

Documentos Penitenciarios

18

Programa PUENTE EXTENDIDO

SALUD MENTAL
EN PENAS Y MEDIDAS
ALTERNATIVAS



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

Edita:

Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica

NIPO DVD: 126-18-100-7

NIPO WEB: 126-18-101-2

Depósito Legal: M-36515-2018

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



Programa

PUENTE EXTENDIDO

Penas y Medidas Alternativas

MAYO 2017 VERSIÓN 1.0



Hermanas
Hospitalarias
CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI

PROYECTO HOMBRE



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

AUTORES

Miguel Mateo Soler

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director de Programas CIS José Hierro de Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

Juan Gómez de Tojeiro Roce

Médico especialista en Psiquiatría. Director Médico Centro Hospitalario Padre Menni de Santander.

Rocío Álvarez Crespo

Enfermera. Licenciada en Psicología. Enfermera CIS José Hierro de Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

Mar Fernández Modamio

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni Santander.

José Bengoechea Ibaceta

Jefe del Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas de Cantabria. CIS José Hierro de Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

Purificación Fernández Iglesias

Psicóloga General Sanitaria. Centro Padre Menni de Santander. Centro Proyecto Hombre Cantabria.

Gloria Gurría Flores

Licenciada en Derecho. Directora de Programas CIS José Hierro de Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

David Gil Sanz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni Santander.

José Ríos Martínez

Gestor administrativo Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, CIS José Hierro de Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

Luis Gaité Pindado

Doctor en Medicina. Unidad de Evaluación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

REVISORES

Raquel Bustillo Gómez-Cuétara

Licenciada en Psicología. Técnica de gestión de casos. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

Pablo Montoya del Corte

Habilitado como Psicólogo General Sanitario / Máster en Gestión y Dirección en Servicios Sanitario y Sociales. Coordinador General. Asociación Cántabra Pro Salud Mental (ASCASAM).

Bárbara García de Polavieja Serradell

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Asociación Cántabra Pro Salud Mental (ASCASAM).

Miguel Ángel Martínez Antón

Médico Especialista en Psiquiatría. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

Teresa García Laredo

Trabajadora Social. Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, CIS José Hierro de Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

Carolina Hernáiz Prado

Trabajadora Social. CIS José Hierro Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

Gloria Álvarez Ayllón

Licenciada en Psicología. Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, CIS José Hierro de Santander (Centro Penitenciario El Dueso).

TABLA DE CONTENIDOS

PRÓLOGO (1)	4
PRÓLOGO (2)	6
GLOSARIO DE TÉRMINOS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS	8
1 GUÍA DE INICIO RÁPIDO	10
2 INTRODUCCIÓN	12
2.1 Trastornos mentales y judicialización	12
2.2 La necesaria coordinación en la atención a la persona con trastorno mental judicializada	13
2.3 El Programa Puente Extendido	13
3 Contenido del Programa Puente Extendido	14
3.1 Objeto	14
3.2 Alcance	14
3.3 Convenios de redacción y versionado del procedimiento	14
3.4 Definición de trastorno mental grave (TMG)	15
3.5 FASES DEL PUENTE EXTENDIDO	17
4 DATOS RELATIVOS A LA SALUD	23
5 INDICADORES DE CALIDAD	24
6 ANEXOS	24
7 REFERENCIAS	25

PRÓLOGO (1)

Recoge el artículo 25 del Código Penal, en su redacción vigente, tras la reforma operada mediante la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, que:

<<A los efectos de este Código se entiende por discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Asimismo, a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad que, tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente>>

Esta completa definición del término “discapacidad”, abarcando distintas deficiencias o necesidades -entre ellas las de salud mental- puede sorprendernos (gratamente sorprendernos), pues es una definición que se enmarca en el contexto de nuestra norma punitiva por excelencia. Y más gratamente nos sorprende, si la comparamos con la anterior definición que el mismo artículo hacía:

<<A los efectos de este Código se considera incapaz a toda persona, haya sido o no declarada su incapacitación, que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o bienes por sí misma>>.

Esta mayor “sensibilización” del legislador ya venía siendo reflejada desde la modificación del Código Penal del 2010, al abordarse en su artículo 101 y siguientes, el cumplimiento de las medidas que se imponen a personas con problemas de salud mental. Así, se priorizaba la consideración de la persona inculpada como “enfermo mental”, frente a su consideración como “delincuente”, lo que se traducía en instar a las administraciones públicas correspondientes, a llevar a cabo las medidas penales que se dispusieran a las mismas (aunque no fuesen inimputables), y sin que expresamente se recogiese a la Institución Penitenciaria como la administración encargada de la ejecución de estas penas y medidas. Del mismo modo recogía y recoge este sentir el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, de ejecución de penas y medidas alternativas, que en su artículo 20 expresa que *<<Las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones Públicas competentes por razón de materia y territorio>>*. Para no extendernos en este planteamiento, sólo añadir que en la reforma penal de 2015 se vuelve a incidir en ello, expresando que serán *<<los servicios de asistencia social competentes>>* (en razón de la materia y de territorio) los que deben prestar *<<la ayuda y atención que precisen y legalmente les corresponda a los sometidos a medidas no privativas de libertad >>* (artículo 105 CP, in fine).

Sin embargo, esta “sensibilización” del legislador penal, no se corresponde con la realidad de los enfermos mentales que son judicializados. Por el contrario, la realidad es que se sigue instando a la Administración Penitenciaria a que ejecute medidas no privativas de libertad (libertades vigiladas, principalmente), o muchos de estos enfermos pasan absolutamente desapercibidos y son condenados -en el ámbito de la comisión de delitos menos graves o leves- a penas de trabajos en beneficio de la comunidad, o a penas de prisión, que les son suspendidas, a cambio de su intervención en un programa de diversa índole, como regla de conducta de obligado cumplimiento.

Partiendo de esta realidad, y en la búsqueda de una más adecuada y eficaz respuesta a las personas con patología mental que tienen que cumplir una pena alternativa, la iniciativa llevada a cabo por el excelente equipo de profesionales penitenciarios del CIS de Santander, ha sido un gran descubrimiento. Desde la experiencia del trabajo ya realizado en salud mental en Instituciones Penitenciarias, el programa que ahora presentamos, el **“Programa Puente Extendido”**, es hoy una iniciativa -en proceso de ser también asumida en distintos Servicios de gestión de Penas y Medidas Alternativas del resto de España- que podemos calificar como **una herramienta, un instrumento de intervención con estos “pacientes-penados”, que consigue dos objetivos fundamentales:**

Por una parte, el cumplimiento de la pena alternativa impuesta, respondiendo al mandato recibido de los jueces y tribunales en orden al resarcimiento -al menos simbólico- y reparación del daño realizado a la sociedad con la comisión del delito (principal eje motriz de toda pena alternativa).

Y, por otra parte, de vital importancia, logra el objetivo de “visualizar” a la persona penada, en la búsqueda de su enganche comunitario, su atención, ayuda, en lo que legítimamente debe corresponderle como enfermo mental.

Para ambos objetivos, se requiere del compromiso, de la voluntad, de la predisposición de personas e instituciones que quieran trabajar formando un solo equipo. Fundamental es, por tanto, **la cooperación de otras Administraciones y de Entidades Públicas y Privadas** que interioricen que vale la pena actuar en común, en “co-responsabilidad social”. Eso es lo que logra cada día el **Centro Hospitalario Padre Menni, pieza fundamental en este programa**. Su modelo asistencial, basado en el respeto a la dignidad de la persona, en su individualización como ser único y especial, que necesita ser atendido, escuchado, orientado... resulta imprescindible para el desarrollo de este programa. Por ello, mi reconocimiento sincero a esta Institución.

No puedo finalizar sin manifestar mi infinito agradecimiento a todo el equipo de excelentes profesionales penitenciarios, y no penitenciarios, que han logrado este Programa. Seguimos adelante.

Myriam Tapia Ortíz

Subdirectora General de Penas y Medidas Alternativas

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

PRÓLOGO (2)

Hay un grupo de personas con enfermedad mental grave que son especialmente vulnerables a la judicialización, son pacientes sin conciencia clara de enfermedad, con un proceso cronificado, muchas veces múltiple, que sufre etapas de agravación, quizá por entrar en contacto con drogas, con una escasa red social y familiar y que ha precisado ingresos previos en hospital sin que se encuentren supervisados de forma ambulatoria por los servicios socio asistenciales. La judicialización, en la práctica supone el cruce entre el perfil clínico del enfermo y su perfil delincencial. Este último complica la rehabilitación del primero, por tanto, cuanto más pronto se intervenga, y se interrumpa la carrera delincencial, mejor.

La coordinación entre las diferentes instituciones encargadas de la atención de este grupo de enfermos, se ha mostrado como la única solución para aumentar las oportunidades de recuperación de estos enfermos, que, al entrar en contacto con la justicia, con frecuencia acaban estigmatizados y rechazados.

Las Unidades Puente de los CIS fueron la respuesta más decidida de la Institución Penitenciaria para favorecer esta coordinación interinstitucional, un grupo multidisciplinar de profesionales que con el objetivo inicial de asegurar una correcta derivación a los servicios comunitarios de los enfermos que terminan su condena en prisión, proponen la creación de una comisión con miembros de otras administraciones con responsabilidades en la asistencia de determinados perfiles de paciente complejos. Esta comisión debía buscar soluciones para los enfermos salientes del sistema penitenciario, pero también, en no pocas ocasiones, las reuniones de estos profesionales servían para poner el acento en la evolución de otros enfermos, que, sin haber cometido delitos graves, estaban ciertamente en riesgo de hacerlo.

Con el Programa Puente Extendido, se da un cambio cualitativo. El excelente trabajo del Dr. Mateo y todos los profesionales del CIS de Santander, con el equipo directivo del Centro Penitenciario El Dueso a la cabeza, permitió descubrir una nueva oportunidad de detección temprana de las personas con enfermedad mental grave, en un momento inicial de su carrera psico-socio-delincencial. En efecto, en los CIS se gestionan determinadas penas alternativas a prisión, en concreto los Trabajos en Beneficio de la Comunidad (TBC). Este equipo de profesionales encontró un número significativo de personas que habían sido condenadas a TBC, que sufrían además una enfermedad mental grave. Este descubrimiento tiene una trascendencia enorme, porque, en primer lugar, supone una oportunidad de tratamiento para estos enfermos, en un momento todavía temprano de su relación con la administración de justicia. Con ello se puede romper el círculo enfermedad-delito en una fase muy adecuada para apartar al paciente de una segura espiral de gravedad creciente en las interacciones negativas entre enfermedad y delito. En segundo lugar, permite alejar el riesgo de incumplimiento del TBC, por la propia incompetencia del enfermo derivada de su falta de salud, lo que iniciaría la espiral antes mencionada, convirtiendo al paciente en sujeto de un quebrantamiento de condena, y por tanto susceptible de ser condenado a prisión.



En definitiva, el Programa Puente Extendido es una eficaz herramienta para la detección temprana y derivación adecuada de un importante grupo de personas que entran en contacto con la administración de justicia, únicamente debido a que su proceso mental no está siendo adecuadamente tratado en la comunidad. Quiero agradecer en mi nombre y en el de la Institución que represento a todo el equipo de profesionales del CIS de Santander y del Dueso, su dedicación y esfuerzo por mejorar la calidad de la asistencia de las personas con problemas de salud mental que son atendidas en prisión. Son un ejemplo para todos nosotros, les animo a continuar con esa labor tan esencial que es dar a conocer y prestigiar el trabajo de la Institución Penitenciaria.

José Manuel Arroyo Cobo

Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

GLOSARIO DE TÉRMINOS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- CIS** **Centro de Inserción Social**¹. Son establecimientos penitenciarios destinados al cumplimiento tanto de las penas privativas de libertad en régimen abierto como de las penas no privativas de libertad establecidas en la legislación vigente y cuya ejecución se atribuye a la Administración Penitenciaria. Así mismo, se realiza desde los CIS el seguimiento de los liberados condicionales.
- COEPI** **Módulo corto de evaluación y planificación de la intervención**. Se realiza la evaluación psicosocial y una planificación de las recomendaciones asistenciales.
- CRPS** **Centro de Rehabilitación Psicosocial** es un dispositivo incluido en la tipología general de “Centro de Día” recogida en el artículo 24 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia², cuya función es facilitar los procesos de rehabilitación y ofertar el soporte necesario para una adecuada integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente^{3 4}.
- MEI** **Programa de Duración Media de Evaluación e Intervención**. El MEI es un conjunto de programas asistenciales donde se llevan a cabo las intervenciones psicosociales establecidas en el módulo COEPI
- PMA** **Penas y Medidas Alternativas**⁵. En el código penal, las posibilidades contempladas que pasan por evitar el ingreso en prisión son, entre otras, las siguientes: pena de trabajo en beneficio de la comunidad, suspensiones de condena y sustituciones de condena. Se pretende con ellas evitar los efectos desocializadores que implican las penas privativas de libertad, y hacer, de alguna manera, que la persona condenada pueda reparar el daño causado a la sociedad desde ésta misma.
- REGLAS DE CONDUCTA** Deberes y obligaciones que pueden condicionar la suspensión de la pena, entre las que se encuentran la participación en programas formativos, laborales, educación vial, culturales, sexual, de defensa del medio ambiente, de protección de los animales, de igualdad de trato y no discriminación, deshabituación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos, y otras similares.

SGIP

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Es un organismo de carácter estatal encargado de la Administración Penitenciaria. Depende del Ministerio del Interior a través de la Secretaría de Estado de Seguridad.

SGPMA

Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas. Son las unidades administrativas dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias encargadas de la gestión de las Penas y Medidas Alternativas.

TAEVI

Taller de Valoración Inicial del Programa Puente Extendido. Consta de una entrevista de cribado de trastorno mental grave (TMG), de un módulo de actividades complementarias y de un Módulo Corto de Evaluación y Planificación de la Intervención (COEPI).

TBC

Trabajos en beneficio de la comunidad⁶. Son una pena privativa de derechos. Su imposición requiere el consentimiento del penado y le obliga a prestar su cooperación no retribuida en determinadas actividades de utilidad pública. También pueden consistir en la participación en talleres o programas formativos o de reeducación, laborales, culturales, de educación vial, sexual y otros similares.

TMG

Trastorno mental grave. Es un concepto operativo que identifica a aquellos pacientes sobre los que deben realizarse actuaciones prioritarias por la severidad de sus trastornos, diseñando programas en los que se integren las intervenciones psicofarmacológicas, psicosociales, y la continuidad de cuidados dentro de una red de salud mental multidisciplinar.

UCAS

Unidades de conductas adictivas. Son dispositivos para el tratamiento ambulatorio de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

USM

Unidades de Salud Mental. Son los elementos asistenciales de carácter básico en la Red de Salud Mental.

1 GUÍA DE INICIO RÁPIDO

PUENTE EXTENDIDO PMA. ¿DE QUÉ HABLAMOS?

- ▶ **Es un programa de intervención psicosocial** dirigido a personas que cumplan penas o medidas alternativas (PMA) (trabajos en beneficio de la comunidad (TBC) y/o reglas de conducta) y padezcan un **trastorno mental grave (TMG)**.
- ▶ **Contenido**
 - ▶ Taller de Valoración Inicial (**TAEVI**): **a través de su participación, puede cumplir hasta 60 jornadas de trabajo en beneficio de la comunidad (TBC)**.
 - ▶ Programa de Duración Media de Evaluación e Intervención (**MEI**): **a través de su participación puede cumplir > 60 jornadas TBC o reglas de conducta**.

NECESIDADES PARA LA PUESTA EN MARCHA

- ▶ **El Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas (SGPMA)**
- ▶ **Realizar una entrevista de cribado** de TMG por cualquiera de los siguientes profesionales: médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, pertenecientes a SGPMA / Centro de Inserción Social (CIS) / Centro Penitenciario / red pública/ entidad colaboradora.
- ▶ **Una entidad colaboradora** acreditada como Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

FASE 1. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE PROBLEMA DE SALUD - pág. 17

- ▶ **La persona que cumpla una PMA firma una declaración voluntaria** de problema de salud en el SGPMA. **ANEXO PEX-1**.

FASE 2.1 TAEVI. ENTREVISTA DE CRIBADO DE TMG - pág. 18

- ▶ **Realiza médico/a, enfermero/a o psicólogo/a** del Programa. **ANEXO PEX-2**.

FASE 2.2 TAEVI. MÓDULO DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS - pág. 19

- ▶ **Responsable de la derivación:** médico/a, enfermero/a o psicólogo/a del Programa
- ▶ **Contenido (opcional)**
 - a) Derivación a centro de salud
 - b) Derivación a unidad de salud mental (USM)
 - c) Derivación a unidades de conductas adictivas (UCAS)
 - d) Derivación a trabajadores/as sociales o educadores/as del SGPMA o de otros servicios
 - e) Nueva revisión por el profesional que realiza la entrevista de cribado
 - f) Otras

FASE 2.3 TAEVI. MÓDULO CORTO PARA EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN (COEPI) - pág. 19

- ▶ **Realiza: entidad colaboradora acreditada** como CRPS.
- ▶ **Contenido**
 - ▶ La evaluación psicosocial y la planificación de la intervención.
 - ▶ El acompañamiento para vinculación a recursos de atención sanitaria o social, si es necesario.
 - ▶ La utilización de los datos clínicos para el diseño de futuras intervenciones específicas.
- ▶ **ANEXO PEX-3:** GUÍA para la elaboración del COEPI; **ANEXO PEX-4:** Finalización del COEPI.

FASE 2.4 TAEVI. FINALIZACIÓN DEL TAEVI - pág. 20

- ▶ **Emisión de recomendaciones al SGPMA** por el/la profesional que ha realizado la entrevista de cribado. **ANEXO-PEX-5.**
 - a) No se aprecia impedimento médico para cumplir la pena TBC/reglas de conducta
 - b) Se recomienda adaptación básica de la pena/reglas de conducta
 - c) Se recomienda cumplir los TBC convencionales en entidades que presten servicios de salud mental (CRPS, Unidades Conductas adictivas, etc.)
 - d) Se recomienda que se cumpla TBC/reglas de conducta mediante participación en el programa MEI (Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención)
 - e) Se recomienda que se cumpla TBC/reglas de conducta mediante participación en otros programas aprobados por la Administración Penitenciaria
 - f) Se aprecia causa médica que impide cumplir la pena TBC/reglas de conducta
- ▶ **Cómputo del TAEVI:** Hasta 60 jornadas de TBC.

FASE 3: PROGRAMA MEI (Duración Media para Evaluación/Intervención) - pág. 22

- ▶ El MEI es un conjunto de Programas Asistenciales donde se van a llevar a cabo las intervenciones psicosociales que se han planificado en el módulo COEPI.
- ▶ **ANEXO PEX 6.** Guía del MEI; **ANEXO PEX 7.** Finalización MEI.
- ▶ **MEI 2:**
 - ▶ Duración de la intervención: 2 - 4 meses; Número de horas: 20-40
 - ▶ Equivalencia jornadas de TBC: 61 - 120
- ▶ **MEI 4:**
 - ▶ Duración de la intervención: >4 - 6 meses; Número de horas: 41-80
 - ▶ Equivalencia jornadas de TBC: 121 - 200
- ▶ **MEI 6:**
 - ▶ Duración de la intervención: >6 - 12 meses; Número de horas: 81-160
 - ▶ Equivalencia jornadas de TBC: >200; Utilizar para modificación de reglas de conducta
- ▶ **MEI CORTO:**
 - ▶ Penas TBC <60 jornadas que se cumplan consecutivamente (en un plazo inferior a 3 meses) a otra pena >60 jornadas ya cumplida a través del MEI
 - ▶ Número de horas: hasta 20; Duración: 15 días - 2 meses

2 INTRODUCCIÓN

2.1 Trastornos mentales y judicialización

Los sistemas penitenciarios reciben una alta proporción de personas con diagnóstico de trastorno mental, una de las principales causas de exclusión, junto con los trastornos ligados al consumo de sustancias.

Según el informe PRECA⁷, la prevalencia de la patología psiquiátrica entre la población reclusa española es 5 veces superior a la de la población general.

Las causas de este hecho son múltiples y actúan de forma conjunta, encontrándose entre otras razones la deficiente coordinación y continuidad de cuidados sociales y sanitarios de la persona con trastorno mental grave (TMG) (atención primaria, unidades de conductas adictivas (UCAS), urgencias hospitalarias, unidades de salud mental, servicios sociales, etc.).

También es relevante la falta de capital social de algunos pacientes, y la elevada carga de estigma (construcción social basada en estereotipos y prejuicios que conduce a la discriminación) ligado a la enfermedad mental.

Estas y otras causas precipitan el tránsito hacia la exclusión⁸ y colocan en una posición vulnerable a la persona con trastorno mental grave.

Cuando una persona con TMG entra en contacto con los dispositivos policiales por protagonizar un incidente, existe el riesgo de considerar situaciones de descompensación como verdaderos delitos, canalizando los hechos en la vía penal a través de la redacción de atestados, e instruyéndose procedimientos en los que pueden pasar inadvertidas situaciones de enfermedad mental.

Esta situación en ocasiones puede agravarse debido a la celeridad procesal de los enjuiciamientos rápidos⁹, acompañados de sentencias de conformidad que incluyen suspensiones o sustituciones de la pena de prisión por una pena o medida alternativa (PMA).

Además, en el caso de delitos relacionados con la violencia familiar, se impone como pena accesoria a la persona afectada por el trastorno, una orden de alejamiento de su familiar que generalmente es quien ejerce el rol cuidador o cuidadora, tal como señala la Confederación Salud Mental España⁹.

El quebrantamiento de estas PMA favorecido por las dificultades de funcionamiento personal que caracterizan a las personas que padecen trastornos mentales graves, acaban provocando el ingreso en prisión.

2.2 La necesaria coordinación en la atención a la persona con trastorno mental judicializada

Existe amplio consenso sobre la necesidad de actuar de forma compleja en el abordaje de las personas con TMG y problemas legales, garantizando la detección temprana, la continuidad de cuidados y la coordinación multinivel, pese a lo cual siguen existiendo dificultades para la efectiva aplicación de estas garantías.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud¹⁰ insiste en garantizar la continuidad de cuidados de las personas que padecen un TMG mediante la provisión de los recursos sanitarios y sociales necesarios, así como en definir de forma rigurosa los grupos especialmente vulnerables frente a la enfermedad mental que requieren especial atención y seguimiento. Señala la necesidad de disponer de un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población.

De igual forma, el Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos¹¹ de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad tiene como objetivo analizar la atención sanitaria y social de personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual que cometen un delito y entran en el sistema penal, siendo condenadas a PMA.

Estas Comisiones, entre otros objetivos, pretenden mejorar la coordinación entre las administraciones competentes en el control y seguimiento de los casos (judicial, social, sanitaria y penitenciaria).

2.3 El Programa Puente Extendido

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) implementó en el año 2012 el Programa de Unidades Puente¹², para facilitar los procesos de reinserción en la comunidad de las personas con enfermedad mental grave que se encuentran cumpliendo condena en la modalidad de régimen abierto y libertad condicional. Las Unidades Puente se ubican en los CIS (Centros de Inserción Social) y constituyen una continuidad del PAIEM¹³ (Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental) existente en los centros penitenciarios ordinarios.

El Programa Puente Extendido es un programa de intervención psicosocial destinado a personas con TMG que puedan cumplir una PMA mediante la participación en programas¹⁴ y tiene como objetivos detectar de forma temprana¹⁵ trastornos mentales en personas judicializadas, mejorando su salud y el enganche con los dispositivos socio-sanitarios, y al mismo tiempo evitar las consecuencias derivadas del incumplimiento, entre las que se encuentra el ingreso en prisión.

3 Contenido del Programa Puente Extendido

3.1 Objeto

- ▶ Especificar los procesos necesarios para detectar la presencia de un TMG en las personas que van a cumplir una PMA (trabajos en beneficio de la comunidad y/o reglas de conducta derivadas de suspensiones o sustituciones de la ejecución de las penas privativas de libertad, reguladas por el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio¹⁶).
- ▶ Ofrecer el cumplimiento de la PMA a través de la participación en un Programa de Intervención Psicosocial compuesto por un Taller de Evaluación Inicial (TAEVI) y un Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención (MEI), o en su defecto adaptar el cumplimiento de la pena a la situación de salud de la persona.
- ▶ Facilitar el enganche con los dispositivos sociales y sanitarios comunitarios de la persona con TMG, con objeto de mejorar su salud y evitar nuevas judicializaciones.

3.2 Alcance

- ▶ Personas con criterios de TMG que deban cumplir una PMA cuya gestión sea competencia de los SGPMA.

3.3 Convenios de redacción y versionado del procedimiento

3.3.1 Redacción

Con objeto de facilitar la comprensión del documento se establecen estos convenios de redacción:

- ▶ **“DEBE”**: indica una obligación de cumplir lo especificado en el documento.
- ▶ **“CONVIENE”**: indica un cumplimiento recomendado
- ▶ **“PUEDE”**: indica un cumplimiento opcional

3.3.2 Versionado

Este es un documento vivo sometido a cambios para mejorar de forma continua su contenido. Para identificar el documento vigente y saber qué cambios deben ser revisados detalladamente por los autores u otras personas que se establezcan, las versiones tendrán esta numeración:

- ▶ Dos dígitos separados por un punto. Número a la izquierda indica cambios mayores (de fondo), que requieren un ciclo de revisión completa del procedimiento. Número a la derecha indica cambios menores (de forma, erratas, cambio de denominaciones, formatos, etc.) que no requieren ciclo de revisión. (*ejemplo **Versión 2.3** indica que el documento ha sido sometido a una segunda revisión completa por cambios mayores y se han realizado tres series de cambios menores que no requieren revisión completa*).

3.4 Definición de trastorno mental grave (TMG)

El TMG es un concepto operativo que identifica a aquellos pacientes sobre los que deben realizarse actuaciones prioritarias por la severidad de sus trastornos¹⁸, diseñando programas en los que se integren las intervenciones psicofarmacológicas, psicosociales, y la continuidad de cuidados dentro de una red de salud mental multidisciplinar.

La definición que alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos¹⁷ (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como “*un grupo heterogéneo de personas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social*”.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) de Intervenciones Psicosociales en el TMG del Sistema Nacional de Salud¹⁸, requiere que se cumplan simultáneamente **tres dimensiones** para su definición:

- a) **Diagnóstico clínico** (considerando los trastornos psicóticos en sentido amplio), incluyendo según la clasificación CIE 10 de la OMS:
 - ▶ Trastornos esquizofrénicos (F20.x), Trastorno esquizotípico (F21), Trastornos delirantes persistentes (F22), Trastornos delirantes inducidos (F24), Trastornos esquizoafectivos (F25), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29), Trastorno bipolar (F31.x), Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), Trastornos depresivos graves recurrentes (F33), Trastorno obsesivo compulsivo (F42).
 - ▶ Hay controversia a la hora de obtener una definición consensuada de TMG por los equipos asistenciales comunitarios^{18,21,24}, existiendo alta discordancia en los diagnósticos que deben incluirse o no, por ejemplo en relación con la no exclusión de los trastornos de la personalidad (algunos de los cuales cursan con síntomas psicóticos y conductas gravemente desorganizadas), o la patología dual.

- b) **Evolución del trastorno:** Se admite alguno de los siguientes¹⁶:
- ▶ Superior a los dos años.
 - ▶ Deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses.
 - ▶ Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
 - ▶ Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.
- c) **Presencia de Discapacidad** referida al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada, medida mediante alguno de los siguientes métodos:
- ▶ **Escalas de evaluación**¹⁹
 - ▶ Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones <70 - 50.
 - ▶ Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0²⁰), con puntaje simple >3 en todos sus ítems.
 - ▶ **Al menos dos de los siguientes criterios (NIHM¹⁷)**
 - ▶ Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
 - ▶ Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
 - ▶ Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
 - ▶ Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
 - ▶ Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

La definición de TMG que finalmente se considere debe estar alineada con la que establezca la red de salud mental de la comunidad autónoma en la que se aplique el Puente Extendido.

Puede encontrar más información sobre la definición del TMG en publicaciones de La Asociación Española de Neuropsiquiatría²¹, el IMSERSO^{22,23} y en el estudio de B. Moreno Küstner et al "opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave"²⁴.

3.5 FASES DEL PUENTE EXTENDIDO



FASE 1. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE PROBLEMA DE SALUD

- ▶ Cuando un penado acude al SGPMA para iniciar el cumplimiento de una PMA se le debe ofrecer la posibilidad de realizar una **declaración voluntaria de problema de salud**, que pueda suponer una dificultad para el cumplimiento de la pena o regla de conducta impuesta.
- ▶ También puede realizar la declaración en cualquier momento, una vez iniciado el cumplimiento de la PMA, si aparecen incidencias que se sospeche están relacionadas con problemas de salud.
- ▶ La declaración voluntaria permite el acceso a una entrevista de cribado de TMG por un profesional para actualizar y evaluar su situación de salud.
- ▶ Además, la declaración debe incorporar estas autorizaciones:
 - ▶ Transferencia de los datos mínimos imprescindibles relativos a su salud al SGPMA, para gestionar el cumplimiento de la PMA.
 - ▶ Transferencia de los datos relativos a su salud mental a la comisión de análisis de casos autonómica o equivalente (si este servicio está disponible).
 - ▶ Acceso a su historia clínica electrónica autonómica (si este servicio está disponible).
- ▶ El **ANEXO PEX-1** contiene un modelo tipo para realizar la declaración voluntaria de problema de salud, que debe leerse y firmarse por la persona interesada, recibiendo copia de la misma.

FASE 2. EL TALLER DE EVALUACIÓN INICIAL (TAEVI)



- ▶ **Al firmar la declaración voluntaria de problema de salud (ANEXO PEX-1):**
 - ▶ El SGPMA genera un plan de ejecución que da comienzo al Taller de Evaluación Inicial (TAEVI), el cual permite el cumplimiento equivalente a un **máximo de 60 jornadas de trabajos en beneficio de la comunidad (TBC)**, que puede comprender toda la pena (si es ≤ 60 jornadas de TBC) o una parte (si es > 60 jornadas de TBC).
 - ▶ Para reglas de conducta derivadas de la suspensión de la ejecución de una pena privativa de libertad, el TAEVI servirá para realizar la propuesta de plan de intervención. En el caso que sea necesario modificar alguna de las obligaciones inicialmente impuestas, se estará a la espera de lo que resuelva el órgano jurisdiccional competente para la ejecución.
 - ▶ El SGPMA cita a la persona que ha de cumplir la PMA para inicio del TAEVI.

FASE 2.1 del TAEVI: Entrevista de cribado de TMG

- a) Debe realizarse la entrevista de cribado a todas las personas que inicien el TAEVI.
- b) ¿Qué profesionales pueden realizar la entrevista?: Un/a médico/a, enfermero/a, o psicólogo/a, pertenecientes a:
 - ▶ Instituciones Penitenciarias. Conviene esta opción si están disponibles y el SGPMA está ubicado en Centros Penitenciarios/CIS.
 - ▶ La red sanitaria pública.
 - ▶ Una entidad colaboradora.
- c) Objetivo de la entrevista de cribado: Actualizar y evaluar los problemas de salud que presenta la persona para:
 - ▶ Conocer datos que hagan sospechar la presencia de un TMG.
 - ▶ Adaptar el cumplimiento de la PMA a su situación de salud.
 - ▶ Facilitar el enganche del paciente con los dispositivos sociales y sanitarios.
- d) ¿Cómo realizar la entrevista de cribado?
 - ▶ Utilizando una entrevista semiestructurada, completada con los informes que conviene que aporte la persona que ha de cumplir la PMA.
 - ▶ Con la información complementaria que faciliten familiares, tutores o cuidadores.
 - ▶ Con la información complementaria que aporten los servicios sociales del SGPMA (si están disponibles) y los comunitarios.
 - ▶ Con el acceso a la historia clínica del paciente por el personal sanitario autorizado, si está disponible.
- e) Duración de la entrevista de cribado:
 - ▶ Puede requerir una o varias sesiones, a criterio del profesional entrevistador.
- f) Si la entrevista de cribado descarta la existencia de trastorno mental grave, el TAEVI debe finalizar en ese momento.
- g) El **ANEXO PEX-2** contiene un modelo tipo para realizar la entrevista de cribado semiestructurada.

FASE 2.2 del TAEVI: Módulo de actividades complementarias

- ▶ Una vez realizada la entrevista de cribado, el profesional puede continuar los procesos de evaluación solicitando al paciente el inicio del módulo de actividades complementarias, siempre que exista sospecha o certeza de la existencia de un TMG y sea necesario ampliar información:

- a) Derivación a centro de salud, para actualizar información, continuidad de tratamientos, obtención de la tarjeta sanitaria, otras.
- b) Derivación a unidad de salud mental (USM), solicitando estudio.
- c) Derivación a unidades de conductas adictivas (UCAS).
- d) Derivación a trabajadores/as sociales o educadores/as del SGPMA o de otros servicios.
- e) Nueva revisión por el profesional que realiza la entrevista de cribado.
- f) Otras.

FASE 2.3 del TAEVI: Módulo Corto para Evaluación y Planificación de Intervención (COEPI)

Procesos flujograma



- a) ¿Qué contiene el Módulo COEPI?
 - ▶ La evaluación psicosocial y la planificación de la intervención.
 - ▶ El acompañamiento para vinculación a recursos de atención sanitaria o social, si es necesario.
- b) ¿Quién puede realizar el Módulo COEPI?
 - a) Una entidad colaboradora acreditada por la administración autonómica como centro de rehabilitación psicosocial (CRPS), en sus propias instalaciones.
- c) ¿Quién deriva al COEPI?
 - b) El profesional que realiza la entrevista de cribado, una vez detectado un TMG.
 - c) Debe transferir a la entidad colaboradora la información recabada en la entrevista.
- d) Contenido del COEPI
 - d) El **ANEXO PEX-3** contiene una guía para la elaboración del **COEPI** que debe consultarse por la entidad colaboradora.
- e) Finalización del COEPI
 - e) El COEPI finaliza cuando se ha completado la evaluación y la planificación de la intervención.
 - f) El **ANEXO PEX-4** contiene el formulario de finalización del COEPI.

FASE 2.4 de TAEVI: Finalización

- ▶ El TAEVI finaliza cuando se ha completado la evaluación inicial (ENTREVISTA / MÓDULO DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS / COEPI).
- ▶ El **ANEXO PEX-5** contiene las propuestas de ejecución de la PMA dirigidas al SGPMA, y debe elaborarse por el profesional de salud que realizó la entrevista de cribado inicial:
 - a) **No se aprecia impedimento médico para cumplir la pena de TBC/reglas de conducta** (la persona puede cumplir de forma ordinaria la pena de TBC/regla de conducta).
 - b) **Se recomienda adaptación básica de la pena/reglas de conducta** (horarios, lugar, evitar esfuerzos físicos, otras especificaciones).
 - c) **Se recomienda cumplir los TBC convencionales en entidades que presten servicios de salud mental** (CRPS, Unidades Conductas adictivas, etc.).
 - d) **Se recomienda que se cumplan los TBC/reglas de conducta mediante participación en el programa MEI** (Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención).
 - ▶ Para TBC, debe realizarse nuevo plan de ejecución para continuar cumplimiento a través del programa MEI.
 - ▶ Para reglas de conducta, debe remitirse plan de intervención a la autoridad judicial de que dependa, incluyendo el resultado del TAEVI y motivando, si procede, la propuesta de modificación de obligaciones inicialmente impuestas, quedando en este caso a la espera de la resolución que adopte.
 - e) **Se recomienda que se cumpla TBC/reglas de conducta mediante participación en otros programas aprobados por la Administración Penitenciaria (especificar).**
 - f) **Se aprecia causa médica que impide cumplir la pena TBC/reglas de conducta.**
 - ▶ Si por razones de salud física o mental se encuentra plena imposibilidad para el cumplimiento de la pena o regla de conducta, debe informarse de esta circunstancia al Juzgado Ejecutor, adjuntando informe médico, y archivando el expediente en este momento, tal como establece la Instrucción 9/2011 (Procedimiento de gestión administrativa de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad) de la SGIP.

▶ **Cómputo del TAEVI para la ejecución de la PMA**

a) **Para la pena de TBC:**

- ▶ El TAEVI equivale a un máximo de 60 jornadas TBC, sumando todas sus partes.
- ▶ Se valorarán todas las actividades realizadas, teniendo en cuenta el cómputo horario, lugar de realización, y esfuerzo requerido.
- ▶ De forma orientativa, pueden realizarse estos cálculos:
 - ▶ **Parte 1 del TAEVI** (entrevista de cribado)
 - ▶ 1 jornada TBC por cada sesión de entrevista.
 - ▶ **Parte 2 del TAEVI** (módulo de actividades complementarias)
 - ▶ Hasta 2 jornadas TBC por cada actividad realizada.
 - ▶ **Parte 3 del TAEVI: Módulo COEPI**
 - ▶ Se debe valorar por la entidad colaboradora la duración efectiva de las actividades del COEPI realizadas, proponiendo de forma motivada el cómputo de jornadas de TBC que correspondan.
- ▶ Entre las tres partes del TAEVI pueden computarse hasta 60 jornadas de TBC.
- ▶ **Liquidación de pena TBC:**
 - ▶ Si la pena es igual o inferior a 60 jornadas de TBC y se han computado jornadas suficientes, se dará por concluida.
 - ▶ Si la pena es de duración superior a 60 jornadas de TBC, deben descontarse las jornadas TBC computadas en el TAEVI y debe iniciarse un nuevo plan de ejecución por el tiempo restante, mediante la modalidad de cumplimiento que se ha propuesto al SGPMA en el **ANEXO PEX-5**.

b) **Para reglas de conducta**

- ▶ Las actividades del TAEVI podrán considerarse parte del programa, una vez se reciba autorización judicial del plan de intervención con la propuesta de modificación de obligaciones.

FASE 3: EL PROGRAMA MEI (Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención)

a) Alcance del MEI

- ▶ Personas con trastorno mental grave (TMG), que hayan sido evaluadas a través del TAEVI (incluido módulo COEPI), y se proponga continuar el cumplimiento de la PMA a través de este programa, siempre que se disponga de su conformidad.

b) ¿En qué consiste el MEI?

- ▶ El MEI es un conjunto de Programas Asistenciales donde se van a llevar a cabo las intervenciones psicosociales que se han planificado en el módulo COEPI.
- ▶ Los Programas Asistenciales MEI abordan la enfermedad mental, incluyendo los trastornos adictivos comórbiles (patología dual).
- ▶ Las personas deben ser atendidas en los programas siempre en función de sus necesidades particulares.
- ▶ El **ANEXO PEX-6** contiene una **guía para la elaboración del MEI** que debe consultarse por la entidad colaboradora.

c) ¿Quién puede realizar el MEI?

- ▶ Una entidad colaboradora acreditada por la administración autonómica como CRPS, en sus propias instalaciones.

d) Duración del MEI

- ▶ **Cuatro intervalos** posibles de duración que debe establecer la entidad colaboradora, considerando la duración de la pena impuesta y las necesidades de intervención detectadas en el TAEVI-COEPI:
 - ▶ **MEI 2:**
 - ▶ Duración de la intervención: 2 - 4 meses; Número de horas: 20-40
 - ▶ Equivalencia jornadas TBC: 61 - 120
 - ▶ **MEI 4:**
 - ▶ Duración de la intervención: >4 - 6 meses; Número de horas: 41-80
 - ▶ Equivalencia jornadas TBC: 121 - 200

▶ **MEI 6:**

- ▶ Duración de la intervención: >6 - 12 meses; Número de horas: 81-160
- ▶ Equivalencia jornadas TBC: >200
- ▶ Utilizar para modificación de obligaciones aprobadas por la autoridad judicial

▶ **MEI CORTO:**

- ▶ Para penas TBC <60 jornadas que se cumplan consecutivamente (en un plazo inferior a 3 meses) a otra pena >60 jornadas ya cumplida a través del MEI.
- ▶ Número de horas: hasta 20; Duración: 15 días - 2 meses

e) Inicio de MEI

- ▶ Para TBC, el MEI se inicia con un nuevo plan de ejecución con la duración que indique el intervalo escogido.
- ▶ Para reglas de conducta, se hará constar en la propuesta de plan de intervención, si procede, la conveniencia de modificar el programa u obligación inicialmente impuesta, y se remitirá por el SGPMA al órgano jurisdiccional competente.
- ▶ En el caso de haber remitido propuesta de modificación de obligaciones, el MEI se inicia cuando se reciba la autorización judicial correspondiente.

f) Finalización del MEI

- ▶ El MEI finaliza cuando se han completado los objetivos señalados en el intervalo asignado o se da algún supuesto de exclusión.
- ▶ El **ANEXO PEX-7** contiene un formulario para comunicación al SGPMA la finalización del MEI.

4 DATOS RELATIVOS A LA SALUD

- El tratamiento de los datos relativos a la salud que se produzca dentro del alcance de este procedimiento y las obligaciones que se deriven del mismo debe estar sujeto a la legislación vigente en materia de protección de datos y sus normas de desarrollo²⁵.

5 INDICADORES DE CALIDAD^{26,27,28}

Antes del lanzamiento de la primera versión del Programa Puente Extendido deben establecerse unos indicadores cuantitativos de calidad cuya monitorización sistemática permita conocer si se alcanzan los objetivos esperados.

El grado de cumplimiento de los indicadores debe tenerse en cuenta para realizar el rediseño del programa a través de ciclos de revisión basados en procesos de mejora continua.

Los indicadores deben ser revisados anualmente, analizando su capacidad de medición del grado de cumplimiento de los objetivos, procediendo en su caso a su rediseño o a la incorporación de nuevos indicadores.

El **ANEXO PEX-8** contiene una tabla en la que figuran los criterios de calidad, indicadores y estándares del proceso.

6 ANEXOS

PEX-0 FLUJOGRAMAS

PEX-1 DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE PROBLEMA DE SALUD

PEX-2 MODELO DE ENTREVISTA DE CRIBADO

PEX-3 GUÍA DEL COEPI

PEX-4 MODELO FINALIZACIÓN DEL COEPI

PEX-5 MODELO FINALIZACIÓN DEL TAEVI

PEX-6 GUÍA DEL MEI

PEX-7 MODELO DE FINALIZACIÓN DEL MEI

PEX-8 INDICADORES DE CALIDAD

7 REFERENCIAS

- ¹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Centros de Inserción Social. [citado 17 feb 2017] Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/cumplimientoMedioAbierto/centrosInsercionSocial.html>
- ² Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. [citado 17 feb 2017]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- ³ Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS). Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES). © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. [Internet]. Primera edición, 2007 [citado 10 feb 2017]. Disponible en <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/crehabpsico21016.pdf>
- ⁴ Arias P, Camps C, Cifre A et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet]. 2002 [citado 10 feb 2017]. Disponible en <https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf>
- ⁵ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Penas y Medidas Alternativas. [citado 17 feb 2017]. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/PenasyMedidasAlternativas>
- ⁶ Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas. [citado 10 feb 2017]. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-10598
- ⁷ Vicens E, Tort V, Dueñas R, et al. Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (ESTUDIO PRECA). [Internet]. Junio 2011. [citado 10 feb 2017]. Disponible en <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>
- ⁸ Riesgo de pobreza y/o exclusión social (estrategia Europa 2020). Indicador AROPE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Marzo 2017 [citado 10 febrero 2017]. Disponible en http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
- ⁹ Cazzaniga J et al. “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”. r RED2RED CONSULTORES Confederación Salud Mental España. [Internet]. 2015 [citado 10 feb 2017]. Disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- ¹⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud: 2009-2013. [Internet]. 2011 [citado 11 mar 2017]. Disponible en <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
- ¹¹ Estrategias en Salud Mental del SNS. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad. [Internet]. Diciembre 2012 [citado

10 marzo 2017]. Disponible en

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Consenso_Estrategia_Salud_Mental_MSSSI.pdf

¹² Abad A, Arroyo J, Cotado A et al. Programa Puente de Mediación Social. [Internet]. Mayo 2014. [citado 19 feb 2017]. Disponible en

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_xCISx.pdf

¹³ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. PAIEM renovado. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios. [Internet]. Diciembre 2013 [citado 10 marzo 2017]. Disponible en

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/Noticias/Carpeta/PAIEM_RENOVADO.pdf

¹⁴ Nuevos programas de tratamiento para penas y medidas alternativas. Tapia, M. [Internet]. Junio 2015. [citado 10 febrero 2017]

Disponible en

http://unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1452588847_programas_tratamiento_penas_y_medidas_alternativas-myriam_tapia.pdf

¹⁵ Arroyo JM. El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol. 12, Nº 1, pp. 13 - 16. [Internet]. 2014 [citado 19 feb 2017]. Disponible en

https://aen.es/download/publicaciones/cuadernos_psiquiatria_comunitaria/CUADERNOS%2012-1%202014%20AF_Vol%207%20n2.qxd.pdf

¹⁶ Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas. [citado 19 feb 2017]. Disponible en

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-10598

¹⁷ National Institute of Mental Health (NIMH); U.S. Department of Health and Human Services (HHS). [Internet].

[citado 19 feb 2017]. Disponible en <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>

¹⁸ Ministerio de Sanidad y Política Social. [Internet]. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Versión resumida. 2009 [citado 19 feb 2017]. Disponible en

<http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/apartado01/introduccion.html>

¹⁹ Ministerio de Sanidad y Política Social. [Internet]. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. 2009 [citado 19 feb 2017]. Disponible en

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf

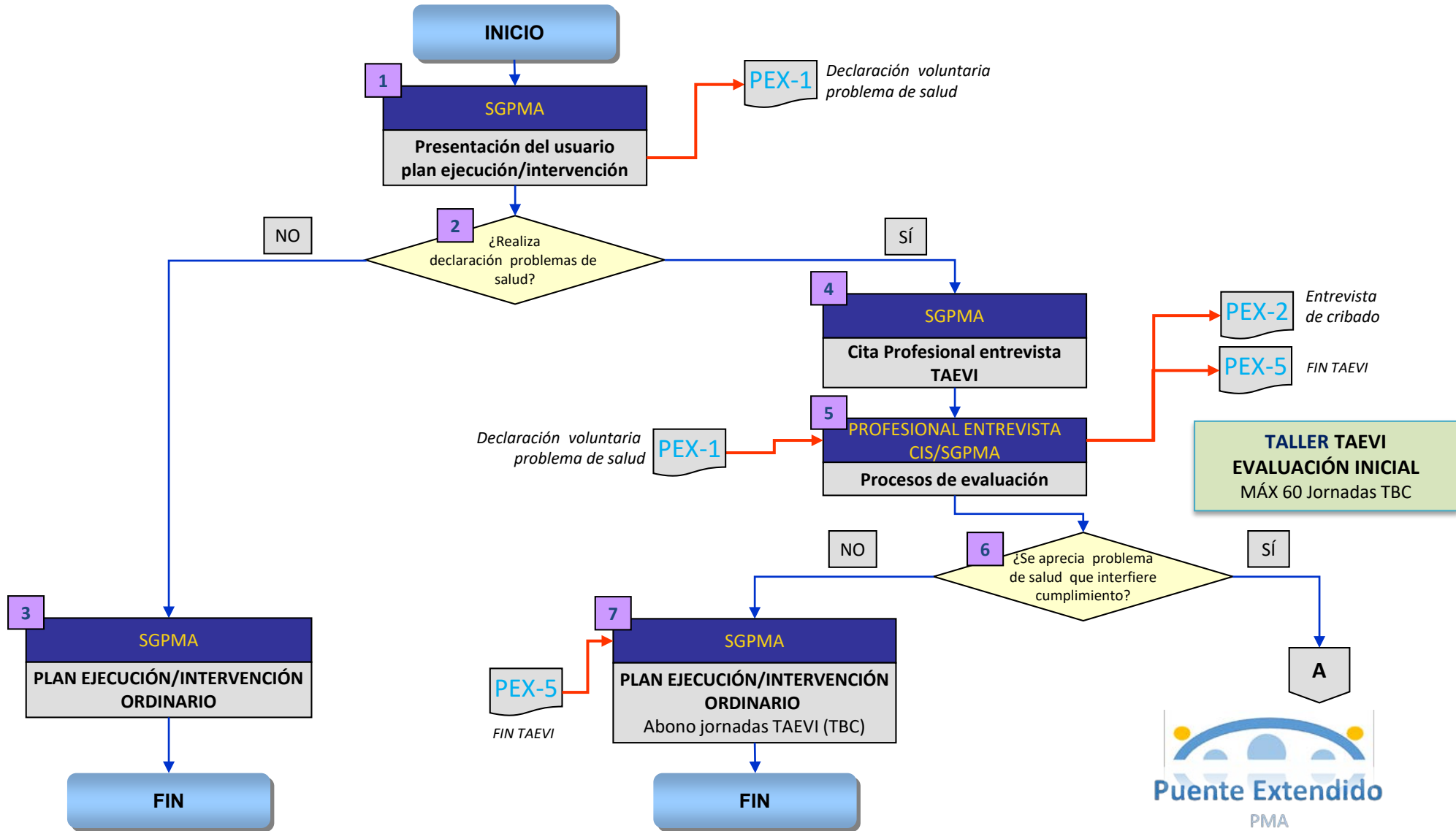
²⁰ Vázquez-Barquero JL, et al. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; [Internet]. Versión publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2010 con el título Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment Schedule WHODAS 2.0. [Internet]. 2006 [citado 10 febrero 2017].

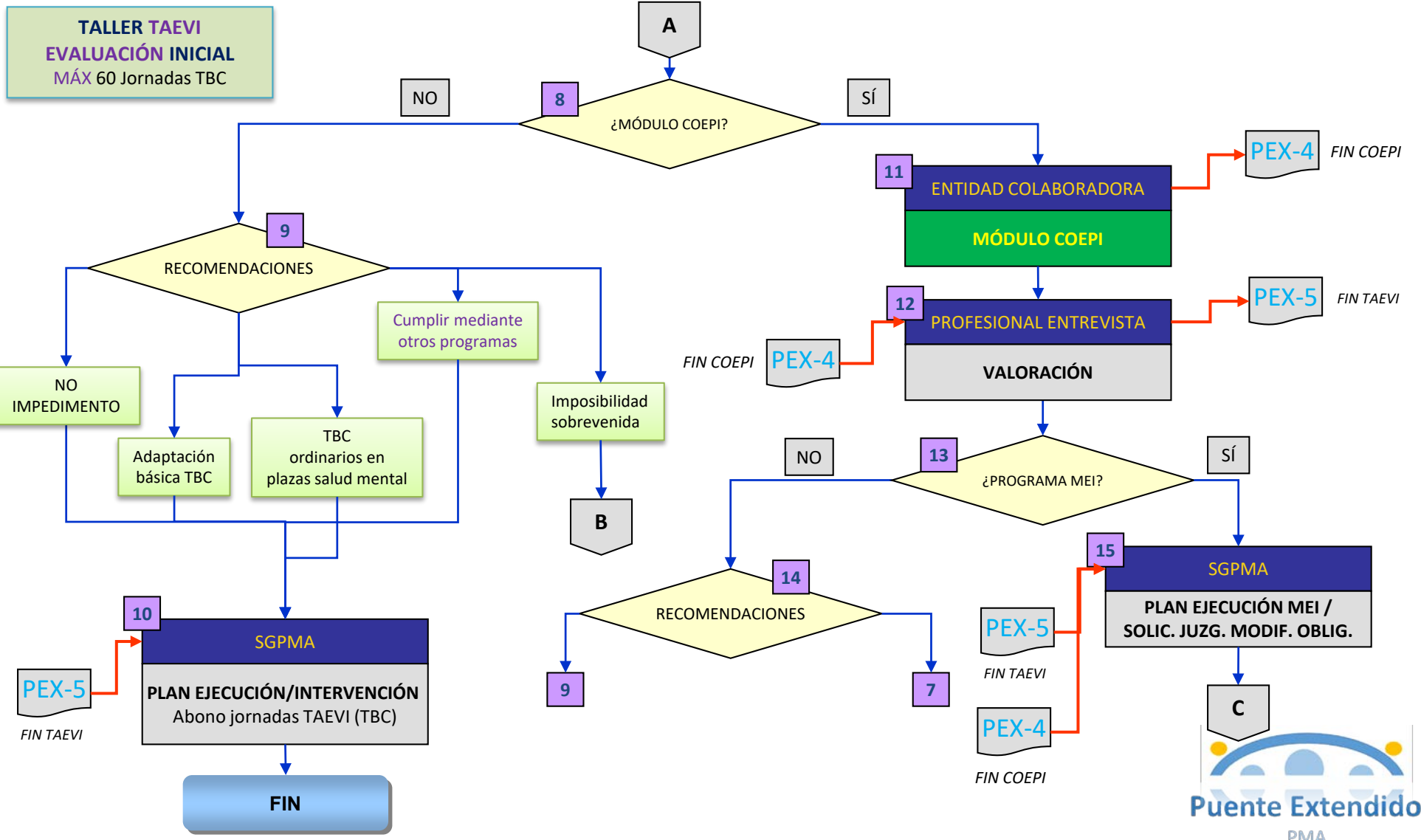
Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf

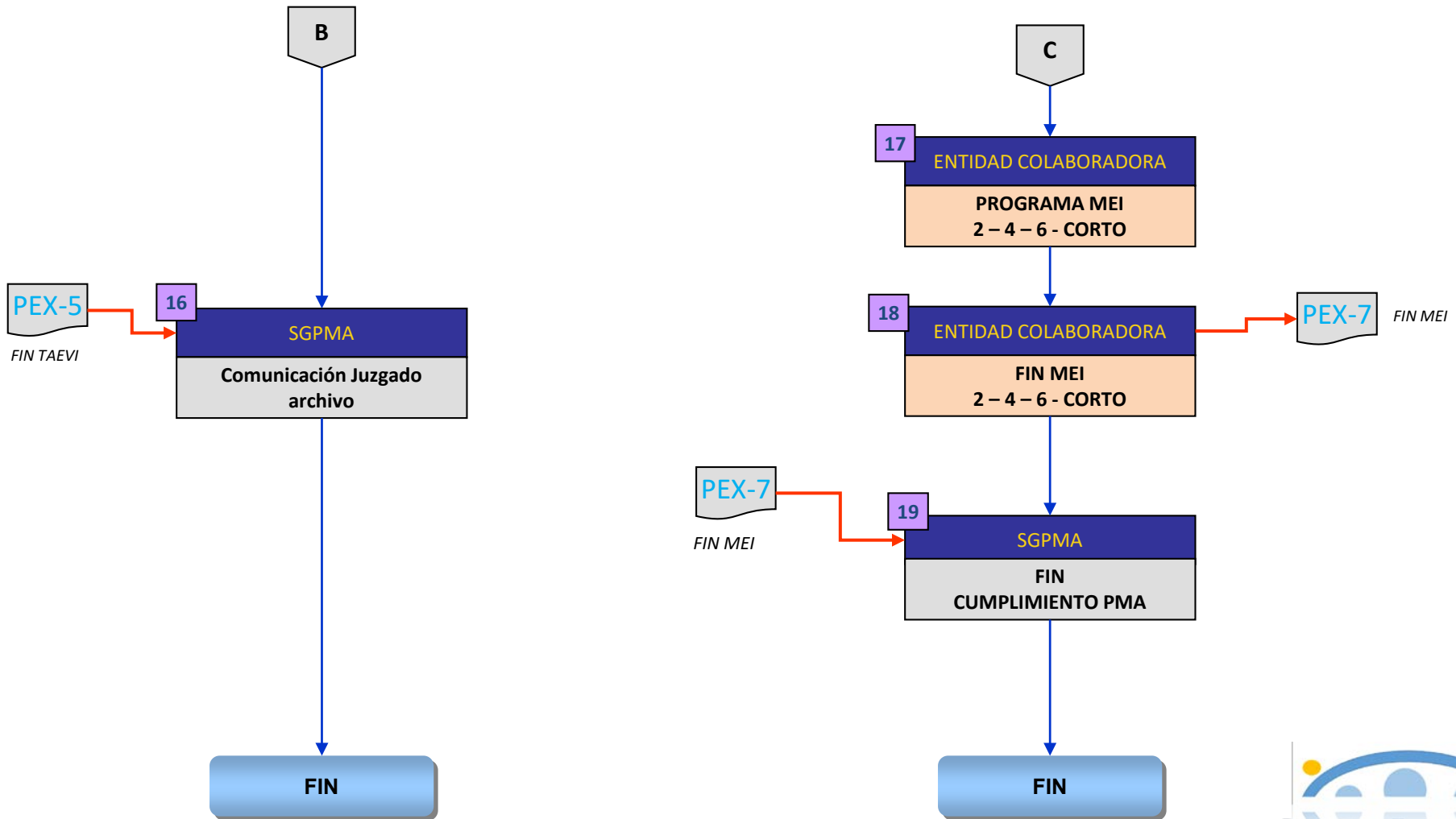
²¹ Fernández JA, Gisbert C, González J et al. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. [Internet]. 2003. [citado 10 febrero 2017]. Disponible en

http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf

-
- ²² IMSERSO. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. [Internet]. 2007 [citado 10 febrero 2017]. Disponible en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>
- ²³ Aguado E, Ariño B, Blanco F et al. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. IMSERSO. [Internet]. 2010. [citado 10 febrero 2017]. Disponible en http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_tmentalg.pdf
- ²⁴ Conejo S, Moreno P, Morales JM et al. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. [Internet]. 2014. [citado 10 febrero 2017]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272014000200005&script=sci_arttext
- ²⁵ Canal de documentación de la Agencia Española de Protección de datos. [Internet]. [citado 10 febrero 2017]. Disponible en <http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/estatal/index-ides-idphp.php>
- ²⁶ Asiel A, Benito L, Cuesta D et al. Proceso asistencial trastorno mental grave. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Red de Servicios de salud Mental. [Internet]. 2014. [citado 10 mayo 2017] Disponible en <http://www.madrid.org>
- ²⁷ Gómez-Batiste X, Espinosa José, Martínez-Muñoz M. Cómo elaborar Indicadores y Estándares de Calidad de la Atención Paliativa en Servicios de Salud. Institut Català d'Oncologia. [Internet]. 2011. [citado 10 mayo 2017] Disponible en http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/tool_como_elaborar_in_dicadores_y_estandares_calidad_at_pal_ss_vf.pdf
- ²⁸ Salvador L, Salinas JA, Martín M et al. Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España. Sociedad Española de Psiquiatría. [Internet]. 2010. [citado 10 mayo 2017] Disponible en <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/GClin-SEPIndicadores.pdf>







ANEXO PEX-1 DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE PROBLEMAS DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS

Si Ud. considera que tiene problemas de salud que supongan alguna dificultad para cumplir una pena o medida alternativa, tiene la posibilidad de realizar esta declaración de forma voluntaria.

Si realiza esta declaración, se le facilitará una cita con un (indicar lo que proceda: médico/a, enfermero/a, psicólogo/a) perteneciente al (indicar servicio o entidad) para realizar una entrevista de valoración, **a la que conviene que aporte los informes médicos, sociales o psicológicos de que disponga.**

Los datos recabados serán valorados exclusivamente por los/as profesionales que le entrevisten de forma confidencial, siempre en su beneficio e interés, y se tendrán en cuenta para asesorar al Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas en el diseño de un plan de ejecución o de intervención que se adapte en la medida de lo posible a sus problemas de salud.

El Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas le garantiza que en ningún caso estos profesionales podrán acceder a más datos relativos a su salud que los estrictamente necesarios para el desempeño de sus funciones, quedando obligados a guardar secreto sobre los mismos.

En consecuencia,

SÍ, declaro que tengo problemas de salud que pueden suponer dificultades para cumplir una pena o medida alternativa y deseo ser entrevistado por un profesional del (señalar lo que proceda).

SÍ, autorizo a los profesionales de la salud del (señalar el servicio que proceda) a consultar mi historia clínica electrónica disponible en el (señalar lo que proceda) y suministrar al Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas y al (señalar lo que proceda: entidad colaboradora, instituto de medicina legal, servicios sociales, miembros de la comisión de análisis de casos, etc.) los datos estrictamente necesarios acerca de mi salud que permitan seleccionar los programas de intervención psicosocial a realizar y/o adaptar el plan de ejecución de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad a mi situación personal.

DATOS PERSONALES:

FECHA:

Nombre y apellidos:

Dirección:

Teléfono de contacto:

Firma, nombre y apellidos

Firma del tutor/a (si estuviera designado)

ENTREGAR COPIA AL USUARIO/A

ANEXO PEX-2 MODELO DE ENTREVISTA DE CRIBADO DE TMG CUMPLIMIENTO PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS

FECHA DE ENTREVISTA INICIAL:

DATOS IDENTIFICATIVOS

SÍ consta declaración voluntaria de problema de salud ANEXO PEX-1.

Fecha de declaración:

Nº JORNADAS TBC:

REGLAS DE CONDUCTA:

TELÉFONO DE CONTACTO:

MOTIVO POR EL QUE REALIZA LA DECL. VOLUNTARIA DE PROBLEMA DE SALUD

Especificar motivos:

SÍ APORTA INFORMES (especificar):

NO APORTA INFORMES

DATOS SOCIO-SANITARIOS

MODIFICACIONES LEGALES DE LA CAPACIDAD:
TUTOR/A designado (indicar datos de identificación)

VALORACIÓN DEPENDENCIA:

% DISCAPACIDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS:

MEDIDAS DE ALEJAMIENTO:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

HÁBITOS TÓXICOS:

ANTECEDENTES SOMÁTICOS:

EVALUACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR:

PROBLEMAS DE SALUD ACTUAL:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTOS ACTIVOS:

PLAN DE ACTUACIÓN

- Módulo de actividades complementarias para completar estudio**
 - Derivación a centro de salud (actualizar información, continuidad de tratamientos, obtención de la tarjeta sanitaria, otras).
 - Derivación a unidad de salud mental (USM).
 - Derivación a trabajadores/as sociales o educadores/as del SGPMA / otros servicios.
 - Derivación a unidades de conductas adictivas (UCAS).
 - Nueva revisión en este servicio.
 - Otras:
- Módulo COEPI (INDICAR ENTIDAD COLABORADORA):**
- No se aprecia impedimento para cumplir la pena TBC/reglas de conducta**
- Se recomienda adaptación básica de la pena/reglas de conducta (horarios, tipo de trabajos, lugar, etc.).**
- Se recomienda cumplir los TBC convencionales en entidades que presten servicios de salud mental (CRPS, Unidades Conductas adictivas, etc.).**
- Se recomienda que se cumpla TBC/reglas de conducta mediante participación en el programa (ESPECIFICAR):**
- Se aprecia causa que impide cumplir la pena TBC/reglas de conducta (indicar).**
- Paso a programa MEI (INDICAR ENTIDAD COLABORADORA):**

OBSERVACIONES

EVOLUTIVOS

FECHA:

Fdo.
(señalar: médico/a; enfermero/a; psicólogo/a) nº colegiado/a



GUÍA DEL COEPI ANEXO PEX-3



MÓDULO CORTO PARA EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Mayo 2017 versión 1.0

 ANTES DE IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO, PIENSA SI ES NECESARIO. EL MEDIOAMBIENTE Y EL CONSUMO EFICIENTE DE LOS RECURSOS ES CUESTIÓN DE TODOS



¿QUÉ ES EL COEPI?

- ✓ El **COEPI** es un Módulo Corto para Evaluación y Planificación de Intervención.
- ✓ Forma parte del **TAEVI** (taller de evaluación inicial, destinado a la detección de trastorno mental grave en personas que deben cumplir una pena o medida alternativa (PMA) y han realizado una declaración voluntaria de problema de salud que puede interferir en el cumplimiento de la PMA.
- ✓ La participación en este taller puede computar hasta 60 jornadas de TBC.
- ✓ Para reglas de conducta, puede considerarse parte del programa, una vez se reciba autorización judicial del plan de intervención con la propuesta de modificación de obligaciones.

¿QUIÉN PUEDE IMPARTIR EL COEPI?

- ✓ Una entidad colaboradora acreditada por la administración autonómica como centro de rehabilitación psicosocial (CRPS)ⁱ, en sus propias instalaciones.

¿QUÉ PARTES TIENE EL COEPI?

- ✓ La evaluación psicosocial y la planificación de la intervención.
- ✓ El acompañamiento para vinculación a recursos de atención sanitaria o social, si es necesario.
- ✓ La utilización de los datos clínicos para el diseño de futuras intervenciones específicas.

¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL COEPI?

- ✓ Personas de ambos sexos incluidas en **TAEVI**, en estudio de un trastorno mental grave que dificulte el desarrollo de sus capacidades, su autonomía personal e integración comunitaria, y que hayan sido derivadas por el profesional de la salud que realiza la entrevista sanitaria inicial.
- ✓ Tener una edad comprendida entre 18 - 65 años.
- ✓ Aceptar voluntariamente participar en el **COEPI**.



¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN EL COEPI?

- ✓ Consumo activo de tóxicos que limite de forma importante un proceso de evaluación.
- ✓ Alteraciones de conducta que distorsionen el normal funcionamiento de los programas o pongan en riesgo a otros usuarios o profesionales.
- ✓ Sintomatología para la que esté indicado otro recurso de la red de salud mental.
- ✓ Discapacidad intelectual o componente psicorgánico incompatible con los fundamentos de la rehabilitación.
- ✓ Reiteradas faltas injustificadas de asistencia.

¿CUÁL ES EL CONTENIDO DEL COEPI?

- ✓ Entrevistas psicosociales con la persona que tiene que cumplir la PMA y su familia si lo autoriza.
- ✓ Aplicación, si es necesario, de pruebas psicométricasⁱⁱ, tales como:
 - Pruebas de Funcionamiento cognitivo (WAIS, funciones ejecutivas memoria, atención...).
 - Pruebas de evaluación del estado emocional (ansiedad, depresión, autoestima).
 - Prueba de Personalidad (Millon III, IPDE).
 - Índice de severidad de la adicción (EuropASI, SOGS).
 - Motivación para el cambio (Sócrates).
 - Test específicos de diferentes tipos de adicciones (CAGE, MAST, MALT-S, AUDIT, CBA, etc.).
- ✓ Volcado de información y elaboración de un informe y un Plan de Intervención Individualizado.
- ✓ Devolución de la información recogida al usuario y familia (si este hubiera aceptado la intervención de la misma), y al profesional de la salud que realizó la entrevista sanitaria.
- ✓ Acciones dirigidas al enganche con los recursos recomendados en el Plan de Intervención Individualizado para favorecer la continuidad de cuidados (Unidad de Salud Mental, Unidades básicas de trabajo social, Cocina Económica, Cáritas, etc.), realizando los acompañamientos necesarios.



¿CÓMO SE REALIZA LA COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE GESTIÓN DE PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS (SGPMA) Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD?

- ✓ La entidad colaboradora debe designar un “**profesional de enlace**” con el SGPMA y con el profesional de la salud que ha realizado la entrevista sanitaria y derivado al COEPI.
- ✓ El **profesional de enlace** comunicará:
 - Al iniciar COEPI, envío al SGPMA de una planificación, especificando las acciones que se llevarán a cabo (centro, horario y fechas).
 - Al finalizar COEPI, envío al SGPMA de las recomendaciones asistenciales recogidas en el ANEXO PEX-4.
 - Al profesional de la salud el resultado de la evaluación psicosocial y copia del ANEXO PEX-4.
- ✓ Conviene mantener reuniones de coordinación periódicas con el profesional de la salud para el seguimiento de casos en estudio.
- ✓ Conviene utilizar sistemas de videoconferencia compatible con la LOPD para realizar las reuniones de coordinación de forma eficiente.
- ✓ El tratamiento de los datos relativos a la salud debe realizarse ajustándose a los requerimientos recogidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y normas de desarrollo.

GESTIÓN DE INCIDENCIAS

- ✓ Comunique cuanto antes al SGPMA las incidencias que se produzcan durante el COEPI recogidas en los criterios de exclusión, u otras que considere relevantes.
- ✓ Espere a recibir indicaciones del SGPMA.



REFERENCIAS

ⁱAsociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS). Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES). © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. [Internet]. Primera edición, 2007 [citado 10 feb 2017]. Disponible en <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/crehabpsico21016.pdf>

ⁱⁱ Casas E, Escandell MJ, Ribas M et al. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Asociación Española de Neuropsiquiatría. . [Internet]. Marzo 2010 [citado 10 feb 2017]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100002

ANEXO PEX-4 MODELO FINALIZACIÓN DEL COEPI
(Programa de Duración Corta para Evaluación y Planificación de Intervención)

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

Nº JORNADAS TBC:

REGLAS DE CONDUCTA:

VALORACIÓN

Fecha de inicio:

Fecha fin:

Módulo COEPI realizado sin incidencias:

Módulo COEPI realizado **con** incidencias (especificar):

Sesiones a las que ha asistido y objeto:

Número de Jornadas cumplidas en **COEPI**:

RECOMENDACIONES ASISTENCIALES

No se aprecia impedimento médico para cumplir la pena TBC/obligaciones.

Se recomienda adaptación básica de la pena TBC/obligaciones (especificar):

Se recomienda cumplir TBC convencionales en entidades que presten servicios de salud mental (especificar):

Se recomienda que se cumpla TBC/reglas de conducta mediante participación en el programa (ESPECIFICAR):

Se recomienda continuar en PROGRAMA MEI. PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

MEI 2:

- Duración de la intervención: 2 - 4 meses
- Número de horas: 20-40
- Equivalencia jornadas TBC: 61 – 120

MEI 4:

- Duración de la intervención: >4 - 6 meses
- Número de horas: 41-80
- Equivalencia jornadas TBC: 121 – 200

MEI 6:

- Duración de la intervención: >6 - 12 meses
- Número de horas: 81-160
- Equivalencia jornadas TBC: >200

Modificación de reglas de conducta aprobadas por la autoridad judicial

MEI CORTO:

- Duración: 15 días - 2 meses
- Número de horas: hasta 20
- Equivalencia: TBC <60 jornadas que se cumplan consecutivamente (en un plazo inferior a 3 meses) a otra pena >60 jornadas ya cumplida a través del MEI

Existe causa médica que impide cumplir PENA TBC/obligaciones (especificar):

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Fdo. (ENTIDAD COLABORADORA)

(nombre, titulación, nº colegiado/a)

**ANEXO PEX-5 FIN TALLER EVALUACIÓN INICIAL - TAEVI
PROPUESTA DE EJECUCIÓN DE LA PENA/MEDIDA ALTERNATIVA**

FECHA:

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

SÍ consta declaración voluntaria de problema de salud ANEXO PEX-1.

Fecha de declaración:

Nº JORNADAS TBC:

REGLAS DE CONDUCTA:

TELÉFONO DE CONTACTO:

CUMPLIMIENTO DE LA PENA/MEDIDA

Sí ha iniciado cumplimiento

NO ha iniciado cumplimiento

Incidencias:

VALORACIÓN MÉDICA CUMPLIMIENTOS TBC/MEDIDA NO PRIVATIVA DE LIBERTAD

No se aprecia impedimento para cumplir la pena TBC/reglas de conducta.

Se recomienda adaptación básica de la pena/reglas de conducta.

Se recomienda cumplir TBC convencionales en entidades que presten servicios de salud mental (especificar):

Se recomienda que se cumpla TBC/reglas de conducta mediante participación en el programa MEI (Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención). Adjuntar anexo PEX-4 FIN COEPI.

Se recomienda que se cumpla TBC/reglas de conducta mediante participación en el programa (ESPECIFICAR):

Se aprecia causa médica que impide cumplir la pena TBC/reglas de conducta (adjuntar informe médico).

LIQUIDACIÓN DEL TAEVI

TAEVI = TBC

REGLAS DE CONDUCTA: las actividades del TAEVI podrán considerarse parte del programa, una vez se reciba autorización judicial del plan de intervención con la propuesta de modificación de obligaciones.

OBSERVACIONES

Fdo. (profesional que realiza la entrevista de cribado)
nº colegiado/a:



GUÍA DEL MEI ANEXO PEX-6



PROGRAMA DE DURACIÓN MEDIA PARA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Mayo 2017 versión 1.0



ANTES DE IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO, PIENSA SI ES NECESARIO.
EL MEDIOAMBIENTE Y EL CONSUMO EFICIENTE DE LOS RECURSOS ES CUESTIÓN DE
TODOS



¿QUÉ ES EL MEI?

- ✓ El MEI es un conjunto de programas asistenciales de intervención **psicosocial** para cumplimiento de penas y medidas alternativas destinado a personas que presenten un trastorno mental grave y deben cumplir una pena o **medida** alternativa.
- ✓ A través del MEI se van a llevar a cabo las intervenciones psicosociales necesarias para implementar los objetivos establecidos en el Programa Individual elaborado en el módulo COEPI.

¿QUIÉN PUEDE IMPARTIR EL MEI?

- ✓ Una entidad colaboradora acreditada por la administración autonómica como centro de rehabilitación psicosocial, en sus propias instalaciones.

¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL MEI?

- ✓ Personas de ambos sexos, que presenten un trastorno mental grave que dificulte el desarrollo de sus capacidades, su autonomía personal e integración comunitaria, y que hayan sido derivadas por el profesional que realiza la entrevista de cribado inicial.
- ✓ Haber participado en el Taller de Evaluación Inicial (TAEVI) y realizado el Módulo COEPI, excepto que se trate de una nueva pena consecutiva (en un plazo inferior a 3 meses) a otra pena ya cumplida en la que ya se haya realizado este Taller.
- ✓ Para trabajos en beneficio de la comunidad (TBC), la duración de la pena ha de ser superior a 60 jornadas, excepto para penas TBC <60 jornadas que se cumplan consecutivamente (en un plazo inferior a 3 meses) a otra pena >60 jornadas ya cumplida a través del MEI.
- ✓ Las reglas de conducta (suspensiones o sustituciones de penas) se pueden cumplir a través del Programa MEI, una vez se reciba autorización judicial, si procede, del plan de intervención con la propuesta de asunción y modificación de obligaciones.
- ✓ Tener una edad comprendida entre 18 - 65 años.
- ✓ Aceptar voluntariamente participar en el MEI.



¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN EL MEI?

- ✓ Consumo activo de tóxicos que limite de forma importante un proceso de evaluación.
- ✓ Alteraciones de conducta que distorsionen el normal funcionamiento de los programas o pongan en riesgo a otros usuarios o profesionales.
- ✓ Sintomatología para la que esté indicado otro recurso de la red de salud mental.
- ✓ Discapacidad intelectual o componente psicorgánico incompatible con los fundamentos de la rehabilitación.
- ✓ Reiteradas faltas injustificadas de asistencia.

¿CUÁL ES LA DURACIÓN DEL MEI?

El MEI ofrece cuatro intervalos posibles de duración que debe establecer la entidad colaboradora, considerando la duración de la pena impuesta y las necesidades de intervención detectadas en el TAEVI y su módulo COEPI:

- o **MEI 2:**
Duración de la intervención: 2 - 4 meses
Número de horas: 20-40
Equivalencia jornadas TBC: 61 - 120
- o **MEI 4:**
Duración de la intervención: >4 - 6 meses
Número de horas: 41-80
Equivalencia jornadas TBC: 121 - 200
- o **MEI 6:**
Duración de la intervención: >6 - 12 meses
Número de horas: 81-160
Equivalencia jornadas TBC: >200
Se utilizar para modificación de obligaciones aprobadas por la autoridad judicial
- o **MEI CORTO:**
Duración de la intervención: 15 días - 2 meses
Para penas TBC <60 jornadas que se cumplan consecutivamente (en un plazo inferior a 3 meses) a otra pena >60 jornadas ya cumplida a través del MEI.
Número de horas: hasta 20



¿CUÁL ES EL CONTENIDO DEL MEI?

- ✓ Los Programas Asistenciales MEI se aplican para la atención al trastorno mental grave mediante un conjunto de programas específicos que aborden de forma integral y coordinada todas las necesidades de intervención psicosocial detectadas.
- ✓ Las personas deben ser atendidas en los programas en función de sus necesidades particulares detectadas a través de la evaluación psicosocial realizada en el COEPI.
- ✓ Todas las personas deben recibir atención psicológica individualizada si así se ha determinado en el plan de intervención individualizado.
- ✓ Conviene disponer de posibilidades de atención integrada a los trastornos ligados al consumo de sustancias que son comórbiles con el trastorno mental grave (patología dual), o en su defecto debe realizarse una atención coordinada con las entidades que presten atención específica a las conductas adictivas.
- ✓ Debe prestarse atención a sus familias (si el usuario lo autoriza), consensuando con ellas las intervenciones realizadas sobre el usuario, ofreciéndoles información, dotándoles de estrategias de manejo, habilidades de comunicación y también implicándoles como agentes de cambio.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL

- ✓ Dado que la entidad colaboradora que imparte el MEI debe estar acreditada como centro de rehabilitación psicosocial, los programas específicos y su contenido serán aquellos que la propia entidad determine como más adecuados para el usuario, y estén disponibles en su cartera de servicios.
- ✓ **De forma orientativa**, se describe una batería de programas propuestos por el **Centro De Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Padre Menni en Cantabria**¹.

1. PROGRAMA DE DESARROLLO PERSONAL Y AJUSTE EMOCIONAL

1.1. Objetivos generales

- 1.1.1. Adquirir autocontrol emocional y conductual.
- 1.1.2. Mejorar la capacidad de afrontamiento tanto de aquellas situaciones que tienen que ver con el estrés provocado por los síntomas, como con situaciones de la vida diaria y de eventos vitales.
- 1.1.3. Mejorar las habilidades para resolver satisfactoriamente los problemas prácticos de la vida cotidiana, facilitando una conducta eficaz y una mayor competencia social.



1.1.4. Fomentar un estilo atribucional positivo y adaptativo, favoreciendo un sentimiento de autoeficacia y una percepción realista de las propias capacidades para enfrentarse a una vida integrada en la comunidad.

1.1.5. Mejorar la imagen que los usuarios tienen de sí mismos.

1.2. Metodología:

1.2.1. Intervención grupal, 2 horas semanales.

2. PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN

2.1. Pretende incrementar la protección de la persona vulnerable haciéndole partícipe de lo que se sabe a nivel científico sobre su problema y que este conocimiento lo aplique a la mejora de su calidad de vida, de su desarrollo personal y la de su núcleo familiar.

2.2. Entre las consecuencias positivas que se derivan de este tipo de Programas cabe destacar:

2.2.1. Aumento de aceptación de la enfermedad.

2.2.2. Cooperación activa con el tratamiento y la rehabilitación.

2.2.3. Aumento de las habilidades de afrontamiento de forma que compensan las deficiencias causadas por el trastorno psiquiátrico.

2.3. Objetivos Generales:

2.3.1. Promover la conciencia de enfermedad y el autocuidado de la persona con trastorno mental, a partir del conocimiento del proceso o trastorno que padece, y la mejor forma de afrontar las consecuencias.

2.3.2. Incrementar la adherencia al tratamiento.

2.3.3. Prevenir las recaídas.

2.4. Metodología:

2.4.1. Intervención grupal, una hora semanal, se centra en los siguientes aspectos:

2.4.1.1. Condición de vulnerabilidad a presentar crisis.

2.4.1.2. Factores de riesgo y protección.

2.4.1.3. Análisis sobre el papel de los acontecimientos vitales dentro del curso de la enfermedad.

2.4.1.4. Influencia del estilo de vida sobre el pronóstico.

2.4.1.5. Importancia del papel que juega la disponibilidad de una red social de apoyo a la hora de afrontar un trastorno psiquiátrico.



3. **PROGRAMA DE HABILIDADES PERSONALES Y SOCIALES**

3.1. **Objetivos Generales:**

- 3.1.1. Mejorar la capacidad de comunicación y facilitar el inicio y mantenimiento de relaciones sociales.
- 3.1.2. Potenciar el incremento de la red social.
- 3.1.3. Fomentar la interpretación adecuada de las situaciones sociales y reestructurar creencias erróneas sobre las mismas.
- 3.1.4. Disminuir la ansiedad ante situaciones de interacción.
- 3.1.5. Adquirir información sobre temas y noticias de actualidad que faciliten la participación e integración en grupos de iguales.

3.2. **Metodología:**

- 3.2.1. Intervención grupal, entre 1 - 5 horas semanales.
- 3.2.2. Incluye actividades de grupo de habilidades sociales, asertividad, dinámicas de grupo, debate y cognición social.

4. **PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

4.1. **Objetivos Generales:**

- 4.1.1. Mejorar la capacidad atencional, en concreto, la atención selectiva y sostenida.
- 4.1.2. Aumentar la capacidad de codificación y almacenamiento de nueva información.
- 4.1.3. Mejorar la capacidad expresiva y comprensiva del lenguaje oral y escrito.
- 4.1.4. Mejorar el razonamiento abstracto.

4.2. **Metodología:**

- 4.2.1. Intervención grupal, entre 1 - 5 horas semanales.
- 4.2.2. Incluye actividades de grupo de entrenamiento cognitivo general, actualidad, cálculo, lectoescritura.

5. **PROGRAMA DE ABVD**

5.1. **Objetivos Generales:**

- 5.1.1. Adquirir conocimientos y desarrollar hábitos que fomenten estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar y el desarrollo personal del paciente.
- 5.1.2. Adquirir la capacidad de asumir tareas y demandas generales de la vida diaria.
- 5.1.3. Incrementar la capacidad de realización de transacciones económicas.
- 5.1.4. Utilizar distintos dispositivos y técnicas de comunicación que se precisan de forma habitual para la realización de todo tipo de gestiones de la vida diaria.
- 5.1.5. Maximizar las oportunidades de participación en la vida social y comunitaria.



- 5.1.6. Fomentar un estilo de vida saludable asumiendo positiva y responsablemente la sexualidad, aceptándola como fuente de salud, placer y afectividad.

5.2. Metodología:

- 5.2.1. Intervenciones grupales, individuales y en el domicilio y la comunidad. Entre 1- 6 horas semanales.

- 5.2.2. Los objetivos se desarrollan a través de diferentes módulos:

- 5.2.2.1. Aseo personal.
- 5.2.2.2. Alimentación.
- 5.2.2.3. Cuidado de enfermedades comunes.
- 5.2.2.4. Hábitos de sueño.
- 5.2.2.5. Educación afectivo-sexual.
- 5.2.2.6. Habilidades instrumentales de la vida diaria.
- 5.2.2.7. Planificación del tiempo.
- 5.2.2.8. Orientación en el medio y transporte.
- 5.2.2.9. Vida doméstica.
- 5.2.2.10. Vida económica.
- 5.2.2.11. Gestiones administrativas.

6. PROGRAMA DE VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA

6.1. Objetivos Generales:

- 6.1.1. Conocer los recursos comunitarios para la práctica del ocio a nivel individual, grupal y familiar.
- 6.1.2. Adquirir los conocimientos adecuados para planificar el tiempo libre.
- 6.1.3. Ampliar la red social y mejorar las relaciones interpersonales.
- 6.1.4. Incrementar la autonomía, independencia y ocupación del tiempo libre.
- 6.1.5. Fomentar actitudes favorables de los miembros que componen su entorno inmediato.
- 6.1.6. Conocer los recursos necesarios de formación.

6.2. Metodología:

- 6.2.1. Intervenciones grupales de 2 a 8 horas semanales.
- 6.2.2. Incluye actividades de salidas de integración comunitaria, información de actividades de ocio y formativas que se realizan en la comunidad, talleres ocupacionales (teatro, pintura, relatos, música, videoforum, manualidades...)



7. PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

7.1. Objetivos Generales:

- 7.1.1. Fomentar la adquisición de hábitos de vida saludables a través de la promoción del ejercicio físico.
- 7.1.2. Conocer la importancia del ejercicio moderado en el cuidado general de la salud y el bienestar personal.
- 7.1.3. Promover el desarrollo de actividades deportivas en contextos normalizados.
- 7.1.4. Aprender y practicar diferentes actividades lúdico-deportivas.
- 7.1.5. Favorecer las relaciones interpersonales en contextos lúdicos o informales.
- 7.1.6. Favorecer la utilización adecuada de los gestos y la expresión corporal como elemento de comunicación.
- 7.1.7. Contrarrestar o prevenir los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos.

7.2. Metodología:

- 7.2.1. Intervenciones grupales, entre 1-5 horas semanales.
- 7.2.2. Se realizan actividades de gimnasia, actividad física, motricidad fina, psicomotricidad.

8. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

8.1. Objetivos Generales:

- 8.1.1. Intervenir sobre las áreas o problemas que precisen intervención psicológica especializada.
- 8.1.2. Realizar intervenciones psicológicas en el domicilio o en la comunidad, para generalizar aprendizajes o para controlar síntomas especialmente interfirientes que dificultan el acceso al centro y/o el funcionamiento cotidiano.

8.1.3. Metodología:

- 8.1.3.1. Seguimiento semanal y atención a situaciones de urgencia.

9. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA FAMILIA

9.1. Objetivos Generales:

- 9.1.1. Dotar a las familias de información sobre la enfermedad.
- 9.1.2. Concienciarles de su papel como agentes de cambio, rehabilitación y normalización.
- 9.1.3. Crear una alianza de trabajo entre profesionales y familiares que resulte beneficiosa para la rehabilitación.
- 9.1.4. Abordar problemáticas en el proceso personal del usuario o a nivel familiar.



- 9.1.5. Reconocer el funcionamiento y las vivencias históricas experimentadas en el núcleo familiar (padres, pareja o hijos).
- 9.1.6. Dotarles de estrategias para una convivencia adecuada con una persona con enfermedad mental y/o consumo de tóxicos.
- 9.1.7. Mejorar las habilidades de los familiares para afrontar el estrés y la resolución de problemas cotidianos.
- 9.1.8. Mejorar la comunicación intrafamiliar.
- 9.1.9. Delimitar y sentar las bases de una relación nueva basada en la claridad y la honestidad.

9.2. Metodología:

- 9.2.1. Intervenciones grupales e intervenciones individuales, frecuencia entre 1 y 4 veces al mes.

10. PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

- 10.1. Las personas con TMG con diagnóstico dual deben seguir programas de intervención psicosocial y programas de tratamiento de drogodependencias, de modo integrado o en paraleloⁱⁱ con adecuada coordinación.
- 10.2. De acuerdo a las disponibilidades comunitarias, conviene incluir en el MEI programas de atención a las conductas adictivas para pacientes con TMG dual.

¿CÓMO SE REALIZA LA COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE GESTIÓN DE PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS (SGPMA) M EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA ENTREVISTA DE CRIBADO?

- ✓ La entidad colaboradora debe designar un “profesional de enlace” con el SGPMA y con el profesional que ha realizado la entrevista de cribado y derivado al MEI.
- ✓ El profesional de enlace comunicará:
 - Al finalizar el COEPI e iniciar el MEI, envío al SGPMA de la planificación, especificando las acciones que se llevarán a cabo (centro, horario y fechas) (ANEXO PEX-4 FIN COEPI).
 - Al finalizar MEI, envío al SGPMA de la valoración y recomendaciones recogidas en el ANEXO PEX-7, remitiendo copia al profesional que realizó la entrevista de cribado.



- ✓ Reuniones de coordinación:
 - Conviene mantener reuniones de coordinación periódicas con el profesional que realizó la entrevista de cribado para el seguimiento de casos en estudio.
 - Conviene utilizar sistemas de videoconferencia compatible con la LOPD para realizar las reuniones de coordinación de forma eficiente.
 - La transmisión de datos relativos a la salud debe realizarse ajustándose a los requerimientos recogidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y normas de desarrollo.
- ✓ En el Programa MEI, el usuario tendrá un profesional de referencia en el recurso que establecerá, de forma consensuada con el propio usuario, los objetivos específicos de rehabilitación a desarrollar y las acciones rehabilitadoras que se llevarán a cabo.
- ✓ Asimismo, será el encargado de apoyar y hacer el seguimiento de la rehabilitación de la persona. Estará en contacto estrecho con el profesional de enlace del Programa Asistencial e informará de la evolución de la persona y de las incidencias que ocurran, para que sean trasladadas al SGPMA.

GESTIÓN DE INCIDENCIAS

- ✓ Comunique cuanto antes al SGPMA las incidencias que se produzcan durante el COEPI recogidas en los criterios de exclusión, u otras que considere relevantes.
- ✓ Espere a recibir indicaciones del SGPMA

REFERENCIAS

ⁱ Centro Padre Menni Cantabria. <http://www.centropadremenni.org/servicios/>

ⁱⁱ Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Sistema Nacional de Salud. 2009

ANEXO PEX-7 FINALIZACIÓN MEI (Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención)

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

N° JORNADAS TBC:

REGLAS DE CONDUCTA:

VALORACIÓN

Fecha de inicio:

Fecha fin:

Programa MEI finalizado sin incidencias.

Programa MEI con incidencias (especificar):

Sesiones a las que ha asistido y objeto:

Para TBC: Número de Jornadas cumplidas en Programa MEI:

Para reglas de conducta, se considera cumplido el programa MEI completo:

SÍ

NO (especificar motivos):

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Fdo. (ENTIDAD COLABORADORA)

(nombre, titulación, n° colegiado/a)

ANEXO PEX-8 INDICADORES DE CALIDAD

CRITERIO	INDICADOR	ESTÁNDAR
1. Transcurrirá máximo 1 mes desde la firma de la declaración voluntaria de problema de salud hasta la realización de la entrevista de cribado.	[Fecha entrevista cribado] – [Fecha declaración voluntaria] < 30 días naturales	Se cumplirá en al menos 80% de los usuarios que firman declaración voluntaria
2. Tasa de abandonos del programa. No se producirán abandonos voluntarios del Programa.	[Nº de abandonos voluntarios] / [Nº total de usuarios en programa] x 100	≤ 10 %
3. El programa Puente Extendido se desarrollará sin incidencias por parte del usuario.	[Nº de citaciones SISPE-SGPMA por incidencias] / [Nº total de usuarios en programa] x 100	≤ 10 %
4. Se cumplirá totalmente la PMA a través del Programa una vez iniciado.	[Nº de cumplimientos totales] / [Nº total de usuarios que inician cumplimiento] x 100	≥ 80 %
5. Los usuarios permanecerán en seguimiento por la red de salud mental una vez finalizada la PMA.	[Nº de usuarios que continúan en seguimiento en USM / CRPS o residencial a los 6 meses de finalizar PMA] / [Nº total de usuarios que finalizan PMA] x 100	≥ 80 %
6. Se valorará la dependencia a todos los usuarios con TMG que no la tuvieran valorada.	[Nº de valoraciones dependencia usuarios TMG] no valorada previamente / [Nº total de usuarios TMG sin valorar dependencia] x 100	≥ 80 %
7. No se producirán nuevas condenas penales por hechos cometidos posteriormente al inicio del programa, mientras permanezcan en el mismo.	[Nº de condenas por hechos cometidos tras inicio programa] / [Nº total de usuarios en programa] x 100	≤ 10 %
8. Tasa de declaración voluntaria: Nº pacientes hacen declaración voluntaria / Nº pacientes a los que se les hizo la propuesta x 100.		
9. Tasa de casos excluidos mediante la entrevista de cribado: Nº pacientes pasan cribado / Nº pacientes acuden al cribado x 100.		
10. Porcentaje de pacientes que siguen el MEI2, MEI4, MEI6 y MEI CORTO.		