
TEMA 28

FORMAS ESPECIALES DE EJECUCIÓN

1. Centros de Inserción Social.
2. Los Servicios de Gestión de Penas y Medida Alternativas: Concepto, Adscripción y Funciones.
3. Unidades Dependientes
4. Establecimientos o departamentos mixtos.
5. Departamento para jóvenes.
6. Unidades de madres.
7. Unidades extrapenitenciarias.
8. Establecimientos o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias.

FORMAS ESPECIALES DE EJECUCIÓN DE LA PENA DE PRISIÓN: MODOS DE INTERNAMIENTO, CARACTERÍSTICAS Y CRITERIOS PARA SU ASIGNACIÓN.

INTRODUCCIÓN

El **art. 7 LOGP** establece los tres tipos de establecimientos penitenciarios en los que los internos son ubicados dependiendo de la situación penal, procesal y penitenciaria de cada uno:

a) Establecimientos de preventivos. Son centros destinados a la retención y custodia de detenidos y presos. También podrán cumplirse penas y medidas penales privativas de libertad cuando el internamiento efectivo no exceda de seis meses. En cada provincia podrá existir más de un establecimiento de esta naturaleza. Cuando no existan establecimientos de preventivos para mujeres y jóvenes, ocuparán en los de hombres departamentos que constituyan unidades con absoluta separación y con organización y régimen propios (viene desarrollado en *el art. 8 LOGP*).

b) Establecimientos de cumplimiento de penas. Son centros destinados a la ejecución de las penas privativas de libertad. Se organizarán separadamente para hombres y mujeres y serán de dos tipos: de **régimen ordinario y abierto**. Los jóvenes deberán cumplir separadamente de los adultos en establecimientos distintos o, en todo caso, en departamentos separados (así viene desarrollado en *el art. 9 LOGP*). No obstante, el art. 10 LOGP indica que además de establecimientos con régimen ordinario y establecimientos de régimen abierto, existirán establecimientos de cumplimiento de **régimen cerrado** (o departamentos especiales) para los penados calificados de peligrosidad extrema o para casos de inadaptación a los regímenes ordinario y abierto, apreciados por causas objetivas en resolución motivada.

c) Establecimientos especiales. Son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos (*art. 11 LOGP*):

- a) Centros hospitalarios.
- b) Centros psiquiátricos.
- c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia¹. Algunos autores, como Racionero, sitúan bajo la denominación de Establecimientos especiales a las distintas formas de *"ejecución especial"* del Título VII del RP.

¹En estos momentos sólo hay dos Centros psiquiátricos, en Sevilla y en Alicante; no hay ninguno hospitalario, dado que es política penitenciaria acudir a los servicios sanitarios de la comunidad; y tampoco hay centros de rehabilitación social.

Vemos de esta forma lo heterogéneo que resulta el concepto de *“forma especial”* ya que puede transitar por el régimen cerrado, por el ordinario y por el abierto. No obstante, este tema y el siguiente están aludiendo al **Título VII del RP** donde se especifican *siete formas especiales de ejecución de la pena privativa de libertad* desarrolladas a lo largo de los siete Capítulos de dicho Título VII. Y son:

Capítulo I. Internamiento en Centros de Inserción Social.

Capítulo II. Unidades Dependientes.

Capítulo III. Internamiento en un Establecimiento o Departamento Mixto.

Capítulo IV. Internamiento Departamentos para jóvenes.

Capítulo V. Internamiento en Unidades de Madres.

Capítulo VI. Cumplimiento en Unidades extra-penitenciarias.

Capítulo VII. Internamiento en un Establecimiento o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias.

Todas ellas parecen adoptar forma de establecimiento o centro penitenciario, pero recordando la definición que de ellos hace el **art. 10 RP**, como *“una unidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia”*, añadiendo que estarán formados por *unidades, módulos y departamentos* que faciliten la distribución y separación de los internos, encontramos que no es así en modo alguno; sino que se reparte de diversa manera: unos quedan integrados en la estructura arquitectónica de un *establecimiento polivalente* (como es el caso de algunos CIS, los Departamentos Mixtos, las Unidades de Madres y los Departamentos para jóvenes), otros están separados totalmente de un Centro Penitenciario (como las Unidades Dependientes y las Unidades Extrapenitenciarias, éstas sin depender de los CCpp) y sólo los establecimientos psiquiátricos reúnen la condición de Cp propiamente dicho; y ello sin olvidar que en las enfermerías de cada centro también se atiende a la población con este tipo de padecimientos. En cuanto al régimen pueden contener internos en segundo grado (Mixto, jóvenes, Madres y psiquiátricos) o en tercer grado (el resto).

1. CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL

El término “**Medio abierto**” ha ido sustituyendo en los últimos tiempos al de uso más común en la legislación penitenciaria española, “**régimen abierto**”, que es el utilizado por la LOGP y el Reglamento de 1996 que desarrolla dicha Ley. **Cuando hablamos de medio abierto** nos referimos al espacio físico y la normativa regimetal específica para el cumplimiento de los **penados en tercer grado de tratamiento**, en sus distintas modalidades, y de buena parte de los **penados clasificados en segundo grado conforme al artículo 100.2** del Reglamento Penitenciario. El llamado principio de flexibilidad:

“...con el fin de hacer el sistema más flexible, el Equipo Técnico podrá proponer a la Junta de Tratamiento” que se adopte un modelo de ejecución de la pena en el que puedan combinarse aspectos característicos de los distintos grados (segundo y tercer grado en nuestro caso). Se considera una medida excepcional, requiere la posterior aprobación del Juez de Vigilancia Penitenciaria competente pero es de “inmediata ejecutividad”.

El artículo 62 de LOGP y el 102 del RP establecen las variables y criterios que deben guiar la función clasificatoria de los Equipos de Tratamiento.

En este punto subrayar lo que ya señalaba la ley en 1979 a través del **artículo 72.3 y 72.4**, que **se podrá clasificar inicialmente en un grado superior y que en ningún caso se mantendrá a un interno/a en un grado cuando por su evolución personal, de acuerdo al Programa Individualizado de Tratamiento, se haga merecedor/a de su progresión.**

El valor de este planteamiento radica en que en la filosofía de la ley subyace un perfil que trasciende lo retributivo y lo temporal cuando procedamos a estudiar y evaluar para clasificar, debiendo procurar en la medida de lo posible, el cumplimiento en aquellos grados, cuyos regímenes de vida favorezcan la autonomía y la responsabilidad del individuo. El sistema en grados que propone la ley es muy **flexible** y permite el avance, pero también el volver al punto anterior.

Por lo general, **la clasificación en tercer grado** se fundamenta en que puedan darse alguna de estas situaciones: **FUNDAMENTOS PARA EL 3º GRADO**

- ☛ Continuidad en el exterior en la realización de un programa de tratamiento iniciado en régimen ordinario.
- ☛ Proyecto de vida contrastable y válida, personal y socialmente, que puede tener componentes laborales, educativos, familiares.
- ☛ Integración en un programa de intervención comunitario.
- ☛ No interrumpir un proyecto de vida consolidado.

Con este planteamiento el tercer grado no debe observarse como:

- ☛ Un beneficio penitenciario,
- ☛ Un proceso de suavización de las penas,
- ☛ Una forma de ejecución de la pena vaciada de contenido

Por su parte, **la Instrucción 9/2007 de clasificación y destino de penados** nos recuerda que serán clasificados inicialmente en tercer grado aquellos/as internos/as **con un pronóstico de reincidencia medio bajo a muy bajo, y no presenten factores de inadaptación significativos**. Resaltar, también, que la asignación a tercer grado se fundamenta en un estudio global de la persona, que se sustentará en la emisión de un pronóstico de **comportamiento favorable acerca** de su capacidad para adaptarse al régimen de vida abierto (**arts.: 80 a 88 RP**).

→ **Criterios específicos de una clasificación inicial en tercer grado** ←

- Ingreso voluntario
- Condenas no superiores a cinco años.
- Primariedad delictiva o reincidencia escasa.
- Antigüedad de la causa por la que ingresó (más de tres años).
- Correcta adaptación social desde la comisión de los hechos hasta el ingreso
- Baja prisionización
- Apoyo familiar o entorno social estructurado.
- Personalidad responsable
- En caso de adicciones, que tenga posibilidad de tratamiento o se encuentre realizando uno.

Por otro lado, se ha puesto en marcha en esta legislatura un protocolo específico referido al ingreso en medio abierto que ha venido a dar respuesta eficaz a aquellas circunstancias en las que es evitable el ingreso en un centro de régimen ordinario, reduciendo el efecto estresante y desocializador de un internamiento en sentido estricto. Me refiero a la **Instrucción 6/2020 "Protocolo de Ingreso Directo en medio abierto"** con ámbito de aplicación en Centros de Inserción Social y Centros Penitenciarios con Centros de Inserción Dependientes o Sección Abierta.

La Instrucción tiene por objeto dar **pautas de actuación que faciliten el ingreso directo en centros de inserción social, secciones abierta o centros de inserción social dependientes**, de **las personas penadas que, con condenas hasta cinco años de prisión**, tengan posibilidades de ser clasificadas inicialmente en tercer grado de tratamiento.

Con tal finalidad, **deberán valorarse las siguientes circunstancias:** ←

- Presentación voluntaria.
- Condena no superior a 5 años.
- Primariedad delictiva/penitenciaria, no computándose a estos efectos ingresos anteriores como preventivo por la misma causa.
- Satisfacción de la responsabilidad civil, declaración de insolvencia o compromiso de satisfacción de la misma de acuerdo con su capacidad económica.
- Antigüedad del delito superior a tres años y correcta adaptación social desde su comisión hasta el ingreso en prisión.
- Actividad laboral en el momento de la presentación. Existencia de un proyecto vital acorde a sus circunstancias personales que le permita subvenir a sus necesidades. También se valorarán otras actividades, tales como educativas, voluntariado, etc., que puedan ser realizadas por la persona condenada durante el cumplimiento en tercer grado.
- Red de apoyo familiar y social bien integrada o en condiciones favorables que permitan el aval propio o auto acogida.
- En el caso de presentar adicciones relacionadas con la actividad delictiva, que se halle en tratamiento, en disposición de realizarlo o lo haya superado favorablemente. Con independencia de la posibilidad de realizar programa específico, de deshabitación u otros, en el contexto del régimen abierto una vez se produce la clasificación.

Además, **los Consejos de Dirección** de los centros deberán acordar las medidas para la recepción de las personas que se presenten a cumplir en medio abierto, facilitando la información necesaria y estableciendo un sistema de atención en día y horas que siendo los responsables de esta atención los profesionales del Equipo Técnico

Indicar para finalizar este punto que **el procedimiento de clasificación finaliza en cuatro meses máximo**, pues una vez recepcionado el protocolo en el Centro Directivo, este dispone de dos meses más si lo considera oportuno para resolver.

MEDIO ABIERTO

El Real Decreto 734/2020, de 4 de agosto que desarrolla la estructura orgánica básica del Mº del Interior, y, modifica el RD 952/2018 de 27 de julio, viene a establecer en su **art. 7, la competencia, de la Subdirección General de Medio Abierto y Penas y Medidas Alternativas, en particular, a) La gestión, coordinación y seguimiento de la pena de trabajo en beneficio de la comunidad, de la suspensión de la ejecución de penas privativas de libertad y de la libertad condicional, la libertad vigilada postpenitenciaria que es competencia de la Administración Penitenciaria, así como de la acción social penitenciaria. b) El seguimiento y supervisión de los internos cuando pasen a cumplir condena bajo el régimen abierto, la coordinación de los Centros de Inserción social y Secciones Abiertas, Unidades Dependientes y medidas de control telemático. Igualmente será competente en el diseño, implantación, seguimiento y evaluación de los programas de intervención y tratamiento destinados a los internos en régimen abierto.**

1.1. AMBITO DE APLICACION.

1. El espacio material del Medio Abierto comprende:

- a. **Los Centros Abiertos o de Inserción Social Independientes** (arts. 80, 163, 164 y 265.6º Rgto.P.)
- b. **Los Centros Abiertos o de Inserción Social dependientes de un centro penitenciario ordinario** (arts. 80, 163, 164 y 265.6º Rgto.P.)
- c. **Las Secciones Abiertas**, constituyendo un departamento de un centro penitenciario polivalente (art. 80.3 Rgto.P.)
- d. **Las Unidades Dependientes** (art. 80.4, 165 a 167 Rgto.P.)
- e. **Las Unidades Extrapenitenciarias** (art. 182 Rgto.P.)
- f. **Las Unidades Externas de Madres vinculadas a un Centro de Inserción Social** (arts. 178 a 181 Rgto.P.)

2. En relación al elemento personal, será de aplicación a:

- a. Penados en tercer grado de tratamiento restringido (art. 82 Rgto.P.).
- b. Penados en tercer grado de tratamiento pleno (art. 83 Rgto.P.).
- c. Penados en tercer grado de tratamiento bajo las previsiones de la monitorización telemática u otros medios de control suficiente (art. 86.4 Rgto.P.).
- d. Penados en tercer grado de tratamiento destinados a Unidades dependientes o Unidades extrapenitenciarias (art. 165 y 182 Rgto.P.).
- e. Penados clasificados en tercer grado por enfermedad muy grave con padecimientos incurables (art. 104.4 Rgto.P.).
- f. Penados clasificados en segundo grado con aspectos propios del tercer grado por aplicación del principio de flexibilidad (art. 100.2 Rgto.P.) o aplicación de medidas regimentales para la ejecución de programas especializados (art. 117 Rgto. P.), y destinados a Medio Abierto.
- g. Liberados condicionales, en todas sus modalidades (libertad condicional y suspensión de condena con libertad condicional), para supervisión en Medio Abierto (arts. 90 ss. CP).
- h. Penados que se encuentran transitoriamente en Medio Abierto en espera de clasificación de grado o centro de cumplimiento (ingresos voluntarios sin clasificar, internos bajo propuesta de regresión, liberados a los que se ha suspendido o revocado la libertad condicional, etc.).
- i. Penados clasificados en tercer grado que se encuentran en Centros ordinarios en espera de traslado, caso de ser aplicables las previsiones relativas al Medio Abierto.
- j. Penadas en segundo o tercer grado con hijos menores de tres años, destinadas a Unidades externas de Madres (art. 178 Rgto.P.). Con carácter excepcional, atendiendo al superior interés del menor junto a otras circunstancias suficientemente motivadas, podrá acordarse el destino de una madre en situación preventiva.
- k. Sometidos a la medida de libertad vigilada, cuando tenga atribuida la competencia de seguimiento Instituciones Penitenciarias y el liberado

haya extinguido la última fase de la condena privativa de libertad en Medio Abierto (art. 106 CP).

3. Además, estrechamente vinculados a los anteriores, los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas de los Centros penitenciarios y Centros de Inserción Social son unidades administrativas multidisciplinares dependientes de la Administración penitenciaria que tienen encomendada la tarea de ejecución de las medidas y penas alternativas a la privación de libertad (art. 2.4 Real Decreto 840/2011, de 17 de junio), particularmente la pena de trabajo en beneficio de la comunidad (art. 49 CP), suspensiones de condena (art. 83.4 CP), programas formativos, y otras penas o medidas competencia de la Administración Penitenciaria.

Modalidades de Régimen abierto.

Debemos distinguir, por razón de la modalidad de vida:

- Régimen abierto pleno. Art. 83 del RP
- Régimen abierto restringido. Art. 82 del RP
- Régimen específico de “control telemático u otro tipo de controles”. Art. 86.4 del RP.

a) Régimen abierto pleno. (Art. 83 del RP). La modalidad común o plena del régimen abierto, donde se desenvuelve con amplitud las salidas del penado, tanto diarias, autorizadas, como de fines de semana, al margen de los permisos ordinarios.

b) Régimen abierto restringido. (Art. 82 del RP). La Administración ha entendido siempre que hay un grupo de sujetos que, siendo merecedor por la evolución de su comportamiento al acceso a tercer grado, presenta, no obstante, problemas para su inclusión en el régimen abierto y demandan medidas de mayor apoyo y control para evitar el fracaso en este régimen. Consiste en restringir las salidas al exterior o establecer más medidas de control o tutela.

A título de ejemplo el Reglamento señala:

- Peculiar trayectoria delictiva. La aplicación del régimen abierto restringido puede venir justificado por razón de concurrir en el interno una consolidada carrera delictiva que se manifieste en un alto grado de institucionalización (prisionización) que permita prever riesgo de nuevas conductas delictivas, de quebrantamiento de condena, de dificultades de adaptación...
- Personalidad anómala. El régimen abierto restringido se aplicaría a sujetos con problemas psicopatológicos o deficiencias mentales que presenten dificultades para la toma de decisiones

- Condiciones personales diversas. Sujetos con otros problemas como puedan ser las adicciones no completamente superadas al alcohol o a las drogas, juego patológico, enfermedad mental...
- Imposibilidad de desempeñar un puesto de trabajo en el exterior. Las restricciones están justificadas porque las salidas para realizar el trabajo no son necesarias
- Carencia de medios de subsistencia. Las restricciones vendrían justificadas por la necesidad de encontrar un medio de subsistencia o alguna asociación o institución pública o privada para su apoyo o acogida para cuando salga en libertad
- Exigencias del tratamiento. La razón última de cualquier restricción se encuentra en las necesidades del tratamiento. Tal sería el caso de internos que participaran en programas del Establecimiento que incluyan sesiones
- Mujeres penadas clasificadas en tercer grado, cuando se acredite que no existe posibilidad de desempeñar un trabajo remunerado en el exterior, pero conste, previo informe de los servicios sociales correspondientes, que va a desempeñar efectivamente las labores de trabajo doméstico en su domicilio familiar. En este caso el trabajo en el domicilio se considerará como trabajo en el exterior.

c) Régimen específico de “control telemático u otro tipo de controles”. (Art. 86.4 del RP).

Como excepción a la exigencia de permanecer ocho horas diarias en el Centro, el Reglamento establece la posibilidad de que el interno, de modo voluntario, acepte el control de su presencia fuera del Centro mediante dispositivos telemáticos de control, en cuyo caso sólo tendrán que permanecer en el Establecimiento durante el tiempo fijado en su programa de tratamiento para la realización de actividades de tratamiento, entrevistas y controles presenciales.

Las características de esta forma de cumplimiento, son:

- Los penados continúan en todo momento dependiendo de la administración penitenciaria, sin que la intervención de otras instancias sociales, medidas de control o asistencia pueda suponer dejación de nuestra responsabilidad como Administración.
- Permanente seguimiento de los casos y valoración periódica.
- La motivación para su aplicación debe perseguir objetivos expresos de tratamiento. Por ello formará parte del programa individualizado de tratamiento del interno.
- Existencia de factores personales y socio-familiares que favorezcan una integración socio-laboral.
- Existencia de un pronóstico favorable de reinserción social

Medidas de control y seguimiento.

La medida ordinaria de control es la inclusión del interno en el sistema de monitorización electrónica, con la instalación de los adecuados dispositivos de localización telemática. Este sistema ofrece a la Administración Penitenciaria información segura sobre la presencia o no del interno en un lugar preestablecido dentro del cronograma fijado en su programa de seguimiento. Generalmente se les coloca dispositivos telemáticos de radiofrecuencia.

Existen otras medidas de diferente naturaleza, que pueden y deben complementar al dispositivo telemático, con el fin de conseguir una mejor adecuación del programa de seguimiento a las circunstancias y objetivos de cada interno.

En los casos en los que las circunstancias laborales, residenciales, sanitarias o de otra índole del penado hagan inaplicable el sistema de monitorización electrónica, podrá éste verse sustituido por otras medidas que, en su conjunto, garanticen un control suficiente sobre el interno.

Estas otras medidas de control, complementarias o sustitutivas de la localización telemática, podrán ser entre otras:

- a) Visitas de un profesional del establecimiento al lugar de trabajo u ocupación del interno.
- b) Presentaciones periódicas del interno en una unidad de la Administración Penitenciaria.
- c) Presentaciones del interno en dependencias policiales o de la Guardia Civil.
- d) Comunicaciones telefónicas en uno u otro sentido.
- e) Comprobaciones relativas a la documentación de carácter laboral.
- f) Controles sobre actividades terapéuticas.
- g) Entrevistas con el interno por parte de diferentes profesionales penitenciarios.
- h) Entrevistas con miembros de la unidad familiar del interno.

Para la aplicación de medidas de localización telemática se tendrán en cuenta las siguientes disposiciones específicas:

- El interno debe aceptar de forma expresa someterse a las condiciones de aplicación de los dispositivos telemáticos que establezca la Administración, de las que habrá sido suficientemente informado con anterioridad.
- El interno será responsable del correcto uso y cuidado de los elementos técnicos instalados en su domicilio y en su persona, quedando obligado a mantenerlos en todo momento a disposición de la Administración Penitenciaria.
- El tiempo de permanencia obligada y controlada en el domicilio será, como norma general, de ocho horas diarias. Las excepciones a dicha norma deberán venir justificadas sobre la base del programa individualizado de tratamiento.

- Los efectos de la resolución que autorice el régimen de vida regulado en la presente instrucción se contraerán al momento en que se encuentren instalados y operativos los adecuados dispositivos de control telemático.

Dispositivos para la monitorización electrónica del art. 86.4. Consta de:

- Un transmisor: pulsera que se pone al interno. Suele colocarse en el tobillo, salvo excepciones muy justificadas.
- Receptor: aparato que se instala en casa del interno o dispositivo GPS.

c) La intervención en Medio Abierto.

En el Medio Abierto la intervención y el tratamiento han de abordarse de una manera integral, estar dirigidos hacia el fin de la reinserción social y contemplar los factores de riesgo y de protección que influyen en la conducta delictiva.

La diversidad de la población y las tipologías delictivas obligan a adaptar nuestras actuaciones y desarrollar intervenciones de tratamiento que permitan dar respuesta a las necesidades de reinserción individuales.

Los programas son actuaciones estructuradas, sistemáticas y planificadas cuidadosamente, por ello no vamos a hablar sólo de programas sino de intervenciones.

Estas intervenciones se dividen, siguiendo la I 2/2019, en tres grandes áreas:

- I. Integración social
- II. Inserción e integración laboral.
- III. Programas complementarios relacionados con factores de riesgo concretos: específicos, sanitarios, formativos, educativos, culturales, de sensibilización...

Siendo las dos primeras ineludibles en Medio Abierto y debiendo ser desarrolladas de manera obligatoria, bien por ONG/EC, bien por profesionales de IIPP. Esta prioridad atribuida a la integración social y laboral no contradice el abordaje de las otras áreas, siempre que no suponga una mecánica de reproducción de lo que ya se ha realizado en medio ordinario. Debemos orientar los contenidos (drogas, conducta agresiva, formación, etc.) hacia la normalización y al afrontamiento de situaciones, sobre todo de riesgo, que se pueden producir en libertad.

Con la intervención se persigue que los asignados a Medio Abierto dejen de funcionar como presos y se desenvuelvan como personas normalizadas, en su contexto socio-comunitario. Por tanto, seguimos insistiendo, deben usar los recursos que utilizamos el común de la ciudadanía y se ha de fomentar el tratamiento y las derivaciones a/en instituciones y entidades externas.

Las intervenciones más importantes en régimen abierto son:

1.- INTRODUCCIÓN Y ACOGIDA EN EL CIS.

2.-INSERCIÓN LABORAL

3- INTEGRACIÓN SOCIAL

4.- JUSTICIA RESTAURATIVA Y MEDIACIÓN:

5.-PROGRAMAS ESPECIFICOS

Los programas específicos de intervención se refieren a intervenciones estructuradas sobre colectivos concretos.

Estos programas ya habrán sido desarrollados, en la mayoría de los casos, en medio ordinario, por tanto, en tercer grado, la intervención ha de consistir en un seguimiento individualizado de los casos, haciendo hincapié en la prevención de recaídas (sea en el consumo, sea en la conducta delictiva) y en la adaptación al medio (con especial seguimiento).

5.1.- Programa de Violencia de Género (PRIA-MA).

5.2.- Programa ENCUENTRO. Programa frente a la violencia familiar.

5.3.- Intervención con EXTRANJEROS.

5.4.- Intervención AGRESIÓN SEXUAL.

5.5.-Programa “FUERA DE LA RED”. Programa de intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la red.

5.6.- PROGRAMA intervención en delitos económicos (PIDECO).

5.7.- INTERVENCIÓN CON MUJERES. Suele existir una falta de perspectiva de género en el medio penitenciario. La criminalidad se asocia al sexo masculino, por lo que la población femenina penada experimenta una situación de exclusión y desigualdad debido a su menor presencia.

Así surgió, el programa denominado “Ser mujer.es”.

5.8.- PROGRAMA MARCO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS

5.9.- PROGRAMAS ADICCIONES Y CON DROGODEPENDENCIAS

Dicha intervención en CIS, consiste en:

5.9.1.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

5.9.2.- PROGRAMA MANTENIMIENTO CON METADONA.

5.9.3.- PROGRAMA ALCOHOLISMO

5.9.4.- ATENCIÓN A JUEGO PATOGICO-LUDOPATIA

5.9.5.- ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

- Discapacidad Psíquica
- Discapacidad Intelectual, mental o cognitiva
- Discapacidad Física
- Discapacidad sensorial (auditiva, sensorial, sordomudez)

5.9.6.- ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (PROGRAMA PUENTE)

6.- PROGRAMA FORMATIVOS-EDUCATIVOS

7.- OTRAS INTERVENCIONES

Es imprescindible en los procesos de **inclusión es el relacionado con la familia, la pareja, las amistades y el entorno próximo**. Según la encuesta de La Fundación Atenea¹, el tiempo de confinamiento influye en la forma de relacionarse debiendo fomentar nuevas formas de interacción. Por un lado, con acciones que **fomenten el tejido de nuevas relaciones sociales y actividades de ocio y tiempo libre fuera** de la institución penitenciaria.

Acompañamiento/supervisión individualizados en el proyecto de vida personal, realizando tareas de apoyo y asesoramiento (tutorías), y ofreciendo la ayuda necesaria para favorecer la incorporación progresiva al medio social. Este acompañamiento se completará, cuando proceda, con entrevistas de seguimiento y consejo psicológico, tanto con el interno y como con otros miembros significativos de red social. Tanto en las mujeres, como en los hombres, más en ellas, demandan como imprescindible en los procesos de inclusión la relación con la familia, la pareja, las amistades y el entorno próximo.

5.14.- INTERVENCIÓN COMUNITARIAS: Sinergia entre medio Abierto y Medidas Alternativas

La diferencia que encontramos entre en medio abierto y las medidas alternativas, es el tipo de pena impuesta (privativa de libertad versus privativa de derechos), y la obligatoriedad de la intervención en medidas alternativas como forma de ejecución de la pena impuesta, siendo en cambio en medio abierto el tratamiento voluntario.

Pero si algo las caracteriza a ambas, es el cumplimiento de la pena dentro del ámbito comunitario.

En ambas penas, se puede conciliar la vida personal, socio-familiar y laboral con el cumplimiento de la pena.

Por tanto, en ambos cumplimientos se potencia la implicación del entorno comunitario donde se encuentra la persona, a través de la derivación a los recursos especializados en función de sus necesidades y hay mayor implicación de entidades sociales.

Durante este proceso es importante garantizar que quien cumple una pena pueda cumplir el programa de tratamiento adecuado a su perfil delictivo y a las necesidades detectadas. Para ello, **se ha impulsado desde la SGIP la intervención horizontal, potenciando la intervención en grupos mixtos de intervención**. Es decir, **personas penadas a medidas alternativas y en tercer grado o libertad condicional en un mismo grupo de intervención**. La ventaja principal que ofrece esta intervención horizontal, es optimizar los recursos profesionales con los que se cuenta en cada centro penitenciario/CIS.

AMPLIACIÓN

1.1. Perfil criminológico del penado en tercer grado y medio abierto.

Debemos partir de la base de que a la hora de determinar el perfil criminológico de penados calificados en tercer grado la principal característica que se cumple es la heterogeneidad. Resulta, por tanto, muy complicado, elaborar un conjunto de criterios cerrados que deban estar presente en los penados en régimen de semilibertad.

Existen multitud de creencias sociales al respecto que abarcan desde el tipo de delito (“El tercer grado está destinado para delitos menos violentos”) hasta la cuantía de la condena (“El tercer grado es para condenas pequeñas”). Sin embargo, la legislación penal y penitenciaria fija muy pocas limitaciones en este sentido.

No obstante, con el objeto de homogenizar el perfil de potenciales destinatarios, podemos describir una serie de **variables personales, familiares y sociales** que son más recurrentes en los penados clasificados en tercer grado en función de los principios inspiradores y fines descritos en el capítulo. **Todas ellas giran en torno a un pronóstico de reincidencia bajo o muy bajo.** Desde un punto de vista técnico, la probabilidad de reincidir en un sistema de vida en semilibertades el elemento clave para discernir aquellos penados que pueden obtener el tercer grado. De esta forma, un riesgo de reincidencia bajo estaría inequívocamente asociado a la posibilidad de alcanzar dicha modalidad de cumplimiento. A continuación, se procede a detallar alguna de las variables vinculadas relacionadas:

- **Ausencia de adicciones o avanzada etapa en el proceso de deshabitación** La relación entre la adicción a tóxicos y determinadas tipologías delictivas es muy alta. La drogodependencia, en muchas ocasiones, resulta la principal causa de que una persona cometa delitos tipificados como robos con fuerza con el objeto de poder continuar consumiendo. Así mismo, la comisión de delitos contra la seguridad vial también tiene un alto índice de relación con el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias. Por tanto, parece comprensible argumentar, que un requisito indispensable para que una persona desestime la comisión de nuevos delitos se encuentre en un proceso de deshabitación avanzado en que sea capaz de mantenerse abstinentes o no exista un patrón de consumo habitual. Independientemente de esto, el proceso de deshabitación implica la posibilidad de que se produzcan fallos (consumo puntual) durante esta fase, valorándose por

parte de la Junta de Tratamiento dicha situación antes de que suponga la pérdida del régimen abierto.

- **Primariedad delictiva o ausencia de profesionalidad delictiva:** La historia delictiva pasada del penado es una variable a tener en cuenta de cara a la predicción de futuros comportamientos. De esta forma, a priori, aquellos penados que hayan cometido un solo delito o varios circunscritos a una determinada situación, tendrán potencialmente una valoración de reincidencia más baja.
- **Abono de responsabilidad Civil:** La cuantía y la obligación del pago de la responsabilidad civil recogida en sentencia supone otra circunstancia a valorar a la hora de optar al medio abierto así como el hecho de que el penado haya hecho frente a sus obligaciones. Con determinados tipos de delitos, los denominados de cuello blanco, entre los que encontramos estafas, delitos contra la hacienda pública, insolvencia punible y apropiaciones indebidas, el pago de las multas y la responsabilidad civil si la hubiere cumple un fin de prevención general muy marcado. Por este motivo, el abono de las mismas supone un indicador a tener en cuenta para la obtención del tercer grado.
- **Asunción delictiva y conciencia del daño causado:** Una de las variables más importantes para reducir el riesgo de reincidencia de una persona que ha cometido algún delito es que tome conciencia del daño generado a la víctima, si la hubiese, o a la sociedad y por otro lado asuma los hechos cometidos. Dicha asunción, más allá de reconocerse culpable, supone un proceso de atribución interno en el que se fija el locus de control de su comportamiento dentro de su responsabilidad, evitando justificar el mismo a través de variables que no ha podido controlar. De esta forma, si un penado considera que ha cometido un delito por factores externos la probabilidad de volver a reincidir será más alta. Esta afirmación cobra aún más sentido en delitos contra las personas, lesiones y contra la libertad e indemnidad sexual en las que la víctima es identificable y el daño causado a la misma normalmente muy grave.
- **Realización de Programas específicos de tratamiento:** Con el objetivo de atender a las necesidades y carencias que desencadenaron la comisión de un delito por parte de una persona, la Administración Penitenciaria ha hecho y mantiene un esfuerzo constante para la elaboración y ejecución de programas específicos de

tratamiento. La realización de los mismos supone un elemento clave para la reducción del riesgo de reincidencia.

- **Plan de vida realista:** Las proyecciones que hacen los penados respecto a su futuro, los medios necesarios para ejecutarlos y lo adaptados a la realidad supone otro elemento a valorar. El medio abierto implica que el penado asuma gradualmente el control sobre su vida, y por tanto, establezca planes y fije objetivos respecto a sus metas a conseguir. En ocasiones, la imagen que desarrollan del futuro está altamente distorsionada generando unas expectativas muy poco ajustadas que dificultan la adaptación a la vida en semilibertad.
- **Vinculación familiar.** El apoyo familiar y la existencia de una red familiar y social sólida desvinculada del delito favorece que la probabilidad de reincidencia disminuya.



Mediante RD 952/2018, de 27 de julio por el que se estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, **el área de Medio Abierto** ha quedado integrada en la nueva **Subdirección General de Medio Abierto y de Penas y Medidas Alternativas** a la que corresponde:

b) *“El seguimiento y supervisión de los internos cuando pasen a cumplir condena bajo el régimen abierto, la Coordinación de los Centros de Inserción Social y Secciones Abiertas, Unidades dependientes y medidas de control telemático. Igualmente será competente en el diseño, implantación, seguimiento y evaluación de los programas de intervención y tratamiento destinados a los internos en régimen abierto.”*

Las normas de organización y funcionamiento de los centros de régimen abierto (Centros de Inserción Social, independientes y dependientes) son elaboradas por la Junta de Tratamiento y aprobadas por el Centro Directivo (Área de Medio Abierto). La pretensión es conseguir que los penados cumplan en condiciones similares independientemente del lugar en que lo hagan.

Los principios que rigen el trabajo en esta modalidad de cumplimiento son:

- **atenuación de las medidas de control.** Esto marca el trabajo que desarrollan tanto los funcionarios de vigilancia como los equipos Técnicos.
- **autorresponsabilidad y estímulo a la participación en actividades.** Actividades tanto dentro de los centros como preferentemente en el entorno comunitario.
- **normalización e integración social, utilizando los servicios generales de la comunidad.** Utilizando los recursos sanitarios, educativos, de protección social, etc.
- **prevención de la desestructuración familiar y social del penado.** Manteniendo para ello una actividad laboral o social, y convivencia en el medio al que ha de retornar.
- **y coordinación con organismos e instituciones públicas y privadas dedicados a estos colectivos.** La participación de ONGs y voluntariado en régimen abierto se ha desarrollado enormemente y estabilizado en los últimos tiempos. Así

Recordemos que **el art. 72 de la LOGP** establece que, *siempre que reúna las condiciones para ello, un penado podrá ser situado inicialmente en un grado superior (salvo el de libertad condicional) sin tener que pasar necesariamente por los que le preceden, y no se mantendrá a un interno en un grado inferior cuando por la evolución de su tratamiento sea merecedor de la progresión de grado.*

En conclusión, son tres los objetivos básicos a alcanzar en el régimen abierto:

- a) Que accedan al tercer grado *todos los penados capacitados* para cumplir su pena en régimen de semilibertad.
- b) Que la práctica totalidad de los penados que acceden al tercer grado *finalicen en él su etapa de cumplimiento* previa a la libertad.
- c) Que los penados se encuentren en tercer grado *desde el momento en el que se encuentren capacitados para ello.*

→ **En el campo de la intervención y tratamiento de los penado en tercer grado** han

quedado atrás los tiempos en que primaba un planteamiento clínico. Hoy se trabaja con una definición amplia del concepto de tratamiento, recogida en la introducción del Reglamento Penitenciario de 1981. Ya no nos centramos solamente en actividades “terapéutico-asistenciales” sino también en actividades laborales, formativas, socioculturales o deportivas, y en la necesaria apertura de las prisiones a la sociedad. En este contexto el papel del psicólogo en medio abierto es claramente diferente del que se desarrolla en medio ordinario. **El principio básico es que las actividades de todo tipo deben realizarse en el exterior del establecimiento**, en un contexto normalizado. Pongamos como ejemplo, **El Programa de intervención básica en el medio abierto para la integración social** de implantación obligatoria en todos los CIS, como *programa integral de preparación para la vida en libertad* con el **objetivo de reducir la reincidencia delictiva y conseguir la máxima integración social**.

El programa está basado en técnicas psicoeducativas y cognitivo-conductuales dirigidas a aumentar la competencia social de las personas en régimen de semilibertad. Se trata de aplicar un **tratamiento socioeducativo orientado a la convivencia en ciudadanía** para que puedan aprender las capacidades sociales que se consideran correctas y necesarias para vivir en sociedad, asimilando las normas, valores y actitudes básicas para convivir sin conflictos y respetando los derechos fundamentales.

La implantación de este programa no excluye, sino que es necesariamente compatible con el resto de **intervenciones complementarias para la integración social**, como pueden ser:

- ✗ *intervenciones sanitarias y en el ámbito de drogodependientes,*
- ✗ *programas específicos para extranjeros, mujeres y jóvenes,*
- ✗ *programas formativos, educativos y ocupacionales,*
- ✗ *asesoramiento personal, laboral y jurídico,*
- ✗ *justicia restaurativa: conciencia y reparación del daño,*
- ✗ *intervención con agresores,*
- ✗ *apoyo familiar,*
- ✗ *pisos de acogida para permisos, libertad condicional y definitiva, etc.*

Para el cumplimiento de sus fines, **los CIS cuentan con un equipo de profesionales** que desarrollan la actividad penitenciaria y los programas de tratamiento destinados a favorecer la incorporación social de las personas que en ellos residen. Este equipo de profesionales se corresponde con una Relación de Puestos de Trabajo (RPT) específica para cada CIS.



INFORME ANUAL 2021 DE LA SGIP

3.2. Programas de intervención en Medio Abierto

Modelo Programa completo	Revisados los programas recibidos de los centros de medio abierto a lo largo de 2021 y su conformidad respecto al modelo que posibilita la unificación de criterios para programar.
Programas Básicos en Medio Abierto	
Eje de Intervención en Medio Abierto: Integración Social	El Programa para la integración social, ya implantado en todos los centros, como programa Integral de preparación para la vida en libertad y desarrollo de competencias sociales, durante el año 2021 se ha potenciado. Está implantado, en todos los CIS, el módulo I: Introducción y acogida. Además, del resto de módulos, se han impartido 46 programas por personal de la Institución. Especial importancia tienen los programas relacionados con la prevención de recaídas, resolución de conflictos y habilidades sociales, así como la intervención formativa-ocupacional.
Programa Módulo de Respeto en los CIS	Los 13 CIS Independientes y 18 CIS Dependientes funcionan como módulos de respeto, potenciando a lo largo del año dicho funcionamiento.
Programas de Inserción Laboral	Programas de Formación Profesional Ocupacional.
	Programas de Orientación para la Inserción Laboral.
	Programas de Acompañamiento para la Inserción Laboral.
Programas Específicos y Complementarios	
Programas Sanitarios	Se fomenta la atención exterior para todo tipo de intervenciones en materia de salud.

<p>Programas relacionados con sustancias y trastornos adictivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se fomenta la continuidad de los programas sanitarios y con drogodependientes desarrollados en medio ordinario pero remarcando su adaptación a la vida en libertad. Teniendo en todos los CIS algún tipo de recurso, bien sea en programas ambulatorios, programas libres de drogas, centros de día, programas sustitutos específicos... La mayoría son derivaciones a EC/ONGs. - Se ha potenciado la intervención en alcoholismo, teniendo en todos los CIS algún tipo de recurso, con 51 intervenciones, bien sea en programa específico, bien en el marco de otros programas o con derivaciones a EC/ONGs, abarcando a 259 usuarios (248 hombres y 11 mujeres) de promedio trimestral. - A lo largo del 2021 se ha potenciado la intervención específica para el juego patológico puesta en marcha el año 2016. En 22 CIS hay algún recurso (seguimiento Equipo Técnico con derivaciones a EC/ONG (19 entidades.), abarcando a 19 usuarios (18 hombres y 1 mujeres) de promedio trimestral. La mayoría de las Entidades Colaboradoras son Asociaciones de Jugadores de Azar en Rehabilitación (APREJA, ASALJAR, JARCA, LARPA, PROYECTO HOMBRE, UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS...).
<p>Programas específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se fomenta la continuidad de los programas específicos desarrollados en medio ordinario pero remarcando su adaptación a la vida en libertad (programa de violencia de género, control de conductas de agresión sexual, intervención con extranjeros, con mujeres, justicia restaurativa y mediación...). - Merece especial atención la potenciación, a lo largo del año 2021, de los programas dirigidos a discapacitados (psíquica, intelectual, física y sensorial). Se han detectado, con algún tipo de discapacidad, un promedio trimestral de 487 internos/as (426 hombres y 61 mujeres), de los cuales han participado en programa un promedio trimestral de 120 internos/as. Se ha intervenido en 23 CIS. La mayoría son derivaciones a EC/ONGs. -Se ha hecho una intervención especial con personas con discapacidad sensorial, teniendo una intervención directa con 39 internos. Implantándose en todos los CIS un procedimiento para intervenir con estas personas con la colaboración de la CONFEDERACIÓN ESTATAL DE PERSONAS SORDAS (CNSE). - Con enfermos mentales se ha intervenido en 22 CIS, por medio del Programa Puente, intervención conjunta de personal de la Institución y EC. Diagnosticados de enfermedad mental un promedio trimestral de 159 internos/as (136 hombres y 23 mujeres), de los cuales participan en algún programa 126 internos/as (107 hombres y 19 mujeres), que corresponde al 79,25%. - Intervención con internos/as condenados por delitos económicos (PIDECO). A principios del año 2021 se ha puesto en marcha el programa. Desarrollado por Psicólogos/as de la Institución. Está implantado en 7 CIS, participando 48 internos/as (41 hombres y 7 mujeres).

<p>Programas específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La intervención en violencia general, agresión sexual. En 13 CIS (64 internos de promedio trimestral) hay intervención específica en violencia de género y en 9 CIS en agresión sexual (23 internos de promedio trimestral). - La intervención en justicia restaurativa-mediación se hace conjuntamente con la intervención en penas sustitutivas. Se ha intervenido en 7 CIS participando en promedio trimestral con 41 internos (32 hombres y 9 mujeres).
<p>Programas Educativos, Formativos, Culturales y Deportivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La educación reglada debe seguirse en los servicios educativos de cada Comunidad Autónoma y, <u>para la formación profesional</u>, se busca su ejecución en organizaciones externas, homologadas y de calidad. - En cuanto a las intervenciones culturales y deportivas se tiende a la autogestión por parte de los residentes bajo supervisión de los Educadores.

Número de Programas llevados a cabo por personal de Instituciones Penitenciarias en medio abierto, según el catálogo de la Instrucción I 2/2019, (algunos programas abarcan más de una categoría de la clasificación, por lo que el cómputo de intervenciones es mayor):

INTERVENCIONES DE PERSONAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS EN MEDIO ABIERTO (según catálogo establecido por la Inst. 2/2019, de 7 de febrero). Año 2021	
Tipo Programa	Número
1.- Programas de Inserción Laboral	5
2.- Programas de Integración Social	77
3.- Programas Dirigidos a Colectivos Específicos	69
4.- Programas Sanitarios y con Drogodependientes	22
5.- Programas Formativos-Educativos	12
6.- Otros Programas	19
Total	204

Aprobación de programas de intervención y tratamiento desarrollados por ONG/EC en Medio Abierto, en Centros de Inserción Social (CIS), conforme al procedimiento de la Instrucción 2/2019, de 7 de febrero

(Datos correspondientes al 31/12/2021)

Número de ONG/Entidades Colaboradoras que intervienen por Unidad Penitenciaria	217
Número de ONG/Entidades Colaboradoras que intervienen en Medio Abierto	197
Número de Programas que realizan las ONG/Entidades Colaboradoras	255
Número de Colaboradores que han intervenido en las Unidades Penitenciarias	1049
Número de Colaboradores que han intervenido o intervienen en Medio Abierto	980

Intervenciones que realizan las ONG en el ámbito penitenciario según el catálogo establecido por la instrucción 2/2012, de 7 de junio	
Tipo	Número
1.- Programas de Inserción Laboral	190
2.- Programas de Integración Social	197
3.- Programas dirigidos a Colectivos Específicos	95
4.- Programas Sanitarios y con Drogodependientes	231
5.- Programas Formativos-Educativos	148
6.- Programas de Sensibilización y Comunicación del Medio Penitenciario a la Sociedad	7
7.- Otros Programas	23
Total	891

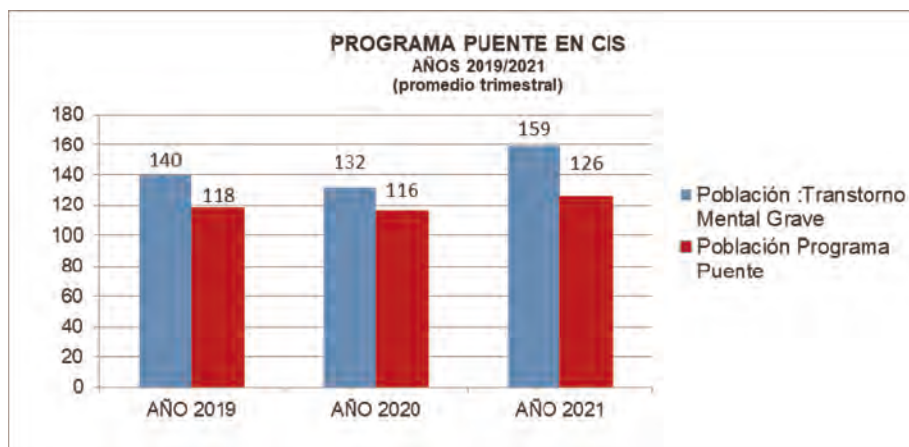
Programa Puente de Mediación Social para personas con Trastorno Mental grave en los CIS

- La Subdirección General de Sanidad (hoy SG de Coordinación de Sanidad penitenciaria) y Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria (hoy Subdirección General de Medio Abierto y de Penas y Medidas Alternativas) implementaron a lo largo del bienio 2014-2015, de forma coordinada, el **Programa Puente** en los 13 CIS independientes y en 7 CIS dependientes. Se estimó prioritaria la implantación de este programa en los CIS, como continuidad al programa PAIEM en los centros penitenciarios y como puente hacia la libertad con el **Programa Puente Extendido** que ha implementado la Subdirección General de Penas y Medidas Alternativas.
- En la actualidad **el Programa Puente de Mediación Social** se lleva a cabo en los siguientes CIS:
 - Los 13 CIS independientes: A Coruña, Alcalá de Henares, Algeciras, Granada, Huelva, Madrid VK, Málaga, Murcia, Navalcarnero, Mallorca, Sevilla, Tenerife y Valencia.
 - 9 de los 21 CIS dependientes: Albacete, Alicante, Asturias, Ceuta, Córdoba, Jerez, Santander, Vigo y Zaragoza.
- Para implantar un Programa Puente es requisito imprescindible que intervenga una ONG/EC y éstas deben formar parte del equipo Multidisciplinar del programa puente en el CIS. La vinculación y conexión con los recursos comunitarios, instituciones sanitarias, los jueces y tribunales resulta igualmente esencial.
- Participan en dicho programa personal de IIPP (139 personas) y diversas entidades colaboradoras (42 asociaciones que intervienen 58 voluntarios) como ONG, Fundaciones, Hospitales, Servicios de Salud y Centros de Salud Mental de diferentes Comunidades Autónomas, etc.
- El programa es coordinado preferentemente por los Subdirectores/as de Tratamiento en los CIS Independientes y los Subdirectores/as CIS en los Dependientes.

Una comparativa año 2019-2021:

	2019		2020		2021	
	TMG	P. PU.	TMG	P. PU.	TMG	P. PU.
TOTAL	120	102	153	139	159	126

NOTA: En el apartado de TMG, están incluidos los internos con trastorno mental grave y en apartado de P.PU., los que están dentro del Programa Puente.



Intervención con discapacitados

Durante el año 2021 se han diagnosticado, un promedio trimestral de 487 internos/as (426 hombres - 87,47% y 61 mujeres - 12,53%) con algún tipo de discapacidad.

De los 487 internos/as con discapacidad, tienen discapacidad pura (física, psíquica, intelectual y sensorial) 394 internos/as (80,90%) y discapacidad mixta 93 internos (18,10%).

La discapacidad física (41,07%), seguido de la psíquica (27,51%), intelectual (8,21%) y sensorial (el 4,11%) y la mixta (19,13%).

Intervención alcoholismo

En todos los CIS, se han puesto en marcha ofertas terapéuticas en alguna de las siguientes modalidades de intervención:

- Programas específicos con personal de Instituciones Penitenciarias diseñados para intervenir con consumidores abusivos de alcohol dentro del CIS.
- Programas específicos de intervención con este tipo de internos/as realizada en el marco de otros programas, es decir, personas que se incluyen en tratamientos no exclusivos de alcoholismo, principalmente grupos de drogas o grupos terapéuticos generales u otros tipos de intervenciones.
- Programas de derivaciones a Entidades Colaboradoras u ONGs. Preferentemente, por las especiales condiciones de vida del Régimen Abierto, está es la modalidad más recurrida para intervenir.

Año 2021	1.- PROGRAMAS ESPECÍFICOS CON PERSONAL DE II.PP	2.- TTO. EN EL MARCO DE OTROS PROGRAMAS	3.-TRATAMIENTO DE DERIVACIONES A EC u ONG	TOTAL
Nº DE INTERVENCIONES (Promedio trimestral)	4	9	38	51
% DE INTERVENCIONES	7,84%	17,65%	74,51%	100
Nº DE INTERNOS/AS (promedio trimestral)	67	35	142	244
% DE INTERNOS/AS	27,46%	14,34%	58,20%	100

Año 2021 (por trimestres)	INTERNOS/AS EN PROGRAMA ALCOHOLISMO	% DE INTERNOS/AS EN PROGRAMA DE ALCOHOLISMO
1º trimestre	212	3,76%
2º trimestre	245	4,32%
3º trimestre	262	4,26%
4º trimestre	259	4,23%
PROMEDIO	244	4,14%

Programa específico para la ludopatía

A lo largo del año 2021 se ha intervenido con 19 internos/as. En 22 CIS hay algún recurso para intervenir (seguimiento Equipo Técnico con derivaciones a EC/ONG 19 entidades. En los CIS que no consta intervención, si se detectara un interno con esta patología, por parte del Equipo Técnico, se buscaría un recurso para hacer derivación. La mayoría de las Entidades Colaboradoras son Asociaciones de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AMALAJER, APREJA, JARCA, UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS, PROYECTO HOMBRE...).



Intervención delitos económicos (PROGRAMA PIDECO)

En 2021 ha iniciado el programa de intervención de delitos económicos (PIDECO) en 7 CIS. Impartido por Psicólogos/as. Han participado 48 internos (41 hombres y 7 mujeres).

CIS	TOTAL	2021	
		H	M
ALCALÁ CIS	5	5	0
ALICANTE CIS	10	10	0
GRANADA CIS	2	2	0
MADRID CIS	6	3	3
MURCIA CIS	5	5	0
TENERIFE CIS	10	8	2
VALENCIA CIS	10	8	2
TOTAL	48	41	7

Intervención justicia restaurativa-mediación

A lo largo del año 2021, las asociaciones, que intervienen en JUSTICIA RESTAURATIVA, han sido: AMEDI, CONCAES, AMPC, SOLUCIONA, AMEE. Dicha intervención se hace conjuntamente con Penas y Medidas Alternativas.

Promedio trimestral	2021		
	TOTAL	H	M
	41	32	9

Otras intervenciones en CIS

PROGRAMA	CIS INTERVENCIÓN	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Programa Agresión Sexual	9	18
Programa Violencia de Género	16	64
Intervención manejo control de impulsos	4	14
Programa manejo de emociones y resolución de conflictos y HH.SS.	6	143
Intervención extranjera	8	125

En aquellos CIS donde no haya un programa específico los usuarios serán integrados en los grupos que se desarrollan para penas y medidas alternativas.

3.3.2. Unidades Dependientes (UD)

– Situación de las UD a 31 de diciembre de 2020:

Centro	Entidad	Convenio	Población	Capacidad máxima	Presentes
CP Alicante I	Residencia de Madres Irene Villa	11-07-2019	Madres	32	15
CP Madrid VI	Horizontes Abiertos	15-12-2011	Madres	10	3
CIS Mallorca	GREC/Pastoral penitenciaria	12-04-2021	Mujeres/hombres	5	4
CP Menorca	Obispado Menorca	12-11-2020	Mujeres/hombres	5	2
CIS Valencia	Padre Jofre (Piso acogida N. Sr. de Tejada)	21-06-2016	Hombres	10	0
	Casa Antonia M ^a Misericordia	10-06-2016	Mujeres Madres	15	5
	Asociación Jezrael	04-06-2010	Mujeres/hombres	25	12
	Arzobispado de Valencia Hogar Scala-Piso Claver	01-10-2014	Hombres	16	6
Total				118	47

Por último, resaltar que a lo largo de 2021 se ha consolidado la tendencia a cambiar la modalidad de cumplimiento en tercer grado de los penados/as que residen en las Unidades Dependientes, pasando del art. 165 RP, el específicamente recogido en el Reglamento Penitenciario para los residentes en estas Unidades, al art. 86.4 del RP, instalándose dispositivos telemáticos a las personas penadas y una unidad domiciliaria única en cada piso a cargo de organizaciones públicas o privadas que colaboran con la Administración penitenciaria.

3.5. Control mediante sistema GPS. Permisos de salida de penados y Libertades Vigiladas Postpenitenciarias bajo control telemático

3.5.1. Permisos de salida de penados con control y seguimiento GPS

Durante el año 2021, 46 penados han disfrutado un total de 207 permisos con la medida de geolocalización. El cuadro siguiente presenta la distribución por Centros Penitenciarios y Centros de Inserción Social.


3.5.2. Libertades vigiladas con control telemático (GPS)

Libertades Vigiladas con control telemático (GPS)	
Stock ¹ de Libertades Vigiladas a 31/12/2021	45
Finalización Libertades Vigiladas AÑO 2021	22
Total	67

Flujo de Libertades Vigiladas con GPS	
Total Stock ² de Libertades Vigiladas a 31/12/2021	45
Total finalización Libertades Vigiladas 1er trimestre	1
Total finalización Libertades Vigiladas 2º trimestre	9
Total finalización Libertades Vigiladas 3er trimestre	3
Total finalización Libertades Vigiladas 4º trimestre	9
Flujo de Libertades Vigiladas a 31-12-21	67

¹ Stock: mandamientos de LVP en cumplimiento.

² Flujo de penas: mandamientos en cumplimiento y finalizados, del 1/1/2020 al 31/12/2021.



CENTRO DE CONVIVENCIA COMO **MODELO ORGANIZATIVO** DE UN CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL

Los Centro de Inserción Social pueden adoptar múltiples formas en aras de facilitar la consecución de los objetivos enunciados en el epígrafe anterior siguiendo los principios inspiradores que caracterizan el régimen abierto.

Los Centros de Convivencia, serían un ejemplo más dentro de la organización de los CIS. Sin embargo, se ha considerado conveniente incluir su funcionamiento dentro del contenido de apartado del tema debido a que facilita al opositor una visión global y pormenorizada de la multitud de las intervenciones que se pueden realizar desde el medio abierto.

Los centros de Convivencia se fundamentan en dos pilares fundamentales: un sistema de modalidades en cuanto al régimen de vida y una organización y funcionamiento similar a los de los módulos de respeto con algunas puntualizaciones.

a) Sistema de modalidades de vida

De acuerdo al art. 84.2 del R.P. el sistema de funcionamiento del CIS se organiza conforme a el Sistema de Modalidades, **no progresivo necesariamente** y **dependiente del tratamiento individual de cada residente.**

Este sistema de modalidades de vida se conceptúa como un modelo dinámico, en el que las fases asignadas a los residentes son propuestas y podrán ser revisadas por los equipos técnicos en función de la evolución de los penados y de sus circunstancias sociofamiliares y laborales.

1ª FASE

Horario de salidas de Fin de Semana: Restringido. Pernocta de una noche (sábado) en su domicilio.

Entre otros casos que considere el Equipo de Tratamiento, podrán incluirse en esta fase a los siguientes internos:

- Los que habiéndose comprometido a satisfacer la responsabilidad civil derivada del delito no lo hagan, pudiendo hacerlo hasta la toma de otra serie de decisiones.

- Los residentes con evolución tratamental desfavorable (abandono de actividad laboral, incumplimientos de horarios,...)
- Los residentes que ingresen en segundo grado art.100.2

2ª FASE

Horario de salidas de Fin de Semana: Pernocta de dos noches (sábado y domingo) en su domicilio.

- Esta fase permite de forma gradual ir facilitando una mayor confianza y flexibilidad al penado y observar su evolución.

3ª FASE

Horario de salidas de Fin de Semana: Pernocta de tres noches (viernes, sábado y domingo) en su domicilio.

En esta fase se asignará a los residentes que presente una buena evolución y un alto grado de responsabilidad y compromiso (entre otros, el pago de su responsabilidad civil) Este régimen de vida posibilita una mayor integración sociolaboral y familiar.

La permanencia del interno en esta fase se podrá extender hasta que salga en libertad condicional o definitiva una vez cumplida la condena, salvo que sea regresado de fase.

FASE 0

La asignación de esta fase conlleva el no disfrute de salidas de fin de semana ni de horario de paseo.

A aquellos residentes, independientemente de la fase que tengan asignada, o bien inicialmente, que demuestren una inadaptación laboral, social, de convivencia o incumplimiento del compromiso personal, la Junta de Tratamiento podrá asignarles la fase 0 de observación.

Entre otros casos que considere el Equipo de Tratamiento, se podrá incluir en esta fase a los siguientes internos:

- A quienes se les hayan abierto diligencias policiales y/o judiciales por la presunta comisión de algún delito, en aquellos casos que por la entidad de los hechos se haya descartado la regresión de grado.
- Quienes incumplan los principios de módulo de respeto.
- Los que hayan dado algún positivo en las pruebas analíticas o de alcoholemia realizadas.
- Quienes tengan iniciado un expediente disciplinario grave o muy grave.

b) Organización de convivencia

Los objetivos del medio abierto y de los denominados módulos de respeto vienen a coincidir plenamente ya que en ambos casos se pretende que el sujeto adquiera, refuerce o mantenga las formas de relación normalizadas, adquiriendo hábitos y valores que se integren en la forma habitual de actuar del sujeto.

Por tanto, un Centro de Convivencia, ha de caracterizarse por altos niveles de exigencia en los aspectos de cuidado personal, implicación en el mantenimiento del entorno, utilización correcta de las instalaciones y lugares, relaciones interpersonales socializadoras y actividad programada durante todo el día.

Con este objetivo, la organización y funcionamiento del Centro de Convivencia pivotará sobre **cuatro ejes:**

1. Un sistema de organización de la limpieza en grupos de tareas

Las tareas a realizar son asumidas por todos los residentes que cuentan con un nivel mínimo de permanencia diaria en el Centro (quedando excluidos aquellos que desde la mañana a la noche se encuentran en el exterior).

El desempeño de estas tareas implica que no existen los puestos tradicionalmente denominados destinos de limpieza.

De esta forma, se articularán diferentes grupos de limpieza en los que existirá un residente responsable y dos suplentes de éste. El nombramiento de los mismos se hará a través de elección directa en votación por los propios integrantes.

El desempeño de los grupos de tareas será evaluado diariamente por el funcionario presente cada jornada.

2. Una estructura de participación de los internos en asambleas y comisiones

Para potenciar la participación de los residentes en el funcionamiento del centro de convivencia, se constituyen diferentes órganos con sus respectivos espacios y funciones.

- Asamblea General: Con carácter semanal y con asistencia obligatoria se constituye con los residentes que se encuentren dentro del centro y profesionales de diferentes ámbitos (Tratamiento, seguridad, servicios sanitarios...) creándose un espacio informativo utilizado por los profesionales del CIS y por los residentes para abordar aquellas cuestiones que se considere convenientes.
- Asamblea de jefes de grupo y comisiones: Formada por los responsables de los grupos de tareas y los miembros de las comisiones y el presidente del centro de convivencia. El objetivo de dicha reunión, con carácter semanal, es supervisar el funcionamiento de los grupos (altas y bajas, negativas a participar...) y las comisiones así como explorar posibles puntos de conflicto, funcionamientos anómalos durante la semana así como cualquier otra cuestión.
- Comisiones: En función de la idiosincrasia de cada Centro de Convivencia existen diferentes Comisiones con funciones diversas. Lo más frecuente es que se encuentren presentes la comisión de acogida, convivencia, actividades y medio ambiente.
- Presidente del Centro de Convivencia: Con carácter anual, o siempre que el puesto quede libre, los residentes participarán en un proceso de elección dando su voto entre aquellos residentes que se hayan presentado para el puesto. El presidente suele realizar funciones de coordinación entre las diferentes comisiones y grupos de tareas.

3. Plena ocupación del tiempo


La participación de los residentes en actividades diseñadas durante todo el día trata de potenciarse en este tipo de modelos. El objetivo que se persigue es que el penado se mantenga proactivo con el objetivo de hacer frente a las necesidades y carencias detectadas por la Junta de Tratamiento.



4. **Sistema de evaluación dinámico y generador de contingencias.**

Resulta fundamental para el éxito en el funcionamiento de este tipo de organización, que exista una evaluación continua por parte de los profesionales del centro de todas aquellas tareas que están asumidas por los residentes. De esta forma, es frecuente que se realicen revisiones de las habitaciones, de las instalaciones y de todas aquellas acciones en las que los penados asumen un importante grado de responsabilidad.

Dicha evaluación debe acarrear consecuencias claras y significativamente reforzantes a los penados con el objeto de potenciar comportamientos normalizados y extinguir conductas o hábitos desadaptativos.



En ocasiones este sistema de refuerzos se organiza a través de un sistema de economía de fichas con positivos y negativos que tienen consecuencias directas sobre la vida y las salidas de los penados.

¿Cuáles son las modalidades de cumplimiento en régimen abierto?



Existen distintos “sistemas de vida” para los penados en régimen abierto, pudiendo distinguirse dos grandes grupos: **residencial y extrapenitenciario**.

1.- Abierto Residencial:

Tercer Grado pleno: art. 83 del R.P.

Tiene por objeto potenciar las capacidades de inserción social positiva que presentan los penados clasificados en tercer grado, realizando tareas de apoyo, asesoramiento y la cooperación necesaria para favorecer su incorporación progresiva al medio social.

Tercer Grado restringido: art. 82.1 del R.P.

Se limitan las salidas debido a determinadas características del penado, estableciendo controles y con ello se pretende la progresiva adaptación a un régimen abierto más pleno. Tiene como objetivo, en determinados casos, encontrar alguna asociación o institución pública o privada para su apoyo o acogida en el momento de su salida en libertad.

Segundo Grado Modalidad artículo 100.2 (flexibilidad):

Esta modalidad introduce el llamado principio de flexibilidad, adoptando respecto a cada penado un modelo de ejecución en el que puedan combinarse aspectos característicos de cada uno de los grados de clasificación. Ello permite incorporar progresivamente al Medio Abierto penados clasificados en segundo grado de tratamiento.

2.- Abierto Extrapenitenciario:

-**Tercer grado art. 165 RP. Las Unidades Dependientes (UD)** son dependencias integradas en el entorno comunitario cuya gestión corre a cargo de asociaciones u organismos **no penitenciarios** en coordinación siempre con la Administración Penitenciaria.

-**Tercer grado art. 182 RP (Comunidades Terapéuticas)**. Regulan el cumplimiento del tercer grado en Unidades extrapenitenciarias cuya orientación es el tratamiento específico de penados en tercer grado que tengan problemas de drogodependencia u otras adicciones.

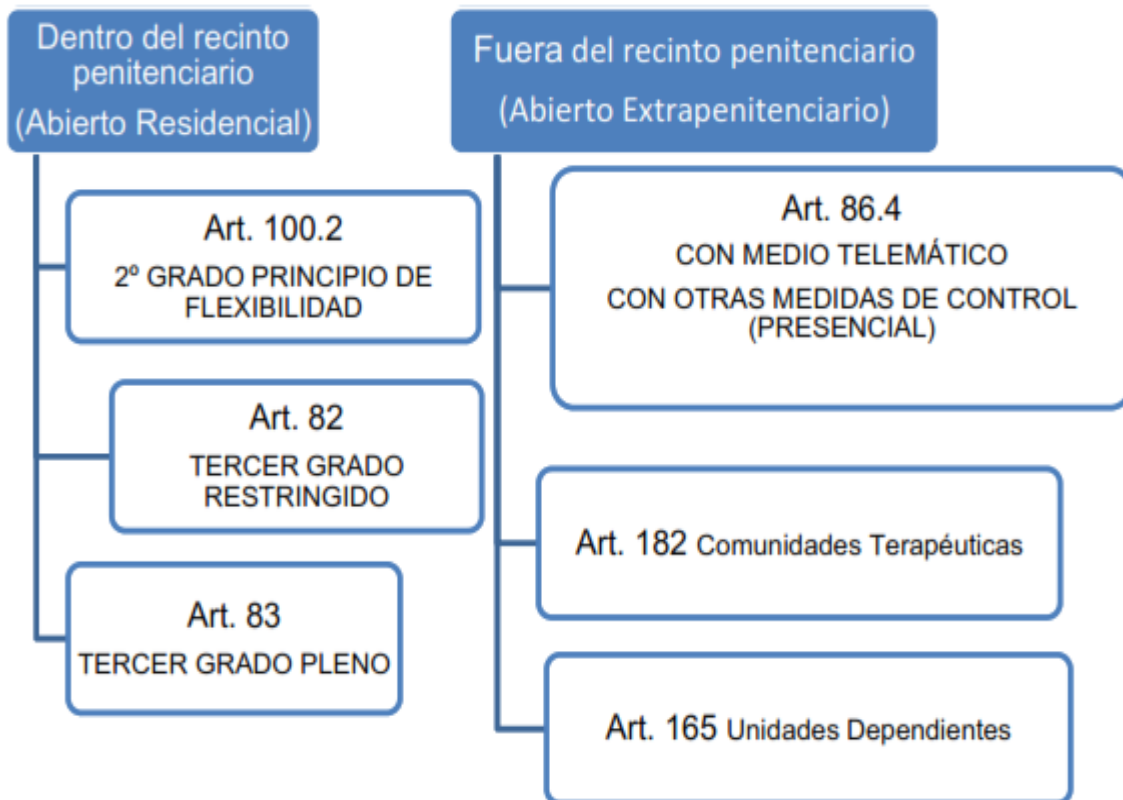
-**Tercer grado art. 86.4 RP**. Forma específica de cumplimiento, sustituyendo el tiempo de estancia mínima obligatoria, generalmente nocturna, en un establecimiento penitenciario, por medios telemáticos u otros sistemas de control suficiente. *La Instrucción 8/2019* de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias “actualiza”, tras más de 20 años de la instalación de los primeros equipos, la Instrucción sobre aplicación del art. 86.4 del RP hasta entonces vigente (I13/2006).

Por último cumplen condena **en régimen ordinario** (no abierto) los penados clasificados en tercer grado en **dos modalidades**:

- **Tercer grado art. 197 RP**. Artículo que establece la posibilidad de conceder la libertad condicional a internos extranjeros no residentes legalmente en España, o de españoles residentes en el extranjero, para que dicha libertad se disfrute en el país de residencia fijado. Los penados en esta modalidad permanecen en centros de régimen ordinario hasta su salida del país bajo custodia de la Policía Nacional.

- **Tercer grado art. 104.4**. Modalidad que responde a la necesidad de clasificar en tercer grado, por razones humanitarias y de dignidad, a personas enfermas muy graves con

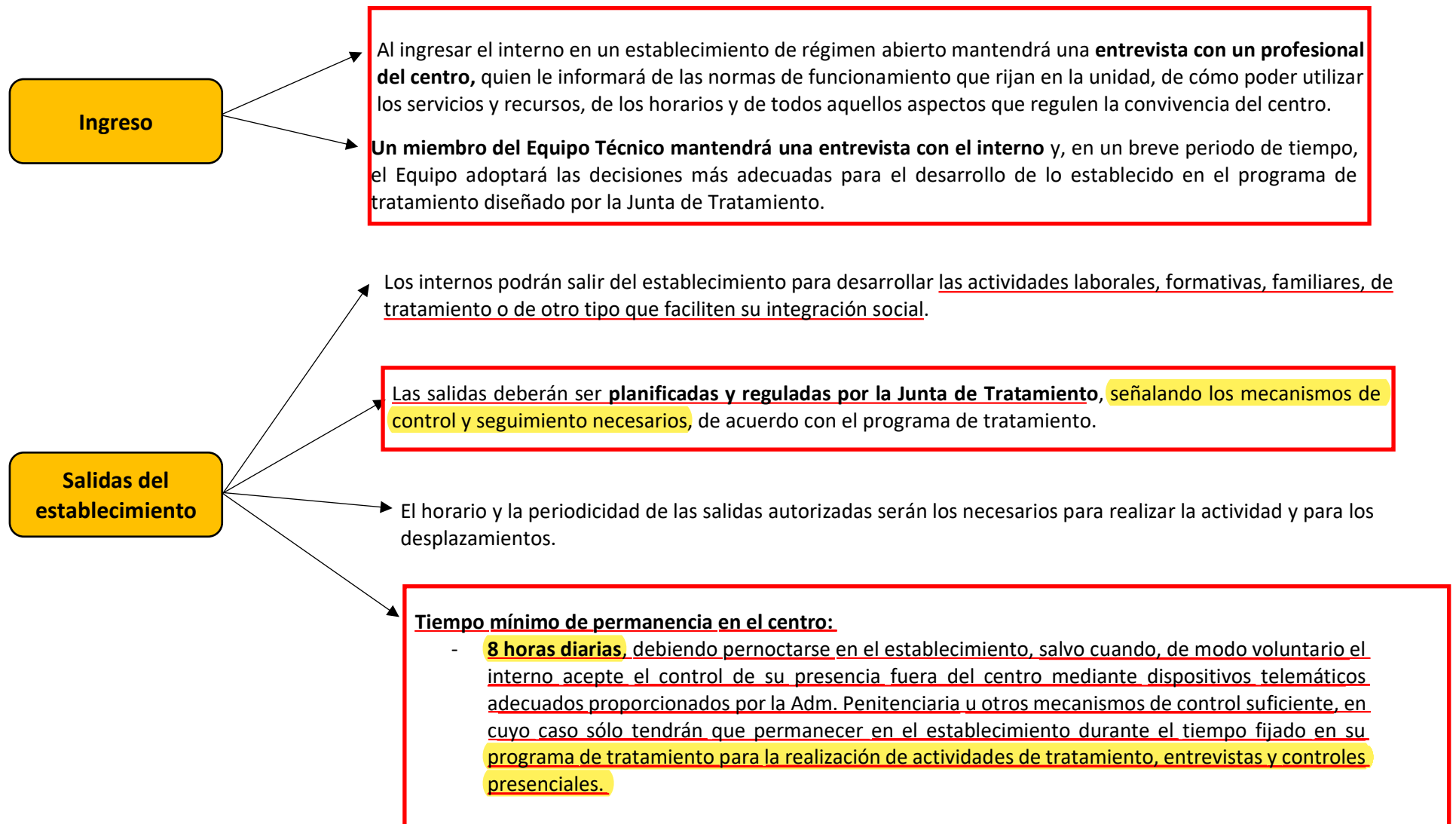
padecimientos incurables que se encuentren cumpliendo una pena privativa de libertad, como paso previo a la libertad.

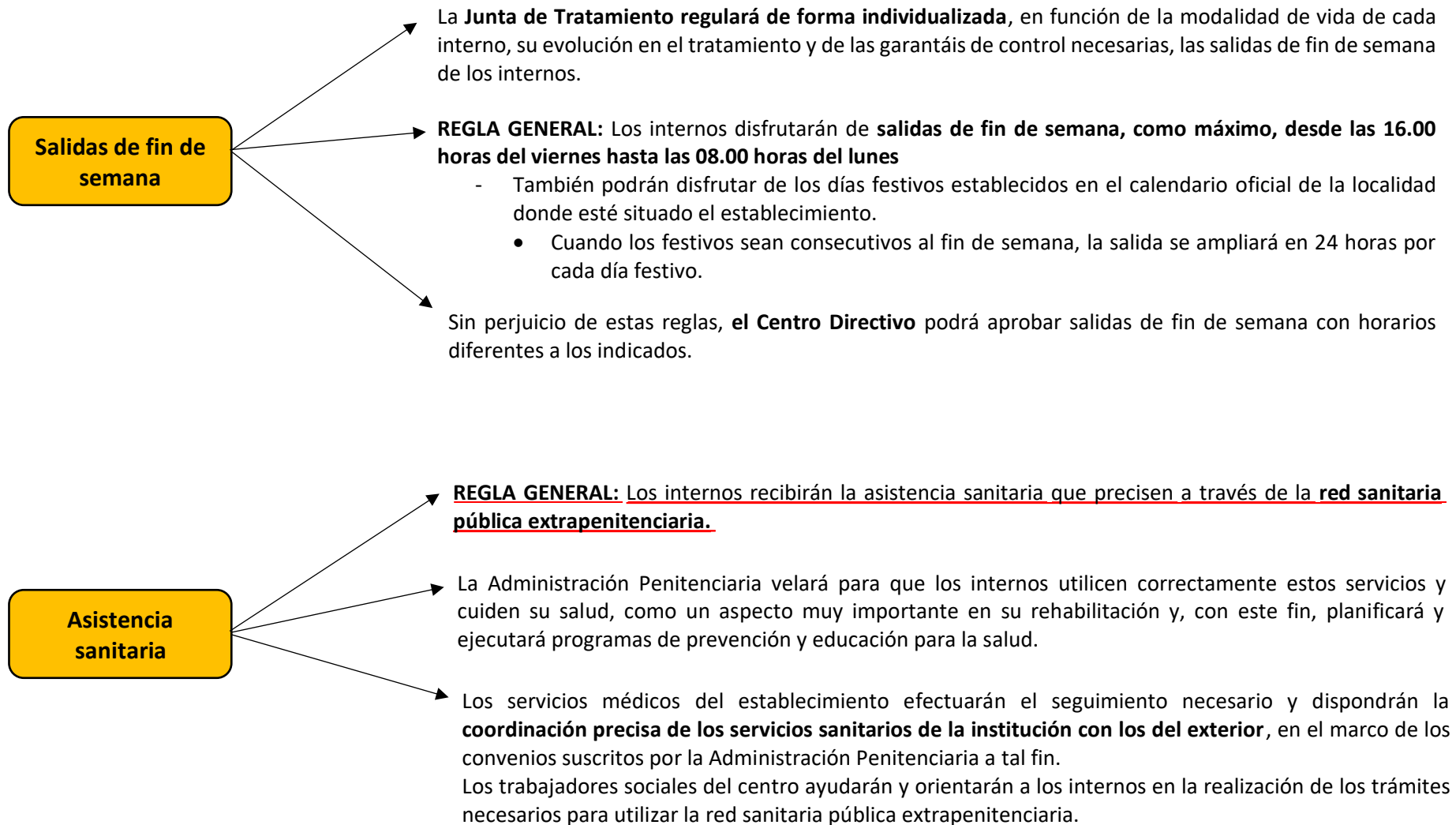


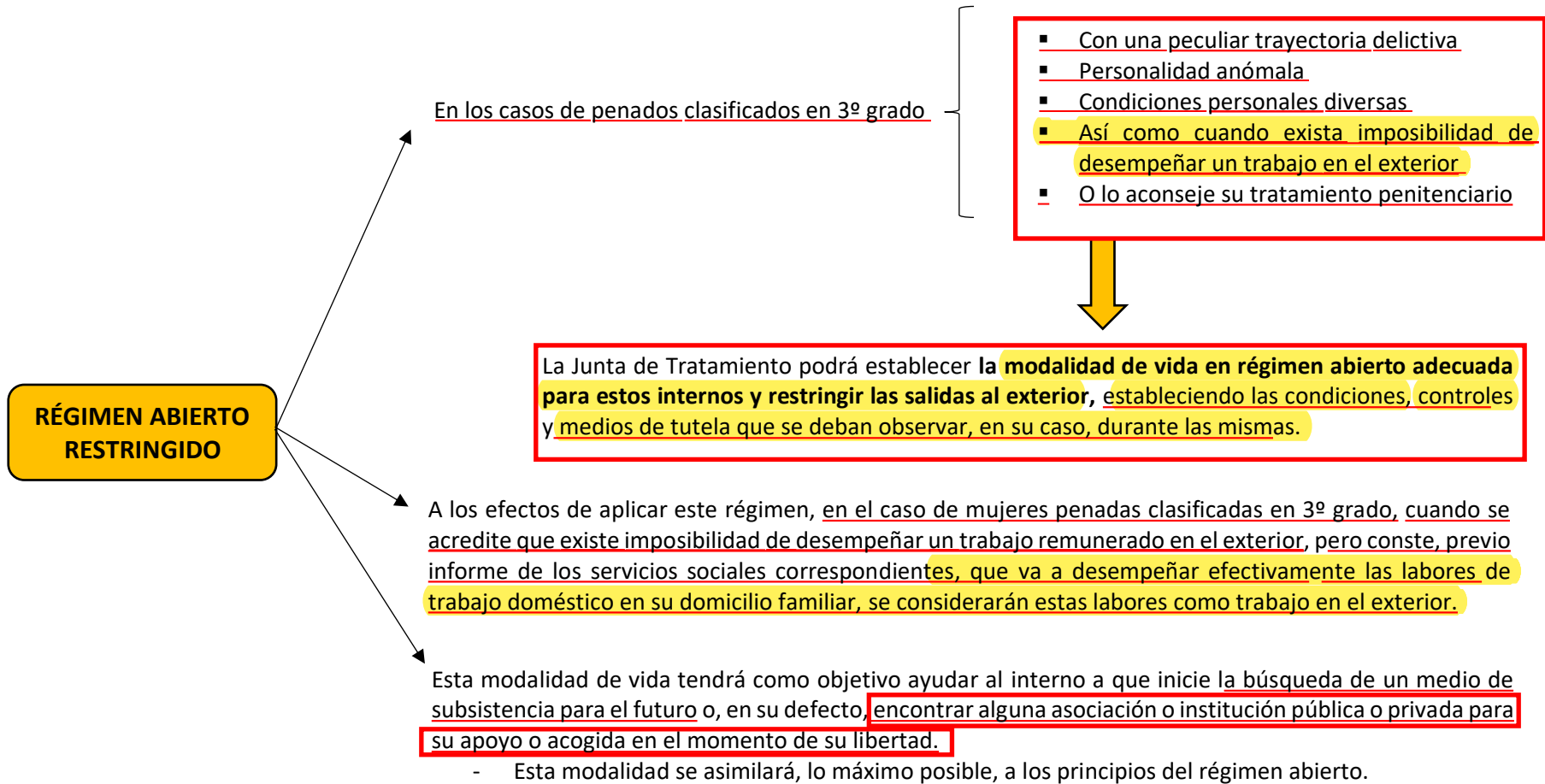
A modo de valoración, si algo caracteriza el régimen abierto es su amplitud, la enorme amplitud de la norma para permitir la adaptación del régimen a las necesidades que se detecten en el interno. Ello en consonancia con el principio de flexibilidad del art. 100.2 RP y con otras previsiones normativas que tratan de evitar una excesiva rigidez jurídica, de modo que sea el interno, su evolución y características, las que marquen y hagan suyo el régimen efectivamente aplicable. No obstante, esta amplitud normativa implica también

determinadas responsabilidades profesionales. **Con carácter general**, la ubicación de los internos en un determinado grado debe estar suficientemente motivado. Pues bien, **esta motivación es aún más necesaria en relación a los acuerdos de aplicación y concreción de un determinado tipo de tercer grado**. Así pues, **El trabajo de las Juntas de Tratamiento se torna fundamental, no solo a la hora de realizar la propuesta motivada de asignación de un tercer grado a un interno, sino a la hora de determinar los cambios de modalidad dentro del mismo, cuya competencia le corresponde.**

ESQUEMA RESUMEN

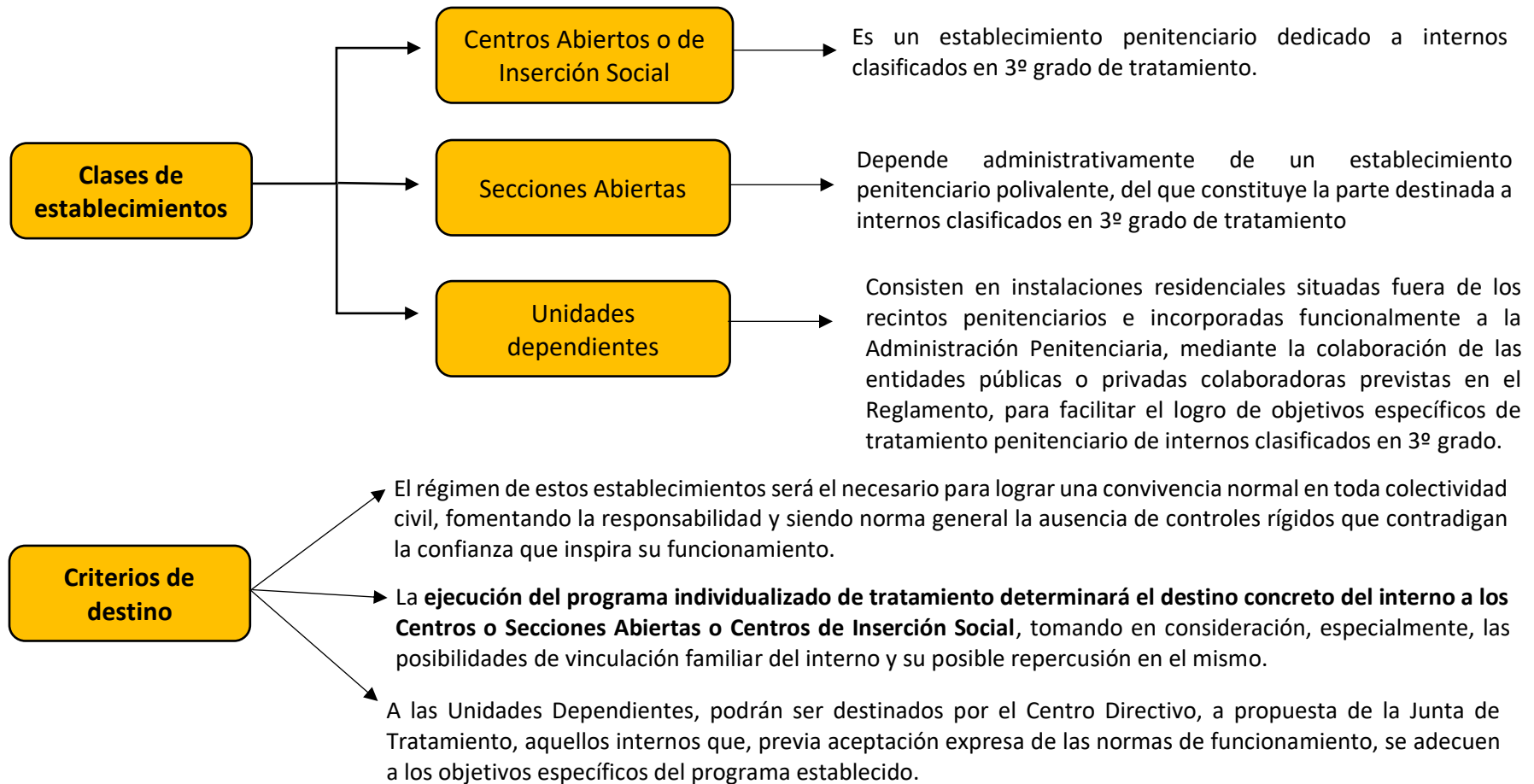


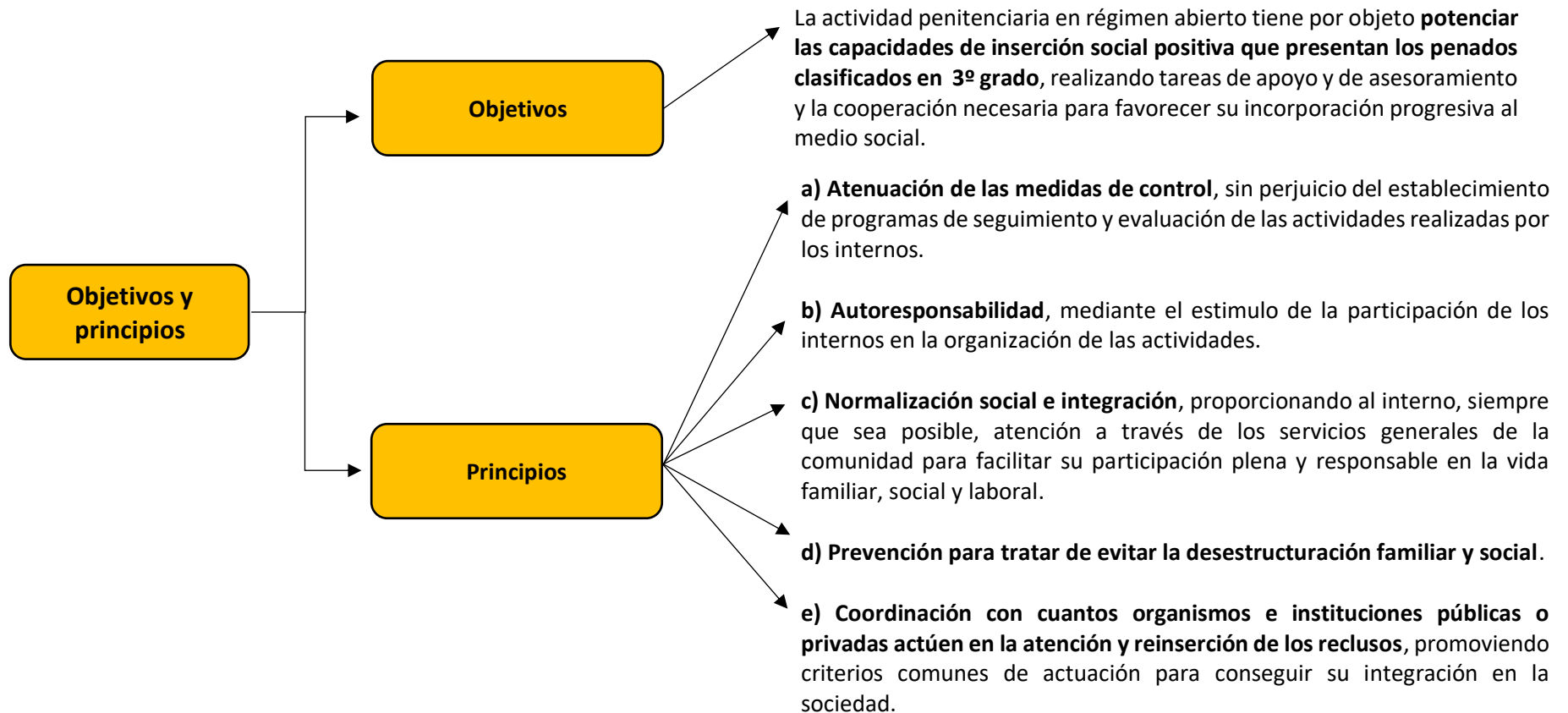





El régimen abierto
(Artículos 80-88 Reglamento Penitenciario 1996)

RÉGIMEN ABIERTO: Se aplicará a los penados clasificados en 3º grado que puedan continuar su tratamiento en régimen de semilibertad.





2. LOS SERVICIOS DE GESTIÓN DE PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS: CONCEPTO, ADSCRIPCIÓN Y FUNCIONES.

La Dirección General de Ejecución Penal y Reinserción Social pertenece a la Secretaría General de II.PP. , que a su vez se encuentra adscrita a la Secretaría de Estado de Seguridad, dependiente del Ministerio del Interior, **tiene encomendada el seguimiento de Penas y Medidas Alternativas que sean competencia de la Administración Penitenciaria** y está integrada por los siguiente órganos directivos con nivel orgánico de Subdirección General:

- La Subdirección General de Medio Abierto y de Penas y Medidas Alternativas
- La Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

Siendo **la Subdirección General de Medio Abierto y Penas y Medidas Alternativas**, en particular, la que tiene el cometido de *“la gestión, coordinación y seguimiento de la pena de trabajo en beneficio de la comunidad, de la suspensión de la ejecución de penas privativas de libertad y de la libertad condicional, y la acción social penitenciaria”*.

Podemos definir las penas y medidas alternativas como sanciones penales que mantienen al infractor en su medio comunitario, es decir, el penado está en libertad y cumple su pena en libertad, aunque sometido a ciertas restricciones mediante la imposición de determinadas condiciones y/o obligaciones, según los casos.

Con las penas y medidas alternativas se pretende que determinados delitos, que no son considerados tan graves, tengan una punición no tan traumática como un ingreso en prisión. El objetivo es que el individuo pueda seguir con su vida normalizada, continuando con su entorno laboral y familiar, es decir, en su comunidad y, al mismo tiempo cumpla su pena, ya que el ingreso en prisión por periodos cortos puede agravar las conductas más que solucionar el problema. penas privativas de libertad. Se trata en definitiva de que la pena privativa de libertad, sea la *“última ratio”* dentro del sistema penal.

En la actualidad, **la legislación vigente** respecto a las penas y medidas alternativas a las penas privativas de libertad viene marcada por **el 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 la penas privativas de libertad y sustitución de penas*. Dada la incidencia relevante que tuvo la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, en el sistema de medidas penales –penas y medidas de seguridad– en nuestro Código Penal.

También debemos mencionar que la reforma del **Código Penal por la L.O. 1/2015, de 30 de marzo**, modificó la regulación de *la suspensión y de la sustitución de las penas privativas de libertad*, introduciendo un nuevo sistema caracterizado por la existencia de un único régimen de suspensión (*arts.: 80-87CP*) que ofrece diversas alternativas e introduce mayor flexibilidad y eficacia.

Este RD 840/ 2011, por una parte comporta una novedad terminológica y es **la definición de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas (SGPMA)**, como *“unidades*

administrativas dependientes de la Administración penitenciaria que están configuradas como equipos multidisciplinares en los que se integran los servicios sociales penitenciarios, y que tienen encomendado el cumplimiento de las penas y medidas alternativas a la privación de libertad”.

Estas unidades o servicios, existen en la actualidad unos 56 SGPMA (al menos uno por Provincia), **tienen encomendada la ejecución de las penas y medidas alternativas y están adscritos y dependen orgánica y funcionalmente de un Establecimiento Penitenciario,** ya sea **Centro Penitenciario o CIS.** Forman parte de estas Unidades diferentes profesionales penitenciarios: El Jefe del Servicio, sicólogos, pedagogos, otros técnicos, personal administrativo de apoyo y los trabajadores sociales. Se configuran, por tanto, como equipos multidisciplinares, al frente de los cuales hay un Jefe/ Responsable del Servicio con nivel 22, cuyo puesto de trabajo figura en la RPT (Relación de puestos de trabajo) de los CIS y cuya tarea es la de coordinar a los Trabajadores Sociales y la relación con la Junta de Tratamiento, así como estar a cargo de la atención de la demanda externa. El funcionamiento del Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas (en adelante SPGMA) es responsabilidad del mando del Establecimiento Penitenciario: el Director, quien coordinará y dirigirá su correcto funcionamiento a través del Jefe del Servicio y de los profesionales que trabajan en el mismo.

Principales Características:

- a) **Dependen funcional y orgánicamente de un Centro Penitenciario o un CIS.**
- b) **Están ubicados principalmente en los Centros de Inserción Social. En otros** casos se localizan en Oficinas específicas fuera de los recintos penitenciarios.
- c) Cuentan con una carga de trabajo diferente por el número de ejecutorias a gestionar (hay Servicios con más de 10.000 casos al año de Medidas Alternativas y otros con 400), lo que conlleva que se asigne un número dispar de Funcionarios y de personal adscrito a cada Servicio, pero todos ellos deben seguir las mismas pautas de organización y procedimiento para la buena ejecución de las penas y medidas que les competen.
- d) Deben adecuar sus actuaciones a los procedimientos reglados mediante Instrucciones al efecto: Procedimiento de ejecución de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad; de las suspensiones y sustituciones de condena; de las medidas de seguridad...
- e) Cuentan con el apoyo de una herramienta informática para la gestión administrativa de estas penas y medidas: el (SISPE-A). Dicha herramienta ha tenido varias modificaciones (2014 y 2017) para modernizarla. También es necesario hacer alusión a la reciente implantación en los SGPMA del Programa “LexNet”, dependiente del Ministerio de Justicia, para la comunicación electrónica de los Juzgados (recepción y envío de documentación).

Todos los SGPMA siguen unas **pautas comunes de actuación procedimental** para la ejecución de las distintas Penas y Medidas Alternativas, y **tienen como objetivo general la ejecución de las Penas y Medidas Alternativas,** y **como funciones básicas:**

- Coordinación y gestión de recursos para el cumplimiento de estas penas y medidas.

- Constatar el cumplimiento efectivo de las penas y medidas alternativas, también en coordinación con los CP, como hemos visto con anterioridad.
- Desarrollar Programas/ Talleres para el cumplimiento de estas penas.

El Objetivo de los SGPMA es, por tanto, garantizar la ejecución de las penas y medidas alternativas a través de los siguientes **INSTRUMENTOS**:

- Mediante sus propios profesionales en el desarrollo de programas de intervención y talleres.
- Mediante entidades colaboradoras.

Para finalizar este apartado, sin entrar en los procedimientos de actuación de los SGPMA respecto a la gestión y tramitación administrativa de las TBC o de las penas de Suspensión de Condena objeto de otras partes del temario; abordaremos lo referido en **el apartado 4 del Art. 83 del C. Penal introducido por L.O. 1/ 2015, de 30 de Marzo**, con referencia a los deberes y obligaciones impuestos como condición para la "suspensión de ejecución de penas", en relación a los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas estable lo siguiente:

"El control del cumplimiento de los deberes a que se refieren **las reglas 6ª, 7ª y 8ª del apartado 1 del artículo 83 (cp)** corresponderá a los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas de la Administración Penitenciaria. Estos Servicios informarán al Juez o Tribunal de ejecución sobre el cumplimiento con una periodicidad al menos **trimestral**, en el caso de las reglas 6ª y 8ª, y **semestral**, en el caso de la 7ª y, en todo caso, a su conclusión.

Asimismo, informarán inmediatamente de cualquier circunstancia relevante para valorar la peligrosidad del penado y la posibilidad de comisión futura de nuevos delitos, así como de los incumplimientos de la obligación impuesta o de su cumplimiento efectivo".

Dichos deberes del Art. 83. 1. C. Penal, son:

6ª Participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual, de defensa del medio ambiente, de protección de los animales, de igualdad de trato y no discriminación, y otros similares.

7ª Participar en programas de deshabituación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos.

8ª Prohibición de conducir vehículos de motor que no dispongan de dispositivos tecnológicos que condicionen su encendido o funcionamiento a la comprobación previa de las condiciones físicas del conductor, cuando el sujeto haya sido condenado por un delito contra la seguridad vial y la medida resulte necesaria para prevenir la posible comisión de nuevos delitos.

3. UNIDADES DEPENDIENTES

Las Unidades Dependientes son instalaciones residenciales (generalmente pisos) situadas fuera de los recintos penitenciarios, integradas en el entorno comunitario. Dependen administrativamente de un centro penitenciario, de su equipo de Dirección y su Junta de Tratamiento.

Los servicios y prestaciones de carácter formativo, laboral y tratamental que en las Unidades Dependientes reciben los internos clasificados en tercer grado, conforme al **Art. 165 del RP**, son gestionados de forma directa y preferente por asociaciones u organismos no gubernamentales. Deben contar con un programa de trabajo aprobado por la Administración Penitenciaria. El centro penitenciario del que dependen asigna los

funcionarios de vigilancia, generalmente sólo en horario nocturno, para el necesario control de los internos.

Artículo 165. Concepto.

1. Las Unidades Dependientes son unidades arquitectónicamente ubicadas fuera del recinto de los Centros penitenciarios, preferentemente en viviendas ordinarias del entorno comunitario, sin ningún signo de distinción externa relativo a su dedicación.
2. Los servicios y prestaciones de carácter formativo, laboral y tratamental que en ellas reciben los internos son gestionados de forma directa y preferente por asociaciones u organismos no penitenciarios. Ello no obsta a que la Administración Penitenciaria pueda participar también en tales tareas con personal de ella dependiente, sin perjuicio de las funciones de control y coordinación que le competen.
3. Administrativamente dependerán siempre de un Centro penitenciario, conservando sus órganos colegiados y unipersonales las competencias y responsabilidades respecto a los internos en ellas destinados recogidas en la legislación vigente, con el mayor respeto posible a los principios de especificidad y autonomía que confieren su razón de ser a estas Unidades.
4. Los Directores de los Centros penitenciarios deberán comunicar puntualmente a la Secretaría de Estado u órgano autonómico equivalente cualquier modificación que se produzca o esté prevista relativa a cualquiera de los datos correspondientes a Unidades Dependientes de sus Centros penitenciarios.
5. Los penados en ellas destinados necesitarán estar clasificados en el tercer grado de tratamiento, cumpliendo los requisitos establecidos en la legislación general.

Artículo 166. Creación.

1. La creación de nuevas Unidades Dependientes se llevará a cabo mediante Orden Ministerial o resolución autonómica equivalente, pudiendo venir propiciadas estas actuaciones por la suscripción de acuerdos o convenios de colaboración entre la Administración Penitenciaria correspondiente y otras Instituciones dedicadas a la resocialización de los internos.
2. Todas las Unidades Dependientes contarán con unas normas de funcionamiento interno, que recogerán las obligaciones y derechos específicos de los residentes, el horario general, así como las normas de convivencia y comunicaciones internas. Tales normas se fijarán, con la adecuación a las previstas en el apartado siguiente, por los responsables de la Unidad y deberán obtener la aprobación del Consejo de Dirección del Centro penitenciario, previo informe de la Junta de Tratamiento.
3. Existirán igualmente unas normas de organización y seguimiento, en las que se recogerán, entre otros extremos, los objetivos específicos de la Unidad, los perfiles preferentes de los internos a ella destinados, la composición de los órganos mixtos integrados por la Administración Penitenciaria y la Institución correspondiente para el seguimiento del funcionamiento de la Unidad, el régimen ordinario de reuniones, sus pautas concretas de actuación y el servicio que en ellas deban prestar funcionarios penitenciarios. Tales normas se prepararán por la Junta de Tratamiento del Centro penitenciario de forma coordinada con la Institución no penitenciaria y deberán ser aprobadas por el Centro Directivo.

Artículo 167. Selección y destino

1. La selección de los internos que hayan de ser destinados a una Unidad Dependiente se llevará a cabo por la Junta de Tratamiento, atendiendo a los criterios generales para la clasificación en tercer grado y a los perfiles preferentes existentes en cada una de ellas.
2. El destino de un interno a una Unidad Dependiente precisa de su previa y expresa aceptación de la normativa propia de la Unidad, de acuerdo con los principios de mutua confianza y auto responsabilidad que informan el régimen abierto.
3. Por el Director del Establecimiento se dará cuenta al Juez de Vigilancia Penitenciaria del destino de cada interno a la Unidad Dependiente, así como de los posibles cambios de destino que se produzcan.

Ejemplo de Unidades Dependientes tenemos:

CIS MALLORCA, cuenta con 2 Unidades Dependientes. Una para mujeres en Mallorca (Cruz Roja) y otra en Menorca para hombres y mujeres (Obispado de Menorca).

CIS VALENCIA: Centro Unidad Dependiente "Endavant" de la asociación "JEZRAEL" y El centro denominado "Hogar Escala" del Secretariado Diocesano de Pastoral Penitenciaria (Sepval).

4. ESTABLECIMIENTOS O DEPARTAMENTOS MIXTOS

Son departamentos en los que pueden ser destinados hombres y mujeres para evitar la desestructuración familiar o ejecutar programas específicos de tratamiento. A este tipo de departamentos no se puede destinar a internos condenados por delitos contra la libertad sexual.

Un ejemplo es el **Módulo familiar** del Centro Penitenciario de Madrid VI, para aquellos casos en que ambos miembros de la pareja se encuentren encarcelados y tengan hijos menores de 3 años. En estos casos pueden convivir con sus hijos menores de 3 años, si reúnen un mínimo perfil de seguridad y existe garantía del buen cuidado de los menores.

Otro ejemplo son las UTE (Unidades terapéuticas y educativas) y las CTI (Comunidad terapéutica intrapenitenciaria) que se organizan para sus fines como Comunidades Terapéuticas de carácter mixto.

Esta forma de ejecución penal viene recogida en el Capítulo tercero del Título VII del RP. Está comprendido entre los **arts. 168 y 172**. Destacamos:

1. **Creación.** El Centro Directivo podrá establecer, para grupos determinados de población penitenciaria, centros o departamentos mixtos donde indistintamente puedan ser destinados hombre y mujeres. Se trata de Departamentos *con carácter excepcional* y al amparo de lo dispuesto en *el art. 16.a) LOGP* y con los siguientes objetivos: *i)* o bien para ejecutar programas específicos de tratamiento, *ii)* o bien para evitar la desestructuración familiar.
2. **Selección y destino.** Las Juntas de Tratamiento serán las encargadas de formular propuesta de destino a un establecimiento o Departamento Mixto siempre que se cuente con *el consentimiento de los seleccionados* (hombres y mujeres) y se hayan valorado ponderadamente todas las circunstancias personales y penitenciarias concurrentes, y especialmente, las variables de autocontrol individual de los internos. A este respecto, Armenta y Rodríguez señalan las siguientes variables de autocontrol: *i)* capacidad para anticipar consecuencias, *ii)* capacidad para autoevaluarse, *iii)* Capacidad para controlar las emociones y *iv)* capacidad para planificar la conducta.
3. **Funcionamiento.** Se establecen los siguientes elementos en la marcha del Departamento:

i) No podrán ser destinados a este tipo de departamento los internos condenados por delitos contra la libertad sexual.

ii) Se fomentará la plena convivencia de los cónyuges que se encuentren privados de libertad, salvo que razones de tratamiento, clasificación, seguridad o buen orden del establecimiento lo hagan desaconsejable.

iii) El Centro Directivo podrá autorizar que se organicen "grupos de comunidad terapéutica", según lo establecido por el art. 115 del RP.

iiii) Se aprobará por el Centro Directivo las normas de régimen interior elaboradas por el Consejo de Dirección (o la Junta de Tratamiento si se trata de Comunidad Terapéutica), donde se detallarán las actividades que pueden ser realizadas en común y cuáles no, en función de la diferenciación sexual de los residentes.

Cabe aclarar que el funcionamiento y régimen de vida en común se puede llevar a cabo de forma total (durante las 24 horas del día) o parcialmente. Por otra parte, que los internos destinados a estos departamentos o establecimientos sólo serán penados clasificados en segundo grado de tratamiento, o en su caso en tercer grado, dada la interpretación sistemática, que como vemos encaja dentro de "otras formas de ejecución de penas", quedando obviamente excluidos los penados clasificados en primer grado en base al principio de especialidad que opera sobre los mismos, así como no ser motivo por otra parte de "desestructuración familiar" la prisión preventiva, entendida su transitoriedad. La selección de los internos es estricta y en la práctica por norma general se lleva a cabo en parejas previamente establecidas.

5. DEPARTAMENTO PARA JÓVENES

Esta forma de ejecución penal viene recogida en el Capítulo Cuarto del Título VII del RP. Está comprendida desde el art. 173 hasta el 177 RP

Presidiendo esta forma especial de ejecución tenemos los **principios básicos** por los que se regirán estos departamentos:

1) Se considera jóvenes a los **internos menores de veintiún años y, excepcionalmente, a los que no hayan alcanzado los veinticinco años de edad.**

2) El régimen de vida de un departamento para jóvenes se caracterizará por una acción educativa intensa.

3) El personal adscrito a estos departamentos dirigirá sus actuaciones a la formación integral de los internos, potenciando y desarrollando sus capacidades por medio de técnicas compensatorias que les ayuden a mejorar sus conocimientos y capacidades, de modo que se incrementen sus oportunidades de reinserción en la sociedad.

4) Se fomentará, en la medida de lo posible, el contacto del interno con su entorno social, utilizando al máximo los recursos existentes y procurando la participación de las instituciones comunitarias en la vida del departamento.

Para la práctica de esos principios se establece un **tratamiento personalizado de interno** a cuya disposición y para su utilización habrá toda una serie de medios educativo y medios apropiados de otro tipo. En este sentido:

a) Se establecerá un **proyecto educativo** de acuerdo con las características personales de cada joven en el momento de diseñar el modelo individualizado de intervención o el

programa individualizado de tratamiento. El proyecto educativo del joven será objeto de seguimiento y de evaluación periódica y en su ejecución participarán todos los profesionales que atienden al interno.

b) Se desarrollarán cinco tipos de programas fundamentales:

b.1) Programa de formación básica e instrumental. Este programa ha de permitir el acceso del interno a todos los niveles de enseñanza establecidos en la ordenación del sistema educativo. Es entendido como una formación general y compensatoria de una educación deficitaria en relación con el desarrollo y las exigencias de la sociedad actual.

b.2) Programa de formación laboral. El cual comprenda tanto el aprendizaje inicial para poder incorporarse al mercado de trabajo, como las actualizaciones, la reconversión y el perfeccionamiento de conocimientos y habilidades para ejercer una profesión o un oficio según las exigencias del desarrollo social y del cambio constante del sistema productivo.

b.3) Programa de formación para el ocio y la cultura. Con este programa se pretende el aprovechamiento del tiempo libre con finalidades formativas y la profundización en los valores cívicos.

b.4) Programa dirigido a la educación física y el deporte. Con este programa se pretende, por un lado, mejorar el estado físico del organismo, y por otro, liberar tensiones tanto físicas como psicológicas.

b.5) Programa de intervención especializada. Dirigido a aquellas problemáticas de tipo psicosocial, de drogodependencias o de otro tipo que dificulten la integración social normalizada de los internos.

Por otra parte, en cada vez más Centros Penitenciarios que tienen departamentos o módulos de jóvenes se viene desarrollando un programa más específico denominado **"Programa de Pensamiento Prosocial"** (No confundir con las siglas PPS, del programa de prevención de suicidios). Es un programa de intervención cognitiva, es decir basado en un entrenamiento directo en habilidades, actitudes y valores que permitan tener una vida más eficaz. El entrenamiento cognitivo permitirá que los jóvenes tengan mayores destrezas para evitar las conductas delictivas. Los componentes del programa son los siguientes:

- 1. Autocontrol.** Pararse a pensar antes de actuar, valorando las diferentes alternativas.
- 2. Meta-cognición.** Pensamiento auto crítico. La reflexión ayuda a controlar el ambiente.
- 3. Habilidades sociales.**
- 4. Habilidades de resolución de problemas interpersonales.** Se enseña a analizar los problemas interpersonales, a comprender y considerar los valores, conducta y sentimientos de los demás, y a reconocer la manera en que el comportamiento afecta a los otros y por qué estos responden como lo hacen.
- 5. Pensamiento creativo o lateral.** Se enseña a pensar en alternativas de respuesta.
- 6. Razonamiento Crítico.** Se enseña a pensar lógica, objetiva y racionalmente, sin deformar los hechos o externalizar la culpa.
- 7. Toma de perspectiva social.** Se enseña a considerar los puntos de vista, sentimientos y pensamientos de otras personas (empatía).
- 8. Mejora de valores.** Traslado de la visión egocéntrica del mundo a considerar las necesidades de los demás.
- 9. Manejo emocional.** Control de la cólera, depresión, miedo y ansiedad.

El programa se estructura **en 12 sesiones** y en ellas todos los contenidos anteriores se trabajan de forma transversal. Para mayor información sobre este programa puede consultarse el manual de los profesores Garrido Genovés y López *"Manual de intervención educativa en readaptación social"*.

Para el desarrollo de estos programas es necesario que las condiciones arquitectónicas y ambientales, el sistema de convivencia y la organización de la vida del departamento se estructuren de manera tal que garanticen su puesta en marcha.

En este sentido, un tercer punto que es necesario mencionar es el referido a las modalidades de vida de los departamentos de jóvenes. Se indica reglamentariamente que para alcanzar los objetivos establecidos en cada programa individualizado de ejecución y para potenciar el interés, la colaboración y la participación de los internos en su tratamiento, será preciso *poner en práctica un sistema flexible de separación, a cuyo efecto en cada departamento se establecerán diversas modalidades de vida caracterizadas por márgenes progresivos de confianza y libertad*. Se trata de una clara alusión al sistema de fases progresivas que Santiago Redondo ha llevado a cabo en varios centros de Cataluña. *En este mismo sentido, desde el punto de vista regimental, los módulos o departamentos de jóvenes se diversificarán en distintos tipos según que los internos en ellos destinados se encuentren clasificados en primero, segundo o tercer grado de tratamiento.*

6. UNIDADES DE MADRES

La legislación española contempla el derecho de las madres a mantener a sus hijos con ellas hasta que cumplan los tres años. Así lo establece el Art. 38 de la Ley Orgánica General Penitenciaria.

Infraestructuras Específicas

Para ello, y procurando el bienestar de los menores y mejorar las condiciones estímulares dónde estos niños se desenvuelven, se han puesto en marcha varias estructuras:

- **Unidades dependientes:** pequeños hogares para internas en régimen de semilibertad. La Junta de Tratamiento puede proponer que *una interna madre clasificada en tercer grado o en segundo bajo el régimen de flexibilidad que marca el Art. 100.2*, pueda ser trasladada con su hijo/a a una unidad dependiente en el exterior (pisos de madres), siempre que esta propuesta sea autorizada por el Centro Directivo.
- **Unidades de madres:** módulos específicos en el interior de los centros penitenciarios, pero separados arquitectónicamente del resto.
- **Escuelas infantiles** perfectamente dotadas. En ellas existen **especialistas en educación infantil** que se encargan de la programación educacional y lúdica de los menores. La escuela infantil dispone de aula de psicomotricidad, aula escolar, comedor y zonas ajardinadas para juegos al aire libre. Está atendido por personal laboral fijo que programa las clases como en cualquier otro centro de educación infantil.
- E incluso un **módulo familiar** donde compartir la crianza de los menores con los miembros de la pareja cuando ambos se encuentran en prisión. Este último con carácter excepcional, extiende el principio constitucional de protección a la familia al ámbito penitenciario. Se trata de frenar, en lo posible, la desestructuración familiar y proporcionar la **asistencia especializada necesaria a los niños menores de tres años** que convivan en prisión.

- **Unidades externas de Madres** (Sevilla, Madrid y Mallorca)

Se trata de una **experiencia pionera en Europa**, cuyo objetivo es crear un ambiente adecuado para que los niños puedan desarrollarse emocional y educativamente durante el tiempo que tengan que permanecer en el centro, a la vez que se favorece la reinserción social las madres.

Con la creación de estas **nuevas estructuras** se pretende segregar definitivamente las unidades de madres que están dentro de los centros penitenciarios, y dotarlas de completa autonomía penitenciaria para establecer un régimen de convivencia específico facilitando un desarrollo armonioso de los menores y una adecuada relación materno filial. Se trata de obtener la máxima normalización en la vida de los menores allí ingresados. Por ello se potenciarán, de forma gradual, las salidas de las madres acompañando a sus hijos en las actividades ordinarias que sean precisas para su plena integración en la comunidad. También se facilitará la asistencia de las madres a los recursos sociales

Dependen funcionalmente de un Centro de Inserción Social (CIS), al que se encuentran anexas y del que reciben apoyo administrativo y las prestaciones fundamentales, contando a su vez con personal adscrito exclusivamente a la unidad y especialmente formado.

Se trata de **un modelo híbrido** que compagina características comunes a las dos formas especiales de ejecución recogidas reglamentariamente para este perfil maternal (**Unidades de Madres y Unidades Dependientes**).

Por tanto, podrán ser destinadas a una **UNIDAD EXTERNA DE MADRES** las siguientes internas:

- Mujeres penadas que tengan a su cargo hijos menores de 3 años, y estén *clasificadas en segundo grado, preferentemente con aplicación del artículo 100.2 Reglamento Penitenciario*.
- También podrán ser destinadas a estas Unidades *mujeres en situación de preventivas*, que tengan a su cargo hijos menores de 3 años, en determinadas circunstancias que se valorarán individualmente, previa autorización expresa del juez que entiende de su causa.
- **Excepcionalmente podrán ser destinadas a estas UNIDADES** las mujeres penadas que tengan a su cargo hijos menores de 3 años y *estén clasificadas en alguna de las modalidades del tercer grado recogidas en los artículos 82.1, 83 y 100.2 RP*.
- También podrán ser destinadas a estas Unidades las mujeres en las que concurren las circunstancias anteriores que estén esperando un hijo a partir del sexto mes de embarazo.
- **Excepcionalmente**, se permitirá la permanencia con sus madres *hasta los 6 años de edad de los niños y niñas que, una vez cumplidos los 3 años de edad, se estime que su permanencia en la misma es mejor alternativa para su desarrollo que la separación de la madre*. Aquellas mujeres destinadas en la Unidad con algún hijo menor de tres años, podrá solicitar el ingreso de algún otro hijo que no supere los 6 años, en condiciones similares a las mencionadas. Esta valoración la realizará el Equipo de tratamiento, auxiliado por los Servicios Sociales Comunitarios

Por otro lado, **no podrán destinarse**, en principio, **a las UNIDADES EXTERNAS DE MADRES** a las internas en las que concurra alguna de las características siguientes:

1. Internas preventivas.
2. Internas penadas condenadas por delitos de extrema gravedad.
3. Internas en periodos iniciales de cumplimiento de una condena de alta cuantía; que hayan realizado intentos de evasión; sean multireincidentes con escalada delictiva o tengan alguna característica similar a juicio del Centro Directivo.

El acceso definitivo de la interna a la Unidad de Madres conlleva el conocimiento y la aceptación previa por parte de la interesada de los siguientes **compromisos**:

- ✎ Adquisición de hábitos laborales y seguimiento de un itinerario de inserción laboral o formativa.
- ✎ Participación voluntaria y activa en los programas terapéuticos propuestos.
- ✎ Mantenimiento de un estilo de vida saludable y una conducta acorde con las normas de convivencia vigentes en la Unidad (exenta de sanciones).
- ✎ Participación en un Programa Libre de Drogas, en caso de que la solicitante sea o haya sido consumidora de drogas, con la aceptación de cuantos controles analíticos aleatorios se establezcan.

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE MADRES

Esta forma de ejecución penal viene recogida en el **Capítulo V del Título VII del RP** (arts.: 178-181).

La LOGP, vigente desde 1979 contemplaba que los niños podían estar con sus madres presas hasta “la edad de escolarización obligatoria”, para esta época hasta los seis años de edad. Sin embargo, los cambios en la organización del sistema educativo permiten la escolarización de los niños a partir de los tres años y en consecuencia se hacía prioritario una reforma de este precepto de la ley. Dicha modificación se operó con la **LO 13/ 1995** (la primera reforma de la LOGP de 1979) **dando nueva redacción al artículo 38.2**: “*Las internas podrán tener en su compañía a los hijos que no hayan alcanzado los tres años de edad, siempre que se acredite debidamente su filiación (...)*”. A este respecto el **art. 17 RP** especifica los controles, acreditaciones y autorizaciones posibles para el ingreso de internas con hijos menores en un Cp. Cuando haya madres con hijos consigo en el centro éste habilitará un local para guardería infantil y la Administración penitenciaria celebrará cuantos convenios sean precisos con entidades públicas y privadas con el fin de potenciar el desarrollo de la relación materno-filial y demás aspectos madurativos del niño. Con la **LO 13/95** también se introduce un nuevo apartado **al artículo 38**, el tercero, para indicar un régimen específico de visitas para los menores que no superen los diez años y no convivan con la madre en el Cp; aspecto que ha sido regulado en el RP en su **art. 45.6** como “*comunicaciones de convivencia*”.

Para el caso que estamos comentando, el ingreso de madres con hijos, **el art. 17.5 RP** establece que la Adm-p dispondrá para los menores y sus madres de “unidades de madres” que estarán separadas arquitectónicamente del resto de los departamentos y contarán con un local habilitado para *guardería infantil*.

A partir de estos principios se desarrolla el Internamiento en Unidades de Madres como una de las formas especiales de ejecución penal a partir del **art. 178 RP**. En este se indican **las normas de funcionamiento**:

1ª. La Junta de Tratamiento programará las actividades formativas y lúdicas, así como las salidas programadas al exterior de los menores, con especial atención a su integración social a la comunidad donde esté ubicado el establecimiento, a cuyo fin contará con la colaboración de los servicios sociales del centro y los especialistas que citamos en las normas 2ª y 3ª a continuación.

2ª. En estas Unidades de Madres existirá un Especialista en Educación Infantil que orientará la programación educacional y lúdica de las actividades de los menores.

3ª. Los menores tendrán cubierta la asistencia médica en el establecimiento por un especialista en Pediatría.

4ª. La Administración garantizará a los menores las horas de descanso y de juego que aquéllos precisen. A estos fines, se dedicará un espacio suficiente de acción formativa con elementos de juego y de entretenimiento.

5ª. El régimen de visitas del menor sólo podrá restringirse de forma transitoria por razones de orden y de seguridad del establecimiento.

6ª. En el caso de madres que carezcan de medios económicos suficientes, la Administración proveerá lo necesario para el cuidado infantil de los hijos con los que compartan su internamiento.

Además de las normas de funcionamiento es necesario mencionar en relación a las Unidades de Madres:

a) Horario flexible. La Junta de Tratamiento podrá adoptar un horario flexible adecuado a las necesidades familiares de las internas clasificadas en tercer grado con hijos menores con el fin de fomentar el contacto con sus hijos en el ambiente familiar, pudiendo pernoctar en el domicilio e ingresar en el establecimiento durante las horas diurnas que se determinen.

b) Unidades dependientes. Para el caso de internas clasificadas en tercer grado de tratamiento con hijos menores, *el Centro Directivo* podrá autorizar, a propuesta de la Junta de Tratamiento, que sean destinadas a Unidades Dependientes exteriores, donde los hijos podrán integrarse en el ámbito laboral y escolar.

c) Adopción de medidas excepcionales. Cuando se detecte que un menor es objeto de malos tratos, físicos o psíquicos o es utilizado por su madre o familiares para introducir o extraer del establecimiento sustancias u objetos no autorizados, el *Consejo de Dirección*, previo informe de la Junta de Tratamiento, lo comunicará a la Autoridad competente en materia de menores para que decida lo que estime procedente.

7. UNIDADES EXTRAPENITENCIARIAS

La administración penitenciaria viene colaborando desde hace muchos años con organizaciones externas (públicas y privadas) a las que se pueden derivar internos para que aborden programas específicos de tratamiento, normalmente en el campo de las adicciones. Dicha derivación conlleva la información previa de los compromisos, fines y normas de la comunidad y sus programas específicos. La selección se realiza por la Juntas de Tratamiento y sobre estos internos se informa al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

Esta forma de ejecución penal viene recogida en el *Capítulo sexto del Título VII* del RP. Está comprendido en el **artículo 182 del RP**. Hace referencia a la posibilidad de desarrollar el cumplimiento de la pena en una unidad extrapenitenciaria cuando un interno

presente problemas de drogadicción u otras adicciones o presente determinadas disfunciones psicológicas (de inmadurez personal, que no alteraciones psicológicas); siendo en el primer caso la unidad extrapenitenciaria un Centro de Deshabitación a las drogas y en el segundo un Centro Educativo Especial. Sin embargo, la lectura del precitado artículo señala el procedimiento para el primer caso solamente, pese a estar contenido en el título del artículo el segundo. *El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabitación de drogodependencias y otras adicciones, dando cuenta al Juez de Vigilancia.* Esta autorización del Centro Directivo estará sometida a las siguientes condiciones, que deberán constatarse en el protocolo del interno instruido al efecto:

a) Programa de deshabitación aprobado por la institución de acogida. Este programa debe contener el compromiso expreso de la institución de acoger al interno (tener una plaza libre para él) y de comunicar al Centro penitenciario las incidencias que surjan en el tratamiento.

b) Documento firmado por el interno de consentimiento y compromiso expreso para observar el régimen de vida propio de la institución de acogida.

c) Programa de seguimiento del interno, aprobado conjuntamente por el Cp y la institución de acogida, que deberá contener los controles oportunos establecidos por el Cp, generalmente informes quincenales al inicio y mensuales posteriormente, cuya aceptación previa y expresa por el interno será requisito imprescindible para poder conceder la autorización.

Como es lógico, para llevar a cabo este cumplimiento extrapenitenciario la Administración penitenciaria celebrará los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras, como suelen ser la Asociación Proyecto Hombre, Cruz Roja, y otras organizaciones más locales como la Comunidad Terapéutica Hacienda de Toros en Marbella. Estos convenios también son necesarios para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal (art. 20. 2º y 3º).

8. ESTABLECIMIENTOS O UNIDADES PSIQUIÁTRICAS PENITENCIARIAS

Su finalidad es esencialmente médico asistencial, los internos no se clasifican en grados, son considerados como pacientes por su patología psiquiátrica y el criterio a seguir es siempre el criterio facultativo especializado. Actualmente existen hospitales psiquiátricos penitenciarios en Sevilla y Alicante (A futuro el de "Siete Aguas").

Esta forma de ejecución penal viene recogida en el *Capítulo séptimo del Título VII* del RP. Está comprendido entre *los arts. 183 y 191*. Como se ve es la forma de ejecución penal más ampliamente desarrollada. Para su exposición vamos a destacar:

Objeto.

Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes.

Ingreso.

El ingreso en estos *Establecimientos o Unidades Psiquiátricas* penitenciarias se llevará a cabo en los siguientes casos:

a) Los detenidos o presos con *patología psiquiátrica*, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe.

Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda

b) Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.

c) Penados a los que, **por enfermedad mental sobrevenida**, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica penitenciaria.

Equipo Multidisciplinar

1. Para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de **un Equipo multidisciplinar**, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquéllos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación.

2. La Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental.

Atención, destino e informe a la Autoridad judicial en el momento del ingreso.

1. En el momento de ingresar, el paciente será atendido por el facultativo de guardia, quien, a la vista de los informes del Centro de procedencia y del resultado de su reconocimiento, dispondrá lo conveniente respecto al destino de aquél a la dependencia más adecuada y al tratamiento a seguir hasta que sea reconocido por el psiquiatra.

2. El equipo que atienda al paciente deberá presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro.

Revisión.

1. La peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto **la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución**. (Informes que serán remitidos al JVP, para realizar su propuesta anual artº98CP)

2. El informe a que se hace referencia en el apartado anterior, así como el previsto en el artículo 186 serán remitidos **al Ministerio Fiscal** a los efectos procedentes.

Régimen de los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas.

1. La separación en los distintos departamentos de que consten los Establecimientos o Unidades se hará en atención a las necesidades asistenciales de cada paciente.
2. Las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias en función del estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento.
3. **El empleo de medios coercitivos es una medida excepcional**, que sólo podrá ser admitida por indicación del facultativo y durante el tiempo mínimo imprescindible previo al efecto del tratamiento farmacológico que esté indicado, debiéndose respetar, en todo momento, la dignidad de la persona. Incluso en los supuestos de que médicamente se considere que no hay alternativa alguna a la aplicación de los medios expresados, **la medida debe ser puntualmente puesta en conocimiento de la Autoridad judicial de la que dependa el paciente**, dándose traslado documental de su prescripción médica.
4. **Las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones.**

Actividades Rehabilitadoras.

Con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar su vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sanitarios externos, en los Establecimientos o Unidades se establecerá, con soporte escrito, **una programación general de actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente**, no debiendo limitarse la aplicación de estas medidas a quienes presenten mayores posibilidades de reinserción laboral o social, sino abarcando también a aquellos que, aun teniendo más dificultades para su reinserción, puedan, no obstante, mejorar, mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, aspectos tales como **la autonomía personal y la integración social.**

Debido al alto número de internos con patologías psíquicas se ha implantado en las prisiones españolas un programa global de atención a la enfermedad mental **(PAIEM)**, mediante el cual se plantean pautas de atención especializada, que hacen especial hincapié en la práctica de actividades terapéuticas y ocupacionales.

El programa marco incluye actuaciones dirigidas *a la detección del caso, diagnóstico, tratamiento y recuperación*. La enfermedad mental se aborda a través de un **equipo multidisciplinar (obligatorio: Personal sanitario, psicólogo, educador y trabajador social. Siempre que sea posible: Profesionales de Asociaciones u ONGs, jurista, maestro, monitor deportivo, monitor ocupacional y funcionarios de vigilancia, que preste servicio en estos módulos). **Este Equipo** será el responsable de intervenir desde el momento de la detección del enfermo hasta su salida del centro penitenciario, asumiendo como **objetivos de intervención** con internos con enfermedad mental grave o crónica los siguientes:**

- 1) Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- 2) Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- 3) Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

Este programa de rehabilitación **(PAIEM)** se establecerá en cada Centro o Unidad de acuerdo con las siguientes **actuaciones**:

1. Atención Clínica
2. Rehabilitación
3. Reincorporación Social

- *ATENCIÓN CLÍNICA, que implica la realización de un diagnóstico clínico y aplicación del tratamiento médico.*
- *REHABILITACIÓN, que implica la elaboración del programa de intervención de acuerdo a las características clínicas y la respuesta al tratamiento farmacológico. Para ello se realizará:*
 - *Evaluación de habilidades y discapacidades*
 - *Diseño del programa de rehabilitación*
 - *Ejecución y Seguimiento*
- *REINCORPORACIÓN SOCIAL, que implica la derivación progresiva y adecuada a los recursos socio-sanitarios comunitarios.*

En el caso de que cualquier profesional detecte un posible trastorno mental, lo pondrá en conocimiento de los servicios sanitarios y/o de alguno de los profesionales que integran el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental con el fin de que se tomen las medidas necesarias.

Como **Criterios de inclusión en el PAIEM se valora la:**

- ✎ Presencia de **sintomatología conductual** que interfiere la integración en la vida penitenciaria **de un interno con trastorno mental grave estabilizado** (los enfermos agudos deben en primer lugar ser estabilizados).
- ✎ **Patología dual**

Y como Criterios de exclusión la:

- Deficiencia mental (Programa de discapacitados)
- Trastorno inducido por uso de sustancias psicoactivas en exclusiva (Programa de atención a drogodependientes)

El nivel de intervención establecido en el Programa Marco estará en función de las características clínicas, de la capacidad de integración y de relación interpersonal.

Se establecen **tres niveles de intervención**, de acuerdo a la situación y evolución que a lo largo del programa pueda presentar el paciente.

Teniendo en cuenta que el ingreso en enfermería es determinado exclusivamente por el médico que atiende a los internos, será después del ingreso de éstos en la misma, cuando el Equipo Multidisciplinar evalúe la necesidad de cambio de nivel en el PAIEM. Los niveles son flexibles y orientativos y vienen determinados por la capacidad de adaptación de cada interno al centro en función de su patología.

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

Criterios de Localización y Diseño.

1. Para fijar la ubicación y el diseño de las instalaciones psiquiátricas, deberán tenerse en cuenta como elementos determinantes, factores tales como *los criterios terapéuticos, la necesidad de favorecer el esparcimiento y la utilización del ocio* por parte de los pacientes internados, así como *la disposición de espacio suficiente* para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras.

2. La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos *a través del arraigo en su entorno familiar*, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes.

[***]

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD MENTAL RESUMEN

Conscientes del problema de la salud mental en los centros penitenciarios hace más de 10 años se desarrolló el **Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales PAIEM**. Se articula en tres líneas de actuación: la **detección** del caso y su **atención** clínica, el programa de **rehabilitación** individualizado y la **incorporación** social. El objetivo es facilitar un entorno adaptado normativa y terapéuticamente para conseguir en la medida de lo posible en la recuperación de las capacidades personales. Para lograr estos objetivos, se requiere de un **equipo multidisciplinar** formado entre otros, por personal sanitario, funcionarios de vigilancia, jurista, psicólogo, educador, trabajador social, monitor ocupacional, monitor deportivo, maestro, asociaciones profesionales y entidades del tercer sector.

En 2019 han participado en el **PAIEM** 3192 internos de 67 centros penitenciarios. De acuerdo a las características clínicas se incluyen en uno de los niveles de intervención:

- **Nivel 1**, **buena respuesta**, buena autonomía con ausencia de conductas disruptivas, realizan vida normal en los módulos; (en 2019 el 44% de PAIEM)
- **Nivel 2**, **respuesta parcial**, requieren seguimiento estrecho, persisten síntomas que interfieren con el funcionamiento normal, hacen vida en módulos específicos o módulos ordinarios (en 2019 el 42% de PAIEM).
- **Nivel 3**, **mala respuesta**, requiere seguimiento estrecho en la enfermería. (14%)

Las actividades de rehabilitación que se realizan en los centros penitenciarios sobre internos incluidos en PAIEM **comprenden**: actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía, psicoeducación, rehabilitación de déficits cognitivos, prevención de recaídas del consumo de drogas, habilidades sociales, actividades de potenciación de la vida diaria tanto básicas de autocuidados como instrumentales o de autonomía, psicomotricidad, actividades de utilización del ocio, cultura y tiempo libre, actividades de terapia asistida con animales (TACA), actividades académicas, preparación para la salida-permisos, actividades formativo-laborales y de integración laboral.

Es de destacar en este programa el alto valor que desarrollan **los internos de apoyo** que reciben una formación específica por medio de un curso de **300 horas de duración** organizado por el TPEE, obteniendo la titulación **de Auxiliar de Enfermería en Salud Mental y Toxicomanía**. Desde el año 2008 han realizado el curso 878 internos y en la actualidad 112 internos **están desempeñando este puesto de trabajo** como destino remunerado.

En medio abierto, desde el año 2010, se desarrolla el **Programa Puente de Mediación Social**, que coordina a las administraciones implicadas en facilitar los recursos disponibles para recuperar fuera de la institución penitenciaria al enfermo mental sobre el que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial. El equipo multidisciplinar de profesionales que se establece en los CIS se denomina **Unidad Puente**.

La intervención sobre la enfermedad mental en prisión se completa con los **hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante** destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad.

No hay relación directa entre delito y enfermedad mental por ello las causas del número elevado de enfermos mentales judicializados hay que buscarlas en la exclusión social, el fracaso de la asistencia comunitaria, su desinstitucionalización y deriva hacia la marginación y el delito así como una mayor vulnerabilidad penal del enfermo mental. Este sentido se constituyen los trabajos de la **Red para el estudio de la Enfermedad Mental en riesgo de judicialización (REMJU)**.

En caso de que "después de pronunciada sentencia firme se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena" **(art. 60 del Código Penal)** el Juez de Vigilancia podrá suspender la ejecución de la pena privativa mediante procedimiento iniciado en el Equipo Técnico del propio centro como recoge la l 2-2020.

INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Conocimiento práctico del programa PAIEM.

El contenido teórico del PAIEM puede consultarse fácilmente en el protocolo de aplicación del programa marco.

La finalidad del material elaborado pretende acercar de manera práctica el papel del psicólogo/a en el desarrollo de este programa y para ello se detallarán diferentes casos prácticos reales que servirán de guía de actuación.

A. FASE DE DETECCIÓN DE CASOS.

+ ¿Cómo detectar a un interno con enfermedad mental?

La detección puede ser de diferentes formas:

-Derivado del PAIEM de otro c.p., en este caso habría que reevaluar: -posible trastorno psicótico inducido por sustancias.

-En su historia clínica aparece un diagnóstico claro de TMG y recibe tratamiento farmacológico.

-Historia previa de inadaptación: problemas graves de comportamiento, acumulación de partes disciplinarios, regresiones de grado, muchas **sobredosis**, expulsiones de los programas de deshabitación de drogas, largos periodos de tiempo en **PPS**, todo ello **son evidencias** de que no cuenta, por alguna razón, con respuestas de afrontamiento adecuadas para gestionar su vida de una forma no problemática, y la causa, pudiera ser, sufrir problemas de salud mental.

-Derivado por funcionarios de vigilancia, otros profesionales del centro e incluso internos que conviven y observan comportamientos raros o extraños (ver anexo 1)

Hay dos situaciones que se presentan con frecuencia y que si no se detectan empeoran el pronóstico de rehabilitación:

- **Patología Dual**, el consumo de drogas puede enmascarar sintomatología propia de una enfermedad mental, teniendo múltiples fracasos terapéuticos en los programas de deshabitación, pudiendo ser etiquetados como “desmotivados, vagos, manipuladores, sin posibilidad de cambio” y cuando son derivados al PAIEM mejoran significativamente.
- **Discapacidad intelectual no detectada**, actualmente en nuestro centro, Ocaña II, el 20% de los internos incluidos en PAIEM presentan esta comorbilidad, teniendo que adaptar la intervención. El psicólogo debe evaluar este área para conseguir un abordaje integral y un éxito terapéutico.

+ **¿Qué hace el/la psicólogo/a en la detección?**

1º- Recogida de datos: ¿dónde podemos encontrar información útil?

- **Protocolo del interno**, informes de otros profesionales, PPS.
- **Sentencia**, hechos probados (pueden describir episodios propio de problemas de salud mental) y atenuantes o eximentes.
- **SIP**, el resumen penal y procesal y los hechos de los expedientes disciplinarios son una fuente de información buenísima.
- **Centro de procedencia**, hablar con la/el psicóloga/o que ha llevado el caso, o recurso comunitario si hubiera tenido algún ingreso.
- **Coordinación con otros profesionales**, señalo los más frecuentes:
 - Servicios médicos, conocer si hay diagnósticos, visitas al psiquiatra, medicación, periodos de aplicación en PPS a veces no reflejado en el protocolo.
 - Trabajadores sociales, grado de discapacidad, ingresos económicos, apoyo familiar, etc.

- Funcionarios de vigilancia que tienen contacto con el interno a evaluar, por ejemplo, *¿Cómo tiene la celda de limpia?, ¿si cuida sus cosas personales?, ¿si recoge la bandeja en el comedor y que cantidades come?, ¿si está aislado en el patio?*
- Maestros, *¿Cómo se comporta?, ¿si aprende con facilidad?*
- Miembros de ONGs.

Dar a conocer el PAIEM entre compañeros de diferentes áreas (vigilancia, dirección, tratamiento, sanidad, ONG, etc.) aumenta la sensibilidad hacia los problemas de salud mental y se combate el estigma asociado a estos internos, derivando en una mejor gestión de los casos.

2º- Entrevista con el interno/a: el primer contacto es importante para establecer una buena alianza terapéutica que será la base de la intervención. No se trata de obtener toda la información sobre su sintomatología psicopatológica, si no de motivar al cambio.

Las variables psicológicas que pueden necesitar de evaluación y tratamiento durante el proceso de rehabilitación psicosocial serían las siguientes:

- Interferencia y/o enlentecimiento en procesos de pensamiento
- Dificultad en discriminación perceptiva
- Atención limitada
- Hipersensibilidad a estresores sociales e interpersonales
- Afecto aplanado
- Arousal elevado o disfunción en su autorregulación
- Hipersensibilidad a estresores cotidianos
- Riesgo de suicidio
- Riesgo de depresión
- Dificultad de procesamiento emocional
- Dependencia de a drogas
- Alucinaciones y delirios persistentes a la medicación

¿Cuándo comenzar la evaluación?

-Paciente psicótico la evaluación funcional **debe posponerse** y priorizar por entrevistas generales con el objetivo de trabajar la relación y esperar hasta conseguir alguna reducción en los síntomas psicóticos.

-Pacientes con gran deterioro cognitivo se hará una evaluación en un **contexto claro** y sin sobrecargar.

-Pacientes emocionalmente alterados es conveniente **posponer** la evaluación, apartarles de la fuente de estrés o trabajar para mejorar su afrontamiento.

Una evaluación precipitada nos daría una línea base que no reflejara el verdadero nivel de funcionamiento y diseñaríamos un mal Programa Individualizado de Rehabilitación.

B. FASE DE REHABILITACION

Detectado un caso, se aporta toda la información en el equipo y se decide si cumple con los criterios de inclusión. A veces este proceso no es sencillo y es necesario el debate y la escucha entre los diferentes miembros para llegar a un acuerdo. Entre **todos** los integrantes del equipo completaran **la evaluación de habilidades y discapacidades** y elaborara el **Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR)**.

El equipo se reunirá con la frecuencia que sea necesaria, la coordinación entre los miembros es garantía de un mejor abordaje de la problemática de cada interno.

A continuación, **se describe un caso** con las actuaciones llevadas a cabo en esta fase.

Mohamed tiene 27 años, nace en Guinea, sus padres se separan cuando el tiene dos años, su madre viene a España y él se queda con su padre que fallece cuando tiene ocho años, recuerda su infancia como infeliz y solitaria llegando a decir "yo he llorado mucho siempre tenía miedo y estaba triste" "nadie se ocupaba de mi", describe a su padre como autoritario y agresivo. A los nueve años comienza el consumo de cannabis dice que le relaja y le ayuda a pasar los días. A los trece años viene a España con su madre y es escolarizado por primera vez en su vida, dice que nunca se adaptó y empezó a relacionarse con gente problemática. Incrementa el consumo de cannabis y comienza a tomar alcohol y cocaína. Protagoniza diferentes robos y peleas ingresando en centro de menores a los 14 años. A los 18 años comete el delito de homicidio por el que cumple actualmente una condena de 15 años. Desde su ingreso en prisión a acumulado mas de 50 partes disciplinarios la mayoría de ellos por ingesta de diferentes objetos metálicos principalmente pilas, cuchillas, cortaúñas y también cristales, refiere que lo hace en momentos

de "calentón que no se parar" "así evito sentir nada malo" y verbaliza frases del tipo: "cuando siento rabia eso me ayuda", "no me duele solo lo hago por fastidiar", "reconozco que salir al hospital me relaja aunque luego cuando me lavan el estómago siento de nuevo culpa por lo que he hecho" "no quiero que mi familia se entere de nada de esto, me tomarían por loco y les daría miedo", "no se ni quien soy", "no me reconozco cuando me caliento" "no confíes en mi yo soy muy malo" "hay algo muy malo en mí que no quiero que los demás conozcan". En prisión continua el consumo de cannabis, alcohol y benzodiazepinas de forma muy problemática llegando a protagonizar episodios de sobredosis ligada a épocas de un malestar emocional intenso. También come mal, su patrón alimentario es disfuncional: alterna días en los que apenas come con otros en los que se da atracones sin control. Cree que la gente solo le ha dado problemas, que él siempre se ha entregado a los demás y nunca le han correspondido. En la familia de Mohamed existen antecedentes psiquiátricos. Un tío materno alcohólico y una hermana diagnosticada de esquizofrenia.

Mohamed ingresa en nuestro centro y la **información previa** antes de entrevistarle es la siguiente:

- ***derivado del PAIEM de su centro de origen.***
- ***medicación inyectable*** por orden judicial como consecuencia de episodios de ***impulsividad extrema.***
- en la historia clínica aparecen ***múltiples diagnósticos***, entre ellos, dependencia a cannabis y benzodiazepinas, trastorno psicótico, trastorno de personalidad...
- ***nunca*** aplicación de ***PPS.***
- ***40 partes*** activos la mayoría de ellos por ingesta de objetos metálicos como protesta por estar alejado de su familia, hay un parte llamativo que describe: "a las 15:25 h. se le encuentra a Vd. calado de pies a cabeza, totalmente desnudo, cubierto con una manta y amenazando que se va a electrocutar, todo ello en un gran estado de agresividad y nerviosismo. La celda está inundada ya que había puesto el colchón en la puerta como parapeto. Al ver a los funcionarios coge la tv. que tiene enchufada a la red eléctrica, la levanta sobre su cabeza y amenaza con tirarla al suelo". Este comportamiento es inusual y puede responder a un delirio.

- delito de **homicidio 15 años de condena**, los hechos probados describen “*el acusado vio al novio de su hermana por la ventana, le profirió insultos, ante lo que ella se a asomo a otra ventana y le dijo a su novio que no le hiciera caso, que la esperara en la calle que ya bajaba. El acusado la adelanto y con un cuchillo jamonero que había cogido de la cocina, se abalanzo contra él y se lo clavo ocasionando su muerte”*. Le restan 12 años de condena.

- en el protocolo del interno los informes de otros profesionales **hablan de inadaptación**, problemas de drogas y mal comportamiento, curiosamente no hacen referencia a problemas de salud mental.

- a nivel familiar consta que habla por teléfono con su madre, pareja e hijo, pero **hace años que no le visitan**. Tampoco le ingresan dinero.

Este interno tiene muchas probabilidades de ser etiquetado por el resto de los internos y profesionales como “problemático”, “manipulador”, “demandante”, “malo”, “loco” y “sin posibilidad de cambio” lo que no ayuda en absoluto a la gestión de las crisis que puedan protagonizar en el medio penitenciario.

Nuestra labor como psicólogos del PAIEM no es otra que, a través, de la profesionalidad hacer un buen análisis funcional para dar una explicación seria de sus conductas problemas y alejarnos e incluso combatir estas malas prácticas que, en ocasiones, solo obedecen al desconocimiento.

Con todos estos datos programamos la **entrevista de primer contacto**, dando inicio al proceso del tratamiento rehabilitador. El objetivo es una **buena relación de confianza** entre terapeuta y paciente.

En las siguientes intervenciones observamos que habla con más tranquilidad y comienza a demandar ayuda, relata parte de su pasado y comienza a sonreír. Explica su mala experiencia en el centro anterior al estar lejos de su familia (él dice que no saben que tiene ningún trastorno y no piensa decírselo porque cree que sería un gran disgusto para ellas), no está de acuerdo en el tratamiento farmacológico “*me obligan a pincharme y yo no quiero*”, causándole angustia, reconoce consumo de cannabis diario.

Al ser informado de las normas que hay en el PAIEM (vivir en modulo no conflictivo, terapias, abstinencia...) muestra una actitud ambivalente precisando entrevistas motivacionales, se define como “testarudo, cabezón” refiere que necesita tiempo para pensarse las cosas” después de unos días acepta.

El equipo realiza la **evaluación de habilidades y discapacidades**, también adjudicamos un **nivel de funcionamiento global** (Anexo 2 del programa marco)

NIVEL DE INTERVENCION: 2, “respuesta parcial” precisa seguimiento, puede hacer vida en los módulos, no necesita IA.

EVALUACION DE HABILIDADES Y DICAPACIDADES

1. Autocuidados: deficiente o muy deficiente.
2. Autonomia personal: deficiente
3. Autocontrol: antecedentes de auto y heteroagresividad, adicción actual, no riesgo de suicidio y muy deficiente manejo de situaciones de estrés y ansiedad.
4. Relaciones interpersonales: deficientes
5. Funcionamiento cognitivo: aceptable, salvo capacidad de atención, percepción y resolución de problemas que es muy deficiente
6. Medicación y tratamiento: muy deficiente.

A continuación, planteamos los **objetivos** terapéuticos que revisaremos periódicamente, **actividades** y si precisa **interno de apoyo** (ANEXO 2).

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION

OBJETIVO GENERAL: Aumentar la autonomía personal, la calidad de vida y la adaptación al entorno, evitando el deterioro psicosocial, la marginación y la estigmatización.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Aumentar la conciencia de enfermedad.
- Disminuir el consumo de tóxicos que cursa con la enfermedad mental
- Aprender a resolver conflictos de manera adaptativa

ACTIVIDADES:

-Terapéuticas: intervención individual y grupal. Grupo psicoeducación, motivación al cambio para disminuir el consumo de cannabis.

-Asistir a actividades formativas, ocupacionales y deportivas.

INTERNO DE APOYO: no

Mohamed no tiene conciencia de enfermedad, ni objetivo de abstinencia, no conoce los riesgos del consumir cannabis si padece sintomatología psicótica resistente al tratamiento. Estos objetivos nos parecen prioritarios teniendo en cuenta los años de condena que le restan.

Las **actividades terapéuticas** programadas del **psicólogo** serán: **terapia individual** para adquirir estrategias de regulación emocional (terapia dialéctica conductual), **terapia grupal** talleres de **psicoeducación** con el objetivo de aumentar su conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, estos talleres están totalmente adaptados a **personas con patología dual por lo que la abstinencia a drogas y la prevención de recaídas** son temas constantes en los grupos (técnicas que se utilizan: reestructuración cognitiva sobre creencias del rol de enfermo, estrategias psico educativas y motivación sobre drogas, evitación de situaciones de riesgo, planificación de actividades incompatibles, autoinstrucciones, refuerzo positivo/negativo, entre muchas).

Evolución después de seis meses:

- acude a terapia colaborador y crítico con su comportamiento.
- comienza a hablar de sus delirios, persecución, ideas mágicas “refiere que desde adolescente piensa que tiene poderes” pide ayuda.
- no tiene partes nuevos.
- acepta tratamiento farmacológico.
- mayor higiene.
- pide que hablemos con su familia y le digamos que acude al PAIEM

C. FASE DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

Sin duda es la fase más compleja del PAIEM, asegurar una continuidad de cuidados en la red de atención socio-sanitaria comunitaria que permita mantener su proceso asistencial es un reto difícil.

Para conseguir entrar en la red de salud mental de Castilla la Mancha hemos promovido las siguientes actuaciones:

-Reuniones con la unidad de salud mental de zona responsable de la derivación.

-Acompañamiento por los miembros del PAIEM a las consultas de psiquiatría y trabajo social para coordinar actuaciones terapéuticas efectivas.

-Informes de derivación completos para facilitar la búsqueda del recurso adecuado. La patología dual complica la elección del centro porque que TUS es criterio de exclusión, en general, de los centros de salud mental.

Intervención terapéutica en trastornos de personalidad y patología dual.

✓ **Patología dual**

Haciendo una revisión de todos los casos que han pasado por el PAIEM de Ocaña II desde su implementación en el 2010 solo un 1% de los pacientes no tenía un trastorno de abuso o dependencia a sustancias. Conocer esta realidad nos sitúa en la formación que como psicólogos tenemos que adquirir de cara a la intervención en salud mental en un centro penitenciario, obviar un problema de adicción y centrarnos en tratar la sintomatología psicótica o rasgos de personalidad de forma exclusiva nos llevara al fracaso terapéutico con bastante probabilidad.

Por tanto, primero se requiere de un programa de rehabilitación específico que integre y coordine tanto el abordaje de la patología psiquiátrica como del TUS y segundo el tratamiento debe estar en relación con el estadio del cambio en el que se encuentra el paciente, siendo la motivación para el cambio un factor importante a tener en cuenta en todo el proceso terapéutico.

Los internos con patología dual a menudo generan pesimismo, cuando no rechazo, entre los profesionales, lo que puede revertir en una menor dedicación y recursos para ellos, por ejemplo, no incluirles en destinos o talleres porque

“como lo van a hacer mal”, o en cursos de formación porque “no los van a aprovechar”, etc .

El eje de la intervención grupal en PAIEM será psicoeducación y prevención de recaídas.

✓ **Trastorno límite de la personalidad**

Los trastornos de personalidad que encontraremos serán los cluster B que según el DSM se caracterizarían por ser muy dramáticos, emocionales y erráticos, incluye al antisocial, limite, histriónico y narcisista y también con cierta frecuencia veremos del grupo A el trastorno paranoide.

¿Por qué damos de alta en PAIEM a personas diagnosticadas de TLP?

Porque la sintomatología produce un deterioro grave en su calidad de vida y un gran sufrimiento en ellos mismos y en su entorno, habiendo comprobado que si se realiza un buen abordaje terapéutico se benefician de él. En general, suelen ser internos que no han sido nunca incluidos en PAIEM pero si en PPS durante largos periodo de tiempo y que recurren a estrategias poco adecuadas para regular sus emociones, creando multitud de conflictos en la prisión y poniendo en riesgo sus vidas.

Como señalan Pérez y Mosquera el su capítulo del libro, “El suicidio. Prevención y manejo: Memorias de un curso necesario” (2006): “existen diversos factores a tener en cuenta en la evaluación de riesgo del suicidio y, curiosamente, muchos de ellos son a la vez criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad: la inestabilidad emocional (lo más estable del trastorno), los problemas para manejar las emociones (en especial la ira), las relaciones inestables con tendencia a alternar entre extremos de idealización y decepción (generalmente con principios y finales intensos), la alteración de la identidad, la impulsividad en áreas potencialmente dañinas para ellos, las amenazas suicidas recurrentes y/o conductas destructivas (que pueden acabar en suicidio debido a un mal cálculo por parte de la persona) y los sentimientos de vacío. Si además tenemos en cuenta otros problemas que suelen cursar de forma paralela, como el abuso de sustancias, los problemas cognitivos en momentos de estrés y la escasa tolerancia a la frustración y/o la crítica (que suele estar relacionada tanto con la impulsividad y escaso manejo de las emociones como la baja autoestima que caracteriza a muchas de estas

personas) tenemos un coctel de buenos motivos para pensar en estas personas como sujetos especialmente vulnerables al suicidio”.

“En lo referente a los comportamientos destructivos y aunque no siempre son realizados con la intención de matarse, nunca deben ser interpretados como manipulaciones o llamadas de atención, y mucho menos ser ignorados. Para una persona con un TLP muchos comportamientos destructivos en realidad tienen una función adaptativa. En ocasiones actúan de esa forma como castigo hacia ellos mismos por haber fallado o “ser malos”, en otras como forma de sentir alivio o “sentir dolor por algo visible y real” para tener “control sobre su dolor”, y en otras porque es lo que llevan haciendo durante años y acaba siendo una forma de vida, una forma de hacer frente a las situaciones de alto contenido emocional. Además, en numerosas ocasiones suelen recibir respuestas que refuerzan esta conducta. De esta forma, aprenden que la acción tiene una respuesta de atención, preocupación y acercamiento por parte de sus seres queridos. Por ello, es importante intentar ayudar al paciente a pensar en alternativas menos dañinas y peligrosas que realmente le ayuden a hacer frente al malestar.

Suele haber **cuatro reacciones o actitudes por parte del entorno** hacia estos comportamientos igualmente peligrosas:

- a. **Sobreprotección:** prestar más atención a la persona, decirle lo importante que es cuando habitualmente esto no se hace, dedicarle mucho mas tiempo que al resto, etc. (esta actitud solo debe ser utilizada en crisis agudas en las que la vida de la persona este en peligro y siempre siguiendo las indicaciones de un profesional con experiencia)
- b. **Negación:** ignorar a la persona por completo y esperar que pase la crisis.
- c. **Desafío:** mostrar enfado, rechazo, asco o indiferencia
- d. **Retarlo:** facilitarle o indicarle otros medios para que logre morir en el interno.

La actitud de sobreprotección refuerza estas conductas, hace que la persona, en lugar de pensar en alternativas, pedir ayuda de “forma adecuada” y hablar de sus sentimientos, actúe por impulso y se haga daño al mínimo contratiempo. La negación puede hacer que la persona se sienta totalmente desamparada, que piense y sienta que no le importa a nadie y que lo mejor es acabar con ese sufrimiento de una vez por todas. La actitud de desafío puede provocar nuevas lesiones o una crisis suicida inmediata y la actitud de retarlo puede hacer que la persona sea especialmente cauta a la hora de

planificar el suicidio para evitar que alguien lo impida y a la vez, al conseguirlo, demuestre que sus intentos de suicidio no eran llamadas de atención (a veces movida por el rencor y la venganza)”.

Estas actitudes se pueden reproducir en el medio penitenciario porque la dificultad en el manejo de las personas con estas características es clara y en ocasiones produce un desgaste emocional intenso en el equipo de trabajo.

Habilidades de manejo de situaciones conflictivas.

“La contención mecánica como medida terapéutica corresponde al último paso de actuación ante una situación de emergencia que comporte una amenaza para la vida y/o integridad física del propio paciente o terceros” (O.M.S.)

A grandes rasgos, diremos que **las habilidades de manejo** consistirán: -en conducir a la persona a un lugar tranquilo, - practicar la escucha activa, -dejar que se exprese con libertad, -mantener una actitud acogedora, con contacto visual, utilizando tono suave, relajado y seguro, -explorar con el paciente modos de canalizar la hostilidad, ira, miedo...la probabilidad de tener influencia sobre el paciente dependerá en gran medida de la calidad de la alianza terapéutica.

Metodología de supervisión de las situaciones conflictivas.

Los profesionales del equipo analizarán multidisciplinariamente los factores de riesgo que han acontecido en cada situación, por ejemplo; si es un conflicto entre internos, si es de convivencia en un módulo completo, si hay problemas con la con el cumplimiento de las normas del centro, si hay problemas en la terapia individual, etc.

Elaboran un plan, asignando tareas entre los profesionales del equipo para prevenir situaciones futuras. Contemplamos también las tareas que puedan realizar los internos de apoyo como mediadores en estos casos.

Tenemos claro que el trabajo debe ser en equipo porque la implicación en el programa puede ocasionar frustración, desgaste e inseguridad por el propio perfil del interno y los problemas que algunos ocasionan en el centro.

Evolución terapéutica.

La evolución terapéutica da sentido a nuestro trabajo diario, para poder medir si hay avance tenemos que detallar unos indicadores de resultados de todos los objetivos que planteamos con el paciente en su rehabilitación.

Para finalizar, se presentan dos informes de evolución terapéutica donde se detallan todos los objetivos, acciones e indicadores de resultado que se han conseguido.

INFORME DE EVOLUCION EN EL PAIEM

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, está incluido en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental desde el 9 de junio del 2015, desde el equipo se describieron como **problemas importantes** los siguientes:

1. Descuido de la salud (consumo de sustancias tóxicas, alimentación inadecuada, alteración del ciclo vigilia-sueño, abandono o mal uso en la toma de su medicación)
2. **Sintomatología psicótica activa (tanto síntomas positivos como negativos)**
3. Dificultades en las relaciones interpersonales (relaciones marginales y falta total de apoyo familiar del que el paciente no es consciente ni acepta)
4. **Déficit de autonomía personal y social** (manejo del dinero, recursos de gestión, actividades reforzantes).

Tras realizar el análisis funcional del caso se diseñó el **Plan Individualizado de Rehabilitación** recogiendo los objetivos y estrategias de intervención que se detallan a continuación:

Área: cuidado de la salud

Objetivos:

- Motivación en la necesidad del cambio
- Control del consumo de sustancias tóxicas
- Estructuración de la alimentación
- Regulación del ciclo sueño-vigilia
- Adherencia y seguimiento al tratamiento psiquiátrico
- Aumento de la conciencia de enfermedad

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones**:

Planificación de tareas reforzantes y estructuradas, higiene del sueño, planificación y reforzamiento de hábitos, disminución de la somnolencia diurna, asistencia a consultas y control de pautas de medicación. Asistencia al grupo de prevención de recaídas, dotándole de estrategias psicoeducacionales y

motivacionales sobre drogas, evitación de situaciones de riesgo, técnicas para manejar la presión social, controles periódicos de tóxicos. Reestructuración cognitiva de creencias sobre el rol de enfermo.

Área: sintomatología psicótica

Objetivos:

- Mejorar el control de la ansiedad y cogniciones negativas
- Mejorar la autoestima y la sensación de competencia

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones:**

Grupo de psicoeducación y tratamiento individualizado cognitivo-conductual

Área: relaciones interpersonales:

Objetivo:

- Ampliar en núcleo de relaciones alternativo al marginal

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones:**

Grupo de habilidades sociales, grupos de actividades deportivas y de ocio, y residencia en el módulo de respeto del centro penitenciario donde puede entrenar y generalizar las estrategias aprendidas en un ambiente prosocial, distanciamiento del ámbito familiar y búsqueda de alternativa residencial.

Área: autonomía general

Objetivo:

- Mejorar habilidades instrumentales

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones:**

Seguimiento individualizado, entrenamiento en actividades para la vida diaria como salidas normalizadas a recursos externos y servicios comunitarios y desempeño de un trabajo remunerado en un taller productivo dentro del centro penitenciario (Taller manipulativo de ajos)

En este último año el paciente ha venido manifestando mayor motivación al cambio expresando interés por acudir a las terapias, actividades, consultas médicas siendo una parte activa en su tratamiento la evolución ha sido muy positiva observable a partir de estos **indicadores de resultado:**

- Participación activa en el proceso
- Disminución de somnolencia diurna
- Abstinencia del consumo, controles de tóxicos negativos
- Aceptación y compromiso con el tratamiento psiquiátrico. Disminución de la sintomatología y disminución de las crisis.

- Mayor estabilidad emocional
- Nueva red de contactos alternativos, continuar en un módulo de convivencia de alta exigencia
- No conflictos en el centro penitenciario
- Disminución de conductas evitativas
- No aislamiento
- Realización de actividades comunes en el centro
- Realización de tareas burocráticas básicas
- Control autónomo de sus gastos
- Mantenimiento de un trabajo remunerado durante más de año

Finalmente, el equipo del PAIEM sugiere **seguir trabajando los objetivos** que considera importantes en su proceso de rehabilitación: -control del consumo de tóxicos- desarrollar una autoestima positiva y establecer núcleo social de amistades sano.

Psicóloga PAIEM


INFORME DE EVOLUCION EN EL PAIEM

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, está incluido en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental desde el 6 de julio del 2010, desde el equipo se describieron como **problemas importantes** los siguientes:

1. Conductas autolesivas e intentos de suicidio con mucha frecuencia necesitando la aplicación del Protocolo de Prevención de Suicidio durante periodos largos de tiempo porque el riesgo real era elevado, su grado de desesperanza muy alto, gran impulsividad, sentimientos de vacío y abandono constantes.
2. Descuido de la salud que se materializaba en elevado consumo de sustancias toxicas y/o abandono y mal uso en la toma de su medicación.
3. Esquemas de pensamiento de tipo delirante principalmente de perjuicio, grado de convicción de las creencias delirantes era muy elevado.
4. Dificultades en las relaciones interpersonales ya que mantiene un umbral muy bajo de respuesta emocional mostrándose muy sensible ante cualquier estímulo emocional, (críticas, recomendaciones, interpretación de miradas de otros internos)
5. Respuestas emocionales muy intensas y dificultad para volver al estado emocional de inicio lo que le provoca un gran sufrimiento, recurriendo a estrategias inadecuadas para tolerar su malestar principalmente de tipo autodestructivo.
6. Déficit de autonomía personal y social (manejo del dinero, recursos de gestión, actividades reforzantes) elevada impulsividad que le impide planificar ningún tipo de actividad.
7. Conciencia de enfermedad francamente disminuida, sabe que "algo le pasa desde siempre pero no sabe el que"

8. Sentimiento de culpa, vergüenza y abandono por el delito cometido (asesina a su pareja el único vínculo emocional con el que contaba en la calle, refiere que lo hace porque siente que ella le va a abandonar y que va a ir con otra pareja) recurre a la autolesión como alivio temporal y a la vez provoca culpa, por lo que crea un círculo: culpa-necesidad de castigo-autolesion-culpa-vergüenza tregua y reflexión y vuelta a empezar, refiere que tiene que “recibir su merecido”.

El interno esta diagnosticado de un *trastorno de personalidad con rasgos límites y paranoides* y *dependencia a tóxicos*.

Tras realizar el análisis funcional del caso se diseñó el **Plan Individualizado de Rehabilitación** recogiendo los objetivos y estrategias de intervención que se detallan a continuación:

Objetivos generales:

- **Reducción de conductas suicidas y parasuicidas** que ponen realmente en peligro su vida.
- **Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia**, y conseguir una buena alianza terapéutica
- **Reducir las conductas que interfieren en la calidad de vida del interno**, ejemplo el consumo de drogas, su pobre control de impulsos.
- **Incrementar las habilidades de afrontamiento**, ser más eficaz en las relaciones interpersonales, modular las emociones extremas y por control a un estilo de comportamiento desadaptativo.

Área: cuidado de la salud

Objetivos específicos:

- Motivación en la necesidad del cambio
- Control total del consumo de sustancias tóxicas.
- Adherencia y seguimiento al tratamiento psiquiátrico
- Aumento de la conciencia de enfermedad

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones**:

Planificación de tareas reforzantes y estructuradas, higiene del sueño, planificación y reforzamiento de hábito, asistencia a consultas y control de pautas de medicación. Asistencia a terapia individual y posteriormente según fue mejorando inclusión en el grupo de prevención de recaídas, dotándole de estrategias psicoeducacionales y motivacionales sobre drogas, evitación de situaciones de riesgo, técnicas para manejar la presión social, controles periódicos de tóxicos. Reestructuración cognitiva de creencias sobre salud mental.

Área: sintomatología psicopatológica

Objetivos específicos:

- Reducir la sintomatología psicopatológica (creencias delirantes y episodios depresivos) hasta poder funcionar de forma más autónoma y sin tanto sufrimiento, una vez conseguido este objetivo pasamos a los siguientes:
- Mejorar el control de la ansiedad y cogniciones negativas
- Mejorar la autoestima y la sensación de competencia

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones:**

Grupo de psicoeducación y tratamiento individualizado (terapia dialéctica conductual y terapia centrada en la compasión a medida que él iba mejorando y tomando conciencia de su comportamiento lo que le ocasionaba sentimientos de culpa y vergüenza).

Adherencia y seguimiento del tratamiento psiquiátrico.

Área: relaciones interpersonales:

Objetivos específicos:

- Ampliar en núcleo de relaciones alternativo al marginal

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones:**

Terapia dialéctica conductual entrenamiento en habilidades psicosociales, grupos de actividades deportivas y de ocio, salidas terapéuticas tanto con profesionales de la institución como de la Fundación Manantial con el objetivo de formar red de apoyo en el exterior necesaria para su reinserción.

Área: autonomía general

Objetivos específicos:

- Mejorar habilidades instrumentales

Para cumplir estos objetivos se han venido desarrollando las siguientes **acciones:**

Seguimiento individualizado, entrenamiento en actividades para la vida diaria, y realización de diferentes trabajos desde destinos a talleres productivos (taller ajos en el que se mantuvo hasta dos años y que cambio por un destino de reparto de comida y limpieza de la enfermería que desarrolla actualmente)

Área delictiva

Desarrolla el programa de violencia de género de forma individual evolucionando de forma favorable.

En los últimos años ha venido manifestando mayor motivación al cambio expresando interés por acudir a las terapias, actividades, consultas médicas siendo una parte activa en su tratamiento la evolución ha sido muy positiva observable a partir de estos **indicadores de resultado**:

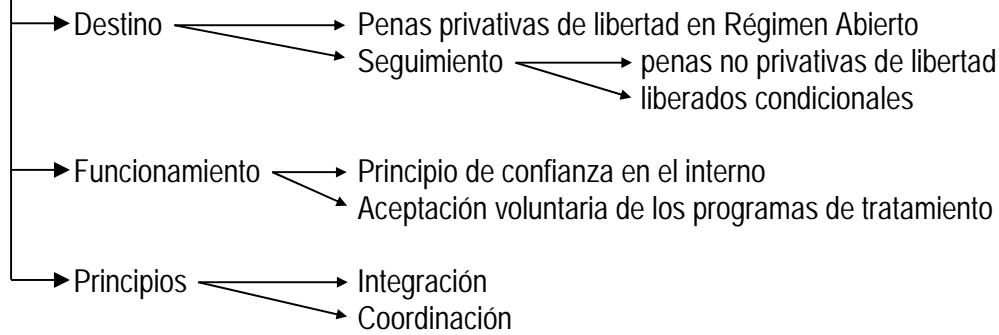
- Participación activa en el proceso
- No conductas autolíticas e intentos de suicidio en los últimos siendo el último episodio el 13 julio 2015.
- Reducción del consumo de tóxicos, con periodos largos de abstinencia
- Aceptación y compromiso con el tratamiento psiquiátrico.
- No partes disciplinarios
- Mayor estabilidad emocional, menos desesperanza y sentimiento de culpa y abandono.
- Reducción de conflictos en el centro penitenciario y actitud tranquila y colaboradora, aumento de empatía
- Disminución de conductas impulsivas
- No aislamiento,
- Realización de actividades comunes en el centro
- Realización de tareas burocráticas básicas
- Control autónomo de sus gastos
- Mantenimiento de empleo remunerado en los últimos tres años

Finalmente, el equipo del PAIEM sugiere **seguir trabajando los objetivos** que considera importantes en su proceso de rehabilitación ya que con terapia la probabilidad de recaída y reincidencia se reduciría significativamente en su proceso de reinserción y son:

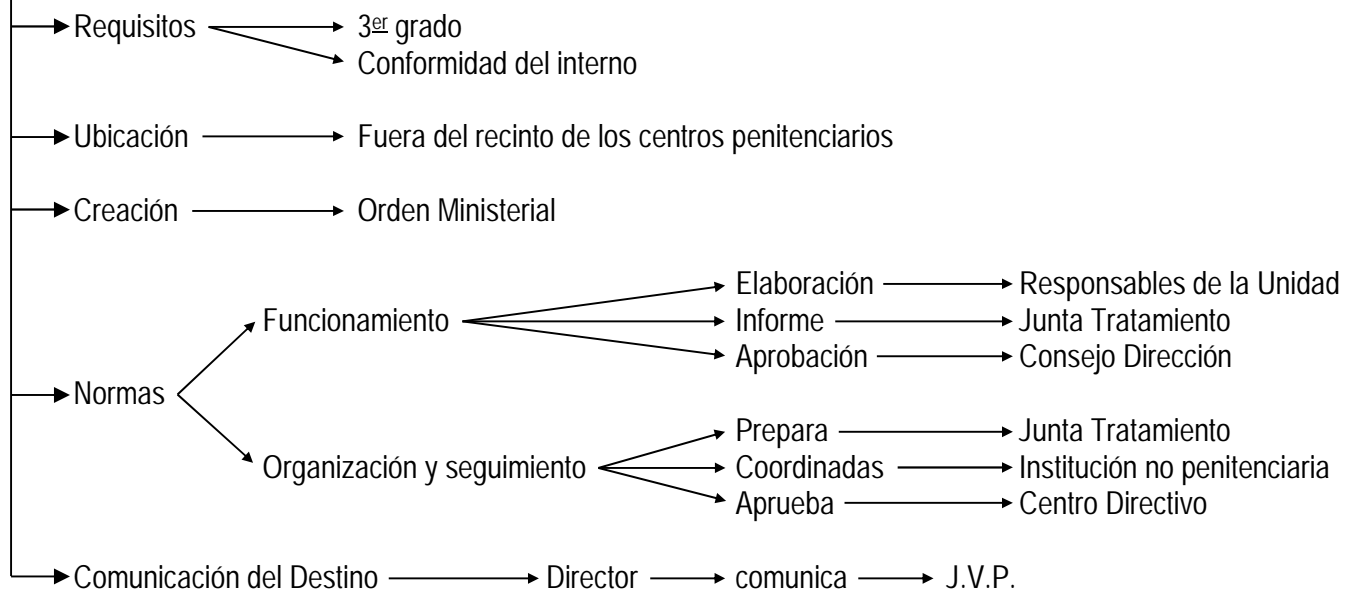
- continuar en el PAIEM en 100.2
- mantenimiento de la abstinencia en el consumo de tóxicos
- establecer núcleo social de amistades sano,
- búsqueda de empleo ajustada dentro de un programa de atención al enfermo mental ya que en los periodos de tiempo en los que trabaja su mejora es evidente.

Psicóloga PAIEM

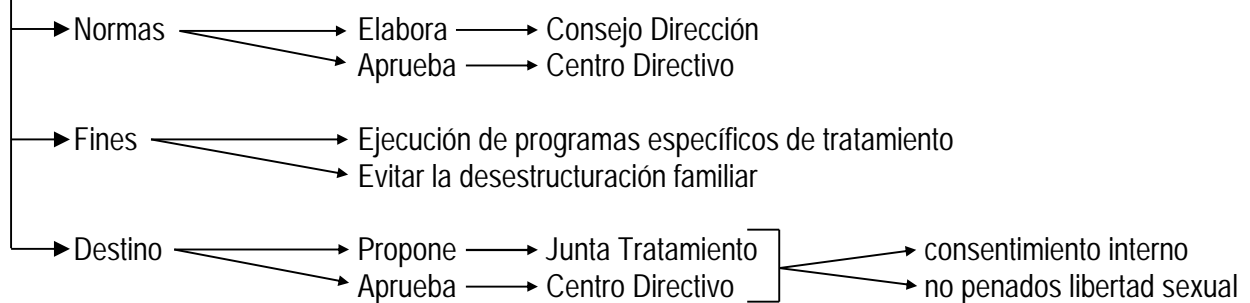
CENTROS de INSERCIÓN SOCIAL (C.I.S.)



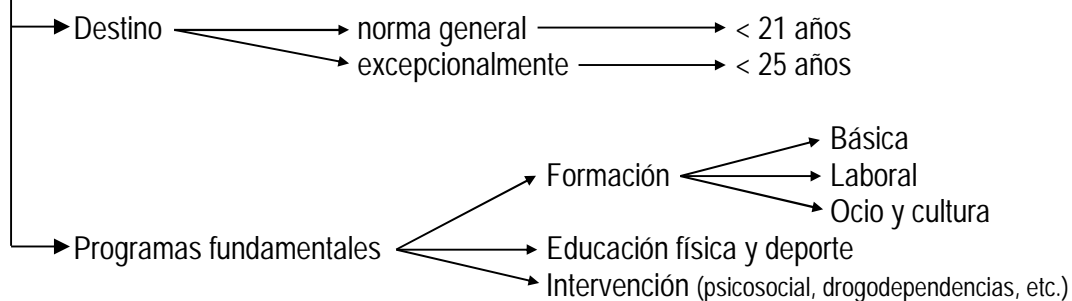
UNIDADES DEPENDIENTES



Establecimientos o Departamentos MIXTOS



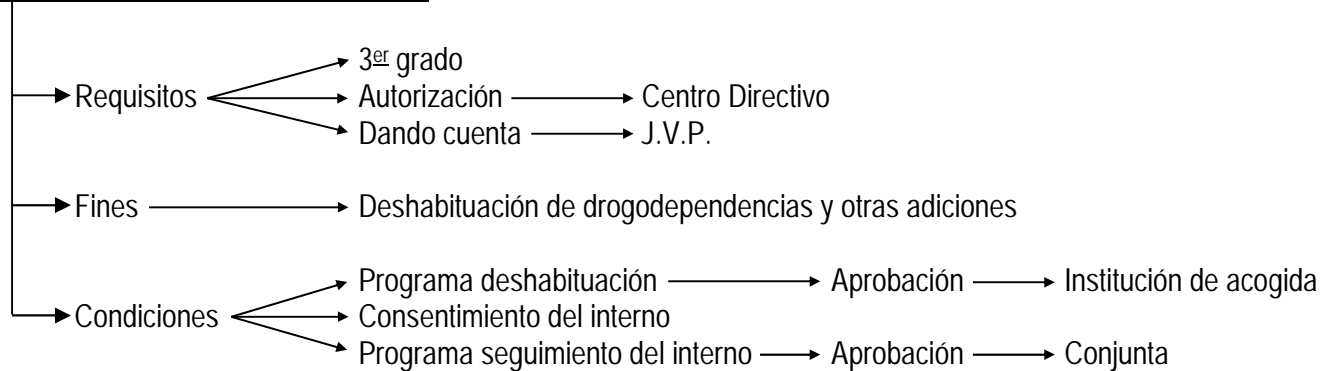
DEPARTAMENTOS para JÓVENES



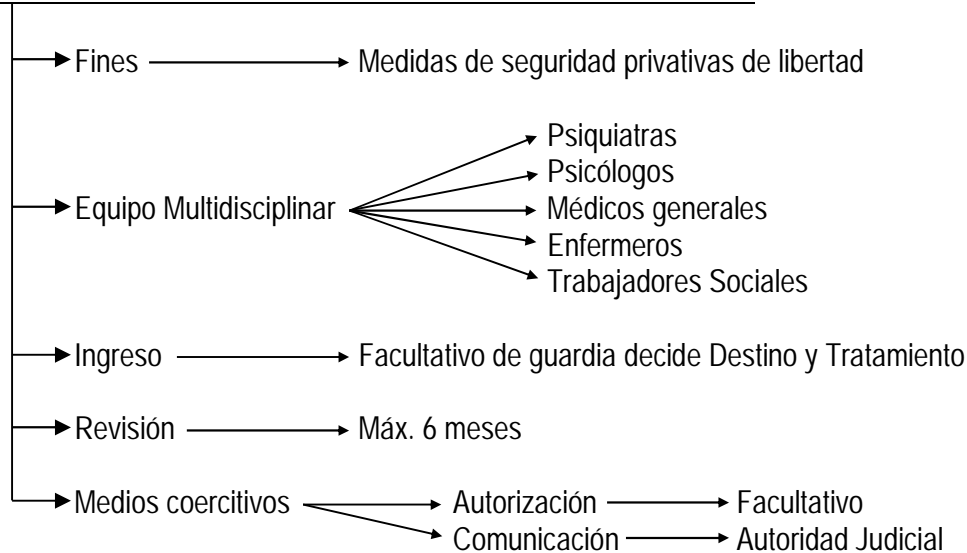
UNIDADES de MADRES



UNIDADES EXTRAPENITENCIARIAS



Establecimientos o Unidades PSIQUIÁTRICAS PENITENCIARIAS



ESTABLECIMIENTOS

- Centros de Inserción Social (CIS)
- Unidades dependientes
- Establecimientos o Departamentos Mixtos
- Departamentos para jóvenes
- Unidades para madres
- Unidades extrapenitenciarias
- Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias

ESTABLECIMIENTOS O DEPARTAMENTOS MIXTOS (ART° 16 LOGP Y 168-172 RP)

- Los establece el Centro Directivo
- Por programas específicos de tratamiento o para evitar la desestructuración familiar
- Para cónyuges privados de libertad u otros penados elegidos por la Junta Tratamiento (2° y 3° grado)
- Es preceptivo el consentimiento del interno
- Excluidos los penados por delitos contra libertad sexual
- Normas elaboradas por el Consejo Dirección o Junta Tratamiento (art° 115 RP) y aprobadas por el Centro Directivo

DEPARTAMENTOS PARA JÓVENES (ART° 173-177 RP)

- ◆ Internos: Menores de 21 años y excepcionalmente hasta 25 años
- ◆ Formación educativa intensa
- ◆ Fomentar contactos exteriores
- ◆ Cinco programas: de formación instrumental y básica, de formación laboral, de formación para el ocio y cultura, de educación física y deportes y programas específicos de formación
- ◆ Diversas modalidades de vida

UNIDADES DE MADRES (ART° 178-181 RP)

- Actividades formativas y lúdicas y salidas al exterior de niños programadas por la Junta de Tratamiento
- Especialista de Educación Infantil y Pediatra
- Gastos cuidado niños a cargo de la madre, excepto si carece de medios suficientes
- Posibilidad pernoctar clasificadas en tercer grado en su domicilio
- Malos tratos o utilización niño por la madre: Junta Tratamiento informa, Consejo Dirección comunica a Autoridades menores para que acuerden adopción medidas

ESTABLECIMIENTO O UNIDADES PSIQUIÁTRICAS PENITENCIARIAS (ART° 183-191 RP Y 11 LOGP)

- ≡ **Ingreso:**
 - Preventivos para emisión informes a Autoridad Judicial, pudiendo después ser trasladado por el Centro Directivo a su Centro de origen
 - Medida seguridad de internamiento psiquiátrico: a los eximidos de responsabilidad penal y a los que cumpliendo condena les sobreviene enfermedad mental
 - Lo atiende el facultativo de guardia, quien dispondrá provisionalmente departamento y tratamiento adecuado
- ≡ **Equipo multidisciplinar:** No es órgano colegiado, existirá al menos uno por Centro, con psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales y profesionales rehabilitación necesarios
- ≡ **Las funciones** de la Junta Tratamiento las asume el Consejo de Dirección
- ≡ **Asistencia** social y psiquiátrica penitenciaria
- ≡ **Revisión** situaciones al menos cada 6 meses, emitiendo el equipo informes al Fiscal
- ≡ **Régimen:** Separación interior según necesidades asistenciales; medios coercitivos por indicación del médico comunicándolo a la Autoridad judicial; no aplicación régimen disciplinario
- ≡ **Comunicaciones y salidas:** Son programadas individualmente