). Es frecuente la existencia de varios diagnósticos psiquiátricos asociados en una misma persona.

Figura 6. Diagnósticos psiquiátricos recogidos en la historia clínica.



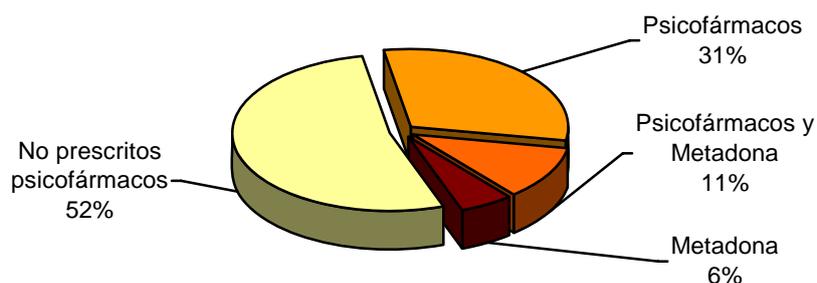
La suma del total es mayor del 49,6% antes descrito además de por la frecuente existencia de varios diagnósticos en una misma persona, por la frecuente asociación de patología psiquiátrica y abuso o dependencia a drogas (patología dual).

La cifra correspondiente a los trastornos de la personalidad podría estar por debajo de la realidad dada la falta de registro frecuentemente de esta patología en la historia clínica salvo que su gravedad exija tratamiento.

4.9. Tratamientos psiquiátricos recogidos en la Historia Clínica y PMM.

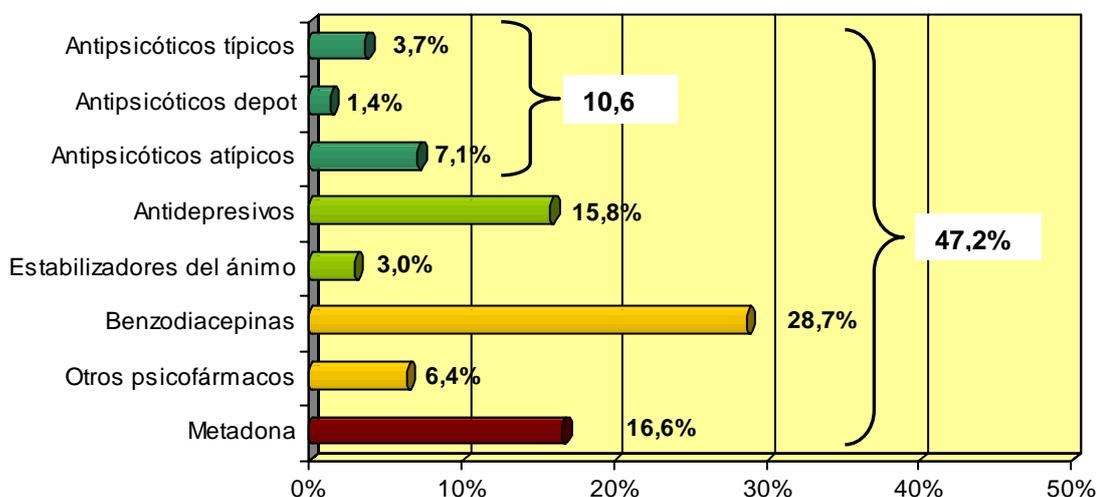
El **30,6%** (27,7-33,5) de los internos tienen prescritos psicofármacos, según consta en su historia clínica, el **11%** (4,1-50,3) tienen prescritos psicofármacos y metadona, y el **5,6%** (4,2-7,0) únicamente metadona. En conjunto el **47,2%** (44,1-50,3) de todos los internos tienen prescrito algún psicofármaco, incluida la metadona (figura 7).

Figura 7. Tratamientos psiquiátricos recogidos en la historia clínica.



Entre los psicofármacos más utilizados (figura 8) figuran las benzodiacepinas (fármacos ansiolíticos) prescritos al **28,7%** de la población y frecuentemente asociados con la toma de metadona, con los tratamientos antidepresivos, y con cuadros leves de ansiedad o insomnio más propios de trastornos adaptativos a la situación de prisión que de enfermedad mental. A continuación, los fármacos antidepresivos prescritos al **15,8%** de la población y que son utilizados tanto en trastornos afectivos como en tratamientos de deshabituación a cocaína y otros estimulantes.

Figura 8. Psicofármacos utilizados en los tratamientos y PMM.



Un **10,6%** tienen prescrito uno o varios antipsicóticos (el 7,1% antipsicóticos atípicos, el 3,7% antipsicóticos típicos y un 1,4% antipsicóticos depot), bien por una psicosis crónica o por un trastorno de la personalidad que requiere tratamiento. Los antipsicóticos depot se prescriben, casi en su totalidad, asociados a los otros antipsicóticos. En los enfermos con patología dual se encuentran con frecuencia asociados a metadona como veremos a continuación.

Un **16,6%** de la población estudiada está incluida en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), población esta con antecedentes de abuso y/o dependencia a opiáceos. De estos, solo un 33,9% toma únicamente metadona (el 5,6% del total de la población, antes descrito), el 54,8% la tiene asociada a benzodiazepinas y el 11,3% a otros psicofármacos como antipsicóticos atípicos para el tratamiento de patologías duales.

En ocasiones, y dada la inexistencia de conciencia de enfermedad de algunos pacientes psicóticos crónicos, esta medicación debe darse directamente observada. La metadona siempre se dispensa directamente observada, dispensándose actualmente unas 8.000 dosis diarias.

4.10. Discapacidad psíquica acreditada

El **1,8%** (1,0-2,6) de los internos recogidos en la muestra tienen acreditada la condición de discapacidad psíquica, mediante certificación de minusvalía o pruebas psicométricas recogidas en la historia clínica. Esta cifra, aunque aparentemente baja, hace que en número absoluto la población penitenciaria con discapacidad psíquica acreditada que cumple actualmente condena de prisión en los centros penitenciarios sea de 1.000 personas aproximadamente.

5. DISCUSIÓN

En la muestra, una de cada cuatro personas ingresada en nuestros centros penitenciarios presenta patología psiquiátrica. Incluyendo el abuso o dependencia a drogas, una de cada dos personas ingresada en prisión padece algún tipo de alteración en su estado mental. Esta proporción es inferior a la encontrada por Singleton² en población penitenciaria inglesa, en la que nueve de cada diez personas presentan alguna alteración psiquiátrica. Esta diferencia creemos que se debe, en parte, al bajo porcentaje de trastornos de personalidad recogidos en nuestras historias clínicas y que posteriormente analizaremos.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión, estos están presentes en el 17,6% de nuestra muestra, mientras que en el estudio inglés² aparecen en el 20% de los hombres y en el 40% de las mujeres que ingresan en prisión. Entre estos antecedentes, los trastornos psicóticos están presentes en el 2,6% de nuestra muestra, cifra muy superior al 0,4% de la población general, pero similares a los encontrados en los estudios realizados en población penitenciaria de Inglaterra³ (2%) y de Francia⁴ (4,6%). Estos porcentajes debieran hacernos pensar en la posible relación existente entre la comisión del delito y la enfermedad mental, circunstancia que, con frecuencia, pasa desapercibida.

El abuso y/o dependencia a drogas supone un grave problema en la población penitenciaria, así un 44,2% presenta antecedentes de abuso y/o dependencia a drogas, datos coincidentes con otros trabajos^{5,6} de España y Canadá. Posteriormente al ingreso en prisión se observa una disminución de este porcentaje llegando al 36%, pudiendo estar motivado este descenso por los diferentes programas de drogas existentes en los centros penitenciarios junto con mayores dificultades para obtener las drogas.

Nuestras tasas de tentativas autolíticas antes del ingreso (3%) y una vez ingresado en prisión (2,7%) son inferiores a las obtenidas en presos ingleses² (27%). Esta gran diferencia pueden deberse a diferentes definiciones sobre el término autolesión e intento de suicidio. En nuestro caso hemos observado que un tercio de los internos que habían presentado una tentativa de suicidio antes ingresar en prisión han vuelto a repetir la tentativa en prisión, lo que nos indica la importancia de este antecedente en la prevención del suicidio.

La necesidad de derivación a la atención psiquiátrica especializada (12,2%) coincide con la hallada por Espinosa⁷ y Carmona⁸ en los C.P. de Puerto de Santa María y algo inferior a la encontrada por Arroyo⁹ (20,8%) en Zaragoza. En este último estudio también se comprueba que el 50% del total de las consultas de atención primaria fueron por síntomas relacionados con problemas de salud mental.

En cuanto a los diagnósticos actuales, el 3,4% de los internos padecen un trastorno psicótico, cifra similar a la encontrada por Fazel¹⁰ en un metanálisis con cerca de 23.000 internos de diferentes países donde se establecen un rango del 2-4%, y similar a las cifras encontradas en el estudio de la DGIP¹ (4,8%) y el trabajo del Defensor del pueblo andaluz¹¹ (4,35%).

En los trastornos afectivos encontramos una mayor prevalencia (12,8%) que en el grupo anterior, pero en línea con los hallazgos del metanálisis de Fazel¹⁰ con un rango del 10-12%. Los cuadros depresivos de carácter moderado y los recurrentes son los que con mayor frecuencia se presentan.

En los trastornos de personalidad el trastorno antisocial es el grupo más representativo, seguido del trastorno límite. En los trastornos de la personalidad es donde aparecen mayores discrepancias entre los datos que hemos obtenido 9,4% y los de otros estudios. Las tasas de trastorno de personalidad en internos es superior al 50% en la literatura, y según el trabajo de Arroyo⁹ en nuestro medio sería de un 30%, también bastante superior a la obtenida en este estudio. Atribuimos esta discrepancia a la diferente metodología y al infradiagnóstico de esta patología que no aparece reflejada en la historia clínica.

Como afirma Vicens¹² entre los internos hay una probabilidad de 2 a 4 veces mayor de padecer un trastorno psicótico y una depresión mayor que la población general, y cerca de 10 veces más de tener un trastorno antisocial de la personalidad.

La proporción de pacientes que toma metadona es la esperada. Destaca en el estudio que casi un tercio de la población penitenciaria toma benzodiazepinas, prescritas o bien por drogodependencia, o por los trastornos adaptativos que genera la prisión, o por patología mental. Esta cifra triplica la obtenida en el estudio de la DGIP¹ del año 1998. También encontramos una importante prescripción de antidepresivos y de antipsicóticos atípicos, atribuyéndose la prescripción de estos últimos a los nuevos usos de estos psicofármacos.

6. CONCLUSIONES

1. Existe un porcentaje significativamente elevado de antecedentes de trastornos mentales en las personas que ingresan en prisión, el 17,6%. Incluso un 3,2% tienen antecedentes de ingreso en centro psiquiátrico previo al ingreso en prisión, ignorándose con frecuencia esta patología en el proceso judicial. Desde un punto de vista clínico destaca un 2,6% de internos con antecedentes de trastorno psicótico y un 9,6% de antecedentes de patología dual al sumar la patología psiquiátrica al consumo de drogas.
2. El año previo al ingreso en prisión un 3% de los actuales internos realizó algún intento autolítico. Esta cifra, superior a la del resto de la población general, sitúa muchos factores de riesgo de suicidio en un origen previo al ingreso en prisión. Una vez en prisión constan intentos autolíticos en el último año en el 2,7% de la población reclusa.
3. La población reclusa presenta una elevada tasa de patología mental. El 25,6% de los internos (uno de cada cuatro) tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. Este porcentaje se eleva al 49,6% (uno de cada dos) si consideramos los antecedentes de abuso o dependencia a drogas. La patología dual asociada al consumo de drogas está presente en el 12,1% de los internos. Desde un punto de vista clínico, el 3,4% de los internos padece un trastorno psicótico, el 12,8% un trastorno afectivo, el 9,4% un trastorno de la personalidad y el 4,2% otros diagnósticos, siendo frecuente la existencia de varios diagnósticos asociados en una misma persona.
4. Existe una importante demanda de asistencia psiquiátrica especializada por parte de los profesionales de atención primaria. El 12% de los internos requirió derivación en el último año hacia la atención psiquiátrica especializada para su valoración y tratamiento, cifra muy superior a la requerida para la población general. En concordancia con los anteriores datos, el 31% de los internos tienen prescritos psicofármacos y a estos se suman un 11% más que tienen prescritos conjuntamente psicofármacos y metadona.
5. El 1,8% de los internos tiene acreditada la condición de discapacidad psíquica, bien mediante certificación de minusvalía o pruebas psicométricas recogidas en la historia clínica. En números absolutos aproximadamente 1.000 personas con discapacidad psíquica cumplen actualmente condena en nuestros centros penitenciarios.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estudio Transversal sobre Sanidad Penitenciaria - Junio de 1998. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
2. Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics, Government Statistical Service, London 1998.
3. Robertson G, Pearson R, Gibb R. The entry of mentally disordered people to the criminal justice system. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 172- 80.
4. Prieur C. Les prisons débordées par l'afflux de malades mentaux. *Le Monde* 18-04-2002.
5. Brink J, Doherty D, Boer A, Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *Int. J. Law Psychiatry* 2001; 24: 339- 356.
6. Hernández, M, Herrera R. La atención a la salud mental de la población reclusa. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Siglo XXI. Madrid 2003
7. Espinosa M, Herrera R. Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los Centros Penitenciarios Puerto I y Puerto II con el ESM Bahía en el período 1989-2000. En: *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios 30/2003
8. Carmona J, Hernández A, Gutierrez C. Análisis de la demanda en el centro penitenciario de Jerez. Período 1990-2000: En: *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios/30 2003.
9. J.M. Arroyo, E. Ortega. Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de los resultados después de seis años (2000-2005). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2007. Vol 9. Núm 1: 15-28
10. Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002; 359: 545-550.
11. Sánchez Burson JM. Los pacientes mentales en prisión. *Rev. AEN XX1* 2001; 78: 139-153.
12. E. Vicens, V. Tort. El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2005; Vol 7. Núm 2: 68-75

8. ANEXO.

CENTRO:

NÚMERO:

1. Sexo:

- Hombre Mujer

2. Edad actual:

- <25 26-30 31-35 36-40
 41-45 46-50 51-55 >55

3. ¿Constan antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión?

- SI, con ingreso en unidad psiquiátrica
 SI, sin ingreso en unidad psiquiátrica NO constan

4. Tipo de antecedentes psiquiátricos previo a su ingreso en prisión

- Trastorno psicótico Trastorno afectivo
 Trastorno de la personalidad Abuso o dependencia drogas
 Paranoide Heroína
 Límite Cocaína
 Antisocial Heroína y Cocaína
 Otros Alcohol
 Otros diagnósticos No consta Otras

5. ¿Ha realizado algún gesto autolítico en el año previo a su ingreso en prisión?

- Sí No

6. Estando en prisión, ¿ha realizado algún gesto autolítico en el último año?

- Sí No

7. ¿Ha sido visto por Psiquiatría en el último año?

- Sí No

8. ¿Consta algún diagnóstico psiquiátrico en su historia desde su ingreso?

- Trastorno psicótico Trastorno afectivo
 Trastorno de la personalidad Abuso o dependencia drogas
 Paranoide Heroína
 Límite Cocaína
 Antisocial Heroína y Cocaína
 Otros Alcohol
 Otros diagnósticos No consta Otras

9. ¿Está en tratamiento psiquiátrico en la actualidad y/o en PMM?

- Antidepresivos Benzodiacepinas
 Antipsicóticos típicos Antipsicóticos atípicos
 Antipsicóticos depot Estabilizadores del ánimo
 PMM Otros

10. ¿Presenta discapacidad psíquica? (certificado de minusvalía o cuantificada mediante test)

- Sí No



Dirección General de Instituciones Penitenciarias

**PROGRAMA MARCO
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A
ENFERMOS MENTALES
EN CENTROS PENITENCIARIOS**

PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM)

I	FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCIÓN	3
I.1	CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES	
I.2	ORDENAMIENTO LEGAL	
I.3	OBJETIVOS	
I.4	MODELO ASISTENCIAL	
I.4.1	LÍNEAS GENERALES	
I.4.2	CARACTERÍSTICAS	
II	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	10
II.1	PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA	
II.1.1	DETECCIÓN DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL	
II.1.2	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO	
II.1.3	DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN	
II.2	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN	
II.2.1	EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES	
II.2.2	ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN	
I.2.2.1	OBJETIVOS REHABILITADORES	
I.2.2.2	ACTIVIDADES REHABILITADORAS	
I.2.2.3	PROCEDIMIENTO	
II.2.3	EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	
II.3	PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL	
III	IMPLEMENTACIÓN	28
III.1	ELABORACIÓN DEL PROGRAMA (PAIEM) ADAPTÁNDOLO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO	
III.2	COORDINACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
III.2.1	ACTIVIDADES	
III.2.2	PROGRAMA	
	ANEXOS	31

PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM)

Las enfermedades mentales afectan de una manera global a las personas que las padecen y en ausencia de un tratamiento correcto pueden conducir a situaciones graves de deterioro y dependencia, comprometiendo incluso las funciones más básicas de la vida diaria.

Se trata además de un problema que concierne de manera muy directa a la Institución Penitenciaria, por cuanto la prevalencia de las mismas es importante en nuestro medio, y porque, como ocurre con otras patologías, no es infrecuente que el primer abordaje serio se haga tras el ingreso en prisión.

Por todo ello, en el manejo y la rehabilitación del enfermo mental es necesario contar con la implicación de todas las áreas, en el marco de una atención que incorpore tanto los aspectos médicos como los psicológicos y sociales

Este Programa Marco de Atención Integral pretende dar respuesta a las necesidades en materia de salud mental de la población interna en centros penitenciarios.

El Programa Marco se compone de tres partes:

- I Fundamentos
- II Programas de intervención
- III Implementación

En la primera parte se exponen las características de la población penitenciaria con enfermedad mental, el ordenamiento legal que dirige las actuaciones a desarrollar en los centros penitenciarios, los objetivos para detectar, diagnosticar, poner en tratamiento y desarrollar intervenciones encaminadas a la recuperación de estas personas; y el modelo de intervención basado en los criterios fundamentales que deben guiar las actuaciones con enfermos mentales.

La segunda parte comprende las actuaciones principales dirigidas a la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y derivación a la comunidad de enfermos mentales.

En la tercera parte se describen los procedimientos organizativos del PAIEM en los centros penitenciarios, en lo referente a su elaboración, coordinación, seguimiento y evaluación, haciendo referencia a la necesaria implicación de todos los estamentos del establecimiento.

I FUNDAMENTOS

La intervención con enfermos mentales graves o crónicos en centros penitenciarios se fundamenta en las necesidades detectadas en la población penitenciaria actual. Por lo tanto se hace necesario realizar un Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM), que desarrolle unos objetivos terapéuticos y reinseradores, y que determine un conjunto de actividades para lograrlos, todo ello en consonancia con el marco legislativo.

I.1 CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES

La **población penitenciaria** es una población joven, ya que la mayoría de los internos están comprendidos entre los 20 y 40 años, compuesta fundamentalmente por hombres de nacionalidad española, aunque la proporción de personas de otras nacionalidades ha aumentando considerablemente en los últimos años. El nivel de estudios es bajo, pues la generalidad no ha terminado la formación básica, y la cualificación laboral de este colectivo es escasa. La mayor parte de los internos ingresó en prisión por primera vez a una edad temprana y es significativo el número de reincidentes, habiendo ingresado en prisión varias veces, guardando los delitos relación con las drogas en un considerable número de casos.

Entre las personas que ingresan en prisión **la enfermedad mental grave o crónica** es un problema importante. Según el informe de prevalencia de enfermedad mental realizado por la Dirección General en noviembre de 2006, el 17,6% de los internos en centros penitenciarios tienen antecedentes de haber padecido algún tipo de trastorno mental previo a su ingreso en prisión. Destaca que el 3,4% ha padecido o padece un trastorno de tipo psicótico y el 12,8% un trastorno de tipo afectivo. El consumo de drogas es frecuente en estas personas.

La enfermedad mental compromete la globalidad de la persona, ya que a las afecciones **biológicas** (alteraciones estructurales y funcionales) se unen las afectaciones **psicológicas** (limitaciones personales de actividad) y **sociales** (restricciones a la participación social).

La enfermedad mental crónica cursa con un **deterioro** que se evidencia a través de diversas **discapacidades**, y éstas se refieren fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales.

Además de la gravedad clínica del trastorno y del grado de discapacidad puede haber un determinado nivel de **dependencia**, ya que en ocasiones estas personas no se pueden valer por sí mismas y precisan de la ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria para su autonomía personal.

En definitiva, las personas con enfermedad mental grave o crónica pueden presentar deficiencias importantes en las capacidades funcionales de la vida diaria, ser dependientes, vulnerables al estrés, con déficits de socialización (no suelen tener trabajo, dinero, vivienda, familia normalizada) y en el curso de su enfermedad alternan períodos de remisiones de síntomas con períodos de recaída.

I.2 ORDENAMIENTO LEGAL

La **Constitución Española** establece en su artículo 25.2 que las penas privativas de libertad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social, gozando el condenado a pena de prisión de los derechos fundamentales. Es competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios necesarios, así como fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte y facilitar la adecuada utilización del ocio.

La **Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, y el Reglamento Penitenciario, Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero**, constituyen el marco legal para desarrollar cualquier estrategia de diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales en centros penitenciarios y a la organización y desarrollo de actuaciones dirigidas a su rehabilitación y reinserción social, pudiendo contar para ello con la participación y colaboración de instituciones y asociaciones públicas y privadas.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, garantiza el acceso de los enfermos mentales a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, siendo competencia de las Administraciones la organización y desarrollo de todas las acciones sanitarias preventivas, asistenciales y rehabilitadoras dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** establece las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias.

El **Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio**, la **Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad**; y la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**, garantizan los derechos y prestaciones sociales y económicas de las personas dependientes.

La **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006**, establece principios básicos, objetivos y recomendaciones, constituyendo la referencia para enmarcar las intervenciones con enfermos mentales.

La **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal** establece la aplicación de medidas de seguridad privativas y no privativas de libertad a los exentos de responsabilidad penal.

I.3 OBJETIVOS

En concordancia con la Constitución Española y la Ley Orgánica General Penitenciaria, el objetivo genérico de la intervención en prisión reside en la normalización e integración social del interno. Normalización e integración social como estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que se enfrente y de la forma más autónoma posible.

En relación a los enfermos mentales es fundamental actuar además evitando su marginación y no sometiéndolos a una identificación y estigmatización discriminatoria en la dinámica penitenciaria por la condición de presentar trastorno mental.

La intervención sobre el enfermo con un trastorno mental grave implica tres procesos complementarios que requieren ser promovidos de forma específica.

El primero, en el que se ha hecho mayor énfasis hasta ahora, tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno, en el sentido de recuperar la salud en sentido estricto.

El segundo es un proceso de cambio y de rehabilitación, orientado a superar los efectos negativos que en muchos casos tienen los trastornos mentales sobre la persona.

El tercero es la continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo, una vez el interno con enfermedad mental abandona el centro penitenciario.

Por ello los objetivos de intervención con internos con enfermedad mental grave o crónica son los siguientes:

- 1º Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental, y efectuar su derivación a programas de rehabilitación.**

- 2º Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentar su autonomía personal y la adaptación al entorno.**

- 3º Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.**

I.4 MODELO ASISTENCIAL

Una vez detectadas las necesidades en materia de salud mental de la población interna, el marco legal que regula la intervención en prisión y los objetivos a conseguir, la intervención con enfermos mentales graves o crónicos en centros penitenciarios estará basada en un modelo asistencial, definido por unas líneas generales de intervención y unas características.

I.4.1 LÍNEAS GENERALES

Las líneas generales de intervención con enfermos mentales comprenden la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Detección, diagnóstico y tratamiento

El primer requisito para desarrollar una intervención eficaz en materia de salud mental con la población interna es la detección de los casos, su diagnóstico clínico y la instauración de un tratamiento farmacológico que conduzca a la estabilización de los enfermos.

Rehabilitación

La rehabilitación tiene como objetivos esenciales remediar discapacidades, compensar minusvalías y conseguir la mayor autonomía posible de una persona, en el grado que esta pueda alcanzar. Rehabilitar a una persona significa ayudarle a funcionar lo más adecuadamente posible en un ambiente, teniendo en cuenta que tendrá que requerir de cierto apoyo de forma indefinida, en mayor o menor grado. Para unos enfermos tendrá un significado relacionado con la reinserción y la plena autonomía, y para otros, tendrá un contenido más modesto, sin que ello implique una merma en la calidad de atención ajustada a objetivos de mejora de habilidades y expectativas de calidad de vida.

Debe considerarse un proceso de larga duración, que se desarrolla con periodos de mayor o menor estabilidad psicopatológica y avance en la rehabilitación psicosocial. Esto implica una necesidad de coordinación entre los profesionales que intervienen en las distintas fases del Programa.

Con la rehabilitación no sólo disminuyen los déficits del enfermo, sino que también se potencian y orientan las capacidades que tiene la persona. De ahí la necesidad de efectuar un plan individualizado de rehabilitación para cada persona.

Para incrementar los resultados en el proceso de rehabilitación psicosocial hay que dar protagonismo a la persona y a las elecciones que ella realiza de los objetivos de rehabilitación y de las actividades para su consecución. Esto es, su propio plan individualizado de rehabilitación.

La rehabilitación implica una actitud positiva por parte de los profesionales y del enfermo. Esta actitud no solo se demuestra y transmite a través de planes positivos de rehabilitación, sino también a través de la forma de relación cotidiana y continuada con la persona enferma.

La rehabilitación psicosocial tiene que contemplar un variado número de elementos que interactúan entre sí: el número y calidad de los apoyos con los que la persona cuenta en su ambiente, la organización en la que debe de ponerse en marcha el programa de rehabilitación y la actitud ante la rehabilitación y ante ese enfermo concreto que tienen los profesionales del equipo.

Reinserción social

La capacidad de una persona para funcionar en un tipo de ambiente no sirve para predecir su capacidad para funcionar en otro tipo de ambiente diferente. La buena evolución de un interno enfermo mental en el centro penitenciario no implica necesariamente un pronóstico favorable en el exterior, ya que intervienen otras variables.

Por ello adquiere especial relevancia la preparación para la salida en libertad para obtener una reincorporación social eficaz, estableciendo los contactos previos con la familia o las instituciones y entidades de acogida, y realizando una incorporación progresiva, por medio de salidas terapéuticas, salidas periódicas y permisos de salida.

El proceso de externalización penitenciaria en sí mismo es brusco y estresante para cualquier persona, por tanto aún más para aquéllas con un alto nivel de vulnerabilidad al estrés, como son los enfermos mentales. Para estas personas la continuidad de cuidados en la red de atención socio-sanitaria comunitaria es imprescindible, para mantener su proceso asistencial y de incorporación lo más adecuado y seguro posible, y esto se debe llevar a cabo de forma paulatina y progresiva antes de su libertad.

I.4.2 CARACTERÍSTICAS

Las características del modelo asistencial hacen referencia a que las actuaciones han de estar basadas en la autonomía, calidad, continuidad y derivación a recursos externos, multidisciplinariedad, trabajo en equipo, colaboración de instituciones y entidades en materia sanitaria y de recursos sociales, coordinación intrapenitenciaria y extrapenitenciaria, formación e investigación.

Autonomía

Es fundamental respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas. La autonomía se puede fomentar priorizando:

- las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad,
- las intervenciones que mejoran los aspectos positivos y los recursos personales del interno,

- la lucha contra el estigma, la discriminación y la marginación,
- la integración de los enfermos en las actividades comunes y generales que se desarrollan en el establecimiento.

Calidad

Todos los profesionales deben buscar aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean con la intervención. Mejorar la calidad significa:

- preservar la dignidad de las personas con enfermedades mentales,
- proveer cuidados orientados a minimizar el impacto de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de estas personas,
- emplear intervenciones que capaciten a las personas con trastornos mentales a manejar su discapacidad por sí mismos,
- asegurar que la calidad mejora en todas las áreas, incluyendo la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social.

Continuidad y derivación a recursos externos

Continuidad es la capacidad de proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los diferentes profesionales (continuidad transversal). La continuidad se puede fomentar:

- potenciando el equipo y la atención multidisciplinarios,
- implantando planes individuales de rehabilitación,
- implantando procedimientos de seguimiento,
- efectuando derivaciones normalizadas a recursos externos sociosanitarios,
- creando comisiones de coordinación intrapenitenciaria y con los recursos externos.

Multidisciplinariedad

La enfermedad mental compromete la globalidad de la persona. Por ello, únicamente desde equipos multidisciplinarios, compuestos por profesionales de diferentes áreas, que desarrollen intervenciones integrales en las que se aborde lo biopsicosocial, se podrá obtener una eficacia en el objetivo finalista, la normalización e integración social.

Trabajo en equipo

Las intervenciones de los profesionales, que ha de efectuarse desde lo multidisciplinar, precisa de un trabajo en equipo, adoptando decisiones consensuadas y conjuntas, en lo que respecta al plan individualizado de rehabilitación del enfermo y al desarrollo de cada fase del programa en el que se intervenga.

Colaboración de instituciones y entidades

Se fomentará activamente la participación de las Instituciones competentes en materia de salud mental y servicios sociales: Sistemas Autonómicos de Salud, Consejerías, Diputaciones, Ayuntamientos, para el desarrollo de programas conjuntos de carácter asistencial, rehabilitador y de reincorporación social.

Así mismo se impulsará colaboración de las asociaciones y entidades que trabajan con enfermos mentales para su integración en la sociedad, siendo de especial relevancia las asociaciones de familiares y amigos de enfermos mentales.

Coordinación

Para el desarrollo conjunto del programa con enfermos mentales se efectuará la coordinación necesaria entre los diferentes programas, estamentos del centro penitenciario, instituciones, otros recursos comunitarios, asociaciones y entidades.

Formación

Se desarrollarán estrategias de formación que permitan estimular la motivación y proporcionar conocimientos que mejoren y actualicen las intervenciones en materia de salud mental en centros penitenciarios.

Investigación

Se considerará como actividad prioritaria la realización de estudios periódicos para conocer la situación de la enfermedad mental en la población reclusa. En todo momento estos estudios se realizarán respetando la legislación en materia de confidencialidad y protección de datos de carácter personal.

II PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Establecidos los objetivos terapéuticos y rehabilitadores y el modelo de intervención, en el centro penitenciario se desarrollará el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), que esta compuesto por los siguientes programas:

- 1 Programa de Atención Clínica
- 2 Programa de Rehabilitación
- 3 Programa de Reincorporación Social

II.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA

En cada centro penitenciario se desarrollará el Programa de Atención Clínica a enfermos mentales cuyo objetivo está dirigido a detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental y a efectuar su derivación al Programa de Rehabilitación.

El Programa de Atención Clínica comprende tres fases:

- 1ª la dirigida a detectar internos que presenten trastornos mentales,
- 2ª la encaminada a efectuar un diagnóstico clínico e instaurar un tratamiento médico,
- 3ª y la que consiste en derivar a estos internos al Programa de Rehabilitación.

Uno de los profesionales del Equipo Sanitario del centro penitenciario efectuará las tareas de coordinación de las actividades que componen el Programa de Atención Clínica, así como con los Programas de Rehabilitación y de Reincorporación Social de enfermos mentales.

II.1.1 DETECCIÓN DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL

Objetivo

Identificar a las personas con sospecha de enfermedad mental en un centro penitenciario, ya sea en el momento de su ingreso o con posterioridad al mismo en el caso de enfermedad sobrevenida o no diagnosticada previamente.

Profesionales implicados

Todas las personas que están desarrollando su trabajo en el interior del centro penitenciario deben participar en la detección precoz de internos con posible trastorno mental.

Procedimiento de actuación

Se informará a los trabajadores del centro sobre la importancia de su participación en la detección de enfermos mentales, y se proporcionará documentación de apoyo para facilitarles esta tarea, según el **Anexo 1: detección de posible enfermedad mental**. Los casos detectados deberán ser comunicados por el trabajador correspondiente al Equipo Sanitario.

II.1.2 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO

Objetivos

- Establecer o confirmar el diagnóstico de enfermedad mental.
- Instaurar el tratamiento médico conducente a la estabilización del paciente.

Profesionales implicados

Equipo Sanitario de atención primaria del establecimiento, psiquiatra consultor y Servicio Autónomo de Salud Mental.

Procedimiento de actuación

- 1 **Ausencia de enfermedad mental:** si no se establece un diagnóstico de enfermedad mental, el interno no será incluido en el Programa, continuando el seguimiento ordinario por el personal correspondiente.

2 Diagnóstico de enfermedad mental. Dependiendo de las características o gravedad del caso, se podrá actuar con arreglo a las siguientes alternativas:

- diagnóstico, tratamiento médico y control en atención primaria,
- derivación al médico psiquiatra para diagnóstico y tratamiento,
- derivación a Unidad Hospitalaria Psiquiátrica u otro dispositivo comunitario de salud mental para diagnóstico y tratamiento.

En líneas generales en **atención primaria** se podrán desarrollar actuaciones encaminadas a:

- Diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a atención especializada en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- Atención a conductas adictivas, trastornos del comportamiento y otros trastornos mentales, y reagudizaciones en trastornos ya conocidos y, en su caso, su derivación a atención especializada.
- Seguimiento, de forma coordinada con atención especializada de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

En **atención especializada** se efectuarán los diagnósticos y la instauración de tratamientos de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo la hospitalización cuando se precise.

II.1.3 DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Objetivo

Derivación al Programa de Rehabilitación, una vez establecido el tratamiento médico y estabilizado el enfermo.

Procedimiento de actuación

Se efectuará la derivación del enfermo al Programa de Rehabilitación, proponiendo la inclusión del paciente en uno de los niveles de intervención, de acuerdo con las características clínicas y la respuesta al tratamiento farmacológico del enfermo, según se expone en el esquema siguiente.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de conductas de riesgo • Ausencia de conductas disruptivas • Ausencia de síntomas positivos • Síntomas negativos que no interfieren significativamente con la integración y funcionamiento diario 	<p style="text-align: center;">BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes)</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 1 Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos.</p>
<p>Persistencia de síntomas positivos y/o cognitivos y/o afectivos y/o negativos que interfieren parcialmente con el funcionamiento diario y la integración</p>	<p style="text-align: center;">RESPUESTA PARCIAL (Si está cualquiera de los criterios presentes)</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 2 Precisa seguimiento. Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de conductas de riesgo • Persistencia de conductas disruptivas • Síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento diario y la integración al medio 	<p style="text-align: center;">MALA RESPUESTA (Si está cualquiera de los criterios presentes)</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 3 Precisa control. Preferentemente está ingresado en enfermería</p>

Quedará constancia de la propuesta de derivación en el **Anexo 2**.

El seguimiento y/o control clínico de cada enfermo se realizará por el personal facultativo valorando si persisten o no las características del trastorno diagnosticado, así como la respuesta al tratamiento médico. La periodicidad para realizar este seguimiento será determinada en cada caso.

Los niveles de intervención no son compartimentos estanco, ya que una persona podrá pasar en función de la evolución clínica del Nivel 3 al Nivel 2 y a continuación al Nivel 1, y viceversa.

II.2 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

El Programa de Rehabilitación con enfermos mentales está dirigido a conseguir la recuperación en la medida de lo posible de las capacidades personales, aumentar la autonomía personal, la calidad de vida y la adaptación al entorno, evitando el deterioro psicosocial, la marginación y la discriminación.

Equipo de Rehabilitación

Está compuesto por los profesionales responsables de las actividades específicas en las que participan los enfermos mentales: psicólogos, educadores, maestros, trabajadores sociales, sanitarios, monitores ocupacionales, monitores deportivos, miembros de ONGs y asociaciones, etc.

Uno de los profesionales del Equipo de Rehabilitación efectuará las tareas de coordinación de las actividades que componen el Programa de Rehabilitación, así como con los Programas de Atención Clínica y de Reincorporación Social de enfermos mentales.

Internos de apoyo

En determinadas circunstancias un enfermo mental podrá necesitar el apoyo de otro interno para realizar algunas actividades que en principio puedan suponerle cierta dificultad debido a su grado de deterioro.

El interno de apoyo colaborará con el Equipo de Rehabilitación para conseguir los objetivos terapéuticos diseñados en cada caso y ayudará además al enfermo facilitando su integración, evitando posibles conductas manipulativas y abusos en general, facilitando las relaciones interpersonales del enfermo en su entorno, acompañándole en las actividades, etc.

Los internos de apoyo se seleccionarán valorando, entre otras cosas, su sensibilidad y motivación para participar en el proceso rehabilitador de personas con enfermedad mental.

Cada interno deberá recibir con anterioridad al inicio de su actividad un curso de preparación y concienciación para su tarea a través del OATPP.

El interno de apoyo deberá ser previamente aceptado por el enfermo al que va a prestar el apoyo y deberá existir entre ambos cierto grado de cordialidad y confianza.

El interno designado recibirá información suficiente por parte del coordinador del Programa de Rehabilitación respecto a las características del enfermo y del Plan Individualizado de Rehabilitación donde se reflejan los objetivos a trabajar con él, así como instrucciones concretas relativas a toma de medicación, higiene, actividades, etc.

La participación del interno de apoyo en la rehabilitación de enfermos mentales será objeto de contrato de trabajo.

Actuaciones principales

Una vez estabilizado el enfermo y derivado al Programa de Rehabilitación, las actuaciones se estructuran en 3 etapas:

- 1ª Evaluación de habilidades y discapacidades
- 2ª Elaboración del plan individualizado de rehabilitación (PIR)
- 3ª Ejecución y seguimiento

En primer lugar se procederá a efectuar una evaluación de las habilidades y discapacidades del enfermo, lo que permitirá diseñar un plan de trabajo concreto.

A continuación se elaborará para cada enfermo un plan individualizado de rehabilitación (PIR) teniendo en cuenta las características clínicas del enfermo, la calidad de respuesta al tratamiento médico y las habilidades y discapacidades. Dicho PIR comprenderá los objetivos rehabilitadores a conseguir y las actividades rehabilitadoras a desarrollar para conseguir los objetivos marcados.

Se efectuará un seguimiento clínico y rehabilitador periódico con cada enfermo incluido en el Programa de Rehabilitación, con el fin de adoptar las decisiones oportunas en función de la evaluación de su situación clínica y de su respuesta a las actividades rehabilitadoras.

II.2.1 EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES

La evaluación en rehabilitación es un proceso individualizado (atiende obligatoriamente a cada caso en concreto), continuo (debe mantenerse durante todo el proceso de rehabilitación), abierto (permite cambios sobre conclusiones obtenidas con anterioridad al proceso) y contextualizado (se realiza desde el propio medio-entorno del enfermo). A diferencia de la evaluación clínica centrada en síntomas, la evaluación en rehabilitación debe centrarse en las capacidades y discapacidades de las personas.

Objetivo

Efectuar una evaluación de las habilidades presentes y áreas deficitarias del funcionamiento psicosocial del enfermo que afecten a su autonomía personal y a su integración social.

La evaluación de habilidades presentes conlleva valorar las áreas funcionales del enfermo que le permiten realizar de forma autónoma las actividades cotidianas. La evaluación de las áreas deficitarias establece las discapacidades individuales y déficits que pueden estar impidiendo la adaptación de la persona a su entorno.

Procedimiento

En el momento de realizar la evaluación es importante efectuar el análisis abarcando las dos facetas, habilidades y déficits, ya que con frecuencia únicamente se valoran estos últimos. Hay que considerar tanto las discapacidades como las capacidades de la persona, sus conductas incompetentes como las competentes, lo que es capaz de hacer y lo que no puede hacer.

La evaluación forma parte de una estrategia global para lograr la motivación e implicación del enfermo en el proceso rehabilitador, por lo que es importante crear un ambiente donde la persona se sienta aceptada, no criticada ni censurada por su conducta. En un primer momento se debe priorizar la alianza terapéutica, a conocer con detalle el funcionamiento del individuo.

La evaluación puede realizarse a través de entrevista, observación directa, autoinformes, cuestionarios y escalas. En el **Anexo 2** figura la **escala de evaluación de habilidades y discapacidades**, que proporciona una uniformidad en la recogida de datos, facilita el diseño del plan individualizado de rehabilitación, permite evaluar los cambios en la conducta del enfermo en un tiempo dado, así como seleccionar grupos y evaluar la eficacia global del proceso de rehabilitación.

Con el Anexo 2 se puede efectuar una evaluación de habilidades y discapacidades en diferentes grados. Al estar estructurada en tres columnas se obtiene una visión esquemática y práctica de la competencia o incompetencia del enfermo, según se obtenga una predominancia de resultados en la columna izquierda (mayores habilidades y capacidades) o en la columna de la derecha (menores habilidades y capacidades).

La evaluación de las habilidades y discapacidades dirigirá los objetivos rehabilitadores a trabajar.

La aplicación de la escala puede realizarse por cualquier profesional del Equipo de Rehabilitación que deberá haber observado previamente al enfermo al menos durante una semana. Dicho profesional ayudará al usuario a describir sus problemas en términos concretos y específicos, y no vagos y generales, determinando qué conductas requieren modificación y a qué nivel.

Las habilidades y discapacidades que se evalúan en el Anexo 2 están clasificadas según grandes áreas que se describen a continuación.

Autocuidados

Hace referencia a las capacidades del enfermo para satisfacer sus necesidades en cuanto al aseo, vestido, alimentación, descanso nocturno, limpieza de la celda, cuidado de sus cosas personales; o si por el contrario precisa de alguien que en parte o en todo ayude al enfermo en alguna de esas tareas de la vida diaria.

Autonomía

El concepto de autonomía resulta básico al hablar de rehabilitación, ya que de lo que se trata es evaluar el grado de autonomía del enfermo para desenvolverse en el centro y en libertad. Es decir, si maneja de forma adecuada sus recursos, si demanda por iniciativa propia la atención de profesionales (psicólogo, educador, trabajador social, médico, etc.), o la participación en actividades (deporte, cursos ocupacionales, etc.), si se maneja para coger medios de transporte y conducirse con autonomía en caso de permiso, o para ir a centros de tratamiento comunitarios, o para ir a cursos o a trabajar; y si tiene capacidad para realizar trámites burocráticos.

Autocontrol

Se deben evaluar los factores de riesgo asociados a crisis, como la adicción a sustancias tóxicas (sustancias, frecuencia y vías de consumo), si presenta episodios de heteroagresividad (hacia otras personas, agresividad física y/o verbal), de autoagresividad (autolesiones, riesgo de suicidio), así como el grado de autocontrol o la capacidad de manejar situaciones de ansiedad o estrés, la capacidad de autorelajación, control del pensamiento, etc.

Relaciones interpersonales

Comprende una valoración de la red social del enfermo, tanto la que tiene en el establecimiento (amigos, compañero de celda, compañeros de módulo, cursos o talleres), como la existente o posible en libertad (amigos, familia, posibilidad de apoyo y acogimiento familiar); si tiene motivación e interés en participar en actividades donde entre en juego la interrelación social o si por el contrario suele estar en situación de aislamiento. En esta área también se valoran las capacidades de comunicación o habilidades sociales.

Funcionamiento cognitivo

Son elementos para evaluar esta área, la capacidad que tiene el enfermo para hablar, para iniciar conversaciones, si habla de forma inteligible, si tiene dificultades en la atención, percepción, concentración y memoria, así como la capacidad de afrontamiento personal (resolución de conflictos, dificultades y problemas, y toma de decisiones).

Medicación y tratamiento

Hace referencia a la conciencia de enfermedad que tiene el paciente, a la actitud que adopta ante el tratamiento, y a la adherencia o rechazo a la toma de medicación.

II.2.2 ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN - PIR

La información de la evaluación fundamenta el plan individualizado de rehabilitación, que especifica los cambios personales o ambientales que se deben dar para conseguir los objetivos de rehabilitación.

El PIR se elaborará teniendo en cuenta los niveles de intervención determinados previamente (según las características clínicas y la respuesta al tratamiento farmacológico), y tras la evaluación de las habilidades y discapacidades del enfermo.

En el PIR se determinarán los **objetivos** y las **actividades** a realizar para conseguirlos. Para su elaboración se deberá tener en cuenta también el tiempo previsto de permanencia del enfermo en el centro penitenciario, ya que en función del mismo se deberán determinar los objetivos prioritarios a trabajar en el establecimiento.

El PIR será elaborado entre los miembros del Equipo de Rehabilitación con la colaboración de los coordinadores de los programas de Atención Clínica y de Reincorporación Social. Así mismo, el coordinador del Programa o la persona en quien delegue para cada caso (tutor), deberá consensuarlo con el enfermo teniendo en cuenta las demandas y/o necesidades que manifieste.

Todos los miembros del Equipo de Rehabilitación conocerán los objetivos rehabilitadores de los enfermos y los trabajarán integrándolos en el desarrollo de las actividades respectivas (continuidad transversal).

II.2.2.1 OBJETIVOS REHABILITADORES

Para cada enfermo se determinarán unos objetivos que deben expresar claramente el resultado que se pretende alcanzar con el enfermo para el que se diseña la intervención. Se establecerán en función de la evaluación de sus habilidades y discapacidades.

Los objetivos que se formulen no tienen que ser definitivos, pueden estar sujetos a cambios y modificaciones en función de la evolución del enfermo.

Los objetivos que se definan deben ser:

Generales: son inespecíficos y proponen metas muy ambiciosas.

Específicos: deben ser precisos, concretos, temporizados y serán formulados en términos de conducta. A partir de ellos se elaborarán las propuestas de intervención.

A efectos prácticos se describen varios ejemplos.

Ejemplos de objetivos generales:

- Aumentar la calidad de vida, autonomía y capacidad de manejo en su entorno.
- Mejorar el autocuidado.
- Disminuir su anhedonia y falta de interés por el medio que le rodea.
- Conseguir que mejore su autocontrol hacia los demás.
- Aliviar déficits cognitivos y conseguir un nivel cultural mínimo que facilite su autonomía.
- Identificar los factores de riesgo de enfermedad mental y evitar las recaídas.
- Controlar el consumo de tóxicos.
- Controlar el riesgo de suicidio

Ejemplos de objetivos específicos:

- Conseguir que recoja y se tome la medicación diaria de forma correcta (en el plazo de un mes).
- Conseguir que sea capaz de ducharse y asearse diariamente (en el plazo de un mes).
- Lograr que habitualmente tenga la celda limpia y ordenada (en el plazo de un mes).
- Conseguir que no tenga comportamientos violentos (físicos y verbales).
- Lograr que no se produzca autolesiones.
- Ampliar el número de internos con los que establece conversaciones y realiza actividades recreativas (en el plazo de dos meses).
- Conseguir una asistencia regular a las actividades deportivas, ocupacionales y académicas asignadas (en el plazo de dos meses).
- Lograr que mantenga por iniciativa propia entrevistas periódicas con el psicólogo, educador y trabajador social.
- Manejar correctamente el peculio (en el plazo de dos meses).
- Conseguir, que pueda utilizar de forma autónoma el transporte público hasta llegar a su domicilio familiar (en el plazo de seis meses).

II.2.2.2 ACTIVIDADES REHABILITADORAS

Para obtener mejoras en la situación física, psíquica y social de los enfermos mentales es condición imprescindible, además de la compensación farmacológica, su participación en actividades de rehabilitación. Estas actividades pueden ser las comunes del establecimiento, en las que participa la población penitenciaria en su conjunto, o específicas que están dirigidas para la población con enfermedad mental.

Las actividades **específicas** de enfermos mentales son las actividades en las que participan exclusivamente estos enfermos. Pueden ser actividades comunes del centro penitenciario (deporte, talleres ocupacionales, talleres formativos, educación para la salud, salidas, etc.), o actividades que se pongan en marcha sólo para el tratamiento de enfermos mentales (prevención de recaídas, autonomía en la toma de medicación, autocontrol, psicomotricidad, etc.).

La manera de seleccionar las actividades específicas de rehabilitación que formarán parte del Programa de Rehabilitación de cada centro penitenciario, se describen en el apartado III.1 Elaboración del Programa.

Las distintas actividades que se realizan en los centros penitenciarios se pueden clasificar desde el punto de vista de la rehabilitación, en los siguientes grupos:

- Actividades de utilización del ocio, cultura y tiempo libre
- Actividades académicas
- Actividades formativo-laborales y de integración laboral
- Actividades de evitación de los efectos nocivos del internamiento prolongado y mejora de habilidades adaptativas e integración social y /familiar
- Actividades de terapia asistida con animales (TACA)
- Actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía

Estas actividades, que en conjunto son las actividades de la población general, se desarrollan en todos los centros penitenciarios en mayor o menor grado de implantación. La participación de los enfermos mentales en estas actividades, proporciona a estas personas indudables beneficios rehabilitadores, como se describe a continuación.

Las **actividades de utilización del ocio, cultura y tiempo libre** son fundamentales para trabajar objetivos rehabilitadores en enfermos mentales, ya que con su participación se pretende mejorar/compensar el deterioro asociado al devenir de la enfermedad mental, como son, pobreza afectiva, alogia (pobreza del pensamiento/lenguaje), anhedonia/insociabilidad, la abulia/apatía que se traduce en falta de persistencia en actividades, y ausencia de interés e iniciativa por lo que le rodea. Estas actividades permiten igualmente mejorar la relación interpersonal y facilitan la expresión de ideas y emociones a través de la participación grupal. De este modo se mejoran habilidades cognitivas de memoria y atención y la capacidad para experimentar placer o interés por el otro. En este tipo de actividades se incluirían:

- 1) Actividades deportivas
- 2) Animación a la lectura
- 3) Taller de cerámica
- 4) Taller de dibujo
- 5) Taller de jardinería
- 6) Taller de marquetería
- 7) Taller de musicoterapia
- 8) Taller de revista
- 9) Teatro
- 10) Yoga
- 11) Otras

Las **actividades académicas** mejoran el rendimiento cognitivo, favorecen la adquisición de valores culturales de ocupación y manejo del tiempo libre y aumentan la competencia social del interno con enfermedad mental. Estas actividades son las siguientes:

- 1) Cursos de graduado escolar, ESO y bachillerato
- 2) Informática
- 3) UNED
- 4) Otras

Las **actividades formativo-laborales y de integración laboral** permiten mejorar, además de las ya expuestas, las habilidades instrumentales que inciden en la capacidad de autonomía, capacitando a los enfermos en la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas que facilitan la integración social y mejoran su autoestima personal y competencia social y personal. En este tipo de actividades se incluirían:

- 1) Cursos del Organismo Autónomo de Trabajo y Formación para el Empleo
- 2) Talleres productivos
- 3) Otros

Las **actividades de evitación de los efectos nocivos del internamiento prolongado y mejora de habilidades adaptativas e integración social y familiar** proporcionan la adquisición y desarrollo de actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayudan a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral. Entre ellas destacan los permisos y las salidas. Las salidas pueden ser culturales, de ocio, de integración en su medio familiar, para participar en programas terapéuticos extrapenitenciarios (centros comunitarios de salud mental o asociaciones especializadas en enfermedad mental), etc. En este tipo de actividades se incluirían:

- 1) Jornadas de puertas abiertas
- 2) Permisos
- 3) Salidas culturales y de ocio
- 4) Salidas familiares
- 5) Salidas por estudio
- 6) Salidas por trabajo
- 7) Salidas para tratamiento
- 8) Otras

Las **actividades de terapia asistida con animales (TACA)** disminuyen la sintomatología negativa de la esquizofrenia y otras patologías que cursan con indiferencia afectiva, falta de empatía, desvitalización o falta de motivación; mejorando la capacidad para experimentar placer por las actividades, estado de ánimo y la capacidad de relación interpersonal. Disminuyen estados de ansiedad y mejoran la capacidad de afrontamiento al estrés.

Las **actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía**, se consideran como aquellas intervenciones terapéuticas que tratan de compensar las áreas de funcionamiento psicosocial afectadas. Dichas áreas se componen de habilidades de adaptación e integración social, como son el autocuidado, autonomía personal, autocontrol, habilidades de relación interpersonal y funcionamiento cognitivo. Entre estas actividades podemos destacar las siguientes:

- 1) Entrenamiento en habilidades cognitivas
- 2) Entrenamiento en habilidades sociales
- 3) Preparación para la salida
- 4) Programa de educación para la salud
- 5) Programa de psicomotricidad
- 6) Técnicas de autocontrol y afrontamiento de estrés
- 7) Programa de aceptación de la enfermedad y autonomía en la toma de medicación
- 8) Programa de actividades de la vida diaria
- 9) Programa de autocuidados, limpieza y aseo de celda
- 10) Otras

Gran número de estas actividades se están desarrollando en los centros penitenciarios para la población general, por lo que son actividades “comunes”, y en ellas pueden participar los enfermos mentales, bien conjuntamente con la población general, lo cual favorece la integración, o bien se pueden adaptar, reservando un espacio de tiempo, para que participen de forma exclusiva los enfermos mentales (tal y como se especifica en el apartado III.1 Elaboración del Programa).

II.2.2.3 PROCEDIMIENTO

A continuación se expone el procedimiento para asignar las actividades:

Enfermos incluidos en el NIVEL 1 (compensados, sin sintomatología que interfiera significativamente con el funcionamiento y la integración en el medio, con buena respuesta al tratamiento médico y que hacen vida normal en los módulos)

- En este nivel, en función de los objetivos determinados se incluirá a los enfermos preferentemente en “actividades comunes con población general”, pudiendo también estar en “actividades específicas de enfermos mentales” en función de su situación psicofísica y necesidades rehabilitadoras. Participando los enfermos

mentales en las actividades comunes del establecimiento, mejoran su autosuficiencia para vivir en comunidad, mejoran sus habilidades y los recursos personales, la integración en la dinámica diaria del centro, se minimiza el impacto de la enfermedad, mejoran la calidad de vida, y su capacitación para el manejo de sus discapacidades por sí mismos

- Entre las actividades comunes con población general y las específicas el enfermo estará ocupado al menos 10 horas a la semana.

Enfermos incluidos en el NIVEL 2 (parcialmente compensados, con síntomas que interfieren parcialmente con el funcionamiento y la integración en el medio, con respuesta parcial al tratamiento médico y que suelen hacer vida normal en los módulos)

- En este nivel, en función de los objetivos determinados se incluirá a los internos con enfermedad mental preferentemente en “actividades específicas de enfermos mentales”, pudiendo también estar en “actividades comunes con población general” en función de sus discapacidades.
- Entre las actividades específicas para enfermos mentales y las comunes con población general el enfermo estará ocupado al menos 10 horas a la semana.
- Se valorará la conveniencia de asignar un interno de apoyo.

Enfermos incluidos en el NIVEL 3 (descompensados, con síntomas que interfieren significativamente con el funcionamiento y la integración en el medio, o con persistencia de conductas de riesgo, con mala respuesta al tratamiento médico y que suelen estar en enfermería)

- En este nivel, en función de los objetivos determinados se incluirá a los internos en “actividades específicas de enfermos mentales”.
- Entre las actividades específicas el enfermo estará ocupado al menos 10 horas a la semana.
- Se valorará la conveniencia de asignar un interno de apoyo

El coordinador del Programa de Rehabilitación o la persona en quien delegue, será el profesional de referencia o **tutor** de ese enfermo a efectos del PIR. Una vez se haya elaborado el PIR, el tutor mantendrá una entrevista con el enfermo con el fin de transmitirle el plan en su conjunto, llegar al pacto o acuerdo terapéutico, trabajar la motivación, exponerle las actividades en las que va a participar, y resolver las dudas que pueda presentar. Quedará constancia del **plan individualizado de rehabilitación del enfermo mental, según modelo del Anexo 2**, que recoge el nivel de intervención, la evaluación de habilidades y discapacidades, los objetivos rehabilitadores, las actividades asignadas, interno de apoyo y tutor.

II.2.3 EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Periódicamente se efectuará una **evaluación multidisciplinar** del enfermo mental a efectos de valorar los cambios producidos en su **situación biopsicosocial**.

En la **situación psicosocial** del enfermo, se valorará la repercusión de las actividades rehabilitadoras en relación a los objetivos marcados. Para ello, el tutor de cada enfermo recogerá la información precisa de los profesionales responsables de las actividades comunes con población general en las que pueda estar incluido, con el objeto de conocer su grado de participación, implicación, relaciones interpersonales, etc.

Respecto a la actividades específicas, cada miembro del Equipo de Rehabilitación será responsable del correcto desarrollo de las actividades que realice con el enfermo mental, según los objetivos y pautas establecidas en cada caso.

Con carácter general se efectuará **una evaluación multidisciplinar cada mes**.

Como resultado de la nueva evaluación biopsicosocial del enfermo mental, el equipo decidirá mantener o introducir cambios en el plan individualizado de rehabilitación.

En el caso en que se plantee introducir cambios en el PIR, este nuevo PIR será elaborado entre los miembros del Equipo de Rehabilitación con la colaboración de los coordinadores de los programas de Atención Clínica y de Reincorporación Social.

Todos los miembros del Equipo de Rehabilitación conocerán los objetivos rehabilitadores, trabajándolos e integrándolos en el desarrollo de las actividades respectivas.

En todos los casos en los que haya una variación en el PIR del enfermo, como puede ser el cambio de departamento de destino, cambio de una actividad por otra, cambio de interno de apoyo o asignación del mismo, etc., el **tutor** del enfermo, mantendrá una entrevista con él para consensuar y recoger las demandas y/o necesidades que él mismo manifieste, transmitirle las variaciones del plan, trabajar la motivación y resolver las dudas que pueda presentar.

Quedará constancia del nuevo **plan individualizado de rehabilitación, según modelo del Anexo 2**.

II.3 PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

El Programa de Reincorporación Social pretende optimizar la reincorporación social de los enfermos mentales y la derivación adecuada a los recursos socio-sanitarios comunitarios.

Objetivos

- Gestionar las posibles prestaciones socio-económicas a tuvieran derecho el enfermo.
- Impulsar el soporte familiar para facilitar la reinserción social.
- Facilitar el contacto y compromiso con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración del enfermo mental en la sociedad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos los enfermos mentales que son puestos en libertad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para el cumplimiento de medida de seguridad.

Elementos intervinientes

En la reincorporación social de enfermos mentales intervienen diversos factores entre los que hay que contemplar:

- 1) la adquisición y desarrollo por parte del enfermo mental de habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden al desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.
- 2) la existencia de una red social suficiente para apoyar al enfermo mental, constituida por la familia, amigos y entidades y asociaciones.
- 3) la asistencia y seguimiento del enfermo mental en un dispositivo sociosanitario comunitario.

1) Habilidades, recursos y aprendizajes

En lo que respecta al primer factor, la adquisición y desarrollo por parte del enfermo mental de habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden al desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral, son objetivos del Programa de Rehabilitación, ya que en definitiva de lo que se trata es de mejorar la autonomía en la vida diaria, la autoestima y las relaciones interpersonales.

Estos objetivos se deberán trabajar con actividades individuales y grupales de preparación de la salida y reincorporación social, ya señaladas anteriormente, entre las que cabe destacar las salidas a la comunidad y los permisos, por medio de las cuales el enfermo puede aprender a usar el transporte público, las normas viales, gestiones administrativas,

servicios médicos (uso de tarjeta sanitaria y de los dispositivos de salud), y a utilizar recursos lúdicos (cine, paseos, excursiones).

Por tanto, lógicamente, ambos Programas, de Rehabilitación y de Reincorporación Social, están íntimamente unidos, es un continuo, aunque por cuestiones metodológicas en el PAIEM se exponen como Programas específicos.

En los casos de salidas a la comunidad y de permisos de enfermos mentales las propuestas para su concesión deberán ser realizadas conjuntamente por los Coordinadores de los Programas de Atención Clínica, Rehabilitación y Reincorporación Social de enfermos mentales.

2) Red social de apoyo

La implicación de la familia, y el apoyo de entidades y asociaciones, tanto a la familia como al propio interno, son fundamentales para facilitar la reincorporación social del enfermo. En este sentido se recogerá información acerca de:

1. Situación familiar.
2. Red de apoyo, amigos.
3. Trabajo o posibilidades de conseguirlo en la comunidad.
4. Estudios previos o posibilidades de conseguirlos en la comunidad.
5. Tratamientos en centros sociosanitarios previos.
6. Contactos con asociaciones u ONGs.
7. Si tiene o no una valoración de su minusvalía.
8. Si la familia o el propio enfermo reciben prestación económica no contributiva.

3) Derivación a recursos sociosanitarios comunitarios

La derivación del enfermo mental a un dispositivo sociosanitario comunitario, para continuar el tratamiento, asistencia y seguimiento, es una actividad fundamental para conseguir en lo posible la integración plena del enfermo en la sociedad. Las actuaciones a desarrollar serán:

- A) Posibilidad de cumplimiento en un centro adecuado fuera de la prisión (centro de día, casa hogar, piso de acogida, hospital psiquiátrico no penitenciario, etc.).

Para efectuar la derivación al recurso externo no es requisito que el enfermo haya pasado previamente por el Programa de Rehabilitación, ya que se pueden dar casos de enfermos en los que por sus características penales y penitenciarias puedan ser derivados a dispositivos comunitarios para el cumplimiento de medida de seguridad.

- B) A la salida en libertad, derivación y coordinación con el dispositivo sociosanitario comunitario, para continuar el tratamiento, asistencia y seguimiento.

Profesionales implicados

En el desarrollo de las actividades dirigidas a la adquisición y desarrollo de habilidades, recursos y aprendizajes, que forman parte de la preparación para la salida y reincorporación social del enfermo mental, participan, junto a los profesionales del trabajo social, el resto de profesionales que forman parte de los Programas de Atención Clínica y de Rehabilitación.

A los profesionales del trabajo social del centro penitenciario les corresponden preferentemente las actividades dirigidas a impulsar la red social de apoyo (gestión de prestaciones económicas, implicación de la familia, apoyo de entidades y asociaciones, etc.) y las actividades de derivación a recursos sociosanitarios comunitarios. Uno de los profesionales del trabajo social efectuará las tareas de coordinación de estas actividades, así como con los Programas de Atención Clínica y de Rehabilitación de enfermos mentales.

Es evidente la estrecha relación que deberá existir entre los tres Programas, de Atención Clínica, Rehabilitación y Reincorporación Social, que no son programas diferentes y separados, sino que están unidos formando un todo, absolutamente necesario para conseguir los objetivos del Programa de Atención Integral a enfermos Mentales – PAIEM.

III IMPLEMENTACIÓN

Este apartado comprende una descripción de los procedimientos organizativos del Programa en los centros penitenciarios, en lo referente a su elaboración, coordinación, seguimiento y evaluación, haciendo referencia a la necesaria implicación de todos los estamentos del establecimiento.

III.1 ELABORACIÓN DEL PROGRAMA (PAIEM) ADAPTÁNDOLO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

Se constituirá una **Comisión del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)**, presidida por el Director y de la que formarán parte, en un principio, el Subdirector Médico/Jefe de los Servicios Médicos y el Subdirector de Tratamiento.

Esta Comisión será la encargada de diseñar el PAIEM de su centro, adaptando este Programa Marco a sus necesidades y características propias.

Dicha Comisión deberá recoger información sobre las necesidades y recursos de su centro: porcentaje estimado de enfermos mentales, relación de recursos humanos y actividades existentes (que se clasificarán según los grupos expuestos en el apartado *II.2.2.2, Actividades Rehabilitadoras*).

Unos profesionales clave del Programa son los **coordinadores**. Para continuar con la elaboración y puesta en marcha del PAIEM, la Comisión seleccionará los tres coordinadores de los Programas de Atención Clínica, Rehabilitación y Reincorporación Social, entrando a formar parte de la Comisión.

La Comisión seleccionará de entre las actividades existentes en el centro, todas aquellas que considere adecuadas para el PAIEM, teniendo en cuenta el interés de las mismas para lograr los objetivos del Programa, así como la disponibilidad, motivación y características del profesional encargado de cada una de ellas. Cada centro pondrá en marcha, además, todas aquellas actividades específicas para la atención de los enfermos mentales que considere necesarias.

La Comisión realizará una **distribución de los recursos, espacios y tiempos**, para organizar las actividades rehabilitadoras según sus características y el número de internos con enfermedad mental. Por ejemplo, si se ha considerado adecuado seleccionar la actividad deportiva y su monitor para que formen parte del Programa, se deberá destinar un espacio de tiempo de la jornada laboral habitual para que el monitor organice la actividad deportiva con el grupo de enfermos mentales. De la misma forma, cualquier otro profesional que lleve a cabo una actividad específicamente diseñada para el Programa, deberá reservar una parte de su jornada para llevar a cabo dicha actividad con el grupo de enfermos.

Como conclusión, formarán parte del PAIEM las actividades seleccionadas de entre las actividades ya existentes en el centro, así como aquellas otras que puedan desarrollarse para trabajar alguno de los objetivos del Programa.

III.2 COORDINACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El desarrollo eficaz del PAIEM requiere una coordinación entre los diferentes elementos que lo constituyen y un seguimiento y evaluación, tanto de las actividades correspondientes, como de los Programas.

III.2.1 ACTIVIDADES

El correcto desarrollo de cada actividad será responsabilidad del profesional que la dirige. Cada profesional que forma parte del PAIEM reservará una parte de su jornada laboral normal para trabajar específicamente con los enfermos mentales asignados a esa actividad, debiendo trabajar coordinadamente con el resto de integrantes de su Programa.

Efectuará un seguimiento y evaluación de los internos con enfermedad mental que están incluidos en su actividad. También efectuará una evaluación cuantitativa por medio de las Fichas de evaluación del PAIEM, según modelos del Anexo 3.

III.2.2 PROGRAMA

Los profesionales del Programa mantendrán reuniones de trabajo con carácter mensual con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de los internos con enfermedad mental que están incluidos en el mismo, analizar las novedades e incidencias que se produzcan y adoptar las decisiones que correspondan.

Se efectuará también una evaluación cuantitativa de cada Programa, por medio de las Fichas de evaluación del PAIEM, según modelos del Anexo 3.

La **Comisión del PAIEM** efectuará la coordinación, seguimiento y evaluación del Programa, así como el impulso y dirección de todas las acciones encaminadas al desarrollo eficaz del PAIEM en el centro, entre las que cabe destacar:

- Determinar las prioridades en materia de atención clínica, rehabilitación y reincorporación social de enfermos mentales, en función de las características y necesidades de la población.
- Supervisar el diseño, ejecución y evaluación de los Programas, adoptando las resoluciones que procedan para ajustar las disfunciones que se produzcan.
- Establecer la organización y coordinación de los recursos materiales (despachos, aulas, talleres, módulos, etc.) y recursos humanos para el desarrollo de los Programas y actividades.

- Facilitar e impulsar el trabajo conjunto de los tres coordinadores de los Programas,
- Facilitar la organización y distribución del trabajo entre los profesionales que forman parte del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales.
- Impulsar y supervisar la accesibilidad de los internos con enfermedad mental a las actividades propias de cada Programa.
- Introducir nuevas actividades y profesionales al PAIEM en función de la disponibilidad de las mismas y las necesidades de atención detectadas.
- Conocer la situación del conjunto de Programas que componen el PAIEM (recursos, enfermos y actividades), coordinar la recogida de información a través de los registros de actividad (anexo 3) y efectuar la evaluación global, remitiendo los datos a la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y a la Subdirección General de Tratamiento, con la periodicidad que se determine.
- Trasladar, en su caso, los acuerdos adoptados al Consejo de Dirección y a la Junta de Tratamiento.
- Supervisar y coordinar el plan formativo de los profesionales.
- Efectuar las reuniones necesarias para analizar y evaluar el desarrollo de los Programas del PAIEM, debiendo realizar formalmente al menos una reunión trimestral.
- Establecer relaciones institucionales y con ONGs en el ámbito de la Salud Mental.

ANEXO 1

Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

DETECCIÓN DE POSIBLE ENFERMEDAD MENTAL

Si detecta que algún interno tiene alguna de las características que figuran a continuación se ruega lo ponga en conocimiento del Equipo Sanitario.

- ✓ Manifestar que percibe o escucha cosas que los demás no son capaces de experimentar (“voces que le hablan”).
- ✓ Un sentido de sí mismo exageradamente engrandecido (“creer tener habilidades especiales” o “haber hecho grandes descubrimientos”, etc.).
- ✓ Lenguaje incoherente o disgregado o escasamente comprensible.
- ✓ Manifestar conductas extrañas sin sentido aparente o desorganizado.
- ✓ Apariencia extraña, mímica y contacto interpersonal fuera de la normalidad, por ausencia o por exceso.
- ✓ Elevada impulsividad, apenas puede estar quieto, se enfada, amenaza o se irrita con enorme facilidad. No se adapta a la vida de los módulos.
- ✓ Grave deterioro en el cuidado personal: aseo y celda.
- ✓ Haber cumplido una medida de seguridad en Centro Especial.
- ✓ Historial de tratamiento psiquiátrico o de ingresos en unidades psiquiátricas de hospitalización.
- ✓ Informes de fuentes externas o familiares que revelen tratamiento psiquiátrico más o menos prolongado en el tiempo.
- ✓ Recibir prestación económica o algún tipo de pensión por tener reconocida algún tipo de minusvalía psíquica.

ANEXO 2 (anverso)

Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

Centro Penitenciario:	
Nombre y apellidos del interno:	
Módulo:	Fecha

NIVEL DE INTERVENCIÓN:	<input type="checkbox"/> Nivel 1 <input type="checkbox"/> Nivel 2 <input type="checkbox"/> Nivel 3
-------------------------------	--

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES			
1.- Autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> • higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse) • higiene de la celda • hábitos de alimentación • cuidado de sus cosas personales 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
2.- Autonomía personal: <ul style="list-style-type: none"> • manejo de peculio • utilización de los recursos del centro <ul style="list-style-type: none"> - profesionales - actividades • autonomía en libertad <ul style="list-style-type: none"> - para coger transportes - para ir al trabajo o a consulta médica • capacidad para realizar trámites burocráticos 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
3.- Autocontrol: <ul style="list-style-type: none"> • manejo de situaciones de ansiedad o estrés • heteroagresividad (física y/o verbal) • autolesiones • riesgo de suicidio • adicciones 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual
4.- Relaciones interpersonales: <ul style="list-style-type: none"> • red social en el centro (amigos, compañeros) • red social en libertad (familia, amigos) • interés para participar en actividades grupales • aislamiento 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual
5.- Funcionamiento cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> • capacidad para hablar • claridad del habla • capacidad para iniciar conversaciones • capacidad de atención y percepción • capacidad en la resolución de problemas 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
6.- Medicación y tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • conciencia de enfermedad • actitud ante el tratamiento • responsabilidad en la toma de medicación 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente

ANEXO 2 (reverso)
Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

Nombre y apellidos del interno:

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION - PIR

1.- OBJETIVOS

GENERALES:

ESPECÍFICOS (concretos, priorizados, temporizados y formulados en términos de conducta):

2.- ACTIVIDADES

	DENOMINACIÓN	PROFESIONAL	HORAS-SEMANA
ACTIVIDAD Nº 1			
ACTIVIDAD Nº 2			
ACTIVIDAD Nº 3			
ACTIVIDAD Nº 4			
TOTAL HORAS-SEMANA			

3.- INTERNO DE APOYO: NO
 Sí → Nombre y apellidos

3.- SEGUIMIENTO: TUTOR:
Fecha de la próxima evaluación multidisciplinar:

En, a de de

Fdo.: El Coordinador del
Programa de Rehabilitación

ANEXO 3

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	1 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO

1.- PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA

1.1.- COORDINADOR / A DEL PROGRAMA

Nombre y apellidos	
Profesión	

1.2.- PREVALENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL

INTERNOS PRESENTES EN EL CENTRO A FECHA 31 DE DICIEMBRE CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
Nº INTERNOS CON UNO O MÁS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL			
TRASTORNOS PSICÓTICOS			
TRASTORNOS AFECTIVOS			
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD *			
PATOLOGÍA DUAL *			
OTROS DIAGNÓSTICOS **			

* Trastornos de la personalidad y patología dual: reflejar sólo el número de casos con diagnóstico psiquiátrico y que reciben tratamiento farmacológico.

** Otros diagnósticos: No considerar entre ellos las toxicomanías.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

2 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

2.1.- COORDINADOR / A DEL PROGRAMA

Nombre y apellidos	
Profesión	

2.2.- COBERTURA

Señalar el número de internos con enfermedad mental que están incluidos en el Programa de Rehabilitación, según los Niveles de Intervención, a fecha 31 de diciembre.

INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL PRESENTES EN EL PROGRAMA A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
INTERNOS EN NIVEL 1			
INTERNOS EN NIVEL 2			
INTERNOS EN NIVEL 3			
TOTAL INTERNOS EN PROGRAMA			

2.3.- ACTIVIDADES

Se recogerán todos los datos de participación de los internos con enfermedad mental en las distintas actividades, excluyendo los permisos y las salidas a la comunidad que se recogen en el apartado del Programa de Reincorporación Social.

Se deberá remitir de forma separada la información de cada actividad, utilizando para ello el número de tablas que sean necesarias.

Un mismo profesional podrá intervenir en varias actividades (p. e. educación para la salud, actividades deportivas, técnicas de autocontrol y afrontamiento al estrés), debiendo reflejar esta información en la tabla correspondiente.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

3 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**A) ACTIVIDADES EN LAS QUE LOS ENFERMOS PARTICIPAN
CONJUNTAMENTE CON LA POBLACIÓN GENERAL**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *		
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *		
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *		
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

4 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

B) ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPAN SÓLO ENFERMOS MENTALES

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
Nº DE DÍAS Y HORAS SEMANA EN LAS QUE SE REALIZA LA ACTIVIDAD SÓLO CON ENFERMOS MENTALES												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS						PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
Nº DE DÍAS Y HORAS SEMANA EN LAS QUE SE REALIZA LA ACTIVIDAD SÓLO CON ENFERMOS MENTALES												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS						PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
Nº DE DÍAS Y HORAS SEMANA EN LAS QUE SE REALIZA LA ACTIVIDAD SÓLO CON ENFERMOS MENTALES												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS						PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

5 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO

3.- PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

3.1.- COORDINADOR / A DEL PROGRAMA

Nombre y apellidos	
Profesión	

3.2.- ACTIVIDADES

A) MINUSVALÍA PSÍQUICA ACREDITADA

CASOS NUEVOS DE INTERNOS QUE HAN ACREDITADO SU CONDICIÓN DE MINUSVALÍA PSÍQUICA													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

INTERNOS CON CERTIFICADO DE MINUSVALÍA PSÍQUICA PRESENTES EN EL CENTRO A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
NÚMERO DE INTERNOS			

B) SALIDAS A LA COMUNIDAD

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han participado en salidas a la comunidad según modalidad.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SALIDAS CULTURALES Y OCIO													
SALIDAS FAMILIARES													
SALIDAS POR ESTUDIO													
SALIDAS POR TRABAJO													
SALIDAS PARA TRATAMIENTO*													

* Indicar las salidas para tratamiento a un centro de día o similar.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

6 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO

3.- PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

C) PERMISOS TERAPÉUTICOS

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han salido de permiso terapéutico.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

D) DERIVACIONES A CENTROS COMUNITARIOS

Informar los casos de internos con enfermedad mental que acceden a un **centro comunitario para continuar la asistencia y tratamiento**, según la situación penal-penitenciaria:

- Medida de seguridad de **internamiento** en centro psiquiátrico **no penitenciario**, conforme al artículo 101 del Código Penal.
- Medida de seguridad de sumisión a **tratamiento externo** en centro médico o establecimiento de carácter socio-sanitario, conforme al artículo 105.1.a) del Código Penal.
- Libertad con derivación a Centro Socio-Sanitario de las CC.AA.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO NO PENITENCIARIO													
TRATAMIENTO EXTERNO EN CENTRO MÉDICO O SOCIOSANITARIO													
LIBERTAD CON DERIVACIÓN A CENTRO SOCIOSANITARIO DE LAS CC.AA.													

3.3.- ONGs - ENTIDADES

Aportar los datos relativos a las ONGs-Entidades que forman parte de la red social en la comunidad, de apoyo a enfermos y a sus familiares, y que intervienen de forma activa en el desarrollo del Programa.

NOMBRE DE LA ONG - ENTIDAD

