

**ACCIÓN 15: Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación**

Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación ingresados en instituciones penitenciarias

**Grupo de Trabajo**

**Líder:** José Manuel Arroyo Cobo (Subdirector General. de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de II.PP. Ministerio Interior)

**Coordinador:** Julián Sanz Sanz (Jefe de Servicio de Drogodependencias Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de IIPP. Ministerio del Interior)

**Administración General del Estado**

Isabel del Valle Alonso (Subd. General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de IIPP)

Ángel F. Pajares Yela (Subd. General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de IIPP)

Carmen Martínez Aznar (Subd. General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de IIPP)

**ONG:**

**Asociación La Kalle:** Marta Aparicio de la Rica

**Asociación Española Patología Dual Penitenciaria:** José Vidal Carballo Corral

**Cáritas Española:** Juan Antonio García Almonacid

**SAJIAD:** Berta Gordon

**Cruz Roja Española:** Juan Jesús Hernández

**Fundación Red de Apoyo a la Inserción Socio laboral (RAIS)**

**RED ARAÑA**

**Asociación Proyecto Hombre:** Elena Presencio

**Grupo GID:** Henar L. Senovilla, Isabel Martínez Rupérez

**Corporaciones Locales**

**Ayuntamiento de Madrid:** Antonio Rivera Isidoro (Instituto de Adicciones de Madrid, Servicio de Orientación Laboral); Sol de Ena de la Cuesta (Instituto de Adicciones de Madrid, Servicio de Orientación Laboral)

**Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**

Graciela Silvosa Rodríguez (Consejera Técnica de la Unidad de Apoyo)

**ÍNDICE**

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>1 PROBLEMAS Y NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE INGRESADA EN PRISIÓN EN RELACIÓN A LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL</b> .....	4
1.1 Problemas físicos y mentales .....	4
1.2 Problemas sociales .....	4
1.3 Conductas y situaciones de riesgo .....	8
1.4 Casos especiales: trastorno mental grave (TMG) y consumo de drogas .....	9
<b>2 OBJETIVOS PARA LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL</b> .....	10
2.1 Inserción social/inserción sociolaboral .....	10
2.2 Objetivos para la inserción sociolaboral .....	11
<b>3 LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS y LA COMUNIDAD. ACTIVIDADES Y RECURSOS PARA LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL</b> .....	13
3.1 Inicio del proceso de recuperación y reinserción en prisión .....	13
3.2 Casos especiales: TMG y consumo de drogas .....	15
3.3 Derivación a recurso sociosanitario comunitario, y continuación del proceso en la sociedad, durante los permisos de salida, el tercer grado y al alcanzar la libertad .....	15
<b>4 RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO</b> .....	17
4.1 Recomendaciones sobre el proceso de recuperación y reinserción en prisión .....	17
4.2 Recomendaciones sobre la derivación .....	22
4.3 Recomendaciones sobre la continuación del proceso de recuperación y reinserción en la comunidad .....	23
4.4 Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación .....	26
4.5 Consentimiento para proporcionar información al dispositivo comunitario .....	30
4.6 Evaluación .....	31
<b>5 COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO</b> .....	32
<b>6 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	33

## INTRODUCCIÓN

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 considera que las personas internas en centros penitenciarios constituyen una población diana por ser un colectivo en situación de especial vulnerabilidad, tanto en lo que se refiere a su inserción en la sociedad, como, de una forma más concreta, en lo que esa situación pudiera afectarles en su relación con el consumo de drogas.

Como desarrollo y complemento de la Estrategia, el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 dispone, en el Objetivo General nº 8, facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

Para su consecución el Plan contempla la Acción nº 15, dirigida a drogodependientes en Instituciones Penitenciarias, consistente en la elaboración de un protocolo para diseñar itinerarios personalizados de inserción de drogodependientes en proceso de rehabilitación, para su implementación en centros de asistencia a drogodependientes y en Instituciones Penitenciarias, y de un instrumento para la evaluación de la efectividad de estas medidas.

Para tal fin se constituyó el “Grupo de Trabajo de la Acción nº 15”, formado por profesionales de Instituciones Penitenciarias, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Servicio de Orientación Laboral del Instituto de Adicciones de Madrid, y Entidades Sociales.

El Grupo de Trabajo de la Acción nº 15, en primer lugar hace un análisis de los problemas y necesidades de los drogodependientes ingresados en prisión para una inserción eficaz en la sociedad, así como de los internos con enfermedad mental y que consumen drogas.

A continuación define los objetivos a trabajar por ambas partes, la Institución Penitenciaria y la sociedad por medio de los recursos sociosanitarios, para obtener cambios que favorezcan planteamientos de proyectos viables de inserción en la sociedad.

Siguen unas recomendaciones que el Grupo de Trabajo de la Acción nº 15 plantea en tres etapas o fases: 1) el inicio del proceso de recuperación y reinserción en prisión, 2) la derivación al recurso sociosanitario comunitario, y 3) la continuación del proceso en la sociedad, durante los permisos de salida, las salidas diarias, el tercer grado y al alcanzar la libertad.

A continuación propone el “Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación”, así como indicadores de evaluación.

Se ha celebrado una reunión con representantes de Instituciones y Entidades Sociales que intervienen en Instituciones Penitenciarias con internos e internas con problemas de drogas y de salud mental, aportándose elementos nuevos al protocolo por medio de grupos de debate y discusión.

Finalmente el Grupo de Trabajo de la Acción nº 15 presenta este Protocolo con el deseo de que constituya una herramienta eficaz de coordinación para hacer posible el objetivo de inserción en la sociedad de internos e internas con problemas de drogas y de salud mental.

Septiembre de 2015

# 1 PROBLEMAS Y NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE INGRESADA EN PRISIÓN EN RELACIÓN A LA INSERCIÓN

Se exponen los **problemas y necesidades** que pueden presentar los drogodependientes ingresados **en prisión** a nivel físico, psíquico y social que pueden condicionar su recuperación personal y su trayectoria penitenciaria de cara a un proyecto de inserción en la sociedad.

## 1.1 Problemas físicos y psíquicos

Entre los problemas físicos, las infecciones por VIH, VHC y tuberculosis principalmente, también otros problemas de salud de tipo infeccioso, cardíaco, hepático, etc. Son frecuentes los problemas odontológicos y de visión, y en ocasiones el deterioro importante y evidente de los que están en tratamiento con metadona o VIH y no están aún estabilizados.

Los problemas psíquicos son frecuentes entre los consumidores de drogas, de tipo psicótico, afectivo, bipolar, ansiedad... En ocasiones se trata de trastornos de la personalidad (límite, TDAH, antisocial...), o son personas que presentan discapacidad intelectual. En otros casos se trata de personas con patología psiquiátrica sin abordar, negada o no aceptada. La problemática mental puede ocasionar cierto deterioro cognitivo.

Tanto los problemas físicos como los psíquicos precisan de una **atención primaria y especializada**, en prisión y en la comunidad, así como un **seguimiento clínico en consultas periódicas** (odontólogo, óptico, ginecólogo, medicina interna, psiquiatra...). Igualmente los problemas dentales y de visión requieren unas prestaciones (**empastes, prótesis, gafas**, etc.).

Pueden contribuir a la recuperación psicofísica los **talleres ocupacionales y talleres de ocio y tiempo libre**, y en los casos de patología mental los talleres de **rehabilitación psicosocial**, de inicio en prisión y continuidad en la comunidad.

## 1.2 Problemas sociales

Los problemas sociales principales son dificultades en torno a la subsistencia: alimentación, alojamiento, ropa, higiene, transporte... El no tener garantizado estos recursos a la salida en prisión obliga a "ingresar" en recursos específicos para personas en exclusión social, "normalizando" la exclusión, la situación de marginalidad y la propia autopercepción de marginación. Otros problemas son los económicos (trabajo...) y la deficiente red social. A continuación se describe esta problemática por apartados.

### Alimentación.

Con hábitos deficientes, no variada en frutas, verduras, carne, pescado..., sino basada en bocadillos, embutidos y aperitivos; no proporcionada en hidratos de carbono-proteínas-grasas, y no efectuando las tres comidas diarias. Las necesidades van desde, efectuar las **tres comidas diarias** a que la alimentación sea **variada y equilibrada**.

Por otro lado suelen ser escasos los conocimientos y hábitos en cuanto a “**hacer la compra**” de alimentos y productos del hogar así como de la **preparación de platos básicos** de comida.

### **Vivienda.**

La convivencia en ocasiones es “forzada” con familiares. Dificultad de acceso a la vivienda, y desconocimiento de los pasos que hay que dar para buscarla, careciendo de información de la realidad inmobiliaria: precios, tipos de alquileres, contratos, etc. En cuanto al mantenimiento, es frecuente la falta de información respecto a las actividades básicas, como puede ser la limpieza de la casa, gestión de residuos en casa, ahorro de agua y energía, o sensibilización medioambiental. En otros casos hay ausencia de alojamiento (vivienda...).

En consecuencia, en determinados casos se van a necesitar diversas alternativas en la comunidad, como **pisos de inserción** para personas desprovistas de red familiar de soporte eficaz, **pisos compartidos** (incluyendo en estos casos formación en gestión doméstica), **plazas para discapacitados** físicos o intelectuales. En aquellas personas con deterioro físico y/o psíquico grave será necesario un **cuidador**, y en los casos menos graves un **tutelaje**.

También es interesante proporcionar **información y asesoramiento** respecto al mercado inmobiliario y al acceso a programas públicos de vivienda (estatales, autonómicos, provinciales, municipales, Programa Convivencia entre jóvenes y personas mayores, Plan de Vivienda Joven...).

### **Higiene, aseo personal y cuidado de la ropa.**

Son frecuentes los hábitos deficientes en la higiene y aseo personal, higiene del sueño y el cuidado de la ropa. De ahí la necesidad de incluir a estas personas en programas de **autonomía para Actividades de la Vida Diaria**.

### **Transporte.**

Problemas de movilidad sobre todo en grandes ciudades por dificultades económicas para el abono de transporte. También falta de información sobre los diferentes medios de transporte y sus tarifas, y en la interpretación de los distintos tipos de planos (ciudad, carreteras, metro, autobuses, trenes...). Además de proporcionar información para la **movilidad**, el **transporte ha de estar garantizado** para que la persona en proceso de reincorporación social pueda realizar las necesidades básicas diarias y acudir a las citas de los centros de tratamiento y de formación e inserción laboral.

### **Formación/Inserción Laboral.**

Por lo general estas personas tienen serias deficiencias en la trayectoria formativa (educativa y laboral) ya sea por su escasa duración, como por continuos fracasos, lo que dificulta el acceso a un empleo no marginal. La cualificación profesional es deficiente, con falta de conocimiento de nuevas tecnologías. La experiencia laboral escasa, o relacionada con trabajos marginales, y la ausencia normalmente prolongada del mercado laboral, conlleva escasas habilidades asociadas al trabajo, como son, puntualidad, buen desempeño de la tarea, responsabilidad, higiene y cuidados personales, obligaciones del trabajador/a, intensidad en el desempeño de la función y capacidad para el cumplimiento de horarios y compromisos.

En el momento de plantear la búsqueda de empleo, suele haber una definición poco realista del objetivo profesional, escaso conocimiento de las vías de acceso al mercado de trabajo y en el uso de técnicas de búsqueda de empleo, con percepción negativa de su nivel de autoeficacia para la búsqueda de empleo y escasa motivación para afrontar el proceso de inserción laboral. Por otra parte en determinados casos puede haber estigmatización por haber estado en prisión, que junto a problemas de imagen, por un deterioro físico o cognitivo, supone en ocasiones dificultades en el mercado de trabajo.

Como vemos las **necesidades de índole formativo y laboral** son amplias. En prisión es fundamental crear **hábitos laborales**, incrementar su nivel de **empleabilidad**, mediante la participación en **itinerarios personalizados de inserción laboral**, con los que se den respuesta a los problemas “individuales” y características “peculiares” de cada interno, diseñados de una forma **consensuada con él**, derivándole a los recursos existentes en los centros y en su caso a los extra-penitenciarios.

En la comunidad, tanto la formación como la inserción laboral, ha de estar **adaptada a las características** físicas, psíquicas, culturales, educativas, profesionales y motivacionales, teniendo en cuenta también una incentivación. Los talleres formativo laborales de la comunidad han de incrementar la retención en el recurso y su eficacia insertadora, para lo cual puede ser importante que los participantes reúnan una serie de características, como son, abstinencia en el consumo de drogas, participar en un recurso terapéutico o de tratamiento de adicciones, estabilidad económica, con recursos propios o financiada, para las necesidades de alimentación, alojamiento y transporte; y recibir, en el propio taller, formación en habilidades sociales y laborales, así como información completa y actualizada de prevención de riesgos laborales.

Así mismo es muy importante que haya una fluida **coordinación con los recursos** que intervienen con la persona, como puedan ser el taller formativo laboral, el piso de acogida o la familia, el centro de tratamiento de adicciones, etc., para poder hacer frente de manera adecuada a los consumos ocasionales u otras incidencias.

Finalmente en el proceso de inserción laboral es fundamental el **asesoramiento, acompañamiento y seguimiento** en el itinerario de inserción, pues es un momento clave y fuente de estrés común en todos los casos.

#### **Estabilidad económica, prestación de desempleo.**

Desde que se produce la excarcelación hasta que se puede percibir la prestación de desempleo puede pasar cierto tiempo (la experiencia nos dice que unos dos meses). Esto puede suponer situaciones de riesgo en las ocasiones en las que haya ausencia de recursos económicos (legales) inmediatos, hasta que se pueda cobrar la “excarcelación”. En los casos en los que se accede a un trabajo, si es de corta duración, se tarda mucho tiempo en la reanudación de la prestación. Nos encontramos con un dilema de “inserción y adquiero experiencia y habilidades” frente a “tener una prestación económica que me garantiza la subsistencia”. Por otro lado, es deficiente la información y hábitos respecto a una adecuada gestión económica (conocimiento del gasto, desarrollo de actitudes de previsión y ahorro...), sin reconocimiento y autocrítica de actitudes propias de consumismo y ánimo de lucro fácil.

Por ello, es necesario gestionar la **valoración de la dependencia y acreditación de discapacidad** cuando proceda, para percibir la prestación económica correspondiente. Es fundamental tener **disponibilidad económica suficiente** a la salida de prisión, para las necesidades básicas no cubiertas, mientras se gestiona la prestación por excarcelación. También será necesario que haya recibido información suficiente acerca de los trámites para solicitar la prestación por desempleo.

Además de ello es precisa una formación y educación referente al **control de los gastos** propios, fomentar actitudes de previsión y ahorro y la capacidad crítica de actitudes propias de consumismo, ánimo de lucro fácil y endeudamiento.

#### **Redes sociales/habilidades sociales**

En ocasiones, la libertad supone la reincorporación a un entorno familiar disfuncional, o los contactos sociales son con personas de contextos marginales, regresando a un entorno de marginalidad en muchos casos, sin alternativas normalizadoras, con escaso o nulo contacto con grupos normalizados. Con frecuencia, el encarcelamiento ha supuesto una ruptura de vínculos familiares y sociales.

La sensación de soledad puede llegar a ser evidente, sobre todo al acercarse la libertad y ya en ella. Es habitual cierto grado de prisionización o institucionalización tras un período prolongado de encarcelamiento.

La información sobre los recursos extra-penitenciarios es insuficiente. Son frecuentes los déficits en habilidades de relación, en resolución de conflictos, manejo de dinero, control de estrés, control de frustración y manejo de la incertidumbre.

En definitiva, una débil red social de apoyo, la posible estigmatización y las deficiencias en habilidades sociales conducen a una falta de autonomía para la vida en libertad, con alta dependencia de apoyos externos.

Por todo ello, es necesario **favorecer y potenciar su independencia** a través de aprendizajes y hábitos de conducta que les permitan vivir una vida saludable y plena; aprender a manejar situaciones de estrés, a enfrentarse a situaciones reales en su comunidad/entorno, etc. Normalizar las **relaciones familiares** cuando sea posible (familias positivas), por el contrario impulsando una **autonomía** e independencia en relaciones familiares imposibles o problemáticas (prostitución, violencia, tráfico, delincuencia...). Es importante analizar las posibilidades para entablar nuevas relaciones y contacto e integración con personas ajenas a contextos marginales (reencuentro y fortalecimiento de vínculos con las personas normalizadas que han formado parte de su red social), marcando distancia social preventiva. También inclusión en actividades de integración comunitaria para evitar el rechazo social.

En todo caso es recomendable un **apoyo y seguimiento tras la libertad**, periódico y frecuente, fundamentalmente durante las primeras semanas y meses, para acompañar en la resolución de dudas y conflictos.

### Ocio y tiempo libre

Son escasos los hábitos culturales (leer, cine...), y el tiempo libre suele basarse en estar con los "colegas", escuchar música o radio, consumo de drogas, etc. Es reducida la capacidad para la organización y gestión del tiempo en general y del ocio. Por ello, son necesarios los **talleres ocupacionales, de ocio y tiempo libre, deportes, fomento de la lectura**, etc., así como información para acceder a recursos comunitarios para la ocupación del ocio y tiempo libre.

### Gestión de trámites administrativos

Es habitual la problemática administrativa, con escasa iniciativa y conciencia de la necesidad de mantener al día la documentación personal imprescindible o básica, y deficiente información respecto a los procedimientos necesarios para su tramitación o renovación (DNI, NIE, pasaporte, tarjeta sanitaria, tarjeta de residencia, permiso de trabajo, autorización administrativa para trabajar, certificado de permanencia en prisión, padrón del Ayuntamiento, declaración de la Renta, cuenta corriente bancaria, certificado de discapacidad, libro de familia y documento de familia numerosa, certificado de estudios, demanda de empleo, cartilla de vacunaciones, permiso de conducir, abono de transporte...). Es necesario un **asesoramiento** en la comunidad, no sólo en cuanto a los **trámites administrativos**, sino también en lo que respecta a los **recursos sociales y formativos**.

### Temas legales

El asesoramiento legal que se recibe habitualmente es deficiente y no adaptado a un nivel educativo y cultural muy bajo, por ejemplo, información acerca de los procedimientos y **causas penales pendientes**, plazos de tiempo y modo de proceder para la solicitud de cancelación de antecedentes penales, etc.

En los casos de libertad es frecuente que tenga unas **reglas de conducta**, o **medidas de seguridad de libertad vigilada**, lo que hace más necesario el apoyo y seguimiento.

Por otro lado, la persona que va a salir en libertad puede presentar un deterioro físico o psíquico muy importante que motive una **incapacitación**, estando solicitada, o ya en esta situación jurídica, con un régimen de **tutela** o **curatela** determinado en sentencia.

### 1.3 Conductas y situaciones de riesgo

Otros factores que van a condicionar la inserción social es el desarrollo de **conductas y situaciones de riesgo**, tanto en prisión como en situación de permiso de salida o en libertad.

El **consumo de drogas** es el más trascendente, por los posibles episodios de sobredosis y el consumo inyectado, que puede ir unido a compartir el material de inyección. Esta situación se agrava si no se accede a tratamiento, en prisión o en la comunidad. Otras conductas de riesgo son mantener **relaciones sexuales sin preservativo** y la realización de **tatuajes** no profesionales, sin medidas higiénicas y material estéril.

Una de las situaciones más perjudiciales y determinantes es la **no continuación del tratamiento** a la salida de prisión, tanto el **farmacológico** (metadona, psiquiátrico, VIH TBC) como el **seguimiento en un centro sociosanitario comunitario** (Centro de Salud-Hospital, Centro de Atención a Drogodependientes, Centro de Salud Mental), por un conjunto de factores, que pueden ser propios del individuo, y de las instituciones, el centro penitenciario o el centro de inserción social (CIS) y el centro sociosanitario comunitario.

Hay que considerar que en ocasiones acudir a un recurso comunitario de atención a las adicciones (CAD, Metabús, CAID, CPD, UCA...) puede ser una situación de riesgo, debido a la asociación del entorno a estímulos condicionados, además de que se pueden encontrar antiguos "colegas", con los que consumían, o con los que tengan asuntos pendientes.

Por todo ello es necesario trabajar hacia conductas saludables, **estilos de vida saludable**: no consumo de drogas, relaciones sexuales con preservativo, educación sexual, tatuajes por profesionales con medios higiénicos y material estéril, higiene corporal, dental, del sueño, vestuario, actividad física, revisiones médicas periódicas (ginecólogo, dentista, óptico, etc.).

Los momentos más críticos y de mayor riesgo es a la salida de prisión, por las conductas de riesgo, recaídas en consumo y abandono de tratamientos, de consecuencias en ocasiones trágicas, o con fracasos y reincidencia delictiva. Por ello es imprescindible que toda persona que esté incluida en un programa de tratamiento de adicciones en el centro penitenciario, **a la salida de prisión continúe en la comunidad el tratamiento**, bien sea por progresión en tercer grado e ingreso en un CIS, o por salida en libertad provisional, condicional o definitiva.

La continuación del tratamiento abarca la parte farmacológica (VIH, TBC, metadona, psicofármacos), y el seguimiento periódico en el centro de drogodependencias-centro de salud-hospital-centro de salud mental. La prevención de recaídas también es una prioridad terapéutica.

En la continuación del tratamiento en el centro comunitario juegan un papel importante los primeros momentos, por eso es importante dar una **acogida y un espacio "protegido"** para que la persona se sienta cómoda y favorecer la **adherencia al tratamiento**, así como conseguir una **vinculación** con el Equipo Terapéutico y el profesional de referencia.

Otra necesidad es que **no coincidan** en el centro de tratamiento de drogodependencias personas vinculadas a antecedentes de situaciones de riesgo ("colegas" de consumo, cuentas pendientes...).

#### 1.4 Casos especiales: trastorno mental grave (TMG) y consumo de drogas

**El consumo de drogas afecta a la mayoría de las personas con enfermedad mental grave o crónica ingresadas en prisión.** Esto conlleva que las problemáticas de este colectivo tengan unas características propias. En efecto, si ya de por sí la enfermedad mental crónica cursa con un deterioro, que se evidencia a través de diversas discapacidades, en cuanto a los autocuidados (alimentación, higiene personal...), autonomía personal (manejo de dinero, transporte, asistencia a consulta médica...), relaciones interpersonales (red social, familia, aislamiento...), autocontrol, funcionamiento cognitivo, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, formación e inserción laboral...; este deterioro tan incapacitante se incrementa notablemente por el consumo de drogas, ya que además de los problemas de tipo infeccioso, se va a afectar gravemente la adherencia al tratamiento, la discontinuidad en el seguimiento clínico, la asistencia a las terapias de rehabilitación psicosocial, descompensaciones clínicas graves, que interfieren significativamente en el funcionamiento diario y en la integración al medio, con riesgos manifiestos de reincidencia delictiva, ocasionando graves consecuencias sociales, jurídicas y penales.

Por todo ello es importante, en prisión y en la comunidad, proporcionar a este colectivo de personas con enfermedad mental grave o crónica que consumen drogas, además de la **atención clínica primaria y especializada**, en materia de salud mental y adicciones; y de atender las necesidades en torno a la alimentación, alojamiento, ropa, higiene, transporte, formación/inserción laboral, estabilidad económica, etc; incidir especialmente en las actividades de **rehabilitación psicosocial** de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía, y en mejorar la **red social de apoyo**, implicando a la familia, amigos y ONGs.

Igualmente las salidas de prisión por permiso o libertad son los momentos más críticos y de mayor riesgo, por las recaídas en consumo y abandono de tratamientos, de graves consecuencias y reincidencia delictiva. Por ello es imprescindible que toda persona con enfermedad mental consumidora de drogas, **a la salida de prisión continúe en la comunidad el tratamiento** (psicofármacos, metadona, VIH...), y el **seguimiento periódico** en el centro de salud-hospital-centro de salud mental-centro de drogodependencias. Es necesaria la **implicación de las entidades sociales y ONGs**, ya que en estos procesos pueden desempeñar un papel de acompañamiento y de mediación social muy eficaz entre los centros sociosanitarios, centros penitenciarios, CIS y familias, para obtener una continuidad de cuidados y tratamientos.

En este colectivo de personas con TMG y consumo de drogas es muy necesario el **acompañamiento y asesoramiento en los temas legales** mencionados anteriormente, en lo que respecta a causas penales pendientes, reglas de conducta y medidas de seguridad de libertad vigilada. La situación de incapacitación y tutela o curatela ha de tenerse presente de cara a su inserción en la comunidad.

## 2 OBJETIVOS PARA LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL

Las problemáticas, conductas y situaciones de riesgo descritas, constituyen verdaderas **deficiencias y necesidades** sobre las que es preciso intervenir, por ambas partes, la Institución Penitenciaria y la sociedad por medio de los recursos sociosanitarios, para obtener **cambios** que posibiliten **planteamientos de proyectos viables de inserción en la sociedad**.

En definitiva se trata de unos objetivos a trabajar, tanto en prisión como en la comunidad. Antes de proceder a su definición, conviene delimitar conceptualmente el objetivo final, la inserción, para poder asegurar que los planteamientos que se realizan, las actividades a desarrollar, se corresponden con los objetivos y hay coherencia con las problemáticas, necesidades y dificultades.

### 2.1 Inserción social/inserción sociolaboral

La inserción social comprende dos parcelas fundamentalmente: **autonomía y participación social**. Autonomía entendida como la posibilidad de la persona para decidir sobre sí misma, para lo cual ha de tener **recursos y habilidades** que le permitan la participación social. No hay inserción social si la persona no participa de la sociedad, si no forma parte de ella. Para participar socialmente es fundamental disponer de **competencia social** suficiente, es decir, de un conjunto de actitudes, habilidades y recursos que hagan posible la participación social.

La inserción social, como fase del proceso de cambio que conlleva la intervención en drogodependencias en Instituciones Penitenciarias, implica tanto a la vida del **drogodependiente** que va a salir del centro penitenciario como al conjunto de personas que conforman el **grupo social** al que la persona se va a reincorporar, estableciéndose una relación entre ambas partes.

Las actuaciones de inserción social conllevan la mayoría de las veces facilitar a las personas el **acceso a un empleo**, hablando entonces de **inserción sociolaboral**. El empleo, el acceso a un puesto de trabajo, proporciona a la persona ingresos económicos, reconocimiento social-estatus, participación social o comunitaria, y autonomía personal e independencia.

Concretando, al hablar de inserción nos estamos refiriendo a:

- **mantenimiento y mejora de la situación psicofísica:** no recaída en el consumo, estabilidad de la patología mental, adherencia a tratamiento, continuidad terapéutica en centros asistenciales (seguimiento y asistencia de adicciones, patología mental y orgánicas)...
- **tener unas condiciones de vida mínimas,** las necesidades básicas para la vida: alojamiento (y gastos de electricidad, gas, agua...), alimentación regular y variada, hábitos higiénicos (cambio de ropa, ducha, preservativo...), ropa (de verano, de invierno, limpieza, costura), transporte...
- **tener unos recursos económicos que posibiliten autonomía personal y afrontar cargas familiares:** trabajo estable (formación prelaboral, hábitos laborales...), prestaciones de desempleo y otras ayudas sociales...
- **tener una red social de apoyo normalizada y participar en espacios culturales, de ocio y relacionales:** padres, pareja, hijos, compañeros de curso, de trabajo, de ocio, talleres ocupacionales, paseos, clubs sociales, cine...

- **gestionar trámites administrativos y legales pendientes:** carnet, tarjeta sanitaria, padrón municipal, multas, causas pendientes, reglas de conducta...

La capacidad de inserción dependerá en primer lugar de asegurar los factores básicos (no consumo, continuación de tratamiento, necesidades básicas para la vida), y desarrollar el resto de factores que configuran una inserción eficaz (económicos, laborales, red social, gestiones administrativas y legales).

No obstante no siempre es posible la incorporación laboral, y en todo caso lo importante es ofertar un **itinerario personalizado** en función de las **necesidades y posibilidades**, es decir, adecuado y adaptado a su situación vital.

Con cada persona se podrá plantear un **tipo de inserción social en función de su situación física-psíquica-social en cada momento**: con una persona con serios déficits físicos o psíquicos o sociales no es factible plantear en un principio una inserción laboral, pero sí puede plantearse como primer objetivo una estabilidad diaria en cuanto a continuación de tratamientos, alojamiento-alimentación-vestuario-transporte, prestaciones económicas, más adelante talleres ocupacionales, etc. Es decir, en función de factores de la persona (físicos, psíquicos, formativos, laborales, consumos, tratamientos...) y de su entorno sociolaboral (familia, alojamiento, alimentación, centros terapéuticos, empleabilidad...), se podrán plantear diferentes niveles e itinerarios de inserción.

## 2.2 Objetivos para la inserción sociolaboral

Una vez delimitado el concepto de inserción social, en función de los problemas y necesidades se establecen los siguientes objetivos para la inserción sociolaboral, a trabajar en el medio penitenciario y en el medio comunitario.

- 1) Mejorar y mantener el estado de salud físico y mental, recibiendo la atención sanitaria primaria y especializada necesaria, así como un seguimiento clínico en consultas periódicas (medicina interna, psiquiatra, odontólogo, óptico, ginecólogo,...), y percibiendo las prestaciones protésicas (empastes, prótesis, gafas, lentillas, etc.) en los casos de carecer de solvencia económica suficiente.
- 2) Conseguir y mantener la abstinencia en el consumo de drogas, recibiendo los tratamientos adecuados a las dependencias, en sus vertientes farmacológica y terapéutica (rehabilitación psicosocial, prevención de recaídas, talleres ocupacionales, grupales, apoyo emocional, deporte, ocio y tiempo libre, etc.), en los dispositivos terapéuticos correspondientes.
- 3) Remediar discapacidades y conseguir la mayor autonomía posible de las personas con enfermedad mental y trastornos adictivos.
- 4) Prevenir conductas y situaciones de riesgo, mejorando la información sobre drogas y conductas de riesgo, favoreciendo la adquisición de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones habituales que pueden suponer riesgos en relación a las drogas, las relaciones sexuales, la práctica del tatuaje, la interrupción de tratamientos farmacológicos, y la no asistencia a los dispositivos terapéuticos.
- 5) Promover conductas y estilos de vida saludables en relación a la alimentación, higiene corporal, vestuario, dental y sueño; actividad física, revisiones médicas periódicas, consumo de drogas, relaciones sexuales, educación sexual, manejo del dinero, ocio y tiempo libre.
- 6) Mejorar la competencia psicológica y social, tratando de cambiar las variables relevantes de la conducta delictiva, y facilitando la adquisición y desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.

- 7) Efectuar formación laboral e inserción laboral adecuada a las capacidades y situación psicofísica.
- 8) Orientar en el restablecimiento de las relaciones familiares y sociales que puedan significar una fuente de apoyo.
- 9) Facilitar información acerca de los recursos sociosanitarios y en materia de ocupación del ocio y tiempo libre saludable.
- 10) Gestionar la valoración de dependencia y la acreditación de discapacidad cuando proceda, para poder percibir las prestaciones socio-económicas correspondientes.
- 11) Promover la adherencia al tratamiento farmacológico y el seguimiento en el recurso sociosanitario de la patología física, mental y adictiva.
- 12) Promover la satisfacción de las necesidades básicas para la vida: alojamiento, alimentación, higiene, vestuario y transporte, en aquellas personas que no puedan satisfacerlas por sí mismos, por deficiencias económicas o personales (discapacidad, deterioro familiar, deterioro cognitivo,...).
- 13) Asesorar y acompañar en la gestión de prestaciones por desempleo y otras prestaciones sociales, demanda de empleo, trámites administrativos (carnet, padrón municipal,...), búsqueda de recursos comunitarios, y gestión económica (conocimiento del gasto, desarrollo de actitudes de previsión y ahorro...).
- 14) Asesorar y acompañar en los temas legales, multas, causas penales pendientes, reglas de conducta y medidas de seguridad de libertad vigilada.

# 3 LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y LA COMUNIDAD.

## ACTIVIDADES Y RECURSOS PARA LA

Se han expuesto los problemas y necesidades que pueden presentar los drogodependientes ingresados en prisión a nivel físico, psíquico y social. En función de los problemas y necesidades se han establecido los objetivos para la inserción sociolaboral, a trabajar en el medio penitenciario y en el medio comunitario. El proceso de inserción sociolaboral ha de desarrollarse en tres pasos o fases:

- 1) **inicio del proceso de recuperación y reinserción en prisión,**
- 2) **derivación** a recurso sociosanitario comunitario, y
- 3) **continuación del proceso en la sociedad,** durante los permisos de salida, las salidas diarias, el tercer grado y al alcanzar la libertad.

### 3.1 Inicio del proceso de recuperación y reinserción en prisión

El proceso de recuperación y reinserción se inicia desde el momento del ingreso en el centro penitenciario. Una vez detectadas las áreas carenciales, necesidades e intereses del interno, se elabora el **Programa individualizado de intervención –PDI**, en el caso de preventivos; o de **tratamiento –PIT**, en el caso de penados; que recoge los objetivos específicos y las actividades prioritarias y complementarias en las que va a participar.

Las **actividades prioritarias** están encaminadas a subsanar las carencias más importantes que presenta, interviniendo sobre los factores directamente relacionados con la actividad delictiva (drogodependencias, agresiones sexuales, actos violentos, etc.), y sobre las carencias formativas básicas (analfabetismo, formación laboral, etc.) que están influyendo de una forma notoria en la posibilidad de su integración sociolaboral.

Las **actividades complementarias** no están directamente relacionadas con la etiología delictiva ni con las carencias básicas, y se complementan con las demás para promover el desarrollo integral (deporte, cultura, formación de hábitos saludables de ocio y tiempo libre, etc.).

Para atender las patologías físicas y mentales que presente, recibirá **atención psicosanitaria** por el Equipo de atención primaria y accederá a **atención especializada, odontológica y de los problemas de visión**, percibiendo prótesis dentales y gafas si las necesita y no dispone de recursos económicos.

La persona con problemas de consumo de sustancias tóxicas será incluida en el **programa de drogodependencias**, a cargo del Equipo Multidisciplinar de Atención a las Drogodependencias (GAD). Forman parte del Equipo GAD, profesionales de Instituciones Penitenciarias y de ONGs, de las áreas de la salud, jurídica, psicología, educación, trabajo social, sociología, deporte, etc. En algunos centros también forman parte del Equipo GAD profesionales de Planes Autonómicos y Municipales de Drogas. Los programas de drogodependencias se estructuran en torno a tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: prevención, tratamiento y reincorporación social.

Las actividades de prevención más importantes son los **programas de educación para la salud**, dirigidos a promover conductas y estilos de vida saludables en relación a la alimentación, higiene corporal y dental, vestuario, sueño; actividad física, revisiones médicas periódicas, adherencia a tratamiento, relaciones sexuales, manejo del dinero, ocio y tiempo libre. Estos programas también comprenden actividades para prevenir conductas y situaciones de riesgo, en relación a las drogas, las relaciones sexuales, la práctica del tatuaje, la interrupción de tratamientos farmacológicos, y la no asistencia a los dispositivos terapéuticos.

Los **programas de tratamiento de las drogodependencias**, dirigidos a reducir los daños y riesgos asociados al consumo de drogas y a conseguir y mantener la abstinencia, consisten en el programa de mantenimiento con agonistas (metadona...), para determinados drogodependientes de heroína, y el programa de deshabituación, para drogodependientes de alcohol, cannabis, cocaína, heroína, psicofármacos u otras sustancias. En el primero, además de la dispensación del fármaco, el interno puede acceder al programa específico de intervención psicosocial, que al igual que el programa de deshabituación, comprende actividades terapéuticas individuales y grupales, de prevención de recaídas, técnicas de reducción de ansiedad, mejora de autoestima, resolución de conflictos y habilidades sociales, para la mejora del desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.

Además de este programa psicosocial, en el proceso terapéutico del drogodependiente es prioritaria la **formación educativa** (educación básica, bachillerato, formación profesional, escuelas oficiales de idiomas, universidades y otras enseñanzas) y laboral, que junto a las **actividades culturales, deportivas y ocupacionales**, se complementa la intervención con el fin de proporcionar una formación integral a la persona.

En lo relativo a la **formación laboral**, en centros penitenciarios y CIS se desarrollan varios planes: de formación profesional para el empleo, de formación y orientación laboral, de formación en el exterior-servicio a la comunidad (Programa Reincorpora), y el Programa de Acompañamiento para la Inserción Laboral (Programa SAL). Van dirigidos a cubrir las carencias formativas, mejorar la cualificación profesional, incrementar el nivel de empleabilidad, elaborar itinerarios de integración socio laboral, apoyar en el proceso de búsqueda de empleo y facilitar la inserción laboral. También se proporciona información sobre los riesgos en el medio laboral, la prevención de accidentes, los derechos y obligaciones que se derivan de la relación laboral (modalidades de contratación, suspensión y extinción del contrato de trabajo, prestaciones básicas de la Seguridad Social...), fuentes de empleo, métodos y técnicas para la búsqueda de un puesto de trabajo, trabajo en equipo, gestión del conflicto, etc.

En lo que respecta a la reincorporación social, los mencionados procesos de prevención y de educación para la salud, terapéuticos, educativos y formativo laborales, mantienen su desarrollo y se amplían con **actividades específicas de preparación para la salida y vida en libertad y con medidas reglamentarias de acercamiento estructurado y progresivo al medio social**. Se trabaja en el restablecimiento de las relaciones familiares y sociales positivas, se gestiona la valoración de la dependencia y la acreditación de discapacidad, si procede, y la tarjeta sanitaria, y se orienta e informa sobre los recursos comunitarios. Las **salidas a la comunidad**, con acompañamiento de profesionales, y los **permisos de salida**, posibilitan que el interno vaya accediendo de forma gradual al medio social al que se incorporará definitivamente, favoreciendo la evolución y mejora de forma continuada de relaciones familiares y personales, la adquisición de destreza en el uso del transporte público y las normas viales, la realización de gestiones administrativas, el contacto con los centros sociosanitarios y laborales, y a utilizar recursos lúdicos (cine, paseos, excursiones). La **clasificación en tercer grado-medio abierto y cumplimiento en el CIS o en la Sección Abierta** posibilita intensificar el desarrollo en la comunidad de las actividades formativas, laborales y terapéuticas, pudiendo asistir diariamente a las mismas, lo que proporciona un grado mayor de responsabilidad, participación social y autonomía, favoreciendo la inserción social.

### 3.2 Casos especiales: trastorno mental grave (TMG) y consumo de drogas

En los casos de consumo de drogas y TMG, además de participar en actividades de prevención y tratamiento de las drogodependencias con agonistas (metadona...) o de deshabituación, la persona será incluida en el **programa de atención integral al enfermo mental (PAIEM)**, a cargo de un Equipo Multidisciplinar específico del PAIEM, compuesto por profesionales de Instituciones Penitenciarias y de ONGs. El PAIEM, dirigido a mejorar la calidad de vida de los internos con enfermedad mental y aumentar su autonomía personal y la adaptación al entorno, abarca actividades individuales y grupales de rehabilitación psicosocial como psicoeducación, adherencia al tratamiento, actividades para la vida diaria, autocuidados, habilidades sociales, autocontrol, afrontamiento de estrés y psicomotricidad. Igualmente, es prioritaria la formación educativa y laboral, que junto a las actividades culturales, deportivas y ocupacionales, se complementa la intervención con el fin de proporcionar una formación integral a la persona.

En lo que respecta a la reincorporación social, igualmente el PAIEM desarrolla actividades de preparación para la salida y vida en libertad y de impulso de la red social de apoyo, junto a salidas a la comunidad y permisos de salida, favoreciendo el acceso progresivo a los recursos terapéuticos comunitarios y al medio social al que se incorporará definitivamente. La clasificación en tercer grado-medio abierto y cumplimiento en el CIS o en la Sección Abierta de los internos con enfermedad mental favorece el proceso de incorporación social, por medio del **programa PUENTE de Mediación Social**, en el que participan profesionales de Instituciones Penitenciarias y de ONGs, siendo el papel de éstas determinante en la mediación y coordinación entre los profesionales del ámbito penitenciario con los recursos de salud mental comunitarios y los juzgados, así como en la mejora de la convivencia familiar y de la adherencia y vinculación con la red de recursos de Salud Mental, con un acompañamiento y seguimiento individualizado de los enfermos que están cumpliendo una condena.

### 3.3 Derivación a recurso sociosanitario comunitario, y continuación del proceso en la sociedad, durante los permisos de salida, el tercer grado y al alcanzar la libertad.

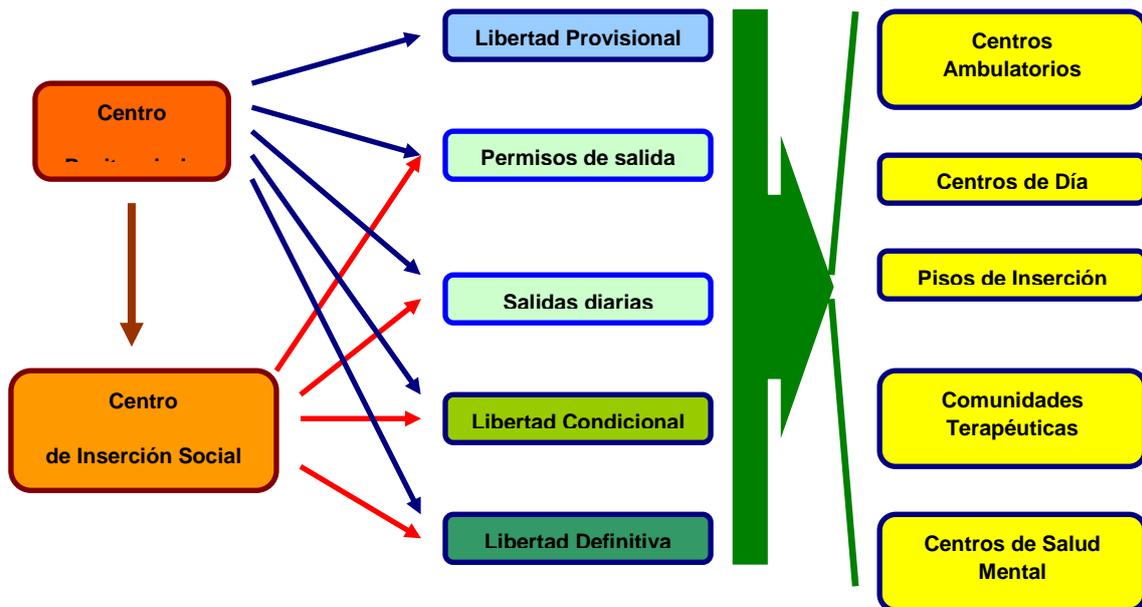
Desde un centro penitenciario los internos pueden salir en diferentes situaciones:

- en permiso de salida, reingresando al centro penitenciario tras su disfrute,
- en salidas diarias por tratamiento, formación, trabajo, etc., reingresando cada día al centro penitenciario,
- por traslado a un CIS por clasificación en tercer grado,
- en libertad provisional en el caso de preventivos,
- en libertad condicional, o
- en libertad definitiva.

A su vez, desde un CIS los internos pueden salir en diferentes situaciones:

- en permiso de salida, reingresando al CIS tras su disfrute,
- en salidas diarias por tratamiento, formación, trabajo, etc., reingresando cada día al CIS,
- en libertad condicional, o
- en libertad definitiva.

En todos estos casos los internos drogodependientes y los que presentan TMG y consumo de drogas pueden ser derivados a los recursos terapéuticos comunitarios, ya sea en permisos de salida, en salidas diarias a tratamiento, formación o trabajo, y al alcanzar la libertad, para continuar el tratamiento que resulte en una adherencia al tratamiento y una continuidad del proceso terapéutico, evitando recaídas en consumos o de patología mental y la reincidencia delictiva, penal y penitenciaria.



El proceso de derivación de internos desde Instituciones Penitenciarias a recursos terapéuticos de la comunidad.

Los recursos terapéuticos comunitarios pueden ser centros ambulatorios, centros de día, pisos de inserción, comunidades terapéuticas y centros de salud mental principalmente, en los que se presta una atención integral, a cargo de equipos multidisciplinares de las áreas de la salud, psicología, trabajo social, formación e inserción sociolaboral.

Excepto en los internos que alcanzan la libertad provisional o definitiva, que ya no dependen de la administración penitenciaria, en el resto: permisos de salida, salidas diarias, clasificación en tercer grado y libertad condicional, el centro penitenciario o el CIS efectúan un seguimiento y evaluación integral de las personas acogidas a estas medidas reglamentarias, para mantenerlas o modificarlas.

En el proceso de inserción sociolaboral descrito, y que se desarrolla en tres pasos o fases, se han identificado varios **puntos clave**:

- **la continuación** del tratamiento biopsicosocial iniciado en prisión es un elemento imprescindible para el objetivo reinsertador;
- en la continuación del tratamiento es determinante **la coordinación** entre los Equipos de los dispositivos de origen/salida (centro penitenciario o CIS) y de destino/entrada (CIS o dispositivo comunitario);

## 4 RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO

Para la implementación de un protocolo de inserción personalizada, para drogodependientes de centros penitenciarios en proceso de rehabilitación, el Grupo de Trabajo efectúa las siguientes recomendaciones que atañen a las 3 etapas:

- 1) **el proceso de recuperación y reinserción en prisión,**
- 2) **la derivación, y**
- 3) **la continuación del proceso en la comunidad.**

### 4.1 Recomendaciones sobre el proceso de recuperación y reinserción en prisión

El proceso de recuperación y reinserción, que se inicia desde el momento del ingreso en el centro penitenciario, con la elaboración del PDI o del PIT y la inclusión del interno con problemas de drogas en el programa GAD de drogodependencias, ha de resultar en un **itinerario de inserción personalizada**, en cuya elaboración los Equipos Multidisciplinares son fundamentales. Las recomendaciones de estructura y proceso son las siguientes.

#### 4.1.1 El Equipo Multidisciplinar

Potenciar el Equipo Multidisciplinar de atención a las drogodependencias-GAD.

Impulsar que el Equipo GAD esté compuesto por profesionales de Instituciones Penitenciarias, Comunidades Autónomas y ONGs.

Atendiendo a las diversas actividades e intervenciones a desarrollar, en el Equipo GAD han de estar al menos los siguientes profesionales: médico, enfermero, psicólogo, educador, trabajador social, jurista, técnico de orientación laboral, maestro, monitor deportivo, monitor ocupacional y funcionarios de vigilancia.

Trabajo en equipo desde los programas, con criterios y funciones consensuados, potenciando el trabajo en red.

Planificación anual concretando actividades, profesionales que las van a desarrollar, calendario, procedimientos de seguimiento de su ejecución y evaluación de las mismas.

Asignar un **profesional de referencia**, de Instituciones Penitenciarias o de ONG, y miembro del Equipo GAD, para cada interno, **en el centro penitenciario y en el CIS**. La asignación del profesional de referencia para cada interno es fundamental, es **uno de los puntos clave**, ya que establece una relación más directa, próxima y estable con el interno, y realiza un seguimiento más cercano de la evolución del proceso, ejerciendo mediación con la familia y con otras instituciones, para conseguir el apoyo y ayuda que el interno necesita en su preparación para la vida en libertad, sin perjuicio de las funciones que correspondan a otros profesionales del equipo. La presencia del profesional de referencia es deseable en todo el proceso, desde el inicio, y en todo caso imprescindible en la última fase de preparación para la libertad. Igualmente será determinante su trabajo en la derivación.

#### 4.1.2 Diseño del Itinerario de Inserción Sociolaboral en Prisión

Participación del Equipo Técnico y del Equipo Multidisciplinar de Drogodependencias GAD en la elaboración del Itinerario de Inserción Sociolaboral en Prisión. Éste ha de estar basado en las siguientes características:

- Valoración de cada caso. Desde el ingreso en el centro penitenciario. Seguimiento y acompañamiento personal a lo largo del itinerario.
- Itinerarios de formación integral e inserción laboral específicos e individualizados, en función de las características físicas, psíquicas, culturales, educativas, profesionales, motivacionales, edad, discapacidad y enfermedad mental.
- El itinerario ha de ser elaborado conjuntamente con el interno, estimulando su participación activa en la gestión de su itinerario, su implicación en su propio proceso, mediante el acompañamiento, el apoyo, la motivación, la responsabilización, el compromiso y el cambio de actitudes que dificulten este proceso. Trabajar con la persona, no para la persona.
- **El itinerario lógicamente ha de incluir las actividades prioritarias:**
  - 1) tratamiento de la dependencia de drogas e intervención psicosocial,
  - 2) educación para la salud,
  - 3) formación educativa, actividades culturales, ocupacionales y deportivas,
  - 4) formación-inserción laboral,
  - 5) tratamiento de los trastornos mentales y rehabilitación psicosocial: PAIEM, PUENTE, y
  - 6) preparación para la salida en libertad.
- El itinerario debe revisarse periódicamente para adecuarlo a los cambios, progresos o retrocesos de la persona. Se debe incluir la recaída dentro del proceso de incorporación sociolaboral, considerando los aspectos médicos y sociales que conlleva cada peculiaridad de consumo.

#### 4.1.3 Programas de agonistas (metadona...) y de deshabituación e intervención psicosocial

Potenciar la intervención psicosocial en los programas de agonistas y de deshabituación, actuación prioritaria que fomenta la adquisición de estrategias y herramientas de prevención de recaídas, técnicas de reducción de ansiedad, mejora de autoestima, resolución de conflictos y habilidades sociales. Igualmente es recomendable que las actividades terapéuticas individuales y grupales se desarrollen de forma planificada, efectuando una programación anual.

#### 4.1.4 Educación para la salud

Es uno de los programas principales y que demuestran ser más eficaces para obtener cambios en actitudes y conductas. Por ello es recomendable impartir los talleres de forma planificada. La planificación ha de ser anual, intentando dar cobertura al mayor número de internos, priorizando aquellos con mayores deficiencias detectadas. Diseñar un calendario de temas a impartir secuencialmente para hacer más atractiva la participación. Los contenidos preferentemente han de ser prácticos y útiles para la vida en sociedad, haciendo referencia a conductas de riesgo y a las deficiencias y problemas señalados anteriormente: adherencia a tratamiento, alimentación, higiene, aseo personal y cuidado de ropa, etc.

#### 4.1.5 Formación educativa integral

La formación educativa de los internos debe seguir siendo prioritaria, no trabajando sólo la formación escolar, sino fomentando también la formación cultural, deportiva y ocupacional. Se debe completar un mínimo de estudios básicos que refuercen el proceso de búsqueda de empleo y acceso a un puesto de trabajo.

#### 4.1.6 Formación - inserción laboral

Potenciar la formación laboral integral que proporcione:

- cualificación en una profesión,
- adquisición de habilidades de relación y hábitos de trabajo (horarios, puntualidad, autonomía, responsabilidad...),
- entrenamiento en habilidades para la vida en libertad, y
- percepción de utilidad y funcionalidad: hago una actividad, con un objetivo, “percepción de control de la propia vida”.

Extensión en el uso de programas de inserción laboral (con su integración en el PDI/PIT) basados en itinerarios personalizados y consensuados con el interno, con el acompañamiento y apoyo de profesionales especializados, iniciados en el centro mediante la elaboración de un perfil de empleabilidad en base al que se elabore un Proyecto Personal de Inserción, con las acciones necesarias para el incremento de la empleabilidad del participante y cuyo fin último es su incorporación al mercado laboral y el mantenimiento del empleo, por lo tanto con continuidad en régimen abierto.

Formación del personal interviniente en los procesos de inserción laboral en el trato con internos con problemática psicopatológica.

Efectuar en las personas en régimen abierto, además del control de presencia (si está o no en el trabajo), un seguimiento laboral: aspiraciones, relaciones con el jefe y compañeros, red de contactos laborales, etc. También realizar un control y seguimiento de los distintos tipos de actividades fuera del CIS (estudios en CEPA, voluntario en asociación cultural...).

#### 4.1.7 Tratamiento de los trastornos mentales y rehabilitación psicosocial: PAIEM y PUENTE

Potenciar las distintas actuaciones que conlleva el propio Programa PAIEM en internos con TMG y consumo de drogas: los Equipos Multidisciplinares, la evaluación de habilidades y discapacidades; las actividades de rehabilitación psicosocial, y especialmente las más básicas como son la “aceptación de la enfermedad y autonomía en la toma de medicación”; “autocuidados, limpieza y aseo de celda” y “actividades de la vida diaria”; asignación de tutor; incrementar la colaboración de las entidades sociales; y trabajo con las familias.

Asegurar la continuidad del tratamiento farmacológico en los permisos de salida facilitando al interno, al familiar o a la entidad responsable un informe con los fármacos y dosis prescritas.

Extender el Programa PUENTE de Mediación Social para personas con TMG a todos los CIS y Secciones Abiertas.

#### 4.1.8 Preparación para la salida en libertad

El acceso a esta última fase de desarrollo en el centro penitenciario se ha de realizar **con una antelación de al menos 6 meses** a la progresión a tercer grado o la libertad. Además de continuar con las actividades propias del itinerario de inserción sociolaboral, en esta fase se recomienda que se realicen las siguientes actuaciones.

##### 1) Información y gestión de trámites

- Gestión, previamente a la progresión a tercer grado o a la libertad, de la valoración de dependencia (grado y programa individual de atención), imprescindible para poder acceder a las ayudas, y de la acreditación de discapacidad.
- Tramitación de las prestaciones no contributivas a las que tenga derecho.
- Tramitación de la tarjeta sanitaria.
- Información del proceso de la tramitación de la “prestación de desempleo de penado liberado”.

## 2) Información y asesoramiento de temas legales

- Información del procedimiento de solicitud de cancelación de antecedentes penales.
- Información sobre procesos legales pendientes.
- información sobre reglas de conducta.
- Información sobre medidas de seguridad de libertad vigilada.

## 3) Información y red social de apoyo

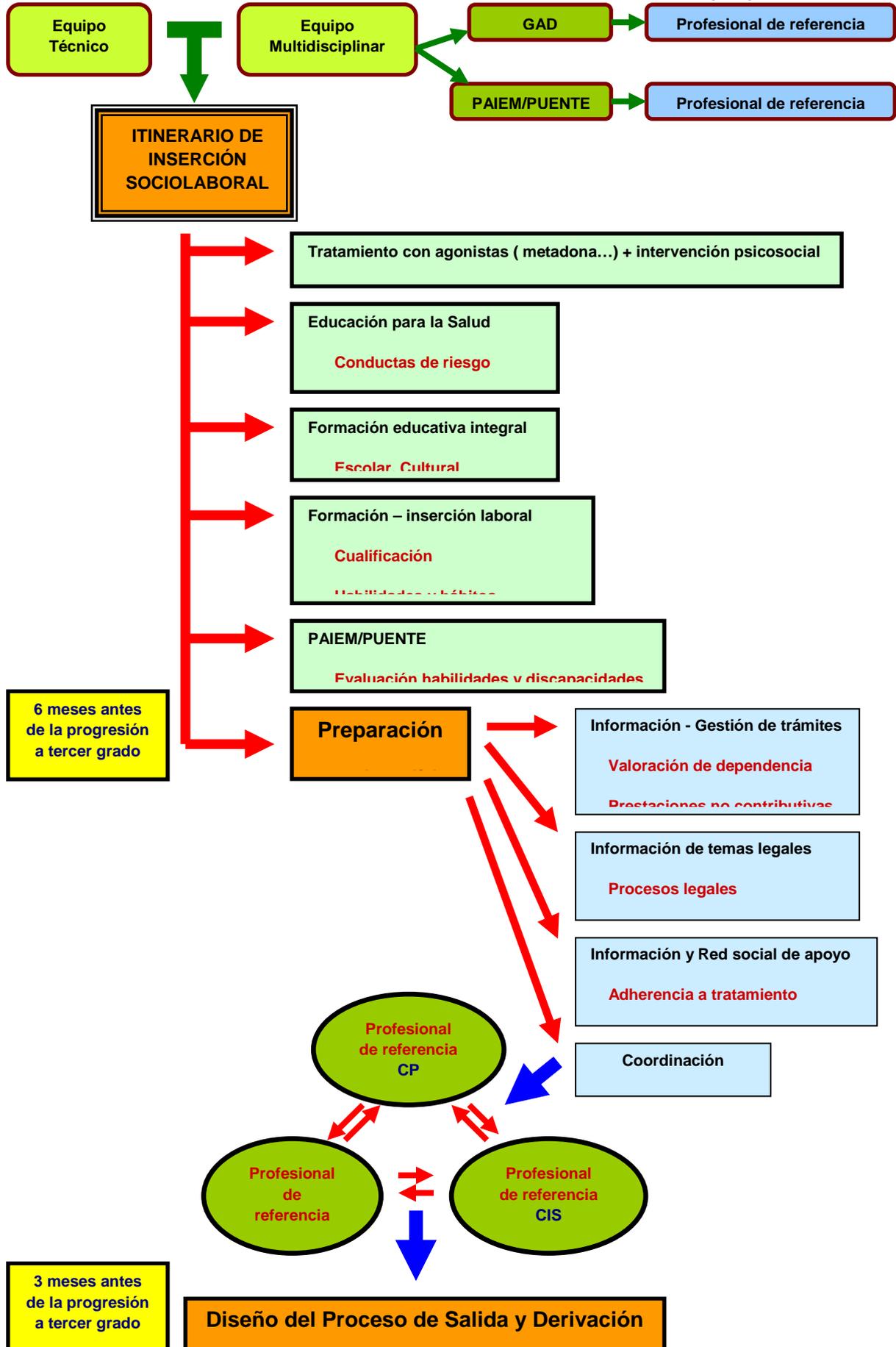
- Información y educación sobre aspectos fundamentales en libertad:
  - **la continuación del tratamiento** farmacológico y psicosocial, **otro de los puntos clave,**
  - la asistencia a los dispositivos comunitarios: centro de drogodependencias, salud mental, centro de salud, hospital...,
  - prevención de recaídas,
  - utilización de transporte, medios, tarifas,
  - manejo del dinero,
  - recursos comunitarios, y
  - ocio y tiempo libre.
- Intervención con la familia, instituciones y ONGs que puedan desempeñar un papel positivo en el apoyo, acompañamiento en permisos y salidas, y acogida.
- Potenciar la utilización de los permisos de salida y salidas a la comunidad, con acompañamiento inicial de profesionales, de acercamiento progresivo al medio y toma de contacto con medios de transporte, barrio, dispositivos terapéuticos comunitarios y otros recursos.

## 4) Coordinación

La coordinación es **otro punto clave**, recomendando:

- **Coordinar y supervisar**, por parte de los profesionales de referencia para el interno del centro penitenciario y del CIS, **que se están llevando a cabo** las actuaciones de preparación para la salida y que se gestionan los trámites. Estos profesionales han de aglutinar todas las acciones que se realizan con la persona en esta fase, propondrán fechas, coordinarán acciones, etc.
- **Coordinación centro penitenciario-CIS-centro terapéutico comunitario:**
  - Establecer la coordinación, entre el centro penitenciario y el CIS en el caso de progresiones a tercer grado, y entre el centro penitenciario o CIS y el centro comunitario en el caso de libertad, manteniendo para ello, con antelación suficiente, contactos previos los profesionales de referencia para el interno, de cada dispositivo de origen/salida y de destino/entrada.
  - Facilitar el **diseño conjunto del proceso de salida y derivación** de cada interno entre los profesionales de referencia de los dispositivos intervinientes, centro penitenciario-CIS-centro comunitario, manteniendo para ello la asistencia o visita de estos profesionales al centro que va a generar la salida, estableciendo así vínculo terapéutico.
  - Previamente a la progresión a tercer grado o libertad, promover una **visita del interno al CIS o al centro comunitario**, con motivo de un permiso o de una salida, de toma de contacto, presentación y conocimiento del profesional de referencia del dispositivo de destino, acompañado si es preciso por el profesional de referencia del dispositivo de origen.

### PROCESO DE RECUPERACIÓN Y REINSERCIÓN EN PRISIÓN (4.1)



## 4.2 Recomendaciones sobre la derivación

La continuación del tratamiento a la salida de prisión es un indicador de eficacia de la derivación que se realiza, para lo cual es imprescindible la coordinación de los profesionales de referencia de los dispositivos de origen/salida y destino/entrada, puntos clave del proceso de inserción sociolaboral. Las recomendaciones que atañen a la derivación son las siguientes.

**4.2.1 Continuar en régimen abierto-CIS** el desarrollo, ejecución y seguimiento del itinerario de inserción sociolaboral iniciado en prisión, mediante la coordinación de ambos Equipos, centro penitenciario y CIS. En internos con TMG y consumo de drogas potenciar la coordinación entre los programas PAIEM y PUENTE de Mediación Social.

**4.2.2 Continuar en la comunidad** durante los permisos de salida, tercer grado y libertad las intervenciones de recuperación personal y preparación para la libertad iniciados en prisión, para lo cual es imprescindible la coordinación de los Equipos intervinientes: centro penitenciario, CIS y dispositivo comunitario.

**4.2.3 Asignar un profesional de referencia en el dispositivo comunitario**, para establecer la coordinación con los profesionales de referencia del centro penitenciario y del CIS, intercambiar información y facilitar la atención, acogida, apoyo y acompañamiento en diferentes recursos a personas con limitaciones muy elevadas y con características muy específicas.

**4.2.4 Elaborar, con una antelación de al menos 3 meses** a la progresión en tercer grado o la libertad, **el proceso de salida y derivación**, diseñado conjuntamente entre los profesionales de referencia, penitenciarios y comunitario, definiendo y concretando procedimientos y recursos:

- realización de entrevistas,
- recopilación de documentación,
- estudio de informes externos,
- acogida en comunidad,
- elaboración de informe clínico y psicosocial, y
- elaboración de un plan individualizado de intervención en el dispositivo comunitario, que constituye el **Itinerario de Inserción Sociolaboral en Comunidad**, consensuado con el interno, estimulando su participación activa en la gestión de su derivación y su implicación.

**4.2.5 Efectuar la derivación** al CIS o al dispositivo comunitario **mediante el Protocolo de Inserción Personalizada** (ver 4.4), según la situación física, psíquica y social, y que contenga:

- lo que ha hecho en prisión, el itinerario de inserción sociolaboral: tratamiento de drogodependencias, PAIEM, formación escolar y laboral, trabajos realizados...,
- las gestiones y trámites realizados: valoración de dependencia, acreditación de discapacidad, tarjeta sanitaria...,
- la red social de apoyo con la que cuenta: familia, amigos, ONG...,
- las salidas previas que ha realizado de conocimiento del recurso y profesionales,
- disponibilidad de residencia,
- CIS al que es derivado por progresión a tercer grado,
- dispositivo comunitario al que es derivado por libertad y cita concertada,
- los profesionales de referencia de los dispositivos de origen y destino,
- los aspectos que va a necesitar en libertad: alojamiento, sanidad, tratamiento de drogodependencias, salud mental, transporte, etc,
- procedimientos legales pendientes, reglas de conducta, medias de seguridad...,
- documentación acompañante: valoración de dependencia, informe clínico (patologías, fármacos y dosis) y psicosocial que se entrega al interno y/o acompañante y/o se envía por fax al centro comunitario, y
- consentimiento a proporcionar información al recurso externo (ver 4.5).

**4.2.6 Cumplimentar el protocolo por el profesional de referencia y el coordinador del Equipo Multidisciplinar**, independientemente de que cada profesional utilice las fichas de registro o evaluación correspondientes o que precisen para el desarrollo de su tarea (para la derivación a los CIS de internos con TMG que están en PAIEM actualmente se utiliza el “Anexo 5 del PAIEM”).

**4.2.7 La libertad de un interno con TMG debe efectuarse con derivación al centro de salud mental o de drogodependencias**, con cita concertada y el compromiso del familiar y/o ONG de acompañar al interno al menos en las primeras citas. Es recomendable la implicación de una entidad social que realice una “gestión de caso”, acompañando el proceso de derivación, que debe facilitarse con salidas terapéuticas y permisos progresivamente frecuentes y duraderos.

### **4.3 Recomendaciones sobre la continuación del proceso de recuperación y reinserción en la comunidad**

Habiendo realizado previamente en prisión una intervención biopsicosocial de recuperación y preparación para la vida en libertad, estando establecida la coordinación entre los dispositivos de origen/salida y destino/entrada, por medio de los profesionales de referencia, y habiendo efectuado la derivación por medio del protocolo, la continuación del proceso en comunidad es requisito imprescindible para la reinserción. Las recomendaciones en esta última fase son las siguientes.

**4.3.1 Continuar en la comunidad** el programa específico de rehabilitación iniciado en prisión. Las dos primeras semanas tras la excarcelación constituyen un período crítico, de ahí la importancia de haber articulado previamente toda una serie de medidas, de acercamiento progresivo al medio comunitario en los permisos y salidas, y de coordinación entre el centro penitenciario-CIS-dispositivo comunitario, dirigidas a favorecer la adherencia y continuación del tratamiento a la salida de prisión.

**4.3.2 Asignar un profesional de referencia**, miembro del Equipo Multidisciplinar del dispositivo comunitario que desarrolla el programa, para que efectúe:

- coordinación con los profesionales de referencia del centro penitenciario o CIS, previamente a la progresión a tercer grado o libertad, para diseñar el proceso de salida y derivación;
- coordinación e intercambio de información con profesionales de los diferentes recursos comunitarios (centro de drogodependencias, salud mental, centros de salud de atención primaria y especializada, servicios sociales, formación e inserción laboral), para facilitar la cita y atención, y consolidar el plan individualizado de intervención y el **Itinerario de Inserción Sociolaboral en Comunidad**; y
- asesoramiento, acompañamiento y seguimiento en el itinerario de inserción sociolaboral, periódico y frecuente, fundamentalmente durante las primeras semanas y meses, para acompañar en la resolución de dudas y conflictos.

**4.3.3 Impulsar que el programa de tratamiento en la comunidad reúna una serie de características:**

- Es importante dar una acogida y un espacio “protegido” para que la persona se sienta cómoda y favorecer la adherencia al tratamiento.
- Tratamiento individualizado, en función de las características físicas, psíquicas, sociales y adictivas.
- Psicoterapia individual y grupal, prevención de recaídas.
- Programa de rehabilitación psicosocial específico en los casos de enfermedad mental.
- Evitar situaciones de alto riesgo en los centros de atención al drogodependiente por coincidir con antiguos “colegas”.

- Conocimiento y asesoramiento de su situación legal, familiar, recursos sociales, formativos, laborales, etc.
- Intervención con familias.
- Duración de las actuaciones de inserción no determinada previamente, posibilidad de prorrogar en función de las características o necesidades personales: familiar, recursos sociales, formativos, laborales, etc.

**4.3.4 Abordaje individualizado en función de las características físicas, psíquicas, culturales, educativas, profesionales y motivacionales**, recomendando atender y gestionar las siguientes necesidades:

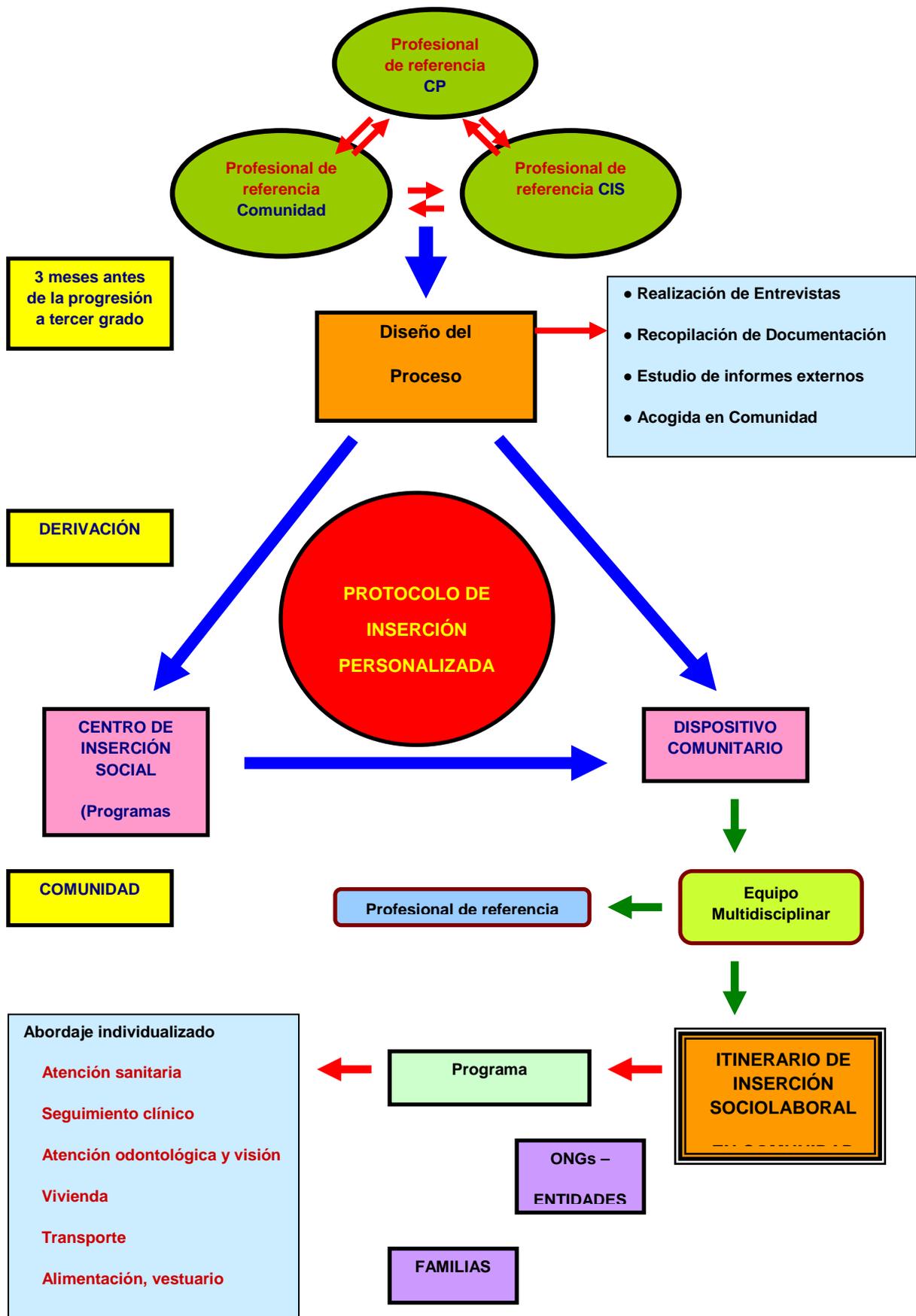
- Atención sanitaria primaria y especializada, de problemas físicos y mentales.
- Seguimiento clínico en consultas periódicas (odontólogo, óptico, ginecólogo, medicina interna, psiquiatra...).
- Atención odontológica y de los problemas de visión, percibiendo prótesis dentales y gafas si las necesita y no dispone de recursos económicos.
- Vivienda para poder derivar a drogodependientes o con patología dual.
- Ayudas sociales para transporte, alimentación, vestuario y otras necesidades.
- Asesoramiento en temas legales, reglas de conducta, medias de seguridad, etc.
- Recursos "puente" que permitan de forma normalizada y paulatina la incorporación psicosocial y laboral para aquellos internos que tienen la salida en libertad y carecen de red social o familiar.
- Recursos de tratamiento específico de patología dual.
- Plazas para discapacitados físicos o intelectuales.
- Cuidador en casos en que sea preciso por situación física o mental.
- Gestión de listas de espera: respuesta inmediata a determinadas situaciones.
- Acceso a talleres ocupacionales y de ocio y tiempo libre.
- Acceso a escuelas-taller, formación e inserción laboral, habilidades sociales y laborales, prevención de riesgos laborales.
- Trabajar la motivación para que el usuario participe en los programas de empleo.
- Flexibilizar los protocolos para facilitar el acceso a cada recurso.
- Facilitar la gestión de la "prestación de desempleo de penado liberado", proporcionando información sobre procedimientos y plazos, y asesoramiento y ayuda en su tramitación.

En las actividades del proceso de inserción las ONGs y entidades sociales colaboradoras pueden contribuir notablemente.

### TABLA ESQUEMÁTICA DEL PROTOCOLO DE INSERCIÓN PERSONALIZADA

MOMENTO CLAVE	ACTUACIÓN ESTRATÉGICA	RESPONSABLES
Ingreso en prisión	Diseño del Itinerario de Inserción Sociolaboral en Prisión	Equipo Técnico Equipo Multidisciplinar (GAD-PAIEM-PUENTE)
6 meses antes de la progresión a tercer grado o libertad	Preparación para la salida	Equipo Multidisciplinar (GAD-PAIEM-PUENTE) Profesional de referencia del CP Profesional de referencia del CIS
3 meses antes de la progresión a tercer grado o libertad	Diseño del Proceso de Salida y Derivación Diseño del Itinerario de Inserción Sociolaboral en Comunidad	Profesional de referencia del CP Profesional de referencia del CIS Profesional de referencia Equipo Comunitario
Derivación	Cumplimentación y remisión del Protocolo de Inserción Personalizada	Profesional de referencia del CP Profesional de referencia del CIS Profesional de referencia Equipo Comunitario
Comunidad	Desarrollo del Itinerario de Inserción Sociolaboral en Comunidad	Equipo Multidisciplinar Dispositivo Comunitario Profesional de referencia Equipo Comunitario

## DERIVACIÓN Y CONTINUACIÓN EN COMUNIDAD DE LA RECUPERACIÓN Y REINSERCIÓN (4.2 y 4.3)



**4.4 Protocolo de inserción personalizada**

Se relacionan, de forma esquemática, las actuaciones a desarrollar en prisión, dirigidas a facilitar la integración del interno en el medio social a la salida de prisión, y el procedimiento de derivación a recurso comunitario, para la continuidad de tratamiento en la red socio-sanitaria.

Cumplimentar y enviar al centro al que se deriva (CIS o dispositivo comunitario).

Archivar copias una vez se haya producido la excarcelación en el protocolo de tratamiento y en la historia clínica.

Consta de 4 partes:

1. Itinerario de inserción sociolaboral
2. Preparación para la salida
3. Derivación a CIS o dispositivo comunitario
4. Observaciones y valoraciones

**NOMBRE Y APELLIDOS de el/la interno/a:** .....

Sexo:  hombre  mujer Edad ..... años Nacionalidad: .....

Estado civil: ..... Nº de hijos: ..... N.I.S.: .....

D.N.I.: ..... N.I.E.: ..... Pasaporte: .....

**1. ITINERARIO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL REALIZADO EN PRISIÓN**

señalar los programas/actividades en los que ha participado

- programa de drogodependencias
- de agonistas (metadona y otros), fecha de inclusión: .....
- con intervención psicosocial, fecha de inclusión: .....
- de deshabitación, fecha de inclusión: .....
- educación para la salud, talleres/actividades en los que ha participado
- conductas de riesgo (consumo de alcohol y drogas, prácticas sexuales sin protección, tatuajes)
- adherencia a tratamiento  alimentación, higiene
- formación escolar, nivel académico alcanzado: .....
- formación – inserción laboral
- cursos de formación laboral desarrollados, nombre y duración:
- .....
- .....
- .....
- .....
- cualificación profesional: .....
- .....
- .....
- puestos de trabajo desarrollados en prisión, nombre y duración:
- .....
- .....
- .....
- .....
- perfil de empleabilidad: .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- PAIEM / PUENTE: actividades de rehabilitación psicosocial en los que ha participado
- .....
- .....
- .....

**2. PREPARACIÓN PARA LA SALIDA****Actividades de información y gestión de trámites:**

- tiene valoración de dependencia: grado: .....
- tiene acreditación de discapacidad
- tiene tarjeta sanitaria  está en tramitación  no tiene tarjeta sanitaria
- ha recibido información para la tramitación de la "prestación de desempleo de penado liberado"
- está empadronado en (indicar calle, nº, ciudad y provincia): .....
- .....
- .....

 Ha participado en actividades de **información/educación** de aspectos fundamentales para la libertad:

- la continuación del tratamiento farmacológico  prevención de recaídas
- la asistencia a dispositivos comunitarios de drogodependencias y/o salud mental
- la utilización de transporte  manejo del dinero  recursos comunitarios de ocio

**Red social de apoyo**, se ha establecido contacto favorable:

- con familiares con motivo de comunicaciones o encuentros programados (nombre, parentesco y tfno.):
- .....
- .....
- con familiares telefónicamente (nombre, parentesco y tfno.): .....
- .....
- .....
- con amigos (nombre, apellidos y tfno.): .....
- .....
- .....
- con ONG/Entidad social (nombre de la ONG/Entidad, nombre de la persona de contacto, dirección, tfno.):
- .....
- .....

**Salidas terapéuticas**

- Ha participado: individuales nº ..... grupales (varios internos), nº .....

**Permisos**

- ha salido nº ....., acompañado por familiar/amigo nº ....., acompañado por ONG nº .....
- ha acudido al centro terapéutico de drogodependencias y ha contactado con profesionales (médico, psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, terapeuta), indicar nombre del recurso y profesional de referencia
- .....
- .....
- ha acudido al centro de salud mental y ha contactado con profesionales (médico, psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, terapeuta), indicar nombre del recurso y profesional de referencia
- .....
- .....
- durante el permiso ha residido en (familia, amigos, recurso comunitario), especificar.....
- .....

**Residencia en caso de libertad**

- tiene asegurado domicilio familiar, indicar qué familiar y dirección:
- .....
- .....
- tiene asegurado otro recurso residencial, indicar tipo de recurso (ONG, institución, amigo, etc), así como nombre y apellidos de la persona de contacto, dirección y tfno: .....
- .....
- .....
- .....

**3. DERIVACIÓN****Tipo de derivación**

- de centro penitenciario a CIS
- de centro penitenciario a dispositivo comunitario
- de CIS a dispositivo comunitario

**Centros intervinientes** (señalar los **centros de origen y destino y los profesionales de referencia**):

- centro penitenciario (nombre y dirección):.....  
 .....  
 profesional de referencia (nombre, apellidos y teléfono de contacto): .....  
 .....
- centro de inserción social CIS (nombre y dirección): .....  
 .....  
 profesional de referencia (nombre, apellidos y teléfono de contacto): .....  
 .....
- dispositivo comunitario (nombre y dirección): .....  
 .....  
 profesional de referencia (nombre, apellidos y teléfono de contacto): .....  
 .....
- tiene cita concertada para la fecha ..... Irá acompañado de un  
 familiar/amigo/ONG de los del apartado 2, indicar quién .....  
 .....

**Motivo**

- por permiso, fecha prevista: .....
- por progresión a tercer grado, fecha prevista: .....
- por libertad provisional, fecha: .....
- por libertad condicional, fecha prevista: .....
- por libertad definitiva, fecha prevista: .....

**Necesidades en comunidad**

- atención a las drogodependencias
  - está en tratamiento con metadona, dosis (mg) .....
  - está en tratamiento con otro agonista, especificar fármaco y dosis .....
  - está en tratamiento de deshabituación
- atención sanitaria: diagnósticos, fármacos y dosis (se adjunta informe clínico)  
 .....  
 .....  
 .....
- salud mental: diagnósticos, fármacos y dosis (se adjunta informe clínico)  
 .....  
 .....  
 .....
- atención odontológica y de visión
- presenta discapacidad física
- presenta discapacidad psíquica
- precisa cuidados para la vida diaria
- precisa alojamiento
- precisa ayuda para bono de transporte
- precisa ayuda para alimentación, vestuario y otras necesidades
- precisa asesoramiento para la tramitación de la "prestación de desempleo de penado liberado"
- precisa continuar la formación e inserción laboral

**Información jurídica y legal:**

- tiene procedimientos o causas penales pendientes (se adjunta informe)
- tiene reglas de conducta (se adjunta informe)
- tiene medidas de seguridad de libertad vigilada (se adjunta informe)
- tiene incapacitación (se adjunta informe)     está en tramitación la incapacitación (se adjunta informe)
- tiene tutela/curatela, especificar nombre, dirección y tño de la persona o entidad responsable:

.....

.....

.....

**Documentación acompañante** (en los casos de tercer grado y libertad):

- consentimiento firmado por el interno para proporcionar información al dispositivo comunitario
- valoración de dependencia (grado y programa individual de atención)
- acreditación de discapacidad
- informe clínico (patologías, fármacos y dosis)
- informe psicosocial
- informe jurídico legal (procedimientos/causas pendientes, reglas de conducta, medidas de seguridad de libertad vigilada, incapacitación o su solicitud, tutela/curatela, ...)

**4. OBSERVACIONES y VALORACIONES**

(aportar las consideraciones que se estimen oportunas)

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

Fdo.: el profesional  
de referencia

Fdo.: el coordinador  
del Equipo Multidisciplinar

**4.5 Consentimiento para proporcionar información al dispositivo comunitario****AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

CENTRO PENITENCIARIO / CIS: .....

D./Dña. ....

con NIS nº .....

y D.N.I / N.I.E / Pasaporte nº .....

actualmente incluido en el Programa de ..... (1)

por el presente documento **AUTORIZO** al Equipo Multidisciplinar de atención a las drogodependencias – GAD y/o PAIEM-PUENTE del establecimiento penitenciario para que mis datos personales – los estrictamente necesarios – sean cedidos al Equipo Multidisciplinar del dispositivo comunitario .....

..... (2)

con la finalidad de favorecer la continuación de mi tratamiento y mi rehabilitación psicosocial.

Y para que conste a los efectos que procedan, lo firmo

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

Fdo.:

(1) Metadona, Deshabitación, PAIEM, PUENTE, ...

(2) nombre y dirección

## 4.6 Evaluación

La evaluación precisará elaborar con antelación dos tipos de registros:

- a) Registro de derivados de Instituciones Penitenciarias (IIPP) a dispositivos comunitarios, para utilización en IIPP.
- b) Registro de derivados que acceden a Inserción Básica e Inserción Sociolaboral, para utilización en los dispositivos comunitarios.

Se considera Inserción Básica a aquellos sujetos derivados desde IIPP que reúnan estas variables:

1. continuación de tratamiento en dispositivo comunitario
2. necesidades cubiertas de:
  - o atención sanitaria primaria y especializada, de problemas físicos y mentales,
  - o seguimiento clínico en consultas periódicas (odontólogo, óptico, ginecólogo, medicina interna, psiquiatra...),
  - o atención odontológica y de los problemas de visión, percibiendo prótesis dentales y gafas si las necesita y no dispone de recursos económicos,
  - o vivienda,
  - o transporte, alimentación y vestuario, y
  - o talleres ocupacionales y de ocio y tiempo libre
3. percepción de la “prestación de desempleo de penado liberado”.

Se considera Inserción Sociolaboral a aquellos sujetos derivados desde IIPP que además de la inserción Básica estén en alguna de las siguientes situaciones:

- acceso a escuelas-taller,
- formación laboral, o
- inserción laboral, desempeñando trabajo estable.

Difundido el protocolo e implantado en IIPP y en los dispositivos comunitarios, se podrá realizar una evaluación de estructura, proceso y resultado, de la que se expone a continuación una síntesis:

- Nº de centros y CIS que designan profesionales de referencia de Equipos Multidisciplinares de Drogas – GAD, según Comunidades Autónomas.
- Nº de dispositivos comunitarios que designan profesionales de referencia, según Comunidades Autónomas.
- Nº de centros penitenciarios y CIS que elaboran itinerarios de inserción sociolaboral según el modelo propuesto.
- Nº de centros penitenciarios y CIS que efectúan preparación para la salida en libertad según el modelo propuesto.
- Nº de centros penitenciarios y CIS que efectúan reuniones de coordinación con los dispositivos comunitarios.
- Nº de derivados desde IIPP a dispositivos comunitarios.
- Nº de derivados con Inserción Básica.
- Nº de derivados con Inserción Sociolaboral.

## 6 BIBLIOGRAFÍA

Documento Marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. UNAD, Marzo 2005.

Experiencias de buenas prácticas en inserción laboral de drogodependientes para los técnicos de la red de la agencia antidroga. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2007.

Guía de procedimientos de intervención en orientación sociolaboral con personas en tratamiento por drogodependencias. Red ARAÑA, Tejido de Asociaciones por el Empleo Juvenil, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2003.

Guía para la incorporación social. Consejería de Bienestar Social, Principado de Asturias.

Guía de Recursos Sociales y Laborales para personas drogodependientes en situación de exclusión social. Instituto de Adicciones de Madrid, Asociación LaKoma Madrid, 2008.

La integración sociolaboral de personas drogodependientes. Propuesta y puesta en práctica de un modelo. Cruz Roja Española, 2002.

La integración socio laboral en los centros de día de población drogodependiente. Fundación Atenea, Junio 2012.

Manual de buenas prácticas en integración laboral en Drogodependencias. Instituto de Adicciones de Madrid, Lakoma Madrid, Fundación Atenea, Ciudad Joven.

Personas drogodependientes tras su estancia en prisión. Mecanismos de inserción. Red ARAÑA, Tejido de Entidades Sociales por el Empleo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Proceso de orientación sociolaboral con personas en tratamiento de drogodependencias. Red ARAÑA, Tejido de Asociaciones por el Empleo Juvenil, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2003.

Un servicio de mediación sociolaboral para personas drogodependientes. Cruz Roja Española, 2003.



