

Sanidad y Tratamiento
Penitenciario



PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL DE
INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

PROTOCOLO

DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL

AUTORES

Alicia Abad (INTRESS)

José Manuel Arroyo (SG Coordinación de Sanidad Penitenciaria)

Ana Cotado (UNAD)

Josefina García (SG de Tratamiento y Gestión Penitenciaria)

Pilar Gómez (SG Coordinación de Sanidad Penitenciaria)

Juan Jesús Hernández (Cruz Roja)

Jose M^a López (Fundación Manantial)

Carmen Martínez (SG de Tratamiento y Gestión Penitenciaria)

Carmen Martínez de Toda (Pastoral Penitenciaria)

Florencia Pozuelo (SG de Tratamiento y Gestión Penitenciaria)

Jacinto Roderó (SG Coordinación de Sanidad Penitenciaria)

Alfredo Ruiz (SG de Tratamiento y Gestión Penitenciaria)

Francisco Sánchez (SG de Tratamiento y Gestión Penitenciaria)

Julián Sanz (SG Coordinación de Sanidad Penitenciaria)

Henar L. Senovilla (Fundación Atenea Grupo GID)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y EXPOSICIÓN DE MOTIVOS
2. MARCO LEGAL
3. OBJETIVOS
4. MODELO Y ELEMENTOS CLAVES DE LA INTERVENCIÓN
 - 4.1. MODELO DE INTERVENCIÓN
 - 4.2. ELEMENTOS CLAVES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN
5. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
 - 5.1. FASES DE INTERVENCIÓN
 - 5.2. RECURSOS HUMANOS
 - 5.3. RECURSOS MATERIALES
 - 5.4. CRITERIOS PARA LA ADMISIÓN DE USUARIOS EN EL PROGRAMA
6. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN EL CENTRO
7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
8. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN Y EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En el tratamiento de la enfermedad mental una parte fundamental es el adecuado seguimiento de su evolución. En el caso de personas con trastorno mental grave sometidas a un proceso judicial que terminan su periodo de privación de libertad, asegurar una adecuada derivación a un recurso asistencial de la comunidad se convierte en una obligación ineludible. Esta obligación afecta a todas las administraciones concernidas entre las que se encuentra la Institución Penitenciaria, principalmente por las siguientes razones:

1. Permite el cumplimiento del mandato legal de equidad que obliga a la administración a prestar la misma atención a todos los ciudadanos sin discriminarlos por estar sujetos a procesos judiciales.
2. Asegura la minimización del riesgo de reincidencia, al evitar que se reproduzcan las circunstancias clínicas que facilitaron la conducta delictiva del enfermo.
3. Es una mejora en Salud Pública para la comunidad, al aportar mayor salud a colectivos sociales tradicionalmente marginales, con peor acceso a los recursos asistenciales y por tanto con mayor riesgo de enfermedad.

En la mayor parte de los países de la Unión Europea no existe un protocolo de seguimiento obligatorio en la derivación de este tipo de enfermos. Solamente siete de los veintiocho estados miembros de la Unión Europea tienen programas específicos de preparación para la salida de prisión y seguimiento de los enfermos en los recursos comunitarios¹.

El Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en los centros penitenciarios (PAIEM)² contempla en su fase final una serie de actuaciones para preparar la correcta derivación del enfermo desde la prisión a la comunidad. La evaluación realizada sobre el funcionamiento y resultados obtenidos por el programa ha puesto de manifiesto que a pesar de que la preparación para la salida en libertad de los enfermos se efectúa en la mayoría de los centros con la documentación y la antelación adecuadas, sólo un tercio son derivados con éxito a los recursos comunitarios que necesitan.

En la reincorporación social de estos enfermos las herramientas más utilizadas son los permisos, siendo muy reducidas otro tipo de salidas como las culturales, de ocio y para tratamiento y casi testimoniales las salidas familiares, así como para formación y para trabajo. La utilización deficitaria de estas medidas reglamentarias, de indudable valor terapéutico, dificultan enormemente la reinserción al no establecerse los contactos previos con la familia, con los centros comunitarios de salud mental y con las instituciones y entidades de acogida. Esto dificulta la continuidad de cuidados una vez que son excarcelados.

Esta evaluación ha evidenciado la necesidad de poner en marcha una nueva actuación que permita mejorar los resultados obtenidos en la fase de reincorporación del PAIEM³.

El Programa Puente de Mediación Social que se describe en este documento va encaminado a consolidar un equipo multidisciplinar que trabaje desde los Centros de Inserción Social (CIS). El objetivo principal de este equipo es coordinar a las diferentes administraciones implicadas para que el enfermo mental, sobre el que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial, tenga disponibles todos los recursos a los que tiene derecho para continuar su recuperación fuera de la institución penitenciaria. Este equipo de profesionales constituirá lo que se denomina la Unidad Puente, que trabajará desde los CIS para facilitar una adecuada derivación de los enfermos mentales.

La adecuada derivación de los enfermos mentales sometidos a un proceso judicial se debe basar en una serie de recomendaciones presentes en las fuentes documentales consultadas:

- La derivación de los enfermos hacia los recursos que necesitan para mejorar su salud mental debe hacerse lo antes posible en cada uno de los momentos procesales. Para ello es necesario que se establezca una adecuada coordinación entre el Ministerio de Interior, la Administración de Justicia y los Servicios Socio Asistenciales de la comunidad, además de contar con las entidades especializadas del Tercer Sector que son profundas conocedoras de la situación sobre el terreno desde el punto de vista de los usuarios. El resultado será una menor reincidencia y, por tanto, una intervención más coste-efectiva en términos sociales y económicos.^{4 5 6}
- Es preciso establecer un programa individualizado de derivación con cada enfermo, capaz de resolver las múltiples necesidades jurídicas, sociales, físicas y mentales que estos enfermos presentan muy a menudo, tanto de manera concurrente como sucesiva, a lo largo de su proceso asistencial.⁷
- Debe ser un equipo multidisciplinar el que aborde el plan individualizado de actuación postpenitenciaria de la persona con enfermedad mental, capaz de dar respuesta a cada necesidad terapéutica con la máxima flexibilidad y agilidad. Debe realizarse un seguimiento estrecho de la intervención y es indispensable la figura de un tutor que se responsabilice del acompañamiento del enfermo y de la supervisión de los avances o retrocesos durante su proceso asistencial. El tutor debe ser capaz de mediar entre el enfermo y todas las administraciones y agentes sociales involucrados durante la reinserción del enfermo.⁸
- Dentro de este equipo, el Tercer Sector es uno de los componentes más valiosos. Las entidades que trabajan con personas con trastornos mentales tienen la facultad de mediar entre las diferentes administraciones representando el punto de vista del usuario.⁹
- Debe existir un sistema de intercambio de información ágil y suficiente entre las instituciones encargadas de la atención de los enfermos sometidos al plan individualizado de actuación. Los responsables del plan deben conocer en todo momento la evolución del enfermo respecto

a los objetivos marcados para poder actuar en consecuencia especialmente si existen razones por parte del enfermo de riesgo de conductas no deseables para la adecuada evolución de su recuperación

10 11 12

En junio de 2010 se puso en marcha un programa piloto, con el equipo de profesionales del Centro de Inserción Social Victoria Kent de Madrid y la Fundación Manantial, para comprobar la viabilidad y efectos de una actuación que tenía como objetivo la mediación social comunitaria con enfermos mentales a punto de acceder al tercer grado. Durante tres años se han monitorizado estas actuaciones que han seguido las orientaciones descritas más arriba, dando lugar a mejoras en las tasas de derivación adecuada de este tipo de internos así como otros efectos beneficiosos de esa labor de mediación. En parte como consecuencia de este trabajo, se aprobó hace unos meses en la Comunidad de Madrid un protocolo de derivación de enfermos judicializados a los recursos socio-asistenciales de la comunidad, que incluye medidas a adoptar por parte de la Administración Penitenciaria, los juzgados y los servicios de salud mental de la propia comunidad autónoma.

La mejora en los procesos de derivación que reclama la evaluación del PAIEM, que se concreta en el PAIEM Renovado, junto a las recomendaciones recogidas en la literatura y el resultado del pilotaje en el CIS Victoria Kent, justifican la creación en el resto de los CIS de un dispositivo similar al que se ha pilotado hasta ahora.

El trabajo con estos internos desde los CIS por parte de un equipo multidisciplinar específicamente dedicado a la rehabilitación de los enfermos mentales clasificados en tercer grado, va a propiciar la utilización de mayores medidas favorecedoras de la reincorporación social y podría orientar a las autoridades competentes para el cumplimiento de medidas alternativas a prisión.

Este recurso al que llamamos Programa Puente, nace con el fin de coordinar e intercambiar información relevante entre los responsables de las diferentes administraciones concernidas en la rehabilitación de los enfermos mentales sometidos a responsabilidades judiciales. En este equipo, el Tercer Sector es esencial, trabajando junto con el resto de profesionales del centro, dentro de un modelo de “gestión centralizada de casos” que permita tanto la tutorización y acompañamiento del enfermo durante su proceso de integración en los recursos de la comunidad, como la asesoría e información a los tribunales de los que dependen para facilitar la intervención de la Administración de Justicia en todo el proceso.

2. MARCO LEGAL

La creación y puesta en marcha de este recurso es una necesidad que tiene un amplio respaldo legal en nuestro ordenamiento jurídico.

Son muchas las normas que conciernen y amparan la implantación de esta Unidad Puente. Recogemos normas básicas en el ámbito penitenciario pero

también normas esenciales en el campo de la salud mental en el panorama nacional e internacional, que han sido decisivas para el desarrollo de recursos en la atención a personas con problemas de salud mental, para el tratamiento y atención a las mismas dentro y fuera del ámbito penitenciario. Normas que han influido en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, en la puesta en marcha de nuevos dispositivos de atención, en la organización de servicios, en prevención de trastornos mentales y en su identificación temprana, entre otros temas.

Sin ánimo de ser exhaustivos, citaremos las normas fundamentales siguiendo un orden cronológico:

- La **Declaración de los Derechos Humanos** de la ONU de 1948: el punto de partida del modelo de atención a personas con enfermedad mental es la consideración de los derechos humanos y la dignidad de las personas recogida en esta Declaración.
- La **Constitución Española** de 1978, que en sus artículos 25 y 43 orienta el cumplimiento de las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad a la reeducación y reinserción social de los penados garantizándoles el disfrute de los derechos fundamentales salvo en lo que se encuentren limitados por el sentido del fallo condenatorio o la ley penitenciaria, derechos fundamentales entre los que se encuentra el derecho a la protección de la salud.
- La **Ley Orgánica 1/1979 General Penitenciaria** de 26 de septiembre, que a lo largo de su articulado desarrolla diversos preceptos concernientes al tema que nos ocupa:
 - El artículo 3.4 determina que la Administración Penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.
 - En sus artículos 59 y ss desarrolla el tratamiento penitenciario como el conjunto de actividades directamente dirigidas a conseguir la reinserción de los penados, que se inspira en una serie de principios. Asigna las tareas correspondientes a equipos cualificados de especialistas (artículo 69.1) pudiéndose solicitar la colaboración y participación de los ciudadanos y de instituciones o asociaciones públicas o privadas ocupadas en la resocialización de los reclusos (artículo 69.2).
 - Consagra en su artículo 72 el principio de individualización científica en la ejecución de las penas privativas de libertad, principio que, entre otras cuestiones, determina que “en ningún caso se mantendrá a un interno en un grado inferior cuando por la evolución de su tratamiento se haga merecedor de la progresión”. Muchos de los internos que se encuentran en el PAIEM, por sus características personales y por la falta de recursos o apoyo externos, ve limitada en ocasiones el acceso a tercer grado. La Unidad Puente puede facilitar el cumplimiento de este precepto.

- **El Modelo de Enfermedad y Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud** (OMS, 1980 y 2001) con las conceptualizaciones sobre la salud y la discapacidad, han sido un campo de trabajo de los profesionales de la salud a nivel teórico y tiene consecuencias para el diseño e implementación de las intervenciones terapéuticas. La OMS se propuso revisar y reformular ese modelo, creando así la CIDDM 2, en 2001, con el título “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, (CIF)*.

Con esta nueva edición, la OMS adaptó un nuevo modelo conceptual y sistema clasificatorio hacia los procesos de salud-enfermedad basado ahora en el funcionamiento que se concibe como un concepto global en este nuevo paradigma e incluye tres subcomponentes: las estructuras y funciones corporales, la actividad y la participación. La rehabilitación psicosocial se entiende cómo “el apoyo y el acompañamiento a las personas y sus familiares en el proceso de recuperación del impacto producido por un trastorno mental grave”

- **La Ley 14/1986 General de Sanidad** de 25 de abril que, según recoge el Preámbulo, supone la creación de un Sistema Nacional de Salud que se concibe como el conjunto de servicios de Salud de las CCAA convenientemente coordinados así como la unificación de toda la red pública asistencial en materia sanitaria.
- **La Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal** de 23 de noviembre, ley que ha sido reformada en múltiples ocasiones y a la que haremos referencia más adelante por las modificaciones que introducen algunas de estas reformas en el Título IV relativo a las Medidas de Seguridad.
- El Real Decreto 190/1996 por el que se aprueba **el Reglamento Penitenciario** de 9 de febrero, de desarrollo y ejecución de la Ley Orgánica General Penitenciaria, operando una reforma completa de la normativa reglamentaria de 1981. Esta reforma suponía una necesidad por diversas razones. Entre estas razones estaba la entrada en vigor de leyes básicas reguladoras de varios sectores, entre los que se encontraba el sanitario.

La aparición de la Ley de Sanidad ya citada obligaba a una reforma y adaptación de muchos de los preceptos anteriores. La Administración Penitenciaria no podía hacer frente por sí sola a las prestaciones que una concepción integral de la salud implica. A este respecto se hacía necesario “articular cauces de colaboración basados en un principio de corresponsabilidad entre la Administración Penitenciaria y las Administraciones sanitarias competentes para hacer efectivo el principio de universalización de la asistencia, garantizándose unos niveles óptimos de utilización de los recursos y el derecho efectivo a la protección de la salud de los internos ajustado a una asistencia

* OMS(2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

integrada, a la promoción y a la prevención, equidad y superación de las desigualdades”.

- La regulación de la prestación sanitaria se recoge en los artículos 207 a 226.
 - Por otro lado, dentro del Título V dedicado al Tratamiento Penitenciario, se desarrollan las actividades y programas que pueden llevarse a cabo tanto en el interior como fuera de los centros, regulándose la posibilidad de organizar salidas programadas para la realización de actividades específicas de tratamiento.
 - Se regulan formas especiales de ejecución (artículos 168 a 191) entre las que se encuentran los Centros de Inserción Social, destinados al cumplimiento de penas privativas de libertad en régimen abierto, al seguimiento de otras penas no privativas de libertad y al seguimiento de los liberados condicionales que tengan adscritos. Los principios rectores de la actividad en estos centros son: los de integración en la vida familiar, social y laboral del interno y el de coordinación con cuantos organismos e instituciones públicas o privadas actúen en la atención y reinserción de estos internos, prestando especial atención a la utilización de recursos sociales externos (artículo 164. 2).
 - Por último, señalar la orientación de apertura de las prisiones a la sociedad, ya recogida en la Ley General Penitenciaria, favoreciéndose decididamente la colaboración de entidades públicas y privadas dedicadas a la asistencia de los reclusos (artículo 62).
- **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 - **La Ley Orgánica 15 /2003**, de 25 de noviembre y **La Ley Orgánica 5/2010**, de 22 de Junio, ambas de **reforma del Código Penal**, introducen una serie de modificaciones en el Título IV de las Medidas de Seguridad y regula la medida de libertad vigilada que puede imponerse tras el cumplimiento de una pena privativa de libertad o de una medida de seguridad.

En los últimos años ha habido un incremento en los centros penitenciarios de régimen ordinario de internos condenados a penas y medidas de seguridad. Los internos susceptibles de ser usuarios del PAIEM en ocasiones pueden ser considerados semiimputables y aplicárseles una medida de seguridad privativa de libertad.

- **La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de diciembre de 2006** en la Sede de las Naciones Unidas es también un documento básico a tener en cuenta.

- **El Real Decreto Legislativo 1/2013**, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la **Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social**.

Este Texto reviste gran importancia ya que por primera vez unifica toda la normativa existente en la materia y responde a una demanda histórica de las personas con discapacidad y sus familias que garantizará que la discapacidad esté contemplada en todas las actuaciones políticas y por todas las Administraciones. Este Real Decreto Legislativo ha integrado en una sola norma la Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad (LISMI), de 1982; la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, de 2003, y la Ley por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, de 2007. En su elaboración han participado distintas organizaciones del sector, en especial el CERMI.

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Hasta ahora la intervención con personas con enfermedad mental se realizaba principalmente durante su permanencia en el régimen ordinario, empleándose menos recursos para su atención en régimen de semilibertad. Es importante conseguir una continuidad asistencial durante todo el recorrido penitenciario del usuario a fin de dar respuesta en cada momento temporal a sus necesidades.

Debe existir una continuación en la intervención que han recibido estos pacientes en los centros penitenciarios dentro del Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) y esta requiere ser promovida en las Unidades Puente de los CIS de una forma específica.

Para favorecer la derivación adecuada de estos enfermos es preciso crear una red entre los servicios socioasistenciales de salud mental de las Comunidades Autónomas (CCAA), los Juzgados y la Administración Penitenciaria, mediante una labor de mediación social en la que el tercer sector tiene un papel fundamental.

El Programa Puente debe servir de nexo de unión entre la institución penitenciaria y las redes de salud mental comunitaria para potenciar la reincorporación y derivación de las personas con enfermedad mental a los recursos sociosanitarios comunitarios.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general de este programa es facilitar y desarrollar un proceso de reinserción en la comunidad para las personas con enfermedad mental que se encuentran en régimen abierto en

cualquiera de sus modalidades abarcando también el periodo de libertad condicional.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Como objetivos específicos podemos destacar los siguientes:

- Ofrecer una mediación y coordinación entre el ámbito penitenciario, los recursos de salud mental comunitarios y los juzgados, con un acompañamiento y seguimiento individualizado de los enfermos que estén cumpliendo una condena.
- Mejorar la vinculación y adherencia con la red de recursos de Salud Mental en la comunidad para una derivación a los Servicios Sociales especializados residenciales y de rehabilitación psicosocial de estos enfermos.
- Realizar la derivación de la intervención con estas personas a través de las entidades del Tercer Sector e incrementar su participación.
- Facilitar la mediación para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de la familia.
- Evitar situaciones de riesgo de institucionalización, de exclusión social y de reincidencias en delitos.
- Promover el acceso a la formación e integración laboral de estas personas

4. MODELO Y ELEMENTOS CLAVE DE LA INTERVENCIÓN

4.1. MODELO DE INTERVENCIÓN

En el Programa Puente de Mediación Social en los CIS la intervención con personas con Trastorno Mental Grave (TMG) está basada en los siguientes modelos teóricos de intervención:

4.1.1. El modelo de vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977).

Este modelo ha sido y es un referente en el trabajo de rehabilitación de personas con trastorno mental grave y duradero. Con él, se desmonta la idea de que la persona puede tener una “enfermedad incurable” y se redefine el problema desde una visión más optimista y esperanzadora. Rescata la parte sana de la persona y la empieza a alejar del rol de persona “enferma”. La persona con un trastorno mental grave debe empezar a tener un papel más activo en la evolución de su trastorno, comenzando a tener más afinidad con orientaciones más enfocadas en la persona.

4.1.2. Modelo Comunitario.

Este modelo cambia el foco de la salud y la enfermedad de la dimensión individual a la social.

La salud mental comunitaria representa algo más que un cambio de técnicas. Implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de los profesionales y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten.

Del modelo comunitario se deriva la absoluta necesidad de trabajar con y para el entorno de la persona y el concebir a la persona y a su familia como interdependiente de su entorno del modelo comunitario. Además, hace imprescindible trabajar con la comunidad para posibilitar la mejor integración posible de estas personas y sensibilizarla sobre el estigma asociado a la enfermedad mental y la prisión.

4.1.3. Modelo de Recuperación

En los últimos años, la atención a la salud mental basada en el modelo comunitario se ha visto beneficiada por la perspectiva de la recuperación, que supone una apuesta decidida por poner a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal.

Existen al menos cuatro valores clave que sostienen el proceso de recuperación y que surgen recurrentemente en la bibliografía acerca de la recuperación y de las experiencias de los propios afectados

Estos valores se pueden resumir en:

- Orientación hacia la persona
- Implicación de la persona
- Autodeterminación
- Esperanza / Potencial para crecer

4.1.4. Modelo de Competencia

Tres objetivos de intervención plantea este modelo para reducir la incidencia de los problemas de salud:

- Optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales.
- Optimizar las redes y sistemas de apoyo natural.
- Optimizar igualmente el sistema de apoyo profesional en su función de ayuda, haciéndolo más accesible y competente.

Estos cuatro grandes modelos son los que orientan la atención y la intervención, siendo la teoría del aprendizaje la principal fuente de técnicas para promover cambios en las personas atendidas.

Estos modelos pueden complementarse o desarrollarse con otros modelos o líneas de intervención que pueden ser útiles para avanzar. Así,

conceptualizaciones como el modelo de calidad de vida, el modelo asertivo-comunitario y el modelo de acompañamiento terapéutico, el modelo de gestión de casos, los modelos de “empowerment”, la psicología positiva, la resiliencia, los modelos de superación del trauma, etc. pueden también ayudar a orientar la intervención.

En los CIS servirán de base los modelos teóricos de intervención anteriores para promover la inserción social de estos usuarios con la utilización óptima de los recursos comunitarios mediante dos pilares esenciales:

- La continuidad de cuidados sociosanitarios
- La intervención para la inclusión comunitaria

4.2 ELEMENTOS CLAVE DE LA INTERVENCIÓN

Las claves de este modelo de intervención hacen referencia a los siguientes principios orientadores:

Autonomía
Inclusión
Igualdad
Normalización
Individualización
Trabajo en equipo multidisciplinar
Coordinación interinstitucional
Trabajo en red
Formación e investigación
Calidad

Estos principios orientadores nos ayudarán a capacitar a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) para que tomen sus propias decisiones y sean responsables de sus actos; al mantenimiento de la persona en su entorno y a lograr su participación activa en los recursos comunitarios, reduciendo el estigma y la discriminación; al logro de unas condiciones de vida que favorezcan que la persona desempeñe roles sociales valiosos y ajustados a sus propias características y a su entorno concreto. En definitiva, a establecer un **Plan Individualizado de Rehabilitación para las personas con TMG**, con un proceso personal de recuperación pero a la vez con una atención integral donde todos los servicios, recursos y programas implicados en la intervención colaboren de forma coordinada, complementaria y en red.

Para obtener una reincorporación social eficaz, la intervención con el usuario debe ser global durante todo su proceso penitenciario y es en su último periodo de cumplimiento, donde adquiere especial relevancia la preparación de la salida en libertad con su vinculación a los servicios

comunitarios de salud mental. Resulta imprescindible, por tanto, la coordinación entre los profesionales de las diferentes administraciones vinculados con estos pacientes y en especial, la relación fluida con los Servicios de Salud Mental de Distrito de cada Comunidad Autónoma así como con los recursos sociales y de alojamiento disponibles y adecuados para el perfil del trastorno mental de cada usuario. La mediación con la Administración de Justicia resultará igualmente primordial.

La actuación del Tercer Sector con la designación de una ONG/Entidad colaboradora que realice la mediación comunitaria y el soporte de la intervención junto con los profesionales del CIS resulta, de igual forma, imprescindible y necesaria. Los mismos recursos de mediación social se pueden utilizar con internos en tercer grado en los CIS, los liberados condicionales o los condenados a penas o medidas alternativas.

5. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

5.1 FASES DE INTERVENCIÓN:

Podemos dividir la intervención en cinco fases:

5.1.1. Inclusión en el Programa Puente

La inclusión en el programa puente puede producirse cuando el usuario ingresa desde un centro penitenciario, de libertad o durante la estancia de este en el CIS.

a. Ingreso desde un Centro Penitenciario:

En el caso de que un usuario ingrese procedente de un centro penitenciario, en el que a su vez estuviese incluido en el programa PAIEM, con el fin de garantizar la continuidad asistencial de la persona y que cuando llegue al CIS se tenga conocimiento de esta situación, el centro penitenciario de origen lo notificará al CIS de destino, vía **fax**, remitiendo el **Anexo 5 del PAIEM Renovado: "Preparación para la salida-Reincorporación social"** junto con el **oficio** en que se comunique la fecha de ingreso en el CIS.

La derivación del usuario al CIS debe prepararse con la debida antelación. Para ello se establecerán los contactos previos que sean necesarios entre los coordinadores del PAIEM de los Centros y los de la Unidad Puente de los CIS para poner en conocimiento todas aquellas circunstancias necesarias para la realización de una óptima derivación.

Estos usuarios, una vez ingresados en el CIS de destino, serán valorados por el equipo multidisciplinar del Programa Puente del CIS para inclusión en dicho programa

b. Ingreso de libertad o durante la estancia en el CIS. (ANEXO I)

La identificación de la persona con enfermedad mental puede realizarse tanto en el momento del ingreso como durante su estancia en el CIS.

Cuando cualquier profesional penitenciario, al revisar los ingresos en el CIS o durante la estancia en el mismo, detecte un posible trastorno mental de un interno lo pondrá en conocimiento del equipo multidisciplinar que valorará su admisión o no en el programa

5.1.2. Acogida y vinculación.

Una vez derivado el caso, será valorado por el equipo multidisciplinar para ver si reúne las condiciones de inclusión en el programa. La ONG/Entidad Colaboradora (ONG/EC) que participe en el programa deberá hacer una valoración individualizada para favorecer la adherencia y la vinculación terapéutica, estableciendo una relación de aceptación y confianza con el usuario y su familia. Además deberá valorar la capacidad de contención del interno, los recursos socio sanitarios necesarios, las perspectivas de futuro, el soporte familiar y las necesidades en la comunidad.

Se establecerán:

- Los acuerdos terapéuticos y las medidas a cumplir.
- El seguimiento por los Servicios de Salud Mental de la Comunidad.
- La solicitud voluntaria de admisión en la ONG/Entidad Colaboradora correspondiente y firma del documento de autorización de coordinación y de protección de datos.
- La firma de contrato terapéutico por parte del usuario de inclusión en el programa. (ANEXO II)

5.1.3. Evaluación del usuario y elaboración del Programa Individual de Rehabilitación (PIR).

La evaluación y elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) se realizara por el Equipo Multidisciplinar del Programa Puente, que incluirá las siguientes actuaciones:

- Completar la evaluación de la enfermedad mental.
- Realizar la evaluación funcional y de discapacidad con utilización del anexo correspondiente (ANEXO III)
- Asignación de objetivos y actividades intra y/o extrapenitenciarias.
- Asignación de interno auxiliar de apoyo, si es preciso.
- Asignación del profesional de referencia (tutor).
- Planificación del seguimiento y evaluación del residente incluido en el programa.

En todo caso:

- Para su elaboración se deberá tener en cuenta el tiempo previsto de permanencia del enfermo en el CIS, ya que en función del mismo se deberán determinar los objetivos prioritarios para intervenir.
- Se favorecerá la inclusión en el plan de continuidad de cuidados de los servicios de salud mental comunitarios, aportando los informes clínico y psicosociales disponibles.
- Se llevará a cabo una evaluación continuada y la coordinación entre los miembros del equipo multidisciplinar realizando la emisión de informes de evolución y seguimiento de cada caso.

5.1.4. Intervención

5.1.4.1 Colaboración ONG/EC. Desde el inicio del proceso de reincorporación social.

Estas entidades (ONG/EC) pueden:

- Colaborar en los programas individualizados de intervención y actividades que se diseñen.
- Avalar los permisos de salida,
- Realizar un seguimiento individualizado y acompañamiento en la salida y entrada al centro, realizando visitas domiciliarias, apoyo social y a la familia y búsqueda de alojamientos alternativos, pudiendo hacer coincidir dichas salidas con citas a los profesionales del servicio de salud mental de su distrito, acompañándolos y garantizando una mediación.
- Incrementar la actividad fuera del centro y el uso de los recursos comunitarios.
- Colaborar en labores de mediación con los Servicios Sociosanitarios Comunitarios y la Administración de Justicia.

Esta colaboración puede confluir con la intervención con personas en libertad condicional e incluidas en penas y medidas de seguridad y otras medidas alternativas, utilizando los mismos recursos de mediación social.

5.1.4.2 Tipos de intervención y actividades:

Las intervenciones que se señalan a continuación serán flexibles y orientativas y vendrán determinadas por la capacidad de adaptación de cada usuario al programa en función de su patología y del personal disponible en el equipo multidisciplinar y se realizarán tanto en el lugar de residencia como en el entorno social y comunitario.

- a. **Atención psicosocial:** Seguimiento individualizado, accesible y continuado para las evaluaciones y asesoramiento y seguimiento en su proceso de rehabilitación y de psicoterapia.

- b. **Apoyo a una rehabilitación psiquiátrica y psicosocial.** Se realizarán actividades encaminadas a promover la autonomía personal y social para asegurar su adaptación en el entorno comunitario con acompañamiento terapéutico:
- **Actividades de la vida diaria y autocuidados.** Dirigidas a trabajar los aspectos más básicos de autonomía personal (aseo, vestido, alimentación, higiene...), conocimiento del entorno y manejo de recursos.
 - **Psicomotricidad.** Tratando los déficits conductuales de origen psíquico a través del movimiento para paliar trastornos motores de postura, coordinación, expresión corporal, percepción y reeducación de la sociabilidad y desarrollo cognitivo
 - **Actividad deportiva.** Grupos de deporte según las aficiones personales y las posibilidades de las instalaciones comunitarias, favoreciendo la integración en recursos normalizados
 - **Actividades de ocio y tiempo libre,** realizando una orientación en la planificación de su tiempo libre, motivándoles a utilizar los recursos comunitarios e incrementar su red social. Favorece nuevas aficiones y/o recupera las antiguas aficiones. Serán actividades grupales e individuales.
 - **Habilidades cognitivas:** orientadas a trabajar los procesos cognitivos básicos para mejorar el funcionamiento social y la autonomía.
 - **Psicoeducación:** actividades orientadas a favorecer el conocimiento sobre la enfermedad, el seguimiento del tratamiento y adquirir habilidades que favorezcan la prevención de recaídas.
 - **Habilidades personales y afrontamiento del estrés:** dirigidas a dotar de estrategias de autocontrol ante los efectos de estrés internos/externos y mejorar la autoestima.
 - **Habilidades sociales:** dirigidas a entrenar a los usuarios para afrontar sus problemas de relación, protegerles de su propia vulnerabilidad disminuyendo sus síntomas psicóticos.
 - **Rehabilitación socio-afectiva:** orientada a contactar con la propia identidad corporal, las emociones más primarias y mejorar la organización y reconstrucción de su propia identidad personal. En este ámbito, la terapia asistida por animales por su valor terapéutico social y emocional también sería de interés.

- c. **Mediadores de salud.** Acompañamiento y apoyo a la vinculación con la red de salud mental, de atención a drogas o conductas adictivas para seguimiento y la derivación a los servicios socio sanitarios comunitarios (Centro de Día, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral). Adherencia al tratamiento.
- d. **Asesoramiento jurídico y legal.** Se le proporcionara información y orientación socio jurídica individualizada y confidencial con un lenguaje adaptado a su discapacidad.
- e. **Acogida y apoyo a su familia,** con una atención al cuidador informal o familiar con asesoramiento, información, entrenamiento en habilidades de comunicación, psicoeducación para familiares, manejo y solución de problemas, facilitación de uso de recursos, vinculación con grupos de auto-ayuda y asociaciones de familiares.
- f. **Programas de desarrollo laboral,** con una mediación y apoyo en la inserción laboral, para que puedan acceder al mercado laboral según sus habilidades y formación, consistente en la orientación laboral y el sostenimiento y acompañamiento en los Centros Especiales de Empleo o en empleo normalizado con la búsqueda de empresas empleadoras y facilitadoras de contrataciones.
- g. Cuantas otras intervenciones el equipo multidisciplinar considere oportuna para cada caso.

5.1.5. Salida del Programa Puente

Los motivos por los cuales se hará efectiva la salida del programa serán:

- Por libertad definitiva
- Por regresión de grado, con posible derivación al PAIEM correspondiente
- Por abandono voluntario del usuario del programa.
- Por presentar patrones de comportamiento incompatibles con el programa.

La salida deberá ir acompañada de un informe de derivación a recursos comunitarios.

5.2. RECURSOS HUMANOS

5.2.1. El equipo multidisciplinar del Programa Puente de Mediación Social del CIS

En los CIS y de acuerdo al enfoque integral biopsicosocial que debe presidir la intervención de las personas con enfermedad mental, se creará el equipo multidisciplinar del Programa Puente de atención a estos usuarios. Este equipo actuará bajo la dirección inmediata del Subdirector

de Tratamiento o Subdirector de CIS y podrá estar integrado por los siguientes profesionales:

1. Personal Sanitario (médico/a o personal de enfermería)
2. Psicólogo/a
3. Jurista
4. Educador/a /Coordinador/a CIS
5. Trabajador/a Social
6. Profesionales del Tercer Sector (ONG/EC).
7. Director/a de programas
8. Maestro/a
9. Monitor/a deportivo
10. Monitor/a ocupacional
11. Funcionarios/a de vigilancia, que presten servicio en estas unidades.
12. Otros profesionales

Para constituir el Equipo Multidisciplinar del Programa Puente será necesario que participe siempre un profesional de cada uno de los grupos señalados en los puntos 1 y 6 y al menos un profesional del área psicosocial.

Se designará entre los componentes un Coordinador responsable que será elegido por el propio equipo. Realizará aquellas tareas de coordinación necesarias para el buen funcionamiento del programa.

Este equipo será el responsable de intervenir desde el momento de la entrada del usuario hasta su salida y actuarán como puente entre la Institución Penitenciaria y los recursos comunitarios.

El equipo realizará reuniones de coordinación y evaluación con la periodicidad que establezca el mismo, celebrándose al menos una reunión mensual.

5.2.2. Funciones Generales del Equipo Multidisciplinar del Programa Puente:

- Conocer la realidad de la patología mental de los usuarios del programa.
- Diseñar y ejecutar el plan de reincorporación social.
- Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar ya sean las propias del CIS o diseñar las específicas para ellos.
- Diseñar, gestionar y facilitar una adecuada derivación a los recursos comunitarios.
- Facilitar la comunicación de los usuarios con los juzgados correspondientes.

- Asesorar y emitir los informes oportunos a la Junta de Tratamiento a los efectos que procedan.

5.2.3. El tutor o profesional de referencia.

- De entre los miembros que integran el equipo multidisciplinar se designará un tutor para uno o varios de estos internos.
- La asignación de la figura de un profesional de referencia a cada usuario cobra especial relevancia por la relación más directa, cercana y estable que se crea entre un determinado profesional y el usuario, incrementa la autoestima y la seguridad del mismo reduciendo proporcionalmente su nivel de ansiedad, al percibir que existe una persona concreta de referencia que le escucha y atiende y realiza un seguimiento más cercano de la evolución de su trastorno.
- La figura del tutor se convierte en una de las herramientas más eficaces, no sólo de conocimiento del usuario, sino también como elemento motivador hacia el cambio, pudiendo ejercer, sin perjuicio de las funciones que corresponderían a otros profesionales del equipo, de acuerdo a su especialidad, importantes funciones en la mediación con la familia o con otras instituciones, para conseguir el apoyo y ayuda que el usuario necesita en su preparación para la vida en libertad.

5.2.4. Auxiliar de apoyo en salud mental

La asignación de un interno de apoyo se valorará por parte del equipo en función de la situación en que se encuentre el usuario. Ayudará al enfermo en todas aquellas tareas que se determinen y mejoren su proceso de integración.

5.3. RECURSOS MATERIALES.

- Los recursos materiales serán todos los necesarios para el buen funcionamiento del programa. Debe prestarse especial atención a la dotación necesaria de materiales con el fin de evitar retrasos o posible suspensión de las actividades previstas.
- Dentro de este apartado, cobran especial interés las actividades que se asignen en el Programa de Rehabilitación de estos usuarios.
- Por un lado, están las actividades comunes del establecimiento, en las que participa la población penitenciaria en su conjunto (educativas, formativas, terapéuticas, laborales, deportivas, ocupacionales, recreativas, culturales y de ocio y tiempo libre) y, por otro las actividades específicas dirigidas en exclusividad para la población con enfermedad mental (autonomía en la toma de medicación, psicomotricidad, autocontrol, autoestima, habilidades sociales, etc.), fomentando la realización de estas actividades fuera del CIS.

5.4. CRITERIOS PARA LA ADMISIÓN DE USUARIOS EN EL PROGRAMA.

- Personas con Trastorno Mental Grave (TMG)* que reúnan las siguientes características:
 - o Internadas en centros penitenciarios en fase de reincorporación social para beneficiarse posteriormente de régimen abierto en un CIS y posterior libertad condicional, con una valoración favorable de la Junta de Tratamiento y que necesiten una atención integral y un apoyo a la rehabilitación psicosocial en la red comunitaria de salud mental.
 - o Que presenten déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial y les dificulte cubrir sus necesidades de autocuidados, de apoyo y supervisión para la vida en la comunidad.
 - o Voluntariedad del usuario. Ante la negativa expresa del usuario, se debe tratar de reconducir hacia la aceptación, por el propio beneficio del paciente.
 - o No deben presentar patrones de comportamiento agresivo o peligroso para sí mismo ni para los demás (conductas disruptivas), ni problemas graves de consumo de drogas por toxicomanía o alcohol. En este caso, se debe tratar de reconducir la situación, valorando de nuevo al paciente una vez controlado el problema.

6. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN LOS CIS

- 6.1. Información.** Tanto en los CIS independientes como en los dependientes se realizarán campañas informativas por parte de los directores de los centros a fin que los órganos colegiados y profesionales implicados en la ejecución de este programa tengan un conocimiento en profundidad del mismo.
- 6.2. Constitución del equipo multidisciplinar.**
- 6.3. Diseño del Programa del Centro:** Una vez constituido el equipo, diseñará un Programa de Intervención más adecuado para su centro, en atención a las características y personal disponible, donde se determinarán las funciones y responsabilidades de cada uno de los componentes del equipo. Se elegirá el Coordinador y se establecerá el calendario de actuaciones que incluirá el fijado para las reuniones periódicas del equipo.
- 6.4. Aprobación del programa.** Por la Junta de Tratamiento y por el Consejo de Dirección del Centro.
- 6.5. Envío del diseño del programa** al Centro Directivo, Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria (Área de Medio Abierto y Control Telemático) y Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (Servicio de Drogodependencias), por correo electrónico, para su autorización por las dos Subdirecciones Generales.
- 6.6. Coordinación entre CP y CIS** En los Centros Penitenciarios de régimen ordinario con el fin de garantizar una correcta derivación de los internos incluidos en el PAIEM a este recurso se realizarán sesiones monográficas con los equipos PAIEM de los centros. Se procurará la asistencia del coordinador responsable de este programa con el fin de establecer el procedimiento de actuación/coordinación entre ambos centros.

7. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA

7.1. Fichas de Evaluación

Ficha trimestral. Se remitirá por correo electrónico a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria (Servicio de Drogodependencias) y Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria (Servicio de Medio Abierto). (ANEXO IV)

7.2. Indicadores

Potencia: Este indicador mide el número de internos incluidos.

Actividad: Este indicador mide el grado de dinamismo del programa, valorando el porcentaje de enfermos evaluados mensualmente para derivar a otros recursos e incorporar nuevos internos al programa.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Salize H J, Dreßing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems: needs, programmes and outcome (EUPRIS). [Internet]. Mannheim: European Commission. Central Institute of Mental Health; 2007 Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdfhttp://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf [Consulta Agosto 2013].
- ² Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria . Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM). Documento Interno . Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf (Consulta Agosto 2013)
- ³ Abad Azuara A . Arroyo Cobo J M. Gómez Pintado P. López Fernández JM. Pozuelo Rubio F. Ruiz Alvarado A. Sanz Sanz J .Vela Pérez E. Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el programa de atención integral al enfermo mental (PAIEM) (2009-2013). Secretaría General de IIPP. Subdirección General de Coordinación de Sanidad. Madrid 2014. (Documento Interno)
- ⁴ Diversion dividend. Interim report . The Sainsbury Center for Mental Health; 2010 Disponible en: <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-client-groups/adult-offenders/centreformentalhealth/diversion10.aspx> (Consulta Agosto 2013).
- ⁵ Reducing Re-offending by Ex-prisoners. Social Exclusion Unit London: Office of the Deputy Prime Minister. (2002) Disponible en: <http://www.thelearningjourney.co.uk/file.2007-10-01.1714894439/download> (Consulta Agosto 2013)
- ⁶ Williamson M. Improving the health and social outcomes of people recently released from prisons in the UK. The Sainsbury Center for Mental Health; 2008 . Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/improving_health_and_social_outcomes.aspx?ID=585 (consulta Agosto 2013)
- ⁷ Back on Track? CPA care planning for service user who are repeatedly detained under the Mental Health Act .The Sainsbury Center for Mental Health; 2005 Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/back_on_track.aspx?ID=436 (Consulta Agosto 2013).
- ⁸ The Bradley report and the criminal justice workforce: tackling mental health and learning disabilities in the justice system. The Sainsbury Center for Mental Health; 2010 Disponible en: <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/criminal-justice/centreformentalhealth/bradley10.aspx> (Consulta Agosto 2013).
- ⁹ The Bradley report and the criminal justice workforce: tackling mental health and learning disabilities in the justice system. The Sainsbury Center for Mental Health; 2010 Disponible en: <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/criminal-justice/centreformentalhealth/bradley10.aspx> (Consulta Agosto 2013).
- ¹⁰ Report of Joint Working Group on Mental Health Services and the Police 2009. Mental Health Commission An Garda Síochána . Ireland 2010 Disponible en : <http://www.garda.ie/Documents/User/report%20of%20joint%20working%20group%20on%20mental%20health%20services%20and%20the%20police%20%202009%20%28mental%20health%20commisson%20an%20garda%20siochana%29.pdf> (Consulta Agosto 2013)
- ¹¹ Rutherford M. Blurring the Boundaries. The convergence of mental health and criminal justice policy, legislation, systems and practice. Sainsbury Centre for Mental Health 2010. Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/blurring_the_boundaries.pdf (consulta Agosto 2013)
- ¹² Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad. Grupo de trabajo penitenciario de la Comisión de Transversalidad. Estrategia de Salud Mental. MSSSI. Documento Interno. Diciembre 2012 <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/laVidaEnPrision/atencionSanitaria/psiquiatria.html>

ANEXO I

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

DETECCIÓN DE POSIBLE ENFERMEDAD MENTAL

Si se detecta que algún interno tiene alguna de las características que figuran a continuación, se ruega lo ponga en conocimiento del Equipo Multidisciplinar del Programa Puente de Mediación Social de su centro.

- ✓ 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 II

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

CONTRATO TERAPEUTICO

Centro Inserción Social:

Fecha:

Yo,.....
con NIS nº y D.N.I. nº....., acepto de
forma voluntaria ser incluido en el Programa Puente de Mediación Social.

Me comprometo a:

- Cumplir las indicaciones, aceptar las orientaciones y pautas de intervención consensuadas con el Equipo Multidisciplinar del Programa
- Facilitar cualquier dato para poder ser usuario/a del programa con el fin de llevar a cabo el seguimiento oportuno.
- Colaborar en mi proceso de recuperación participando en los programas y actividades que se consensúen en mi plan individualizado de rehabilitación (PIR)
- Realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en mi persona, tratando de lograr un bienestar físico y mental.
- Guardar secreto de los temas personales que se puedan tratar a lo largo de la intervención.
- Autorizar a que mis datos personales – los estrictamente necesarios- sean cedidos a aquellas entidades con competencia en la materia, con la finalidad de favorecer mi rehabilitación psicosocial.

El Equipo Multidisciplinar del Programa Puente se compromete a:

- Ofrecer una mediación y coordinación entre el ámbito penitenciario, los recursos de salud mental comunitarios y los juzgados, con un acompañamiento y seguimiento individualizado.
- Mejorar la vinculación y adherencia con la red de recursos de Salud Mental en la comunidad para una derivación a los Servicios Sociales especializados residenciales y de rehabilitación psicosocial.
- Realizar la derivación de la intervención a través de la entidad del Tercer Sector correspondiente e incrementar su participación.
- Facilitar la mediación para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de la familia.
- Evitar situaciones de riesgo de institucionalización, de exclusión social y de reincidencias en delitos.
- Promover el acceso a la formación e integración laboral.
- Dar cumplimiento a lo dispuesto en la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal.

Quedo informado de que el incumplimiento por mi parte de alguna de las anteriores obligaciones supondrá la posibilidad de baja en el programa y la comunicación inmediata de la misma a los responsables del seguimiento judicial-penitenciario al que me encuentro sometido.

Tras ser informado del programa y previo al momento del alta en el mismo firmo, junto al Coordinador del Programa, el presente documento.

En, a de de 2.....

Usuario/a

Coordinador del Programa Puente

Fdo:

Fdo:

ANEXO III (anverso)

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

Centro Inserción Social:

Nombre y apellidos del interno:

Fecha:

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES

1.- Autocuidados:

- higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse)
- higiene de la celda
- hábitos de alimentación
- cuidado de sus cosas personales

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |

2.- Autonomía personal:

- manejo del dinero
- utilización de los recursos del centro
 - profesionales
 - actividades
- autonomía en libertad
 - para coger transportes
 - para ir al trabajo o a consulta médica
- capacidad para realizar trámites burocráticos

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Frecuente | <input type="checkbox"/> Poco frecuente | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Frecuente | <input type="checkbox"/> Poco frecuente | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |

3.- Autocontrol:

- manejo de situaciones de ansiedad o estrés
- heteroagresividad (física y/o verbal)
- autolesiones
- riesgo de suicidio
- adicciones

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Actual |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Actual |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Actual |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Actual |

4.- Relaciones interpersonales:

- 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"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Actual |

5.- Funcionamiento cognitivo:

- 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"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |

6.- Medicación y tratamiento:

- conciencia de enfermedad
- actitud ante el tratamiento
- responsabilidad en la toma de medicación

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |
| <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Muy deficiente |

ANEXO III (reverso)

PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL (CIS)

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 AUXILIAR DE APOYO:

NO

Sí Nombre y apellidos.....

4.- SEGUIMIENTO:

PROFESIONAL DE REFERENCIA (o TUTOR):

Fecha de la próxima evaluación multidisciplinar:

En, a de de

Fdo.: El Coordinador

**PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL
PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL**

FICHAS DE EVALUACIÓN

2 - 4

CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL

AÑO:
TRIMESTRE:

3.- ATENCIÓN CLÍNICA, REHABILITACIÓN Y REINCORPORACIÓN SOCIAL

INTERNOS EN EL PROGRAMA			
	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 *			

* Otros diagnósticos: No considerar entre ellos las toxicomanías.

EVOLUCIÓN TRIMESTRAL			
ENTRADAS EN PROGRAMA (ALTAS)			
SALIDAS DE PROGRAMA (BAJAS)		CAUSAS DE SALIDA	
		Por traslado a otro CP	
		Por libertad	
		Otra	especificar

Aportar información del TOTAL TRIMESTRE de entradas y salidas en el PROGRAMA, indicando las causas de las salidas (por traslado, por libertad, por otra causa: especificar cuál).

MINUSVALÍA PSÍQUICA ACREDITADA

CASOS NUEVOS DE INTERNOS DETECTADOS EN EL CIS QUE HAN ACREDITADO SU CONDICIÓN DE MINUSVALÍA PSÍQUICA					
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total año
NÚMERO DE INTERNOS					

INTERNOSS CON CERTIFICADO DE MINUSVALÍA PSÍQUICA PRESENTES EN EL CIS, TRIMESTRE..... AÑO.....			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
NÚMERO DE INTERNOS			

**PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL
PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL**

FICHAS DE EVALUACIÓN

3 – 4

CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL

AÑO:
TRIMESTRE:

ACTIVIDADES

Se recogerán todos los datos de participación de los internos con enfermedad mental en las distintas actividades.
Se remitirá de forma separada la información de cada actividad, utilizando para ello el número de tablas que sean necesarias.

A) ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPAN LOS ENFERMOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD					
PROFESIONAL RESPONSABLE					
NOMBRE Y APELLIDOS			PROFESIÓN	INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *	
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE PARTICIPAN EN LA ACTIVIDAD					
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total año
PRESENTES					

* 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 PARTICIPAN EN LA ACTIVIDAD					
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total año
PRESENTES					

* 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 PARTICIPAN EN LA ACTIVIDAD					
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total año
PRESENTES					

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

**PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL
PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL**

FICHAS DE EVALUACIÓN

4 – 4

CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL

AÑO:
TRIMESTRE:

B) SALIDAS A LA COMUNIDAD

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

	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total año
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.

C) PERMISOS TERAPÉUTICOS

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada trimestre ha salido de permiso terapéutico.

	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total año
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.

	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total año
INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO NO PENITENCIARIO					
TRATAMIENTO EXTERNO EN CENTRO MÉDICO O SOCIOSANITARIO					
LIBERTAD CON DERIVACIÓN A CENTRO SOCIOSANITARIO					

4.- 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



PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL PARA CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

PROCEDIMIENTO N°	Fecha		Versión	1.3
TÍTULO				



3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL (página 7/8)	
3.1	OBJETIVO GENERAL. El objetivo general por tanto de este programa es facilitar y desarrollar un proceso de reinserción en la comunidad para las personas con enfermedad mental que se encuentran en régimen abierto en cualquiera de sus modalidades abarcando también el periodo de libertad condicional.
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS. <ul style="list-style-type: none">– Ofrecer una mediación y coordinación entre el ámbito penitenciario, los recursos de salud mental comunitarios y los juzgados, con un acompañamiento y seguimiento individualizado de los enfermos que estén cumpliendo una condena.– Mejorar la vinculación y adherencia con la red de recursos de Salud Mental en la comunidad para una derivación a los Servicios Sociales especializados residenciales y de rehabilitación psicosocial de estos enfermos.– Realizar la derivación de la intervención con estas personas a través de las entidades del Tercer Sector e incrementar su participación.– Facilitar la mediación para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de la familia.– Evitar situaciones de riesgo de institucionalización, de exclusión social y de reincidencias en delitos.– Promover el acceso a la formación e integración laboral de estas personas– Mejorar la adherencia y vinculación con la red de recursos de Salud Mental en la comunidad para una derivación a los servicios sociales especializados residenciales y de rehabilitación psicosocial de estos enfermos.
4 MODELO Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN	
4.1	MODELOS DE INTERVENCIÓN (Pág. 8/9) <ul style="list-style-type: none">• Modelo de Vulnerabilidad de Zubin y Spring• Modelo Comunitario• Modelo de Recuperación• Modelo de Competencia



4.2	<p>ELEMENTOS CLAVES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN (Pág. 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomía • Inclusión • Igualdad • Normalización • Individualización • Trabajo en equipo multidisciplinar • Coordinación interinstitucional • Trabajo en red • Formación e investigación • Calidad <p>Estos principios orientadores nos ayudarán a capacitar a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) para que tomen sus propias decisiones sobre su vida y a que sean responsables de sus actos, al mantenimiento de la persona en su entorno y a lograr su participación activa en los recursos comunitarios, reduciendo el estigma y la discriminación; al logro de unas condiciones de vida que favorezcan que la persona desempeñe roles sociales valiosos y ajustados a sus propias características y a su entorno concreto. En definitiva, a establecer un Plan Individualizado de Rehabilitación para las personas con TMG, con un proceso personal de recuperación pero a la vez con una atención integral donde todos los servicios, recursos y programas implicados en la intervención colaboren de forma coordinada, complementaria y en red.</p> <p>Para obtener una reincorporación social eficaz, la intervención con el usuario debe ser global durante todo su proceso penitenciario y es en su último periodo de cumplimiento, donde adquiere especial relevancia la preparación de la salida en libertad con su vinculación a los servicios comunitarios de salud mental. Resulta imprescindible, por tanto, la coordinación entre los profesionales de las diferentes administraciones vinculados con estos pacientes y en especial, la relación fluida con los centros de salud mental de la comunidad del distrito, así como con los recursos sociales y de alojamiento disponibles y adecuados para el perfil del trastorno mental de cada usuario. La mediación con la Administración de Justicia resultará igualmente primordial.</p> <p>La intervención del Tercer Sector con la designación de una ONG/Entidad colaboradora que realice la mediación comunitaria y el soporte de la intervención junto con los profesionales del CIS resulta, de igual forma, imprescindible y necesaria, pudiendo utilizar los mismos recursos de mediación social que con los liberados condicionales y penas y medidas alternativas</p>
<p>5.1 FASES DE INTERVENCIÓN</p>	
5.1.1.	<p>Inclusión en el Programa Puente (Pág. 11)</p> <p>a) Ingreso desde un Centro Penitenciario de un usuario incluido en el PAIEM: envió por el centro de origen, vía fax, del anexo 5 del PAIEM renovado junto con el oficio de comunicación de la fecha de ingreso en el CIS.</p> <p>b) Ingreso de libertad o durante la estancia de este en el CIS. (ANEXO I)</p> <p>La identificación de la persona con enfermedad mental puede realizarse tanto en el momento del ingreso como durante su estancia en el CIS.</p> <p>Cuando cualquier profesional penitenciario, al revisar los ingresos en el CIS o durante la estancia en el mismo, detecte un posible trastorno mental de un interno lo pondrá en conocimiento del equipo multidisciplinar que valorará su admisión o no en el programa</p>
5.1.2.	<p>Acogida y vinculación (Pág. 11)</p> <p>Una vez derivado el caso, será valorado por el equipo multidisciplinar para ver si reúne las condiciones de inclusión en el programa. Dada la importancia que tiene la ONG/Entidad Colaboradora que participe en el programa deberá hacer una valoración individualizada para favorecer la adherencia y la vinculación terapéutica, estableciendo una relación de aceptación y confianza con el usuario y su familia. Además deberá valorar la capacidad de contención del interno, los recursos socio sanitarios necesarios, las perspectivas de futuro, el soporte familiar y las necesidades en la comunidad</p> <p>Se establecerán:</p>



	<ul style="list-style-type: none"> • Los acuerdos terapéuticos y las medidas a cumplir. • El seguimiento por los Servicios de Salud Mental de la Comunidad. • La solicitud voluntaria de admisión en la ONG/Entidad Colaboradora correspondiente y firma del documento de autorización de coordinación y de protección de datos. • La firma de contrato terapéutico, por parte del usuario, de inclusión en el programa.(ANEXO II)
5.1.3.	<p>Evaluación del usuario y elaboración del programa individual de rehabilitación (PIR) (Pág. 12) La evaluación y elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) se realizara por el Equipo Multidisciplinar del Programa Puente, que incluirá las siguientes actuaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar la evaluación de la enfermedad mental. • Realizar la evaluación funcional y de discapacidad con utilización del anexo correspondiente (ANEXO III) • Asignación de objetivos y actividades intra y/o extrapenitenciarias. • Asignación de interno auxiliar de apoyo, si es preciso. • Asignación del profesional de referencia (tutor). • Planificación del seguimiento y evaluación del residente incluido en el programa. <p>En todo caso,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para su elaboración se deberá tener en cuenta el tiempo previsto de permanencia del enfermo en el CIS, ya que en función del mismo se deberán determinar los objetivos prioritarios para intervenir. • Se favorecerá la inclusión en el plan de continuidad de cuidados de los servicios de salud mental comunitarios, aportando los informes clínico y psicosociales disponibles. <p>Se llevará a cabo una evaluación continuada y la coordinación entre los miembros del equipo multidisciplinar realizando la emisión de informes de evolución y seguimiento de cada caso.</p>
5.1.4	<p>Intervención (Pág. 12)</p> <p>5.1.4.1. Colaboración ONG/EC desde el inicio del proceso de reincorporación social.</p> <p>Estas entidades (ONG/EC) pueden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en los programas individualizados de intervención y actividades que se diseñen. • Avalar los permisos de salida, • Realizar un seguimiento individualizado y acompañamiento en la salida y entrada al centro, realizando visitas domiciliarias, apoyo social y a la familia y búsqueda de alojamientos alternativos, pudiendo hacer coincidir dichas salidas con citas a los profesionales del servicio de salud mental de su distrito, acompañándolos y garantizando una mediación. • Incrementar la actividad fuera del centro y el uso de los recursos comunitarios. • Colaborar en labores de mediación con los Servicios Sociosanitarios comunitarios y la Administración de Justicia. <p>5.1.4.2. Tipos de intervención y actividades (Pág. 13 y ss)</p> <ol style="list-style-type: none"> Atención psicosocial: Seguimiento individualizado, accesible y continuado para las evaluaciones y asesoramiento y seguimiento en su proceso de rehabilitación y de psicoterapia. Apoyo a una rehabilitación psiquiátrica y psicosocial. Se realizarán actividades encaminadas a promover la autonomía personal y social, para asegurar su adaptación en el entorno comunitario, basada en el acompañamiento terapéutico. <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de la vida diaria y autocuidados. Dirigidas a trabajar los aspectos más básicos de autonomía personal (aseo, vestido, alimentación, higiene...), conocimiento del entorno y manejo de recursos. • Psicomotricidad. Tratando los déficits conductuales de origen psíquico a través del movimiento para paliar trastornos motores de postura, coordinación, expresión corporal, percepción y reeducación de la sociabilidad y desarrollo cognitivo • Actividad deportiva. Grupos de deporte según las aficiones personales y las posibilidades de las instalaciones comunitarias, favoreciendo la integración en recursos normalizados



	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de ocio y tiempo libre, realizando una orientación en la planificación de su tiempo libre, motivándoles a utilizar los recursos comunitarios e incrementar su red social. Favorece nuevas aficiones y/o recupera las antiguas aficiones. Serán actividades grupales e individuales. • Habilidades cognitivas: orientadas a trabajar los procesos cognitivos básicos para mejorar el funcionamiento social y la autonomía. • Psicoeducación: actividades orientadas a favorecer el conocimiento sobre la enfermedad, el seguimiento del tratamiento y adquirir habilidades que favorezcan la prevención de recaídas. • Habilidades personales y afrontamiento del estrés: dirigidas a dotar de estrategias de autocontrol ante los efectos de estrés internos/externos y mejorar la autoestima. • Habilidades sociales: dirigidas a entrenar a los usuarios para afrontar sus problemas de relación, protegerles de su propia vulnerabilidad disminuyendo sus síntomas psicóticos. • Rehabilitación socio-afectiva: orientada a contactar con la propia identidad corporal, las emociones más primarias y mejorar la organización y reconstrucción de su propia identidad personal. En este ámbito, la terapia asistida por animales por su valor terapéutico social y emocional también sería de interés. <p>c. Mediadores de salud. Acompañamiento y apoyo a la vinculación con la red de salud mental, de atención a drogas o conductas adictivas para seguimiento y la derivación a los servicios socio sanitarios comunitarios (Centro de Día, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral). Adherencia al tratamiento.</p> <p>d. Asesoramiento jurídico y legal. Se le proporcionara información y orientación socio jurídica individualizada y confidencial con un lenguaje adaptado a su discapacidad.</p> <p>e. Acogida y apoyo a su familia, con una atención al cuidador informal o familiar con asesoramiento, información, entrenamiento en habilidades de comunicación, psicoeducación para familiares, manejo y solución de problemas, facilitación de uso de recursos, vinculación con grupos de auto-ayuda y asociaciones de familiares.</p> <p>f. Programas de desarrollo laboral, con una mediación y apoyo en la inserción laboral, para que puedan acceder al mercado laboral según sus habilidades y formación, consistente en la orientación laboral y el sostenimiento y acompañamiento en los Centros Especiales de Empleo o en empleo normalizado con la búsqueda de empresas empleadoras y facilitadoras de contrataciones.</p> <p>g. Cuantas otras intervenciones el equipo multidisciplinar considere oportuna para cada caso.</p>
5.1.5	<p>Salida del Programa Puente de Mediación Social (Pág.15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • por libertad definitiva • por regresión de grado, con posible derivación al PAIEM correspondiente • por abandono voluntario del usuario del programa • por presentar patrones de comportamiento incompatibles con el programa <p>La salida deberá ir acompañada de un informe de derivación a recursos comunitarios</p>



5.2. RECURSOS HUMANOS	
5.2.1	<p>El equipo multidisciplinar del Programa Puente de Mediación Social del CIS (Pág. 15 y ss)</p> <p>En los CIS y de acuerdo al enfoque integral biopsicosocial que debe presidir la intervención de las personas con enfermedad mental, se creará el equipo multidisciplinar del Programa Puente de atención a estos usuarios. Este equipo actuará bajo la dirección inmediata del Subdirector de Tratamiento o Subdirector de CIS y podrá estar integrado por los siguientes profesionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal Sanitario (médico/a o personal de enfermería) 2. Psicólogo/a 3. Jurista 4. Educador/a /Coordinador/a CIS 5. Trabajador/a Social 6. Profesionales del Tercer Sector (ONG/Entidad Colaboradora). 7. Director/a de programas 8. Maestro/a 9. Monitor/a deportivo 10. Monitor/a ocupacional 11. Funcionarios/a de vigilancia, que presten servicio en estas unidades. 12. Otros profesionales <p>Para constituir el Equipo Multidisciplinar del Programa Puente será necesario que participe siempre un profesional de cada uno de los grupos señalados en los puntos 1 y 6 y al menos un profesional del área psicosocial.</p> <p>Se designará entre los componentes un Coordinador responsable que será elegido por el propio equipo. Realizará aquellas tareas de coordinación necesarias para el buen funcionamiento del programa</p> <p>Este equipo será el responsable de intervenir desde el momento de la entrada del usuario hasta su salida y actuarán como puente entre la Institución Penitenciaria y los recursos comunitarios.</p> <p>El equipo realizará reuniones de coordinación y evaluación con la periodicidad que establezca el mismo, celebrándose al menos una reunión mensual.</p>
5.2.2.	<p>Funciones Generales de la Unidad Puente (Pág. 16):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la realidad de la patología mental de los usuarios del programa • Diseñar y ejecutar el Plan de reincorporación social. • Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del CIS o diseñar las específicas para ellos. • Diseñar, gestionar y facilitar una adecuada derivación de las personas con enfermedad mental a los recursos comunitarios. • Facilitar la comunicación de estas personas que padecen enfermedad mental con los juzgados correspondientes • Asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento a los efectos que procedan.
5.2.3.	<p>El profesional de referencia o tutor (Pág. 16 y ss)</p> <ul style="list-style-type: none"> • De entre los miembros que integran el equipo multidisciplinar se designará un tutor para uno o varios de estos internos. • La asignación de la figura de un profesional de referencia a cada usuario cobra especial relevancia por la relación más directa, cercana y estable que se crea entre un determinado profesional y el usuario, incrementa la autoestima y la seguridad del mismo reduciendo proporcionalmente su nivel de ansiedad, al percibir que existe una persona concreta de referencia que le escucha y atiende y realiza un seguimiento más cercano de la evolución de su trastorno. • La figura del tutor se convierte en una de las herramientas más eficaces, no sólo de conocimiento del usuario, sino también como elemento motivador hacia el cambio, pudiendo ejercer, sin perjuicio de las funciones que corresponderían a otros profesionales del equipo, de acuerdo a su especialidad, importantes funciones en la mediación con la familia o con otras instituciones, para conseguir el apoyo y ayuda que el usuario necesita en su preparación para la vida en libertad.



5.2.4	<p>El Interno Auxiliar de apoyo en salud mental (Pág. 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La asignación de interno de apoyo, se valorará por parte del equipo en función de la situación en que se encuentre el enfermo. De acuerdo con lo que se recoge en el PAIEM, este interno ayudará al enfermo en todas aquellas tareas que se determinen y que le ayuden en el proceso de integración
-------	--

5.3 RECURSOS MATERIALES (Pág. 17)	
	<ul style="list-style-type: none"> – Los recursos materiales serán todos los necesarios para el buen funcionamiento del programa. Debe prestarse especial atención a la dotación necesaria de materiales con el fin de evitar retrasos o posible suspensión de las actividades previstas. – Dentro de este apartado, cobran especial interés las actividades que se asignen en el Programa de Rehabilitación de estos internos. – Por un lado, están las actividades comunes del establecimiento, en las que participa la población penitenciaria en su conjunto (educativas, formativas, terapéuticas, laborales, deportivas, ocupacionales, recreativas, culturales y de ocio y tiempo libre) y, por otro las actividades específicas dirigidas en exclusividad para la población con enfermedad mental (autonomía en la toma de medicación, psicomotricidad, autocontrol, autoestima, habilidades sociales, etc.), fomentando la realización de estas actividades fuera del CIS.

5.4. CRITERIOS PARA LA ADMISIÓN DE USUARIOS EN EL PROGRAMA (Pág. 17)	
	<ul style="list-style-type: none"> – Personas con Trastorno Mental Grave: <ul style="list-style-type: none"> • Internadas en centros penitenciarios en fase de reincorporación social para beneficiarse posteriormente de régimen abierto en un CIS y posterior libertad condicional, con una valoración favorable de la Junta de Tratamiento y que necesiten una atención integral y un apoyo a la rehabilitación psicosocial en la red comunitaria de salud mental. • Que presenten déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial y les dificulte cubrir sus necesidades de autocuidados, de apoyo y supervisión para la vida en la comunidad. • Voluntariedad del usuario. Ante la negativa expresa del usuario, se debe tratar de reconducir hacia la aceptación, por el propio beneficio del paciente. • No deben presentar patrones de comportamiento agresivo o peligroso para sí mismo ni para los demás (conductas disruptivas), ni problemas graves de consumo de drogas por toxicomanía o alcohol. En este caso, se debe tratar de reconducir la situación, valorando de nuevo al paciente una vez controlado el problema.

6 PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN EL CENTRO (Pág. 18)	
6.1.	Información. Tanto en los CIS independientes como en los dependientes se realizarán campañas informativas por parte de los directores de los centros a fin que los órganos colegiados y profesionales implicados en la ejecución de este programa tengan un conocimiento en profundidad del mismo.
6.2.	Constitución del equipo multidisciplinar
6.3.	Diseño del Programa del Centro: Una vez constituido el equipo, diseñará un Programa de Intervención más adecuado para su centro, en atención a las características y personal disponible, donde se determinarán las funciones y responsabilidades de cada uno de los componentes del equipo; se elegirá el Coordinador que, donde no haya personal, esta figura recaerá en el Subdirector de Tratamiento del CIS o Subdirector CIS y se establecerá el calendario de actuaciones que incluirá el fijado para las reuniones periódicas del equipo.
6.4.	Aprobación del programa. Por la Junta de Tratamiento y por el Consejo de Dirección del Centro.
6.5.	Envío del diseño del programa al Centro Directivo, Subdirección General de Tratamiento y Gestión



	Penitenciaria (Área de Medio Abierto y Control Telemático) y Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (Servicio de Drogodependencias), preferiblemente por correo electrónico, para su autorización por las dos Subdirecciones Generales.
6.6	Coordinación entre CP y CIS En los Centros Penitenciarios de régimen ordinario con el fin de garantizar una correcta derivación de los internos incluidos en el PAIEM a este recurso se realizarán sesiones monográficas con los equipos PAIEM de los centros. Se procurará la asistencia del coordinador responsable de este programa con el fin de establecer el procedimiento de actuación/coordinación entre ambos centros.

7 SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA (Pág. 18)	
7.1.	Fichas de Evaluación Ficha trimestral (ANEXO IV). Se remitirá preferentemente por correo electrónico a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria (Servicio de Drogodependencias) y Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria (Servicio de Medio Abierto)
7.2.	Indicadores Potencia: Este indicador mide el número de internos incluidos. Actividad: Este indicador mide el grado de dinamismo del programa, valorando el % de enfermos evaluados mensualmente para derivar a otros recursos e incorporar nuevos internos al programa