



I 3/2011

TGP

**Asunto: PLAN DE INTERVENCIÓN GENERAL EN MATERIA DE DROGAS EN
LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA.**

Área de Aplicación: CENTROS PENITENCIARIOS

Descriptor: TRATAMIENTO, SANIDAD Y SEGURIDAD.

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas sigue siendo muy frecuente entre las personas que ingresan en prisión. Según el estudio "*Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006*", realizado en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas, el 79,7% de los internos consume drogas en el mes anterior al ingreso en prisión, generalmente en un contexto de policonsumo, siendo el grupo mayoritario el constituido por las personas que consumen heroína y/o cocaína, que representa el 42%.

Aunque el consumo de drogas por vía intravenosa se ha reducido considerablemente en los últimos años, sigue siendo frecuente entre las personas que ingresan en prisión, ya que el 11,7% eran consumidores de drogas por vía intravenosa en el mes previo al ingreso.

La drogodependencia es uno de los factores desestabilizadores más importantes entre las personas por la gravedad de las complicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas, como son la sobredosis, de fatales consecuencias en ocasiones; las infecciones por VIH-Sida, hepatitis C, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual; problemas importantes de salud mental, trastornos de la personalidad; y problemas de socialización y de relación considerables, educativos, laborales, familiares, de convivencia, marginalidad, prostitución, tráfico de drogas y otros delitos.



Al mismo tiempo, la realidad penitenciaria nos indica que la presencia de sustancias estupefacientes - *en mayor o menor medida* - en el interior de los centros penitenciarios, repercute negativamente en una serie de ámbitos como los siguientes:

- Afectación de los bienes jurídicos relativos a la *vida*, la *integridad física* y la *salud de los internos*.
- *En el desarrollo normal de los programas específicos de tratamiento relativos a la drogadicción*, los cuales se ven obstaculizados por la presencia de sustancias estupefacientes en las prisiones.
- También afecta a la *vida regimental y la normal marcha del establecimiento*, creando, en ocasiones, un clima social de convivencia dificultosa entre internos y con los distintos profesionales penitenciarios.
- En el ámbito presupuestario, toda vez que la afectación de bienes jurídicos de los reclusos relativos a la vida e integridad física, genera una *responsabilidad patrimonial de la Administración*.
- Finalmente, se ve afectada la *imagen institucional* así como la percepción por el ciudadano y las personas vinculadas con los internos, que no detectan una intervención eficaz en este ámbito.

Partiendo de este contexto se hace necesario proceder a una actualización de las metodologías de intervención que aborden el impulso y organización, tanto de los programas terapéuticos con la población drogodependiente o **intervenciones sobre la demanda**, como el impedimento de la entrada y tráfico de sustancias tóxicas o **intervenciones de reducción de la oferta** y todo ello en adecuación a las características actuales de la población reclusa y a la legislación vigente.

II. ACTUACIONES INTRODUCIDAS

Las actuaciones que presiden la intervención en el campo de las drogodependencias en la Institución Penitenciaria recogidas en la presente Instrucción se resumen en los siguientes puntos:

- a) Actuación conjunta y coordinada entre tratamiento, sanidad y seguridad.
- b) Intervención sobre la demanda: Programas de drogodependientes
- c) Intervención sobre la oferta: Medidas contra la introducción y tráfico de drogas.
- d) Creación de una Comisión de Seguimiento del Plan de intervención general
- e) Campañas de sensibilización e información en materia de drogas.



a. Actuación conjunta y coordinada entre tratamiento, sanidad y seguridad.

La problemática actual nos muestra que si bien la Administración Penitenciaria dispone de recursos normativos que le permiten y le obligan a realizar una intervención eficaz para evitar la introducción y tráfico de sustancias estupefacientes en los centros penitenciarios, en ocasiones, estas actuaciones de control por si mismas *no aportan los resultados deseados*.

La experiencia en este campo nos lleva al planteamiento de que la intervención no se puede contemplar exclusivamente desde un punto de vista regimental o de seguridad, sino que debe acometerse de manera *global*, lo que implica una *actuación conjunta y coordinada* de las diferentes áreas profesionales relacionadas especialmente con el **tratamiento penitenciario**, la **sanidad** y la **seguridad**.

Por tanto, desde el trabajo conjunto y organizado de los profesionales de las diferentes áreas, se pretende abordar una intervención global basada en dos grandes líneas de intervención: demanda y oferta.

b. Intervención sobre la demanda: Programas con drogodependientes.

Comprende el conjunto de actuaciones dirigidas al tratamiento de las drogodependencias en sus distintas modalidades terapéuticas.

Las diversas intervenciones se estructuran en torno a la prevención, la asistencia (reducción de riesgos y daños, deshabituación, intervención sanitaria e intervención psicosocial) y la reincorporación social.

En su planificación y ejecución se consideran las medidas, programas y principios directores en materia de drogodependencia recomendadas por la Oficina Regional para Europa de la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (Recomendación de Madrid 2009), así como la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, tal y como se recoge en el apartado dos de la presente instrucción.

Para el desarrollo de los diversos programas de intervención en materia de drogodependencias se contará con la coparticipación de las diversas áreas penitenciarias y las diferentes instituciones responsables de la atención a las drogodependencias, dependientes de las Administraciones Central, Autonómica y Local, así como de las organizaciones no gubernamentales. En cada centro penitenciario se constituirán los equipos de intervención y coordinación de acuerdo a lo establecido en esta instrucción.

c. Intervención sobre la oferta: Medidas contra la introducción y tráfico de drogas.

La intervención sobre la oferta, descrita en el punto 3 de la presente instrucción, se centra en articular los mecanismos y procedimientos necesarios para **evitar la introducción y el tráfico de sustancias estupefacientes** en los centros penitenciarios.

d. Creación de una Comisión de Seguimiento del Plan de intervención.

La Comisión de Seguimiento del Plan de Intervención en materia de drogas será el equipo responsable de la aprobación, coordinación en la ejecución y evaluación del conjunto de



actividades y programas dirigidos a la población penitenciaria o intervenciones sobre la demanda y de las medidas contra la introducción y tráfico de drogas o intervenciones de reducción de la oferta.

Presidida por el Director/a del Centro Penitenciario, estará compuesta por el Subdirector /a Médico/Jefe de los Servicios Médicos, el Subdirector/a de Tratamiento, el Subdirector/a de Seguridad, el Coordinador/a de la Comisión GAD, el Responsable del Grupo de Control y Seguimiento de Internos y el Coordinador/a de Trabajo Social. También podrán formar parte de esta Comisión otros profesionales que la Comisión considere.

Tanto las funciones como las tareas encomendadas a esta Comisión están descritas en el punto 4 de esta instrucción.

e. Campañas de sensibilización e información.

Una de las actuaciones fundamentales de esta Plan de intervención debe estar orientada a concienciar, motivar e implicar a **todos los profesionales penitenciarios** en esta nueva política de refuerzo de la intervención en este ámbito.

Para ello se considera necesario difundir entre los trabajadores del centro tanto la **estrategia** acometida por la Institución, para lograr erradicar o mitigar los efectos nocivos que las sustancias estupefacientes generan en el ámbito penitenciario, así como los **éxitos obtenidos** con las actuaciones desarrolladas a partir de la implantación del Plan de Intervención.

Al mismo tiempo, estas campañas se dirigirán a **familiares e internos** con el fin de concienciar del daño que conlleva la introducción de sustancias estupefacientes en los centros, así como la necesidad de su apoyo y ayuda en todo lo relacionado con los programas de deshabituación de internos.

Esta difusión de información debe extenderse a autoridades administrativas y judiciales así como medios de comunicación, tal como se describe en el punto 5 de la instrucción.

Por último, incidir que la presente instrucción trata de ofrecer un Plan de actuación global en el campo de las drogodependencias donde la organización y la coordinación entre los diferentes profesionales y de acuerdo a la especialidad de cada uno se aúnen esfuerzos dirigidos a prevenir y abordar la complejidad que presenta el problema de la drogodependencia en nuestra institución con el fin de conseguir erradicar la oferta, por un lado y, por otro, potenciar los programas de intervención dirigidos a los internos con esta problemática a fin de conseguir su rehabilitación.

Esta instrucción sólo podrá ser aplicable en los **CIS** en la medida en que sea compatible con el régimen de semilibertad y de confianza propio de este grado.

III. DISPOSICIÓN DEROGATORIA.-

Queda derogada la Circular 17/05 así como todas las Circulares, Instrucciones y Órdenes de Servicio relativas al contenido de la presente ,que se opongan a la misma.



IV. DISPOSICIÓN FINAL.

La presente instrucción entrará en vigor al día siguiente de la recepción de la misma. De la misma se dará lectura en la primera sesión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento, procediendo a su difusión conforme a lo establecido en el art. 280.2.14ª del Reglamento Penitenciario.

Madrid, a 2 de marzo de 2011

EL DIRECTOR GENERAL DE
COORDINACIÓN TERRITORIAL Y MEDIO ABIERTO



Virgilio Valero Garcia



PLAN DE INTERVENCIÓN GENERAL EN MATERIA DE DROGAS EN LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA

1. FUNDAMENTOS n° pág 8

- 1.1. Características poblacionales
- 1.2. Ordenamiento legal
- 1.3. Objetivos
 - 1.3.1. Objetivos generales
 - 1.3.2. Objetivos específicos
- 1.4. Líneas generales de la política global
 - 1.4.1. Intervenciones sobre la demanda
 - 1.4.1.1. Prevención
 - 1.4.1.2. Asistencia
 - 1.4.1.3. Reincorporación social
 - 1.4.2. Intervención sobre la reducción de la oferta

2. INTERVENCIONES SOBRE LA DEMANDA: PROGRAMAS CON DROGODEPENDIENTES n° pág 16

- 2.1. Características principales
- 2.2. Programa de prevención y educación para la salud
- 2.3. Programa de intercambio de jeringuillas y otras actuaciones de reducción de riesgos y daños
- 2.4. Programa de tratamiento con metadona
 - 2.4.1. Programa de prescripción y dispensación de metadona
 - 2.4.2. Programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona
- 2.5. Programa de deshabitación
- 2.6. Programa de reincorporación social
- 2.7. Metodología
 - 2.7.1. Modalidades de ejecución
 - 2.7.1.1. Intervención ambulatoria/centro de día
 - 2.7.1.2. Intervención en módulos terapéuticos
 - 2.7.2. Circuito asistencial



2.8. Equipos terapéuticos y de coordinación

- 2.8.1. Equipo sanitario
- 2.8.2. Equipos técnicos-GADs
- 2.8.3. Comisión GAD

**3. INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE LA OFERTA: MEDIDAS
CONTRA LA INTRODUCCIÓN Y TRÁFICO DE DROGAS n° pág 43**

- 3.1. Habilitación de infraestructuras que faciliten el control de la introducción de sustancias tóxicas.....
- 3.2. Grupos de Control y Seguimiento de internos
- 3.3. Intensificación de las medidas de seguridad previstas reglamentariamente.....
- 3.4. Identificación de internos vinculados a la introducción y tráfico de sustancias psicoactivas
- 3.5. Protocolo de exploración radiológica/ecografía
- 3.6. Establecimiento de protocolos de colaboración con las FSE
- 3.7. Protocolo Intervención Unidades Caninas de las FSE

 - 3.7.1. Estrategia de intervención
 - 3.7.2. Designación de dependencia y momentos de actuación.
 - 3.7.3. Procedimiento de actuación.
 - 3.7.4. Protocolo de actuación ante la incautación de sustancias psicoactivas.

- 3.8. Seguimiento de las Medidas contra la introducción y tráfico de drogas

**4. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL CENTRO PENITENCIARIO EN
MATERIA DE DROGAS (DEMANDA Y OFERTA)..... n° pág 54**

- 4.1. Integrantes de la comisión
- 4.2. Funciones

**5. CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA
INFORMACIÓN n° pág 56**

- 5.1. Difusión de información y mensajes.



- 5.1.1. Internos y personas del entorno.
- 5.1.2. Autoridades judiciales.
- 5.1.3. Profesionales penitenciarios y personal colaborador.
- 5.1.4. Medios de comunicación.

6. ANEXOS 59

- 6.1. Anexos de intervención sobre la demanda.
- 6.2. Anexos de intervención sobre la oferta.



1. FUNDAMENTACIÓN

La intervención en materia de drogas en centros penitenciarios se fundamenta en las características de la población drogodependiente y en el planteamiento de unos objetivos terapéuticos y reinsertadores, así como en el impedimento de la entrada y tráfico de drogas, lo que determina un conjunto de actividades, todo ello en consonancia con el marco legislativo.

1.1. CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES

La **población penitenciaria** es una población joven, ya que la mayoría de los internos están comprendidos entre los 20 y 40 años, compuesta fundamentalmente por hombres de nacionalidad española, aunque la proporción de personas de otras nacionalidades ha aumentando considerablemente en los últimos años. El nivel de estudios es bajo, pues la generalidad no ha terminado la formación básica, y la cualificación laboral de este colectivo es escasa.

La mayor parte de los internos ingresó en prisión por primera vez a una edad temprana y es significativo el número de reincidentes, habiendo ingresado en prisión varias veces, guardando los delitos relación con las drogas en un considerable número de casos.

La drogodependencia es uno de los factores desestabilizadores más importantes entre las personas, por la gravedad de las complicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas.

Entre los **problemas orgánicos**, además de los trastornos específicos que ocasiona el consumo de determinadas sustancias y de los riesgos de sobredosis, los problemas derivados de la vía de administración pueden llegar a ser muy graves, como son las infecciones por VIH-Sida y hepatitis C principalmente. También son frecuentes, otros problemas infecciosos relacionados con las condiciones ambientales y estilo de vida, como es la enfermedad tuberculosa y las enfermedades de transmisión sexual, o problemas odontológicos y carenciales.

Entre los **problemas psíquicos**, además de los efectos tóxicos específicos de cada sustancia y de los problemas de desajuste personal que provoca la adicción, son frecuentes los trastornos psíquicos inducidos por el consumo (de tipo psicótico, del estado de ánimo,...) o la agravación de trastornos previamente existentes, constituyendo en definitiva una comorbilidad psiquiátrica o patología dual, al coexistir dos tipos de trastornos, la drogodependencia y el trastorno psíquico.

Entre los **problemas sociales** son frecuentes los problemas formativo-escolares, laborales, familiares, de convivencia, marginalidad, prostitución, tráfico de drogas,..., y los problemas legales. El consumo de heroína, cocaína y alcohol causa una gran desestabilización personal y está muy vinculado a la comisión de delitos.



1.2. ORDENAMIENTO LEGAL

Reeducación, reinserción y derechos

La Constitución Española de 1978 establece que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social.

Conforme al artículo 25.2 las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social, gozando el condenado a pena de prisión de los derechos fundamentales a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria.

Es competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios necesarios, así como fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte y facilitar la adecuada utilización del ocio.

La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, constituye el marco legal para desarrollar las estrategias y programas de intervención dirigidos a la consecución de la reeducación y reinserción social de internos drogodependientes, siendo de especial relevancia los artículos 1, 3, 36, 37, 59 y 66.

El desarrollo de esta Ley Orgánica en materia de drogodependencia viene dado por el Reglamento Penitenciario, Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, a través, entre otros, de los artículos 114, 115, 116, 117, 154, 156 y 182.

Seguridad.

En la aplicación de las diversas medidas de seguridad, la regulación se halla recogida en el Capítulo VII del Reglamento Penitenciario, destacándose los siguientes artículos :

- El artículo 64 del Reglamento Penitenciario indica que la seguridad interior de los establecimientos corresponde a los funcionarios de los Cuerpos de Instituciones Penitenciarias, con arreglo a los cometidos propios de cada uno y a la distribución de los servicios acordados por el Director del establecimiento.
- El artículo 65 del Reglamento Penitenciario enumera las actuaciones encaminadas a garantizar la seguridad interior de los Establecimientos, citando, entre otras, las relativas a la observación de los internos, los registros, cacheos, requisas y otros controles e intervenciones.
- El artículo 68.4 del Reglamento nos indica que "si el resultado del cacheo con desnudo integral fuese infructuoso y persistiere la sospecha, se podrá solicitar por el Director a la Autoridad judicial competente la autorización para la aplicación de otros medios de control adecuados".

Igualdad efectiva

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, garantiza el acceso de la población interna a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, siendo competencia



de las Administraciones la organización y desarrollo de todas las acciones sanitarias preventivas y asistenciales dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

Confidencialidad y protección especial de los datos de salud

El artículo 10.3 de la Ley 14/1986, General de Sanidad y los artículos 7.1 y 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regulan con carácter general los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios públicos y privados, regulando específicamente los derechos de los pacientes a la confidencialidad de los datos referentes a su salud y a la intimidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias, siendo calificados los datos relativos a la salud como datos especialmente protegidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Consentimiento informado

Para la aplicación de cualquier tratamiento es preciso contar también con el consentimiento previo del interno, que se hará por escrito, debiendo recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias, según está establecido en los artículos 2.2 y 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

1.3. OBJETIVOS

En concordancia con la Constitución Española y la Ley Orgánica General Penitenciaria, el objetivo genérico de la intervención reside en la normalización e integración social del interno. Normalización e integración social como estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que se enfrente y de la forma más autónoma posible. Ello quiere decir que las intervenciones irán dirigidas a obtener y mantener, dentro de las posibilidades individuales, una estabilidad psicofísica y una conducta social adaptada.

1.3.1. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales que definen la intervención en materia de drogodependencias en centros penitenciarios son los siguientes:

1. Evitar el inicio en el consumo de drogas en una población abstinerente, minimizar las conductas de riesgo de aquellas personas que se han iniciado en el consumo de drogas, y reducir los daños asociados en aquellas personas que ya han desarrollado la adicción.



2. Controlar y tratar de evitar la entrada de sustancias tóxicas en el centro para impedir que las personas que tienen adicción a las mismas no sufran recaídas y puedan desenvolverse mejor en un espacio carente de drogas.
3. Rentabilizar terapéuticamente la entrada en prisión de los drogodependientes.
4. Posibilitar la continuidad del proceso rehabilitador en los drogodependientes que lo hubieran iniciado antes de su entrada en prisión.
5. Estimular el inicio en la rehabilitación de aquellas personas que no hubieran tenido previamente contactos con dispositivos terapéuticos.
6. Evitar la marginación del drogodependiente, no sometiéndolo a una identificación y estigmatización discriminatoria en la dinámica penitenciaria por la condición de presentar adicción.
7. Impulsar en aquellos drogodependientes cuyas condiciones jurídicas, penitenciarias y personales lo permitan, la derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 182 del Reglamento Penitenciario.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Las características biopsicosociales de la población interna determinan la priorización de las intervenciones, desarrollando programas adecuados a los problemas y a las necesidades.

Así los objetivos específicos de intervención en materia de drogas, en orden a las prioridades, son los siguientes:

1. **Prevenir el inicio en el consumo de drogas y las conductas de riesgo**, siendo prioritario desarrollar programas de prevención y educación para la salud en la población abstinerente, internos primarios y jóvenes.
2. Articular los procedimientos y mecanismos necesarios para **evitar la introducción y el tráfico de sustancias estupefacientes** en los centros penitenciarios.
3. **Prevenir y reducir los riesgos y los daños asociados al consumo**, desarrollando actividades orientadas a:
 - evitar fallecimientos por sobredosis.
 - evitar el incremento del deterioro físico.
 - controlar los trastornos de salud asociados al consumo.
 - disminuir la progresión de la infección por VIH y otras enfermedades.
 - reducir la conflictividad y la actividad delictiva.
 - mejorar la adaptación social y laboral.
 - modificar hábitos de consumo.



Hacia estos objetivos prioritarios están dirigidos los programas de reducción de riesgos y de daños, como son fundamentalmente, las intervenciones sanitarias, las intervenciones de prevención y de educación para la salud, los programas de intercambio de jeringuillas, la distribución de papel de aluminio y los programas de tratamiento con metadona.

4. **Conseguir periodos de abstinencia**, que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social, desarrollando programas de deshabitación de drogas.
5. **Optimizar la incorporación social**, dotando a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad. Hacia este objetivo están dirigidos los programas de preparación para los permisos y para la libertad, y la derivación a dispositivos comunitarios para la continuación del tratamiento o para el cumplimiento de la condena, evitando una ruptura en el proceso terapéutico.

1.4. LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA GLOBAL

Las líneas generales de la Institución Penitenciaria en materia de drogas comprenden, por un lado, los programas dirigidos a la población penitenciaria o intervenciones sobre la demanda, y por otro, las medidas contra la introducción y tráfico de drogas o intervenciones de reducción de la oferta.

1.4.1. INTERVENCIONES SOBRE LA DEMANDA

Las intervenciones dirigidas a la población penitenciaria se estructuran en torno a tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: prevención, asistencia y reincorporación social.

1.4.1.1. PREVENCIÓN

Se priorizarán en cada momento las actividades de prevención que se adecuan a las necesidades poblacionales. Se intervendrá mediante programas estructurados y acciones planificadas, dirigidas a sensibilizar e informar de una forma clara y comprensible de los efectos de las drogas y sus consecuencias, a evitar el inicio del consumo, reducir el consumo, educar para la salud, cambiar actitudes relacionadas con el consumo, dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones usuales de incitación al consumo, en definitiva a mejorar la competencia individual y social.

En la medida de lo posible se procurará evitar la acumulación de fármacos en las celdas.



1.4.1.2. ASISTENCIA

La ausencia de decisión del drogodependiente para abandonar el consumo de drogas o determinadas características, tales como la existencia de unos estilos de vida totalmente afectados por el consumo de drogas o la existencia de problemas sociales o sanitarios graves, determinan que el objetivo de la abstinencia, aunque deseable, no siempre sea alcanzable.

Por otro lado la adicción a sustancias tóxicas provoca en la persona una desestructuración global a todos los niveles. Ello hace que la intervención con drogodependientes requiera un enfoque integral, biológico, psicológico y social, a través de un trabajo multidisciplinar, desde diversas perspectivas, sanitaria, psicológica, social, formativa, laboral y de apoyo, las cuales permitan el mejor desarrollo de la vida social y humana de estas personas, la conformación de un mejor proyecto de integración personal, y si ello fuera posible, la eliminación de la dependencia.

Los programas del área asistencial con drogodependientes, dirigidos a aquellas personas que padecen problemas biopsicosociales a causa de su adicción y/o a causa de los patrones de consumo de drogas, consistirán en:

1. Reducción de riesgos y daños
2. Deshabitación
3. Intervención sanitaria
4. Intervención psicosocial

Reducción de riesgos y daños

Las intervenciones de reducción de riesgos y daños no pretenden conseguir la abstinencia como objetivo principal, sino que éste reside en tratar de reducir los efectos nocivos a nivel sanitario, psicológico y social del consumo de drogas. Sus objetivos son evitar la transmisión de enfermedades contagiosas, impedir el deterioro de la salud de los propios consumidores, reducir la actividad delictiva al no precisarse la financiación de un consumo ilegal y sin control técnico sanitario, propiciar el contacto de los consumidores con los servicios de salud, modificar hábitos de consumo y mejorar la adaptación social y laboral.

Los programas de reducción de riesgos y daños deben constituirse como **área transversal**, implicando y constituyendo el **fundamento básico de todas y cada una de las estrategias, programas y recursos del centro penitenciario** en materia de drogas. Todas y cada una de las intervenciones en esta materia se inspirarán en el objetivo de reducir las consecuencias negativas del consumo antes que cualquier otro fin.

Las principales acciones de reducción de riesgos y daños con drogodependientes consisten en la prevención y educación para la salud, el tratamiento con metadona, el intercambio de jeringuillas y la distribución de papel de aluminio y boquillas de fumar.

Deshabitación

Las intervenciones de deshabitación se dirigirán a aquellos internos drogodependientes con buenas perspectivas para iniciar un proceso de cambio orientado a la abstinencia.



Intervención sanitaria

La intervención sanitaria con los drogodependientes en centros penitenciarios tiene una especial trascendencia, ya que un porcentaje muy importante de los drogodependientes tienen serias deficiencias en hábitos saludables, o efectúan consumo de drogas con elevado riesgo, o la situación de salud es muy deficiente, e incluso en ocasiones con riesgo vital.

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades será realizado por el Equipo Sanitario del centro penitenciario, con la colaboración de la atención especializada y hospitalaria cuando los casos lo precisen. Estarán establecidos los diferentes programas y protocolos de actuación, entre los que cabe destacar, intervención en sobredosis, prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, desintoxicación de sustancias de abuso y tratamiento farmacológico con metadona o antagonistas.

Intervención psicosocial

La intervención psicosocial, dirigida a la mejora en la competencia psicológica y social, es un elemento clave para obtener e incrementar la mejora de salud física y mental, la adquisición de hábitos de prevención de prácticas de riesgo, los cambios comportamentales de actitudes y de estilos de vida, y la adquisición de habilidades laborales y sociales.

El diagnóstico y tratamiento en el área psicosocial será realizado por el Equipo Técnico-GAD del centro penitenciario. Todo drogodependiente tendrá acceso a un programa de intervención psicosocial, independientemente de que esté en un programa de tratamiento con metadona o de deshabitación. El programa de intervención psicosocial se adaptará a las características y necesidades de cada interno drogodependiente.

1.4.1.3. REINCORPORACIÓN SOCIAL

La reincorporación social contempla un proceso complejo de socialización y normalización que debe responder a las necesidades personales del drogodependiente, tratando de apoyar su incorporación a la vida familiar y medio cultural, laboral y social evitando su marginación.

Reincorporación social supone considerar todo el proceso de recuperación y no sólo su fase final. Por ello es necesaria una preparación progresiva del drogodependiente, en cuanto a facilitar la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.

1.4.2. INTERVENCIÓN SOBRE LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA

Representada por el impedimento y persecución de la entrada y distribución de sustancias tóxicas en los centros penitenciarios, utilizando los medios que permitan la detección de las personas implicadas en el tráfico y el desmantelamiento de las redes de distribución.



Se incidirá en especial, en los medios estáticos de defensa (vallas, control perimetral del recinto, etc.), en los elementos de seguridad electrónicos (cámaras, arcos detectores, raquetas, etc.) y en los controles personales realizados por los funcionarios a través de registros, cacheos, requisas, controles e intervenciones que serán más intensas en los lugares o zonas donde se detecte una mayor posibilidad de tráfico y entrada de sustancias tales como zona de visitas y accesos al interior de los centros penitenciarios, módulo de Ingresos y lugares de mayor movimiento de internos, así como mediante un seguimiento de aquellos internos que "intra muros" se dediquen al narcotráfico.

Las intervenciones se adecuarán siempre a la vigente legislación y al riguroso respeto a los derechos de las personas.

Cualquier acción emprendida mantendrá el equilibrio entre la necesaria permeabilidad humanizadora y reinsertadora de la prisión y la limitación de prácticas dirigidas a evitar el tráfico de sustancias ilícitas en su interior.



2. INTERVENCIONES SOBRE LA DEMANDA: PROGRAMAS CON DROGODEPENDIENTES

En lo que respecta a la demanda de drogas la Institución Penitenciaria establece como líneas generales que las intervenciones se estructuran en torno a la prevención, la asistencia (reducción de riesgos y daños, deshabituación, intervención sanitaria e intervención psicosocial) y la reincorporación social.

A su vez en el reconocimiento de la necesidad de aplicar las medidas, programas y principios directores en materia de drogodependencia que son recomendadas, entre otras autoridades internacionales, por la Oficina Regional para Europa de la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, como así quedó de manifiesto en la **Recomendación de Madrid**, adoptada en el seno de la Conferencia Internacional sobre Protección de la Salud en Prisiones, que se celebró en Madrid en octubre de 2009.

Y en la adecuación a la **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**, recogiendo sus objetivos generales, incidiendo en la necesidad de optimizar la coordinación con las instituciones y agentes implicados en el ámbito de las políticas sociales y de salud pública, y considerando, en el diseño y ejecución de los programas de intervención, los importantes cambios producidos en los últimos años en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno.

2.1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Las actuaciones en las diferentes fases, que constituyen la organización, ejecución y evaluación de los programas, estarán basadas en las siguientes características.

Pluralidad

La diversidad de problemas biopsicosociales en las personas drogodependientes motiva la necesidad de disponer en el centro penitenciario de un conjunto de alternativas de intervención terapéutica, **programas distintos para diferentes subgrupos de internos e internas**, atendiendo a las variables de **nacionalidad** y de **género**. Incluso es preciso disponer de respuestas diferentes para cada persona, según la evolución y el momento del proceso terapéutico en el que se encuentre.

Variedad de programas que a su vez se deben complementar: prevención, atención sanitaria, tratamiento con metadona, deshabituación, preparación para la salida, etc.

El programa de intervención con la persona drogodependiente se ajustará a las **necesidades en cada momento concreto**. Así podrá tener la oportunidad de pasar de un programa de deshabituación a un programa de reducción de riesgos y daños con metadona, o viceversa, en función de su evolución terapéutica y su situación personal.



Multidisciplinariedad

La adicción a sustancias tóxicas provoca en la persona una desestructuración global a todos los niveles. Por ello, únicamente desde equipos multidisciplinares, compuestos por profesionales de diferentes áreas, que desarrollen **intervenciones integrales** en las que se aborden los problemas físicos, mentales, psicológicos, educativos, formativo-laborales, convivenciales, familia de referencia, etc., se podrá obtener una eficacia en el objetivo finalista, la normalización e integración social.

Programación

Cada modelo de intervención, de tipo preventivo, con metadona, deshabituación, etc., estará definido por su carácter de programa, en cuanto a los objetivos a alcanzar, los recursos que van a participar, las actividades a desarrollar y la evaluación.

El diseño y ejecución de los programas se adecuarán a los importantes cambios producidos en los últimos años en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno, entre los que figuran, el **patrón de policonsumo** cada vez más generalizado, el incremento de **trastornos mentales** en los consumidores de drogas, el fenómeno de la **inmigración** y su impacto en la sociedad española, el **envejecimiento** de consumidores problemáticos, la necesidad de **diversificar e individualizar** los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo, y la responsabilidad de hacer efectiva la **perspectiva de género** en los objetivos a conseguir.

Trabajo en equipo

El programa de intervención con drogodependientes, que ha de efectuarse desde lo multidisciplinar y la programación, precisa de un trabajo en equipo, adoptando **decisiones consensuadas y conjuntas**, en el desarrollo de cada fase del programa en el que se intervenga, como son, el diseño, ejecución y evaluación.

Colaboración de Instituciones y Entidades

Se fomentará activamente la participación de las Instituciones competentes en materia de drogodependencias: Planes Nacional y Autonómicos sobre Drogas, Planes Nacional y Autonómicos sobre el Sida, Consejerías, Ayuntamientos, Diputaciones, etc., para la puesta en marcha de programas conjuntos, de carácter formativo, investigador, preventivo, asistencial o de reincorporación social.

Así mismo se fomentará la colaboración de las organizaciones no gubernamentales y entidades homologadas y de implantación estable y amplia en el Estado.

Coordinación

Para el desarrollo del conjunto de programas con drogodependientes del centro penitenciario se efectuará la coordinación necesaria entre los diferentes programas, estamentos del centro penitenciario, Plan Autonómico sobre Drogas y recursos comunitarios, así como otras instituciones, entidades y ONGs.



Al frente de cada uno de los programas de intervención figurará un Coordinador que efectuará la coordinación dentro del equipo de profesionales que desarrollan el programa, y con el resto de Coordinadores del resto de programas de drogodependencias.

Continuidad del proceso

Evitar la ruptura en el proceso terapéutico es un elemento fundamental, por ello se establecerá la coordinación necesaria con los centros de tratamiento comunitarios, para garantizar la continuación de la intervención terapéutica, tanto en el momento del ingreso en prisión como a su salida.

Formación

Se desarrollarán estrategias de formación que permitan estimular la motivación y proporcionar conocimientos que mejoren y actualicen las intervenciones en drogodependencias en centros penitenciarios. En este sentido se impulsará el intercambio de experiencias entre los profesionales por medio de reuniones y visitas de trabajo entre centros penitenciarios.

Investigación

Se considerará como actividad prioritaria la realización de estudios periódicos para conocer la evolución del consumo y los perfiles de los consumidores, lo que facilitará la adaptación de las acciones a las nuevas realidades. En todo momento estos estudios se realizarán respetando la legislación en materia de confidencialidad y protección de datos de carácter personal.

2.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Objetivos

- Mejorar la información sobre las drogas.
- Evitar el inicio del consumo.
- Reducir el consumo.
- Reducir conductas de riesgo.
- Educar para la salud.
- Cambiar actitudes relacionadas con el consumo.
- Dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones usuales de incitación al consumo.
- Mejorar la competencia psicológica y social.

Equipo responsable

Equipo Técnico-GAD



Actividades

- Talleres de sexo seguro.
- Talleres de consumo de menor riesgo.
- Talleres de manejo del estrés, habilidades sociales, habilidades de comunicación y de resolución de conflictos.
- Educación para la salud.
- Mediadores en salud.
- Prevención de sobredosis.

Mediadores en salud

La formación de mediadores en salud como método de educación entre iguales es una de las modalidades más eficaces y efectivas en las prisiones. Los objetivos residen en capacitar a grupos de internos como mediadores en la promoción de estilos de vida saludables, ejerciendo de una forma eficaz y efectiva el papel de **agentes de salud**, difundiendo información preventiva entre otros internos usuarios de drogas, buscando de igual modo la mejora de la salud y de la autoestima y cambios en las conductas de riesgo de los propios agentes de salud.

Los contenidos que pueden trabajar los Agentes de Salud con el resto de la población interna, para promocionar hábitos y un estilo de vida saludable, son diversos: higiene personal, sexo seguro y enfermedades de transmisión sexual, consumo de menos riesgo, hábitos de sueño, alimentación y ejercicio físico, adherencia al tratamiento, etc.

Prevención de sobredosis

A pesar de las medidas que se adoptan para impedir la entrada de drogas y de la extensión a todas las prisiones de los programas de tratamiento de la dependencia de drogas, desde los de deshabituación a los de metadona, en prisión algunos drogodependientes consumen drogas. Se ha constatado que recaer en el consumo de heroína tras un periodo de abstinencia, en particular después de un tratamiento de deshabituación o a la salida de prisión (permiso, libertad,...), tiene un importante riesgo de sobredosis. Durante los periodos de abstinencia los drogodependientes pierden la **tolerancia** a los opiáceos, algo que tal vez desconocen o pasan por alto, entrando en sobredosis que puede tener fatales consecuencias, por la morbilidad y mortalidad asociada. Otros factores de riesgo de sobredosis son el consumo de varias drogas diferentes que se potencian (opiáceos y benzodiacepinas en prisión, consumo de estos depresores junto al alcohol en los permisos,...) y el consumo de metadona ilegal (no prescrita).

Aumentar la proporción de consumidores de drogas sometidos a tratamiento, especialmente la de los consumidores de heroína que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos, puede reducir la frecuencia de las muertes por sobredosis. Es necesario dar mejores respuestas a los problemas relacionados con la salud mental y las drogas.

Unas de las medidas más eficaces para evitar las sobredosis y sus consecuencias son las intervenciones de educación para la salud y mediadores en salud, por lo que es conveniente



intensificar este tipo de **talleres de carácter preventivo** con los drogodependientes. Estará indicado tratar de **informar** sobre los distintos **mecanismos** que intervienen en una sobredosis (tolerancia farmacológica, policonsumo, contaminantes tóxicos y reacciones alérgicas), sobre las circunstancias relacionadas con el momento del consumo (proveedores, pureza de sustancias, consumo en solitario, etc.), **circunstancias personales del momento** (uso simultáneo de varias drogas o fármacos, períodos previos de abstinencia, abandono o alta de tratamiento, salida de prisión, etc.). Debe hacerse hincapié en los mensajes orientados a reducir el consumo por vía parenteral

La **valoración del riesgo de sobredosis** debe constituir una cuestión prioritaria.

2.3. PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS (PIJ) Y OTRAS ACTUACIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Objetivos

- Preservar la vida y la salud del drogodependiente activo, posibilitando que las personas que consumen por vía parenteral puedan acceder a material de inyección estéril, sin haber sido usado previamente, evitando la adquisición y transmisión de enfermedades de consecuencias muy graves en esa persona y en la sociedad
- Modificar las prácticas de riesgo relacionadas con la inyección de drogas, sobre todo el uso compartido de jeringuillas.
- Reducir los riesgos de transmisión de enfermedades.

Equipo responsable

Equipo Sanitario, pudiendo participar profesionales extrapenitenciarios.

Actividades

El diseño de PIJ se realizará de acuerdo a las posibilidades y características del centro penitenciario, de las necesidades del colectivo de internos usuarios de drogas inyectadas, y del Programa Marco de Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario.

Para asegurar la eficacia del programa se garantizará la **confidencialidad** de los internos que acceden al mismo.

Como actuación prioritaria de reducción de riesgos y daños se debe favorecer e impulsar el **cambio de la vía parenteral de consumo por la vía fumada**, de menores consecuencias para la salud individual y colectiva. Con este objetivo se podrá proporcionar papel de aluminio ("papel de plata"), boquillas de fumar, etc.



2.4. PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA

Objetivos

- Reducir los riesgos y daños asociados al consumo.
- Facilitar la disminución del consumo de opiáceos y otras drogas.
- Evitar el consumo por vía parenteral.
- Mejorar el estado físico y mental.
- Incrementar la higiene y hábitos saludables.
- Favorecer el descenso de la conflictividad.
- Mejorar la calidad de vida.
- Mejorar la competencia psicológica y social.
- Mejorar la adaptación social y laboral.
- Facilitar la normalización e integración social.

Modalidades

En función de las características de la persona, se pueden establecer dos tipos de modalidades:

- a) Programa de prescripción y dispensación de metadona.** Es una intervención de reducción de riesgos y daños en la que los objetivos principales residen en controlar el consumo activo, la vía parenteral y el deterioro físico, psíquico y social. La intervención básica y casi exclusiva consiste en la administración de metadona. Es un programa paliativo o de bajo umbral, dirigido a consumidores activos o con deterioro psicofísico.
- b) Programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona.** Además de la prescripción y dispensación de metadona se realizan intervenciones de mejora de la competencia psicológica y social. En determinados casos incluso se puede desarrollar un programa adaptativo o de alto umbral, dirigido a drogodependientes en tratamiento con metadona en los que hay un control del consumo de drogas y una estabilidad psicofísica, pudiendo llegar a plantearse la posibilidad de pasar a un programa de deshabituación.

2.4.1. PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE METADONA

Objetivos

- Reducir los riesgos y daños asociados al consumo.
- Facilitar la disminución del consumo de opiáceos y otras drogas.
- Evitar el consumo por vía parenteral.
- Mejorar el estado físico y mental.



- Incrementar la higiene y hábitos saludables.
- Favorecer el descenso de la conflictividad.
- Mejorar la calidad de vida.

Equipo responsable

Equipo Sanitario

Actividad

Prescripción y dispensación de dosis adecuadas de metadona.

Inclusión

Los Reales Decretos 75/1990 y 5/1996 establecen como criterio de inclusión en tratamiento con metadona únicamente el previo diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos.

Consentimiento Informado

Se firmará el **consentimiento informado, cuyo modelo figura en el Anexo 1**. El interno recibirá previamente una información adecuada acerca de la finalidad del tratamiento, así como sobre sus riesgos y consecuencias. La información se transmitirá en términos comprensibles, completa y continuada, verbal y escrita, por medio de folleto explicativo o de copia del propio consentimiento informado.

Analíticas

Son una **prueba diagnóstica para ajustar la dosis del fármaco** en función de los controles positivos a opiáceos. Por ello se utilizará un sistema que permita realizar la determinación en el propio centro penitenciario y disponer del resultado con prontitud, para proceder a ajustar la dosis.

Los casos de controles positivos a cocaína, benzodiacepinas y otras sustancias, en general no se considerarán motivos de expulsión, sino que se procederá a trabajar terapéuticamente el policonsumo, si es el caso, en colaboración con el Equipo Técnico-GAD de intervención psicosocial.

En todo caso el resultado de las pruebas será **confidencial** entre el interno y los profesionales que desarrollan la intervención. Para trasladar a otras instancias y órganos el resultado de estas pruebas diagnósticas, realizadas en el contexto de una intervención terapéutica, será preceptiva la **autorización expresa y escrita del interno, cuyo modelo figura en el Anexo 2**.

Expulsión

No se podrá expulsar del tratamiento farmacológico por cuestiones ajenas al mismo, como son la situación procesal y las vicisitudes regimentales, penales y penitenciarias.



Alta voluntaria

Si un interno quiere dejar el tratamiento con metadona, hay que valorar si es una propuesta coherente, teniendo en cuenta los **graves riesgos físicos, psíquicos y sociales** asociados a una **recaída en el consumo** y un proceso de desestructuración. Son elementos favorables para adoptar la decisión de salida, no presentar deterioro psicofísico y llevar al menos entre uno-dos años abstinentes, confirmado con analíticas de orina negativas. En función de la situación alcanzada de normalización, se decide la reducción progresiva de la dosis de metadona, que se efectúa al menos durante un mes, y el paso a otro programa terapéutico.

Traslado

En el caso de traslado de un interno en programa de metadona, preferentemente recibirá la dosis correspondiente al día de la conducción en el centro de salida, salvo que la diferencia horaria entre la hora de salida y la hora de dispensación que le corresponda sea superior a seis horas, en cuyo caso la dosis se dispensará en el siguiente centro de entrada.

Independientemente de que en la historia clínica se recogen los datos correspondientes (inicios de tratamiento, dosis, patologías, fármacos, etc.), en todo caso se reflejará en la **"Hoja resumen de conducción. Datos sanitarios de interés"** (Mod. San.23), la dosis en miligramos de metadona y el día y hora de la última dispensación (junto a los datos referidos a otros tratamientos diarios). Esta hoja irá **en sobre cerrado** dirigido al Equipo Sanitario, consignando en el sobre el nombre y apellidos del interno e indicando que contiene información confidencial. Dicho sobre irá **grapado a la hoja de control sanitario ANEXO I (EXAMEN MÉDICO-TRASLADOS)** de la Instrucción I 23/96 GP, para conocimiento del Equipo Sanitario del centro de tránsito y/o de destino final.

Excarcelación

Previamente a la excarcelación, se establecerá la coordinación necesaria (teléfono y fax) con el centro de tratamiento comunitario, para que le sean dispensadas al drogodependiente las dosis de metadona, con motivo de permisos de salida, libertad condicional, provisional o definitiva.

2.4.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL TRATAMIENTO CON METADONA

Objetivos

- Mejorar la competencia psicológica y social de internos en tratamiento con metadona.
- Mejorar la adaptación social y laboral.
- Facilitar la normalización e integración social.

Equipo responsable

Equipo Técnico-GAD



Inclusión

La inclusión en el programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona es una decisión del Equipo Técnico-GAD.

Contrato terapéutico

Las condiciones del programa de actividades terapéuticas quedarán claras en un contrato terapéutico, en el que se reflejarán los derechos y deberes del interno. Serán explicados los objetivos del programa, las diferentes actividades que lo componen, sus fases, las razones que motivan las normas y la posibilidad de consecuencias negativas en caso de incumplimiento. En el **Anexo 3** figura un modelo con las líneas generales del contrato terapéutico.

El contrato terapéutico será adaptado en lo particular por cada Equipo Técnico-GAD, según las características de cada interno y el tipo de intervención, sea de bajo o de alto umbral, con diferentes objetivos terapéuticos a alcanzar según la evolución terapéutica del interno.

Actividades

a) Intervenciones de terapia individual y fundamentalmente grupales de:

- apoyo psicológico,
- educación para la salud,
- prevención de recaídas,
- manejo del estrés,
- mejora de la asertividad,
- mejora de autoestima,
- resolución de conflictos,
- habilidades sociales y
- trabajo con familias.

b) Participación en actividades generales:

- educativas,
- deportivas,
- de formación profesional y ocupacional y
- de inserción social y laboral.

Modalidades

En función de las características y necesidades de la población interna, el programa se podrá desarrollar de forma ambulatoria, en centro de día y en módulo terapéutico.



Fases

Los internos en tratamiento con metadona accederán a las actividades existiendo diferentes niveles o grados de participación y de exigencias terapéuticas, en función de las características personales (adictivas, situación psicofísica,...), del tipo de intervención (bajo o alto umbral), y de la evolución terapéutica. Los internos podrán pasar por el programa ambulatorio/centro de día como fase previa al programa en módulo terapéutico.

Analíticas

Se mantendrá la coordinación necesaria con el médico responsable del interno con el fin de efectuar un trabajo terapéutico específico cuando se detecte policonsumo de sustancias tóxicas (cocaína, benzodiazepinas, etc.), el cual, en principio, no será motivo de expulsión. El resultado de la prueba será **confidencial** entre el interno y los profesionales que desarrollan la intervención. Para trasladar a otras instancias y órganos el resultado de estas pruebas diagnósticas, realizadas en el contexto de una intervención terapéutica, será preceptiva la **autorización escrita del interno, según el modelo del Anexo 2.**

Expulsión

La expulsión del programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona es una decisión del Equipo Técnico-GAD. La expulsión se efectuará tras una valoración por parte de los profesionales, de la inadaptación manifiesta al programa, con incumplimiento reiterado y/o grave de las normas.

Se valorará la reiteración y gravedad del incumplimiento de las normas, así como el tipo y duración de la medida correctiva. Estará establecida una graduación de medidas en función del número y tipo de vulneración de las normas, que pueden ir desde el cambio de actividad terapéutica por otra actividad, suspensión temporal de la actividad (por 2 semanas, por 1 mes) a suspensión temporal del programa de actividades (por 1 mes, por 3 meses o por 6 meses).

2.5. PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

Objetivos

- Conseguir periodos de abstinencia que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social.
- Facilitar la adquisición de elementos, estrategias terapéuticas y pautas de conducta que permitan la normalización e integración social, enfrentándose con posibilidades de éxito a los factores adversos, internos y externos, que en otras condiciones tenderían a precipitar el consumo de drogas.

Equipo responsable

Equipo Técnico-GAD

Inclusión

La inclusión en el programa de deshabituación es una decisión del Equipo Técnico-GAD.



Contrato terapéutico

Serán explicados los objetivos del programa, las diferentes actividades que lo componen, sus fases, las razones que motivan las normas y la posibilidad de consecuencias negativas en caso de incumplimiento. Se utilizará un contrato terapéutico, de características semejantes al del **Anexo 4**, por medio del cual se realiza un compromiso formal de aceptación de condiciones, estableciéndose las responsabilidades y beneficios, favoreciéndose la participación activa y la consecución de objetivos. El contrato terapéutico será adaptado en lo particular según las características de cada interno y los diferentes objetivos terapéuticos a alcanzar, pudiendo el interno llegar a firmar varios contratos terapéuticos a lo largo de su proceso, en función de lo que vaya consiguiendo, sus avances y su evolución.

Desintoxicación

La desintoxicación física de las diferentes drogas que causan dependencia se realizará mediante protocolos establecidos por el Equipo Sanitario para las diferentes sustancias, para intervenir en los signos y síntomas físicos y psíquicos del síndrome de abstinencia como consecuencia de la interrupción brusca de un consumo activo.

Tratamientos farmacológicos

Dentro del proceso personal de cambio orientado a la abstinencia se utilizará cualquier tipo de tratamiento farmacológico que precise el interno, entre los que cabe señalar entre otros fármacos, metadona, naltrexona y medicación psiquiátrica.

Actividades

a) Intervenciones de terapia individual y fundamentalmente grupales de:

- apoyo psicológico,
- educación para la salud,
- prevención de recaídas,
- manejo del estrés,
- mejora de la asertividad,
- mejora de autoestima,
- resolución de conflictos,
- habilidades sociales y
- trabajo con familias.

b) Participación en actividades generales:

- educativas,
- deportivas,
- de formación profesional y ocupacional y
- de inserción social y laboral.



Modalidades

En función de las características y necesidades de la población interna, el programa se podrá desarrollar de forma ambulatoria, en centro de día y en módulo terapéutico.

Fases

Los internos en programa de deshabituación accederán a las actividades existiendo diferentes niveles o grados de participación y de exigencias terapéuticas, en función de las características personales y de la evolución terapéutica. Los internos podrán pasar por el programa ambulatorio/centro de día como fase previa al programa en módulo terapéutico.

Analíticas

La abstinencia a las drogas se convertirá en un objetivo de la intervención terapéutica y no en una condición para permanecer en programa. Por ello **el trabajo de la recaída** representa una parcela muy importante del proceso terapéutico. Se trabajará la prevención del consumo de las diferentes drogas (alcohol, cocaína, psicofármacos, heroína,...) ante salidas de permiso y ante libertades.

La abstinencia o el consumo de drogas por parte del interno son situaciones que generalmente van a ser percibidas por los profesionales que desarrollan la intervención. Para contrastar esta impresión diagnóstica, de abstinencia o de consumo, es útil la realización terapéutica de analíticas de orina, con la periodicidad y ante las circunstancias que los profesionales establezcan.

El resultado de la prueba será **confidencial** entre el interno o la interna y los profesionales que desarrollan la intervención. Para trasladar a otras instancias y órganos el resultado de estas pruebas diagnósticas, realizadas en el contexto de una intervención terapéutica, será preceptiva la **autorización expresa y escrita del interno o la interna, según el modelo del Anexo 2.**

Expulsión

La expulsión del programa de deshabituación es una decisión del Equipo Técnico-GAD. La expulsión se efectuará tras una valoración por parte de los profesionales, de la inadaptación manifiesta al programa, con incumplimiento reiterado y/o grave de las normas.

Se valorará la reiteración y gravedad del incumplimiento de las normas, así como el tipo y duración de la medida correctiva. Estará establecida una graduación de medidas en función del número y tipo de vulneración de las normas, que pueden ir desde el cambio de actividad terapéutica por otra actividad, suspensión temporal de la actividad (por 2 semanas, por 1 mes) a suspensión temporal del programa de actividades (por 1 mes, por 3 meses o por 6 meses)

Cuando se habla de "inadaptación manifiesta al programa con incumplimiento reiterado y/o grave de las normas", se trata de un drogodependiente en el que el programa de deshabituación no se adecua, en ese momento personal, en esa situación concreta, a sus características biopsicosociales de dependencia.



Se efectuará un replanteamiento terapéutico, entrando la posibilidad de que sea derivado el interno o la interna al programa de tratamiento con metadona, con el objetivo de lograr la estabilización personal, biopsicosocial y regimental.

Traslado

Con antelación se establecerá la coordinación entre los Equipos Técnicos-GADs de deshabituación de los centros de origen y de destino a efectos de transmitir la información y continuar el proceso terapéutico.

Excarcelación

Previamente a la excarcelación, se establecerá la coordinación necesaria (teléfono y fax) con el centro de tratamiento comunitario, para la continuación del tratamiento con motivo de progresión a tercer grado, permisos de salida y libertad.

2.6. PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

Objetivos

- Facilitar la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.
- Optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad.

Equipos responsables

La preparación para la salida y reincorporación social es parte inseparable de toda la intervención que se realiza con los internos e internas drogodependientes, por tanto es responsabilidad, dentro de sus competencias y del tipo de intervención, tanto de los profesionales del Equipo Sanitario como de los Equipos Técnicos-GADs respectivos.

Actividades

- Talleres de preparación para la salida y reincorporación social,
- Salidas programadas.
- Formación prelaboral y laboral,
- Salidas diarias para trabajar o para tratamiento,
- Derivación hacia los dispositivos comunitarios de atención especializada al drogodependiente en los casos de progresión a tercer grado, permisos de salida y libertad.
- Participación en los recursos sociales que favorezcan la normalización.



Entidades externas

Se contará con la colaboración de los profesionales y recursos extrapenitenciarios existentes, tanto terapéuticos (centro de salud, hospital de referencia, centro de drogodependencias) como de la red de servicios sociales, para conseguir una globalidad entre las actuaciones, evitando la ruptura en el proceso terapéutico, garantizando la continuación de la intervención terapéutica.

Para ello se contactará y trabajará de forma coordinada con las asociaciones, entidades y los recursos asistenciales de los Servicios Autonómicos de Salud, Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas y de los Servicios Sociales, para obtener una reincorporación dinámica y positiva por medio de acciones viables.

2.7. METODOLOGÍA

El diseño de cada programa será efectuado por los profesionales que van a participar en su ejecución y evaluación posterior, a partir del análisis de necesidades o problemas detectados entre la población reclusa y de la disponibilidad de recursos humanos y espacios físicos, según la metodología expuesta en el **Anexo 5**.

2.7.1. MODALIDADES DE EJECUCIÓN

Los programas de intervención se podrán desarrollar bajo las modalidades ambulatoria/centro de día y módulos terapéuticos.

2.7.1.1. INTERVENCIÓN AMBULATORIA/CENTRO DE DÍA

Se destinarán espacios adecuados en el centro penitenciario para que los profesionales puedan desarrollar las actividades terapéuticas propias con los internos incluidos en los respectivos programas.

Estos espacios consistirán en dependencias específicas en cada galería o módulo (intervención tipo ambulatoria) o en una dependencia centralizada, con diversas salas y despachos, en los que se realiza la intervención con internos de diferentes galerías o módulos (tipo centro de día).

Este modelo de intervención también se podrá ejecutar en aquellos centros en los que se desarrolle intervención en módulos terapéuticos. Los internos drogodependientes podrán pasar por el programa ambulatorio/centro de día como fase previa o de pre-entrada a los programas modulares (y como fase de expulsión temporal de los mismos).



2.7.1.2. INTERVENCIÓN EN MÓDULOS TERAPÉUTICOS

En los centros penitenciarios con estructura modular se destinará al menos un módulo para albergar, de forma independiente del resto de la población reclusa, a internos en programa integral de intervención de drogodependencias.

Objetivos

- Constituir un espacio socioeducativo o espacio terapéutico, en el que adquiere mayor eficacia la intervención multidisciplinar dirigida a la normalización social de los internos, buscando provocar cambios en los hábitos, actitudes y valores.
- Lograr un espacio libre de las interferencias que genera la droga y su entorno, creando un ambiente normalizado y personalizador.

Equipo responsable

Equipo Técnico-GAD.

Para el desarrollo del programa se contará de forma específica con los funcionarios de vigilancia interior. Constituyen una referencia imprescindible, por lo que es fundamental la información activa, su formación previa, su participación en las actividades terapéuticas del programa, y por tanto, su integración plena en el equipo multidisciplinar responsable del programa modular. En ese sentido, para aquellos profesionales que voluntariamente lo soliciten, se procurará una continuidad en la adscripción de los mismos a los módulos terapéuticos, así como una adecuación de los turnos de trabajo a las características de la intervención terapéutica en estos departamentos, a efectos de optimizar los recursos e incrementar la eficacia de los programas.

Inclusión

La inclusión en el módulo terapéutico es una decisión del Equipo Técnico-GAD responsable del programa respectivo.

Podrán acceder internos drogodependientes con buenas perspectivas de intervención, independientemente de que reciban tratamiento con metadona, naltrexona, medicación psiquiátrica o no reciban tratamiento farmacológico.

También se podrá incluir a aquellos internos no drogodependientes en los que por sus características sea elevado el riesgo de desarrollar una drogodependencia.

Actividades

Se proporcionará a los internos una atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades propias del programa (terapéuticas, educativas, ocupacionales, formativo-laborales, etc.) en el interior del módulo, evitando en todo momento el contacto de estos internos en programa con el resto de la población reclusa.

Se desarrollará una acción educativa intensa, para que los internos puedan alcanzar autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad, motivación y la utilización del tiempo libre para encontrar satisfacciones personales y el abandono de conductas adictivas.



Se considerará fundamental el desarrollo de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio, el aprendizaje social, enfatizando principalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación sociolaboral.

Se considerará básica, dentro de las posibilidades individuales, la orientación y derivación del interno hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral.

Grupos terapéuticos

Los ejes de la intervención serán los grupos terapéuticos y el ambiente en el módulo, para estimular y recompensar los avances, que se reflejan en ir adquiriendo mayores niveles de responsabilidad.

El grupo terapéutico es el espacio de comunicación donde el interno va a mostrar todas sus carencias y déficit de socialización, a través de la revisión, reflexión y confrontación con el resto de los miembros del grupo. Se establecen imposiciones y tareas y se programan los objetivos, para evitar o reforzar determinadas actitudes y conductas. Se celebrará una sesión semanal como mínimo, dirigida por un profesional

El grupo terapéutico es un poderoso factor de cambio en el estilo de vida y facilita de manera más interpersonal la normalización de las relaciones. Se espera que el interno adopte un papel cada vez más activo a la hora de mantener el ambiente creado, en lo que se refiere al comportamiento y la actuación de otros internos, y que adquiera un comportamiento modificado y más maduro por su parte.

Además del uso del entorno y de las sesiones grupales como medios para fomentar los cambios, se realizarán asesorías individuales, psicológicas, educativas, laborales y sociales.

Fases

En el centro penitenciario se podrán destinar diversos módulos terapéuticos, en función de los diferentes perfiles de internos y niveles de normalización, y por tanto con diferentes metodologías de intervención y niveles de exigencia. De esta forma se establecerá un circuito de intervención al que accederán los internos, en función de los procesos de recuperación personal respectivos.

Tipos de Módulos Terapéuticos

Se podrán establecer diversas modalidades de Módulos Terapéuticos, en función de la composición del Equipo de Intervención y las características de la población del módulo:

- a) **UTE.** Unidad Terapéutica y Educativa basada en grupos terapéuticos de internos y en un Equipo Multidisciplinar formado por profesionales de IIPP, de diferentes áreas: psicólogos, educadores, vigilancia, trabajadores sociales, sanitarios, maestros, monitores, etc. El programa acoge internos drogodependientes y no drogodependientes. La metodología de intervención y normas de funcionamiento de las UTE están recogidas en el Documento Penitenciario nº 1 de esta Secretaría General publicado en 2005.



- b) **Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria.** Se rige por el artículo 66 de la Ley Orgánica General Penitenciaria y el artículo 115 del Reglamento Penitenciario, con lo que la Junta de Tratamiento propia y específica de la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria asume también las funciones de Consejo de Dirección y Comisión Disciplinaria. La metodología de intervención y normas de funcionamiento de este modelo están recogidas en el Documento Penitenciario nº 6 de esta Secretaría General publicado en 2007
- c) **Módulo Terapéutico de Drogodependientes.** Módulo Terapéutico en régimen ordinario para drogodependientes. El equipo puede estar formado por profesionales de IIPP y de ONGs.
- d) **Módulo Terapéutico Mixto.** En el Módulo Terapéutico hay internos drogodependientes en programa de recuperación haciendo vida en común con otros perfiles de internos: enfermos mentales, discapacitados, internos sin patología, etc.

2.7.2. CIRCUITO ASISTENCIAL

Ante la demanda de internos e internas de entrar en programa, como en los casos detectados por los profesionales, se efectuará el diagnóstico de drogodependencia, la valoración de la situación biopsicosocial y una propuesta de intervención terapéutica

Asignación de programa

El tipo de intervención dependerá del perfil del interno e interna drogodependiente, de sus necesidades y del momento del proceso en el que se encuentre.

Serán claves determinantes las características adictivas (droga principal de consumo, policonsumo de varias drogas, frecuencia, vías,...), la situación psicofísica (trastornos mentales, deterioro orgánico, gestación, infección VIH, tuberculosis,...) y el momento del proceso de cambio en el que se encuentre el interno o interna.

La propuesta de intervención terapéutica contemplará varias parcelas:

- 1.) Se valorará la conveniencia de incluir al interno o interna en un **programa de educación para la salud – mediadores en salud**, efectuándose la propuesta en su caso. Igualmente se actuará en el caso de precisar su inclusión en el programa de **intercambio de jeringuillas y otras actuaciones** de reducción de riesgos y daños.
- 2.) Se valorará y propondrá la inclusión en el programa de **tratamiento con metadona** (con/sin intervención psicosocial) o en el programa de **deshabitación** (con/sin propuesta de desintoxicación), así como la modalidad de intervención: ambulatoria/centro de día o módulo terapéutico.
- 3.) Se valorará y propondrá la adscripción a un conjunto de **actividades generales y complementarias**, sobre formación educativa y profesional, trabajo y actividades ocupacionales, para dar **cobertura a las necesidades o carencias** detectadas.



Cambio de programa

En función de la evolución terapéutica, situación personal y necesidades, el interno o interna drogodependiente podrá pasar de un programa de tratamiento con metadona a un programa de deshabituación o a uno de educación para la salud, o viceversa.

La decisión de salida de programa irá acompañada de una propuesta de derivación y entrada en otro tipo de intervención.

A estos efectos se establecerá la coordinación necesaria entre los Equipos Técnicos-GADs que van a intervenir, tanto del programa de salida (metadona/deshabituación/educación para la salud o viceversa) como de entrada (educación para la salud/deshabituación/metadona o viceversa), así como del Coordinador de la Comisión GAD si fuera preciso, para garantizar la continuidad de la oferta terapéutica.

2.8. EQUIPOS TERAPÉUTICOS Y DE COORDINACIÓN

Para el desarrollo de los programas de intervención en materia de drogodependencias se contará con la coparticipación de las diversas áreas penitenciarias y las diferentes instituciones responsables de la atención a las drogodependencias, dependientes de las administraciones central, autonómica y local, así como de las organizaciones no gubernamentales. La coordinación inter áreas e interinstitucional presidirá la organización y funcionamiento de las estructuras implicadas.

El desarrollo de los programas de intervención en materia de drogodependencias en el centro penitenciario estará sustentado en tres tipos de equipos:

- el EQUIPO SANITARIO, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias.
- el EQUIPO TÉCNICO-GAD, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinarias.
- la COMISIÓN GAD, con funciones fundamentalmente de coordinación.

2.8.1. EQUIPO SANITARIO

Además de las actuaciones prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, es responsabilidad del Equipo Sanitario del centro penitenciario el desarrollo de los programas específicos de intercambio de jeringuillas y otras actuaciones de reducción de riesgos y daños, la prescripción y dispensación de metadona, y las intervenciones en sobredosis, desintoxicación de sustancias de abuso y tratamiento con antagonistas.



2.8.2. EQUIPOS TÉCNICOS-GADs

Se constituirán los Equipos Técnicos-GADs para el desarrollo de programas en drogodependencias que requieran una participación multidisciplinar. Estos programas son fundamentalmente los de prevención-educación para la salud, intervención psicosocial en el tratamiento con metadona y deshabituación.

El número de Equipos Técnicos-GADs dependerá del volumen de población. En centros pequeños es posible que un único Equipo Técnico-GAD desarrolle todos los programas multidisciplinarios. En centros grandes serán necesarios varios Equipos Técnicos-GADs, específicos para el desarrollo de cada uno de los programas multidisciplinarios.

Composición

Cada Equipo Técnico-GAD desarrollará el programa de intervención del que es responsable con un enfoque biopsicosocial. En consecuencia los **profesionales básicos** del Equipo Técnico-GAD son: médico, psicólogo, educador y trabajador social.

El Equipo Técnico-GAD podrá ampliarse, bien por participación directa o efectuando la coordinación necesaria, con otros profesionales: enfermeros, maestros, monitores ocupacionales, monitores deportivos, vigilancia interior, pedagogos, sociólogos, juristas, etc.

Es primordial el papel de los funcionarios de vigilancia interior, siendo fundamental la información activa y, dentro de lo posible, su integración y participación en las actividades del respectivo programa.

Funciones

Los profesionales de cada Equipo Técnico-GAD serán los **responsables en el diseño, ejecución y evaluación del programa** correspondiente, según la metodología expuesta en el **Anexo 5**.

Así mismo serán los encargados de diseñar sus propios sistemas de fichas de recogida de información: número de internos en programa/día, registro de actividades, número de internos en programa/año (total atendidos, entradas y salidas año).

La reunión de equipo se considerará como instrumento básico en el proceso de diagnóstico, propuesta y seguimiento, tanto de los internos como del programa. Por ello es importante que los miembros del Equipo Técnico-GAD realicen breves reuniones de trabajo diarias, necesarias para comentar y evaluar el desarrollo del programa y las incidencias que se produzcan. Se efectuará una reunión semanal, quedando constancia mediante acta de las decisiones adoptadas en cuanto a entradas, salidas, informes y propuestas.

Colaboración extrapenitenciaria

La participación extrapenitenciaria consistirá en una colaboración para el desarrollo de los programas en drogodependencias, prestada por profesionales extrapenitenciarios en el ámbito del Equipo Técnico-GAD respectivo, del cual formarán parte como miembros activos. La aportación extrapenitenciaria podrá variar desde un mero apoyo a las acciones del Equipo Técnico-GAD hasta el desarrollo amplio de un programa de intervención.



Coordinación

Uno de los profesionales del Equipo Técnico-GAD, con experiencia y capacidad técnica suficiente, desarrollará funciones de Coordinador del mismo. El **Coordinador de cada Equipo Técnico-GAD** preferentemente será elegido por los miembros que lo componen, debiendo ser designado, en su defecto, por la Comisión GAD.

El **Coordinador del Equipo Técnico-GAD** preferentemente será un profesional de la Institución Penitenciaria, pudiendo establecerse excepciones, en aquellos programas sustentados principalmente por profesionales extrapenitenciarios, con suficiente solvencia técnica y garantías respecto al centro penitenciario.

Las funciones del Coordinador del Equipo Técnico-GAD son las siguientes:

- a) Conocer la situación y evolución de cada uno de los internos drogodependientes que están en su respectivo programa.
- b) Informar a la Subdirección de Tratamiento/Coordinación de Formación, de las necesidades de inclusión de internos en actividades educativas, formativas, laborales, ocupacionales, deportivas y culturales.
- c) Coordinar el traslado a la Junta de Tratamiento de las propuestas e informes relativos a internos en programas terapéuticos.
- d) Coordinar el establecimiento de una comunicación eficaz con centros de drogodependencias comunitarios para la continuación del tratamiento en los casos de permiso y libertades de los internos de su programa.
- e) Coordinar las actividades necesarias para el desarrollo normalizado de actuaciones de reincorporación social con internos de su programa, en los casos de salidas a instituciones de atención especializada, salidas programadas y cumplimiento de la pena en unidades extrapenitenciarias.
- f) Coordinar la entrada y la salida de internos de su programa. Esta tarea se desarrollará junto a los Coordinadores de otros programas asistenciales cuando sea necesario, para que los internos que causan baja en un programa continúen recibiendo asistencia en otra alternativa terapéutica que se ajuste a las necesidades de esas personas.
- g) Comunicar la entrada y salida de internos de su programa a las Subdirecciones Médica y de Tratamiento y al Coordinador de la Comisión GAD cuando así sea preciso.
- h) Coordinar la formación de los profesionales de su Equipo Técnico-GAD.
- i) Asistir a las reuniones de la Comisión GAD.
- j) Coordinar los registros de actividad que recogen información relativa al movimiento de internos en programa (altas, bajas y permanecen), para conocer en todo momento la situación del programa (recursos, usuarios y actividades), así como para la remisión de los datos, a través del Coordinador de la Comisión GAD, al Centro Directivo con la periodicidad que se determine.



2.8.3. COMISIÓN GAD

La Comisión GAD, con funciones fundamentalmente de dirección y coordinación, será el equipo responsable de la aprobación, coordinación en la ejecución y evaluación del conjunto de programas en materia de drogodependencias de carácter preventivo, asistencial y de reincorporación social.

Composición

La Comisión GAD, presidida por el Director ó Subdirector que designe, estará compuesta por el Subdirector Médico/Jefe de los Servicios Médicos, el Subdirector de Tratamiento, los Coordinadores de los Equipos Técnicos-GADs y los Coordinadores del resto de programas con internos drogodependientes.

Como **Coordinador de la Comisión GAD** actuará el funcionario que designe el Director, con las funciones de coordinar la ejecución del conjunto de programas de intervención. El **Coordinador de la Comisión GAD** forma parte de la Comisión de Seguimiento del Centro Penitenciario en Materia de Drogas.

Podrán formar parte de la Comisión GAD representantes del Plan Autonómico sobre Drogas y de otras Instituciones, Entidades y ONGs que intervienen en los programas con internos drogodependientes, y los profesionales de la Institución Penitenciaria que la Comisión GAD estime conveniente.

Funciones

- a) Efectuar las reuniones necesarias para analizar y evaluar el desarrollo de los programas de intervención, en las que actuará como secretario el Coordinador, debiendo realizar formalmente al menos una reunión trimestral, quedando constancia mediante acta de las decisiones adoptadas.
- b) Establecer los objetivos a conseguir con carácter anual, determinando las prioridades en materia de prevención, asistencia y reincorporación social, en función de las características y necesidades de la población drogodependiente.
- c) Garantizar el acceso de los internos drogodependientes que lo precisen, por su situación psicofísica y adictiva, a los programas sanitarios específicos, de tratamiento con metadona y de intercambio de jeringuillas.
- d) Determinar el número de Equipos Técnicos-GADs necesarios y su composición para que en el centro penitenciario se desarrollen los programas multidisciplinarios, de prevención-educación para la salud, intervención psicosocial en el tratamiento con metadona y deshabituación.
- e) Asignar a cada Equipo Técnico-GAD los profesionales de la Institución Penitenciaria necesarios para que esté formado al menos por sus componentes básicos: médico, psicólogo, educador y trabajador social, en función del grado de colaboración extrapenitenciaria (número de profesionales, dedicación en horas y días, área-programa de intervención).



- f) Establecer las relaciones institucionales y con ONGs en el ámbito de las drogodependencias.
- g) Establecer la organización y coordinación de los recursos materiales (despachos, aulas, talleres, módulos, etc.) para el desarrollo de los programas y actuaciones.
- h) Impulsar y supervisar la accesibilidad de los internos drogodependientes en programa terapéutico a actividades y programas educativos, de formación profesional y ocupacional y de inserción social y laboral.
- i) Determinar los modelos de intervención para el desarrollo de cada programa, estableciendo las modalidades de desarrollo ambulatorio, centro de día y modular, y disponiendo el número de módulos terapéuticos del establecimiento.
- j) Establecer los procedimientos de coordinación entre los diferentes programas, el Equipo Sanitario, los Equipos Técnicos-GADs y los diversos estamentos del centro penitenciario (Junta de Tratamiento, Régimen, Seguridad, etc.), para asegurar el desarrollo óptimo de los programas.
- k) Asegurar la coordinación interna de cada Equipo Técnico-GAD, designando un coordinador responsable del mismo si fuera preciso.
- l) Establecer la coordinación necesaria entre los diferentes programas para garantizar el Circuito Asistencial, con el fin de que los internos que causan baja en un programa continúen recibiendo asistencia en otra alternativa terapéutica.
- m) Conocer la situación del conjunto de programas de intervención con internos drogodependientes (recursos, usuarios y actividades), y coordinar la recogida de información a través de los registros de actividad relativos al movimiento de internos en los programas (altas, bajas y permanecen), remitiendo los datos al Centro Directivo con la periodicidad que se determine.
- n) Supervisar el diseño, ejecución y evaluación de los programas, adoptando las resoluciones que procedan para ajustar las disfunciones que se produzcan.
- o) Trasladar, en su caso, los acuerdos adoptados al Consejo de Dirección, a la Junta de Tratamiento, y a la Comisión de Seguimiento del Centro Penitenciario en Materia de Drogas.
- p) Supervisar y coordinar el plan formativo de los profesionales.
- q) Efectuar la evaluación global y elaborar la memoria anual.

2.9. PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN

2.9.1. PROGRAMACIÓN

El programa deberá ser diseñado por los profesionales que posteriormente van a participar en su ejecución y evaluación.



El contenido del programa estará recogido en un documento que no es necesario que sea exhaustivo, sino concreto y práctico.

En síntesis la metodología para la elaboración de un programa se ajustará al siguiente esquema.

Identificación de necesidades y problemas

Análisis de las características de la población del centro penitenciario, en cuanto a características sociodemográficas, consumo de drogas y situación biopsicosocial. El análisis comprenderá al menos:

- Distribución de la población según sexo, nacionalidad, grupos de edad, situación procesal y tipología delictiva.
- Sustancias de consumo, al ingreso en prisión y en prisión (sustancia principal de consumo, resto de sustancias, frecuencias y vías de consumo), sobredosis, material de inyección compartido, otros factores de riesgo (preservativo, tatuajes, etc.), tratamientos anteriores de drogodependencia, ...
- Hábitos higiénicos y de salud, conocimientos en salud, enfermedades transmisibles (VIH, VHC, tuberculosis, ETS,...), enfermedades mentales y comorbilidad o trastorno dual, problemas psicológicos, nivel de estudios, cualificación y actividad laboral, características culturales, etc.

Establecimiento de prioridades

Siempre se requerirá el establecimiento de una serie de prioridades de las necesidades o problemas sobre los cuales se plantea desarrollar el programa. Los criterios principales para efectuar la priorización serán:

- 1.) La importancia de la necesidad/problema, medida a través de:
 - a) Su magnitud (nº de personas afectadas, prevalencia, incidencia ...).
 - b) Su gravedad (mortalidad, enfermedades, conflictividad personal o social ...).
- 2.) La capacidad del programa para solucionarlo (eficacia y efectividad).
- 3.) La factibilidad del programa (disponibilidad de recursos).

Formulación de objetivos

En función de las etapas anteriores, se definirán los fines del programa.

Un objetivo es el resultado que un programa trata de alcanzar, expresado en forma cuantitativa y en el tiempo en que se quiere lograr.

Cada objetivo estará definido y cuantificado, especificando la dimensión del cambio esperado (cuantificado en porcentaje, por ejemplo, llegar al 80% de los drogodependientes, conseguir que estén en intervención psicosocial el 80% de los internos en tratamiento con metadona, disminuir en un 75% la utilización de la vía parenteral, ...), el periodo de tiempo en el que debe alcanzarse (un año, dos años, ...) y el grupo o subgrupo al que va dirigida la



intervención (población interna general, población que utiliza la vía endovenosa, población drogodependiente no incluíble en deshabituación y con deterioro psicofísico, población drogodependiente activa incluíble en deshabituación, etc.).

Determinación de actividades y recursos

Los objetivos específicos determinan el conjunto de acciones a realizar para lograrlos. Éstas son las actividades del programa. La planificación de las actividades exige responder a las siguientes preguntas: ¿Qué se hará?, ¿Quién lo hará?, ¿Sobre qué población tendrá lugar?, ¿Cómo se hará?, ¿Dónde se realizará?, ¿Cuándo se realizará?, ¿Qué cantidad y con qué frecuencia se llevará a cabo?.

Se identificarán las actividades más adecuadas para conseguir cada objetivo, asignando los recursos y el tiempo necesario. Se establecerá la coordinación entre las actividades y la asignación de recursos, controlando que las actividades se realizan en el tiempo previsto.

Los procedimientos de entrada al programa y de salida (expulsión y derivación a otro programa, derivación a recursos externos), así como las normas de funcionamiento del mismo, estarán lo suficientemente detallados para que sean comprensibles para internos y profesionales, no suponiendo elementos de distorsión por dificultad en su interpretación.

El programa recogerá de forma esquemática y concreta las actividades a realizar, estando definidas las técnicas a emplear y sus normas de actuación, la secuencia de las actividades y su cronograma, el tiempo y lugar donde se van a realizar, los profesionales que van a participar en su desarrollo y los mecanismos de relación y coordinación (reunión diaria de incidencias, reunión semanal de coordinación). La coordinación del Programa será efectuada, con criterio general, por uno de los profesionales de la Institución Penitenciaria, pudiendo establecerse excepciones en aquellos programas sustentados principalmente por profesionales extrapenitenciarios, en cuyo caso uno de estos profesionales, con suficiente solvencia técnica y garantías respecto al centro penitenciario, podrá desarrollar las funciones de Coordinador.

Un factor importante para el desarrollo normalizado del programa es la información. Los colectivos implicados, internos y trabajadores del centro penitenciario, estarán informados, en cuanto a objetivos, población a atender, actividades del programa, mecanismos de entrada y salida, coordinación, etc. El proceso de información estará organizado para obtener la máxima difusión e implicación. La transmisión de la información podrá ser oral y por medio de carteles, trípticos o folletos, buscando la comprensión de los mensajes y la recogida de sugerencias. La transmisión de la información a los trabajadores del centro y otros profesionales se podrá realizar en distintas reuniones según áreas: Dirección, Sanidad, Tratamiento, Vigilancia, profesionales extrapenitenciarios y Entidades Públicas o Privadas (Plan Autonómico-Municipal sobre Drogas, Centro de Atención al Drogodependiente, ONGs...). La información será periódica, siendo básico transmitirla antes de iniciar el programa y posteriormente, en el momento de la presentación de los resultados, exponiendo diversos aspectos del desarrollo del programa: población atendida, recursos, actividades, dificultades y resultados obtenidos.



Planificación de la vigilancia y evaluación

La planificación de la vigilancia y evaluación forma parte de la programación.

La vigilancia del desarrollo del programa es una evaluación del proceso y se orientará a valorar y corregir el funcionamiento del programa mientras se lleva a cabo, para introducir, si es necesario, modificaciones sobre la marcha. Hace referencia a la necesidad de responder a las preguntas ¿Qué se está haciendo?, ¿Cómo se está haciendo?, ¿A cuántas personas estamos llegando (cobertura)?, ¿Se están cumpliendo los objetivos?.

La evaluación del programa es la comparación entre los objetivos del programa y los resultados de éste. Responde a la pregunta ¿En qué grado se han cumplido los objetivos?. Difiere de la vigilancia porque es un proceso único, determinado en el tiempo por el plazo anunciado en los objetivos específicos. La evaluación, que comprende la evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados, se aborda ampliamente en el apartado siguiente.

Lo importante a destacar es que la evaluación estará presente en el momento de diseñar el programa, para determinar qué factores se van a evaluar y por medio de qué procedimientos, para así disponer de un sistema de información que permita efectuar la evaluación.

Por todo ello, estarán definidos los sistemas de fichas de recogida de información de los internos en programa y de las actividades, número de internos atendidos, entradas, salidas y número de internos en programa/día, número de internos en actividades, centralizándose la recogida de información por medio del Coordinador del Programa.

Ejecución

La fase de ejecución es aquella en la que se realiza lo anteriormente planificado. Las acciones de vigilancia permitirán incorporar con facilidad las modificaciones necesarias en las actividades previstas. Es importante registrar el qué, el quién y el cuándo, y disponer de una agenda y de informes sobre el progreso de las intervenciones, consolidando cada etapa del proceso. Es conveniente realizar reuniones pertinentes, positivas y decisivas.

2.9.2. EVALUACIÓN

Equipos responsables

- Cada Equipo Técnico-GAD efectuará la evaluación del programa específico que desarrolla y del cual es responsable en su diseño y ejecución.
- El Equipo Sanitario efectuará la evaluación del Programa de Intercambio de Jeringuillas y del Programa de Prescripción y Dispensación de Opiáceos.
- La Comisión GAD supervisará el diseño, ejecución y evaluación del conjunto de programas de intervención.



Procedimiento

Se comprobará que el diseño del programa se corresponde con las necesidades de la población y los objetivos determinados. Igualmente se efectuará evaluación de la ejecución y de los resultados. Se efectuarán evaluaciones temporales para detectar desviaciones y efectuar las correcciones necesarias. Es conveniente efectuar la evaluación como mínimo a los 6 y 12 meses. En el caso de inicio de una actividad o programa nuevo, es conveniente realizar evaluaciones en los meses 1, 3, 6 y 12.

Se seguirá el procedimiento clásico de evaluación de la estructura, proceso y resultado, a través de datos e indicadores.

- Estructura del programa: medios humanos y materiales que participan, así como la organización, coordinación e integración de los mismos.
- Proceso: actividades del programa que se llevan a cabo por y entre los profesionales y los internos.
- Resultado: lo que ha conseguido la actividad del programa, a través de su estructura y del proceso.

Indicadores básicos

La evaluación permitirá conocer la situación y hacer comparaciones con años anteriores, viendo la evolución y si se adecua lo que se está realizando con las necesidades y con los objetivos que se han planteado. Son bastantes los datos e indicadores que permiten realizar una evaluación de la situación. En un primer momento es conveniente utilizar pocos indicadores, los que proporcionen una visión global de la realidad en ese momento en cuanto a estructura, proceso y resultado (problemas, necesidades poblacionales, programas en ejecución, ...).

A partir de ahí se pueden plantear unos objetivos a alcanzar en el año siguiente (incremento de internos en intervención psicosocial, incremento de internos en módulo terapéutico, decremento de analíticas positivas a opiáceos ilegales, etc.). Estos objetivos han de estar siempre cuantificados, observando en la siguiente evaluación el grado de cumplimiento alcanzado.

Son básicos los siguientes indicadores:

Estructura:

- 1.) Existencia de Equipos Técnicos-GADs y desarrollo de programas adecuados a las necesidades de la población interna:
 - Prevención y Educación para la Salud.
 - Intercambio de Jeringuillas (PIJ).
 - Prescripción y dispensación de metadona.
 - Intervención psicosocial en el tratamiento con metadona.



- Deshabitación.
 - Reincorporación social.
- 2.) Composición multidisciplinar de los Equipos Técnicos-GADs.

Proceso:

- 1.) Número y porcentaje de internos en los diferentes programas (entradas-año, total-año, y número y prevalencia día).
- 2.) Cumplimiento de las actividades en la forma y tiempo establecidos.
- 3.) Circunstancias y factores que han influido en los resultados.

Resultado:

- 1.) Número y porcentaje de internos VIH +, VHC +, tuberculosis, etc.
- 2.) Número y porcentaje de internos que han iniciado en prisión el consumo de drogas.
- 3.) Número y porcentaje de internos que consumen drogas.
- 4.) Número y porcentaje de internos que consumen por vía parenteral.
- 5.) Evolución en la mejora del estado físico y mental.
- 6.) Evolución en la mejora de la competencia psicosocial.
- 7.) Número de internos drogodependientes que a su salida de prisión han sido derivados a continuar tratamiento a recursos comunitarios.
- 8.) Número de internos drogodependientes que fueron derivados a continuar tratamiento a recursos comunitarios y que posteriormente reingresaron en prisión.



3. INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE LA OFERTA: MEDIDAS CONTRA LA INTRODUCCIÓN Y TRÁFICO DE DROGAS

Con objeto de reducir la oferta se realizarán las siguientes actuaciones:

3.1. HABILITACIÓN DE INFRAESTRUCTURAS QUE FACILITEN EL CONTROL DE LA INTRODUCCIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS.-

A partir de la entrada en vigor de la presente Circular, los Director/as de los diferentes centros penitenciarios habilitarán (si no dispusieran de ellas) las infraestructuras necesarias que permitan afrontar con garantía las actuaciones dirigidas a evitar la introducción y el tráfico de sustancias tóxicas en el establecimiento.

Las unidades que se consideran más afectadas dentro del ámbito de la introducción de sustancias psicoactivas son:

- 1º. **Comunicaciones exteriores**
- 2º. **Comunicaciones interiores**
- 3º. **Módulo de Ingresos**

Por ello, se procederá a la habilitación de salas de cacheos (si no se dispusiera de ellas):

1. Una sala para la práctica de cacheos integrales a familiares (Comunicaciones exteriores)
2. Una sala para la práctica de cacheos integrales a internos (Comunicaciones interiores).
3. Una sala de observación y custodia, diseñada para impedir la ocultación o desprendimiento de sustancias u objetos prohibidos, que deberá estar dotada de elementos de interceptación y recuperación de sustancias (Departamento de Ingresos o en la unidad más adecuada).

El diseño de esta sala de observación y custodia será realizado desde los servicios centrales.

3.2. GRUPOS DE CONTROL Y SEGUIMIENTO.

En el control de cualquier actividad ilícita resulta imprescindible la obtención y transmisión de información, así como el pleno conocimiento del objetivo perseguido y de todas y cada una de las técnicas necesarias para llevarlo a término. Por ello, es preciso consolidar los mecanismos de obtención y transmisión de la información en todas las direcciones (*Ascendente, Descendente y Horizontal*), así como de las técnicas y estrategias concretas y eficaces para intervenir en cada caso concreto.



*En este sentido, la creación de los **Grupos de Control y Seguimiento**, con tareas y conocimientos específicos en determinadas materias ligadas al control y seguimiento de determinados internos, se ha venido determinado como un instrumento esencial en la lucha y el control de grupos de internos peligrosos, así como en la correcta transmisión de la información para la obtención de resultados.*

Uno de los aspectos fundamentales en la transmisión de información, es la puesta en conocimiento de los **agentes de intervención** de todo aquello concerniente a las sustancias tóxicas: **los efectos, modalidades, formas de introducción, posibilidades de intervención, consecuencias jurídicas, metodología, etc.**

Para conseguir el objetivo de evitar la introducción de sustancias tóxicas en el centro se deberán diseñar **planes estratégicos de seguimiento e intervención**, que sirvan para superar el escaso éxito obtenido en controles basados en el cacheo rutinario que, con frecuencia, deteriora la credibilidad del sistema ante los propios funcionarios y aparece ante la percepción del interno como un sistema fácilmente vulnerable.

A partir de la entrada en vigor de la presente Circular, los Directores/as de todos los centros penitenciarios iniciarán las gestiones oportunas para la implantación de los **Grupos de Control y Seguimiento de internos** (en aquellos centros que no estuvieran implantados) o ampliación del número de integrantes (en aquellos centros que ya se encontraran implantados de manera experimental).

Para el dimensionamiento del número de integrantes de estos grupos, se tendrán en cuenta diversos factores tales como: la tipología del centro penitenciario, número de internos que albergue así como de la problemática concreta que en cada centro se detecte. Una vez valoradas las concretas necesidades de cada centro se hará propuesta de asignación de un número específico a la Secretaría General.

*Las funciones que -en el ámbito de actuación objeto de la presente Circular- desarrollarán los integrantes de estos Grupos, están desarrolladas en el Protocolo de actuaciones asignadas a los **Grupos de Control y Seguimiento de internos**.*

La dinámica de funcionamiento en materia de seguridad de los Grupos de control y seguimiento en las actuaciones contempladas en el Plan de Drogas, será la siguiente:

*El **Subdirector/a de Seguridad** y los funcionarios integrantes de los **Grupos de control y seguimiento de internos**, se reunirán con una periodicidad mensual con el objetivo de diseñar y planificar la estrategia operativa encaminada a la neutralización de las actividades ilícitas derivadas de la introducción y tráfico de sustancias psicoactivas, partiendo de la interrelación y el análisis de los datos obtenidos a través de las diferentes áreas existentes en los centros penitenciarios (Seguridad, Administración, Tratamiento, Sanidad, Régimen), así como de la información facilitada por los internos, familiares de estos o a través de cualquier otra fuente (FSE, personal colaborador, etc.).*



Asimismo, de forma informal se realizarán todas aquellas reuniones *que fueran necesarias, atendiendo a las incidencias que pudieran surgir, o para planificar concretas actuaciones semanales.*

Del contenido de la planificación, darán cumplida información al **Director/a** (que acudirá a estas reuniones cuando lo considere necesario), y en todo caso aprobará la planificación realizada y adoptará formalmente las decisiones concretas que procedan.

3.3. INTENSIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PREVISTAS REGLAMENTARIAMENTE.-

Del análisis riguroso de la realidad penitenciaria se desprende que las **vías de introducción** de drogas y sustancias tóxicas en el interior de los centros penitenciarios son, principalmente, las que se citan a continuación:

- 1.- Las **comunicaciones especiales** (familiares, íntimas y de convivencia). Constituyen una importante vía de introducción de drogas, favorecido por la extensión generalizada a la totalidad de la población reclusa, lo que posibilita la existencia de una gran cantidad de ocasiones para llevar a cabo esta práctica ilícita.

La intervención de la Institución sobre los **familiares** resulta más compleja que cuando esta intervención se lleva a cabo sobre el interno. Los planteamientos de intervención son radicalmente diferentes.
- 2.- Los **permisos de salida ordinarios** y demás **salidas penitenciarias**. Constituyen otra de las vías relevantes de introducción de drogas, aunque las posibilidades de actuación por la Institución se ofrecen como más eficaces.
- 3.- **Los paquetes destinados** a los internos también pueden constituir otra modalidad de introducción, aunque se contempla como secundaria.
- 4.- No se puede obviar, aunque sea una vía residual, circunstancial y no generalizada, la posibilidad de que este tipo de práctica ilícita sea llevada a cabo por **terceras personas** cuya actividad profesional se desarrolla en el ámbito penitenciario.
- 5.- En **determinados** centros el “**lanzamiento**” **desde el exterior** también constituye una vía de introducción complementaria

Partiendo de lo anteriormente expuesto, la Administración Penitenciaria debe articular y llevar a la práctica un conjunto de actuaciones que garanticen, en cada centro, acorde con sus características, la neutralización de la entrada de sustancias psicoactivas a través de las vías citadas en el punto anterior – *o a través de cualquier otra vía* -.



Dentro de estas actuaciones se encontrarían las que se describen a continuación:

1.- Revisión de los procedimientos y controles establecidos para:

1. Llevar a cabo las **comunicaciones** (Ordinarias, Especiales, Intermodulares,...).
2. Facilitar y controlar la entrada y salida de **comunicantes** (internos, familiares, amigos,...).
3. Facilitar y controlar la entrada y salida de **proveedores**.
4. Permitir la entrada y salida de **vehículos**, ejerciendo en todo momento sobre ellos la debida vigilancia y seguimiento.
5. Permitir, con el adecuado control la entrada y salida de **paquetes** (tanto en lo que se refiere a su inspección y registro, como al control de los internos que desempeñan destinos relacionados con este procedimiento).

Se deberá realizar la revisión de estos procedimientos y controles con el objetivo de detectar posibles disfunciones o malas prácticas que pudieran estar produciéndose durante el desarrollo de los mismos, procediéndose a su subsanación inmediata

2.- Intensificación de los controles, cacheos y registros de visitantes e internos contemplados en las correspondientes Circulares, Instrucciones y Órdenes de servicio.

1. Semanalmente se hará una planificación de todas y cada una de las medidas descritas adaptándolas a los diversos campos de actuación partiendo de las diversas variables observadas (*comunicantes, internos, regresos de permiso, salidas a la escuela, a los diversos cursos, destinos generales...*) cursándose, si fuere necesario, las pertinentes órdenes concretas de ejecución de específicos controles, realizables sin previo aviso.
2. A efectos de un mayor control, desde el Centro Directivo se facilitarán progresivamente y según lo vayan permitiendo las disponibilidades presupuestarias, medios técnicos como **ecógrafos** (siguiendo el procedimiento establecido en el **Anexo 6**), **detectores de drogas** y **reactivos para identificar sustancias tóxicas decomisadas**.
3. Siempre que existan fundadas sospechas de la ocultación de sustancias tóxicas en el interior del organismo, se iniciarán las gestiones oportunas para la realización de **exploraciones radiológicas** (siguiendo el procedimiento establecido en el **Anexo 6**), conforme a la normativa vigente.

3.- Intensificación de las requisas y registros de las dependencias y de las celdas, así como de los registros sobre las pertenencias de los internos.

1. Por lo que respecta a este apartado, se hace necesario reiterar lo establecido en la **Instrucción 03/10** de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y el protocolo de actuación que desarrolla la regulación del **volumen de pertenencias**



en el interior de las celdas, con la finalidad de dificultar la ocultación de objetos prohibidos y, por ende, facilitar el desarrollo de los registros y cacheos.

2. Por otro lado, el Subdirector/a de Seguridad planificará los registros y controles de las dependencias que integran el establecimiento penitenciario, garantizando que sean **registradas y requisadas** con la periodicidad determinada en el **epígrafe 2.1.2. de la Instrucción 03/10:**

*“Al menos **dos veces por semana**, se requisarán todas y cada una de las dependencias del Centro, **y diariamente**, aquéllas que se considere necesario en función de las características de los internos que albergan o por ser puntos más vulnerables”*

4.- Captación, integración y análisis de la información obtenida a partir de diversas fuentes tales como :

1. A través de la información procedente de **“otros internos”**.
2. La **observación directa y seguimiento puntual de los internos**, en general y, de los sospechosos, en particular.
3. La observación del comportamiento del interno previamente y con posterioridad a la **comunicación** o antes y después del **permiso** disfrutado.
4. La indagación de datos mediante los registros documentales (movimiento de la **cuenta de peculio**, consumo en los **economatos**, posesión personal o en su celda de **artículos de valor** sin la previa adquisición por el servicio de demandaduría, etc.).
5. Análisis de solicitudes de **incompatibilidades** por los internos.
6. Análisis de solicitudes de **protección personal** (Art. 75).
7. Seguimiento y análisis de los **incidentes regimentales** (especialmente las agresiones entre internos).
8. Indagaciones sobre **lesiones** sufridas por internos sin origen explicitado.
9. Seguimiento sobre **grupos de internos con vínculos e intereses ilícitos comunes**.
10. Seguimiento de internos que desempeñan **destinos auxiliares** con cierta facilidad de movimientos interiores (*especialmente los que trabajan en economatos modulares, economatos centrales, lavandería, talleres productivos, destinos exteriores, destinos auxiliares de limpieza de locutorios, de paquetes, etc.*).
11. Control de internos con **antecedentes disciplinarios por tráfico de droga** (el tráfico de droga en prisión es una conducta, por lo general, repetitiva).
12. Análisis de las **solicitudes de internos de cambio de módulo** de forma imperativa (denotarán posibles amenazas o coacciones por otros internos).



13. Control diario de los **internos que ingresan de libertad o de otros centros** y sus posibles antecedentes de tráfico a fin de tener un conocimiento actualizado del movimiento de la población reclusa.
14. Detectar posibles **presiones** internas ejercidas sobre internos para la introducción bajo coacción.
15. Celebración de **comunicaciones especiales de internos con ex internos**.
16. Asociación entre la concurrencia de un cierto número de internos con evidencias de consumo de droga y aquéllos que tienen un inminente **regreso de permiso** o reciente celebración de comunicación especial.
17. **Incautación de dinero de curso legal**, asociado normalmente al tráfico de drogas.
18. Cualquier otra situación que se detecte y que requiera de un control y seguimiento especial.

Toda esta información debe ser debidamente recogida para que se permita y facilite su posterior análisis y su correspondiente toma de decisiones

5.- Otras medidas orientadas a garantizar el éxito de la intervención y/o ejercer un mayor control sobre los internos implicados en este tipo de actividades ilícitas.-

1. Aplicación de las limitaciones regimentales previstas en el **art. 75** del Reglamento Penitenciario (**Anexo 8**).
2. Adopción de medidas cautelares conforme a lo regulado en el **Art. 243** del Reglamento Penitenciario (**Anexo 9**).
3. Aplicación del **Art. 72** del Reglamento Penitenciario
4. **Revisiones de grado por parte de la Junta de Tratamiento con propuestas de traslado** a internos en calidad de penados
5. **Solicitud de traslado** por parte del Consejo de Dirección o Director/a a internos en calidad de preventivos
6. Suspensión de comunicaciones vis a vis cuando motivadamente procediere.
7. Suspensión de la entrada de paquetes cuando la vía utilizada hubiera sido este medio.
8. Favorecer cambios modulares.
9. Otras de análoga naturaleza.

Los Órganos Colegiados o el Director/a adoptarán las pertinentes medidas actuando "per se" o proponiendo al Centro Directivo las actuaciones concretas que consideraren más adecuadas para controlar el tráfico de sustancias



3.4. IDENTIFICACIÓN DE INTERNOS VINCULADOS A LA INTRODUCCIÓN Y TRÁFICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.-

Fruto de las observaciones practicadas e informaciones recibidas se identificará a los internos que de manera individual o grupal pudieran estar implicados en la **introducción y tráfico de sustancias psicoactivas**.

Una vez identificados, toda la información concerniente a los mismos será analizada para que facilite las labores de seguimiento y control sobre estos internos, con la finalidad de evitar en la medida de lo posible el tráfico de drogas y sustancias psicoactivas.

La información personal en la que se determina que un interno se dedica a traficar con sustancias nocivas en el establecimiento será debidamente anotada y registrada en su expediente para que, en caso de traslado pueda servir para ejercer sobre él un mayor grado de control y seguimiento

3.5. PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA/ECOGRAFÍA.-

Previamente al inicio de las actuaciones encaminadas a la realización de una exploración radiológica o ecografía, se habrán llevado a cabo todas las medidas de seguridad previstas reglamentariamente (**Registros, cacheos, cacheo con desnudo integral**).

Una vez agotadas todas las vías, y conforme a lo dispuesto en el art. 68.4 del vigente Reglamento Penitenciario si el resultado del cacheo con desnudo integral fuese infructuoso y persistiese la sospecha, se ofrecerá al interno la posibilidad de someterse voluntariamente a la realización de una exploración radiológica o ecografía, circunstancia que, en caso afirmativo, deberá quedar acreditada mediante la firma del interno (**Anexo 6 (a)**), documento que será unido a los partes correspondientes y archivado en su expediente penitenciario.

En caso contrario, es decir, si el interno se negara a someterse a las pruebas objeto del presente epígrafe, el Director solicitará a la Autoridad judicial competente **autorización judicial** para la realización de estas pruebas. En la solicitud, deberá reflejarse de manera concisa pero suficiente, los motivos en los que se fundamenta la petición, así como las actuaciones acometidas hasta ese momento.

Una vez recibida la autorización por parte de la Autoridad Judicial, o bien, si el interno hubiese firmado su aceptación voluntaria a someterse a la realización de la prueba, se llevará a cabo la misma bien en el propio centro penitenciario – si se dispusiera de los elementos técnicos necesarios, así como del personal acreditado para su práctica – o bien en hospitales extrapenitenciarios, en cuyo caso se requerirá la presencia de las FSE para proceder al traslado del interno.

Del resultado obtenido se dará cuenta a la Autoridad Judicial (**Anexo 6(b)**).

En todo caso se respetará los límites de radiación marcados por las autoridades sanitarias y normas de protección radiológica.



3.6. ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLOS DE COLABORACIÓN CON LAS FSE.-

Los Directores/as de los centros penitenciarios impulsarán y dinamizarán la coordinación y colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, demandando una mayor presencia de las mismas en las zonas de acceso al Establecimiento, su intervención directa en controles y registros y fomentando el intercambio de información (necesario para alcanzar el éxito en las intervenciones).

A estos efectos, desde la Secretaría General de II.PP. se impulsarán los apoyos que procedan para que, a raíz de la información que se reciba sobre esta problemática, se lleguen a realizar en todos y cada uno de los centros actuaciones concretas para erradicar este tipo de actos ilícitos.

Asimismo, los **Directores/as** de los centros penitenciarios deberán ponerse en contacto con la *Comisaría de Policía o Comandancia de la Guardia Civil de la provincia*, con el objetivo de elaborar un calendario de intervenciones de las **“Unidades caninas especializadas en la detección de sustancias psicoactivas”**.

También podrán ponerse en contacto con las autoridades policiales de la zona para trasladarles información sobre hechos, circunstancias o situaciones concretas en las que haya signos indiciarios de tráfico de drogas.

Todo ello con independencia de poner en conocimiento de la autoridad judicial cualquier tipo de ocupación de droga o acto ilícito producido en el centro penitenciario.

Por último y, en relación con los traslados a **hospitales extrapenitenciarios**, para la realización de **exploraciones radiológicas** a internos sospechosos de portar sustancias psicoactivas en el interior de su organismo, se considera conveniente incidir en la necesidad de coordinarse adecuadamente con los **responsables de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado**, en el sentido de recordarles la importancia y la necesidad de impartir las instrucciones oportunas a todo el personal bajo su cargo (*encargado de llevar a cabo este tipo de traslados*) para garantizar la adopción de medidas preventivas, tanto en el **traslado** como durante la **custodia hospitalaria** – hasta la realización de la prueba radiológica - orientadas a impedir que el interno pueda desprenderse o hacer desaparecer la droga.

3.7. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN UNIDADES CANINAS DE LAS FSE.-

En relación con la intervención de las unidades caninas se seguirán los siguientes pasos:

3.7.1. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.-

En base a la información recabada, y tras llevar a cabo el análisis de la misma, el director/a o profesional en quien delegue diseñará un calendario de actuaciones, planificando los días y dependencias dónde se llevará a cabo la intervención de la unidades caninas de las FSE.



sin perjuicio de que esta planificación pueda ser modificada en función de la aparición de nuevos datos.

3.7.2. DESIGNACIÓN DE DEPENDENCIAS Y MOMENTOS DE ACTUACIÓN.-

El Director/a y/o el Subdirector/a de Seguridad se coordinarán con los responsables de estas unidades, consensuando:

- a) Los días de intervención
- b) Dependencias
- c) Horarios
- d) Medidas previas – si se considerase necesario - a adoptar por los responsables del centro penitenciario.
- e) Procedimiento a seguir

3.7.3. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN.-

El Director/a o Subdirector/a de Seguridad, designará a un profesional penitenciario adscrito al área de seguridad (preferentemente un Jefe/a de Servicios o un funcionario/a del grupo de control y seguimiento de internos) que se encargará de acompañar en todo momento a los integrantes de las unidades caninas, tanto en las inspecciones que se lleven a cabo como en las dependencias interiores como exteriores.

Atendiendo a razones de seguridad y orden, cuando la intervención de estas unidades se lleve a cabo en **dependencias interiores** (*Celdas, Galerías, Talleres, Economatos, Dependencias comunes, Almacenes, Taquillas...*), previamente al acceso de estas unidades se adoptarán las medidas oportunas para evitar la presencia de internos durante las inspecciones, si bien, en el caso específico de intervención en las celdas podrá facilitarse la presencia del interno durante su desarrollo siempre que el número de internos que estuvieren presentes fuere reducido y quedara garantizado el éxito de la actuación y la seguridad de las personas y del establecimiento.

Si como consecuencia de la inspección se detectara la presencia de sustancias prohibidas, se requerirá la presencia del o de los interno/s presuntamente responsables para, en presencia de estos, proceder a la manipulación y extracción de las sustancias.

En todo caso, cuando la intervención de las unidades caninas se llevara a cabo en virtud de informaciones sobre **personas concretas**, que apuntaran la posibilidad de que éstas pudieran poseer este tipo de sustancias, la intervención se llevará a cabo en su presencia, adoptando las medidas de seguridad oportunas.

En definitiva, se trata de distinguir entre aquellas intervenciones programadas con carácter ordinario (disuasorio, preventivo,.....) de aquellas específicas, programadas en base a la información derivada de un trabajo de investigación previo sobre determinados internos o grupos de internos.



3.7.4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA INCAUTACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.-

En relación con este aspecto, se considera necesario matizar el procedimiento a seguir cuando la detección de este tipo de sustancias se lleve a cabo a través de la intervención de las unidades caninas de las FSE, teniendo en cuenta que puede variar en función del lugar, cantidad y persona a la que se incaute la sustancia estupefaciente.

1. Incautación en dependencias exteriores.-

1.1. Comunicantes.-

Cuando la incautación se produzca sobre **personas que no se encuentren privadas de libertad** (*Comunicantes, Proveedores, etc.*), y de la cantidad incautada se derive o pueda derivar responsabilidad penal, serán los miembros de las FSE quienes procederán al respecto conforme a la legislación vigente.

En estos casos, el profesional designado por la Dirección del Centro (preferentemente un Jefe/a de Servicios o un miembro del Grupo de Control y Seguimiento) dejará constancia de estos hechos, elevando el parte correspondiente donde reflejará los datos que se especifican a continuación:

- a. Media filiación de la persona a la que se ha incautado la o las sustancias.
- b. Apellidos y nombre del interno/a.
- c. Relación con el interno/a.
- d. Nº de carnet profesional del funcionario/a de las FSE que ha llevado a cabo la intervención.
- e. Descripción de la sustancia intervenida.
- f. Copia del acta de intervención elaborada por las FSE.

1.2. Dependencias exteriores.-

Cuando la incautación se lleve a cabo en dependencias exteriores, pero no pueda atribuirse la titularidad a ninguna persona, se elevará el informe correspondiente, quedando la sustancia incautada en poder de la Administración Penitenciaria, procediéndose conforme a lo establecido en la Instrucción 3/10.

1.3. Paquetes.-

Del mismo modo, cuando las sustancias detectadas se encuentren en los paquetes dirigidos a los internos, la actuación a seguir, dependerá de si la persona depositante se encuentra presente o no en las dependencias del Establecimiento.

- ⊙ Si se encontrara presente se procederá conforme a lo reflejado en el punto **1.1.**
- ⊙ Si por el contrario, la persona depositante se hubiera marchado del centro penitenciario, ser procederá conforme a lo regulado en el punto **1.2.**



2. Incautación en dependencias interiores: *Internos, Pertenencias, Celdas Dependencias comunes, Departamentos, etc.*

- o Una vez finalizada la inspección, se levantará un acta (**Anexo 7**) que será firmada por el Jefe de Servicios y por el responsable de la unidad canina, donde se reflejará las dependencias inspeccionadas, hora de la inspección, resultados obtenidos y apellidos y nombre de las personas a las que se atribuye la propiedad de las sustancias u objetos incautados.

Del acta se dará una copia al responsable de la unidad canina, y el original se entregará al Director/a del Centro Penitenciario.

- o En cuanto al procedimiento a seguir con la droga o sustancia tóxica incautada, se estará a lo dispuesto en el epígrafe 2.4. de la Instrucción 3/10 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

3.8. SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS CONTRA LA INTRODUCCIÓN Y TRÁFICO DE DROGAS.-

A efectos de evaluar y supervisar la implantación del presente Plan, los Directores/as de los centros penitenciarios remitirán a la **Dirección de Seguridad Interior y Gestión Penitenciaria** un informe (**Anexo 5**) dónde se reflejarán los resultados obtenidos a partir de las actuaciones acordadas, así como las incidencias acaecidas en ese periodo de tiempo relacionadas con el consumo, la introducción y tráfico de sustancias psicoactivas y cualquier propuesta, iniciativa o experiencia que pueda aportar o contribuir a una mayor efectividad para alcanzar los objetivos fijados..

Puntualmente se le enviará al Grupo Central de Seguimiento y Control la información que se considere relevante respecto al seguimiento del control de drogas, entre las que se incluyen las actuaciones policiales. Las pequeñas ocupaciones diarias y aquellos aspectos menos relevantes se informarán a través del S.I.P al igual que se hace del resto de las incidencias.

Desde la Secretaría General se trasladará periódicamente información a los centros, partiendo de las evaluaciones e informaciones recibidas, con el objetivo de que pueda servir de utilidad en la lucha contra la introducción de sustancias tóxicas en los centros.



4. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL CENTRO PENITENCIARIO EN MATERIA DE DROGAS (DEMANDA Y OFERTA).

4.1. INTEGRANTES DE LA COMISIÓN

La Comisión de Seguimiento del Centro Penitenciario en materia de drogas (demanda y oferta), será el equipo responsable del **diseño, coordinación y supervisión de la estrategia global de intervención en materia de drogas** dirigida a la población penitenciaria o intervenciones sobre la demanda y a evitar la introducción y tráfico de drogas o intervenciones de reducción de la oferta.

Por tanto, esta Comisión de Seguimiento integra en su ámbito de actuación, las actuaciones desarrolladas por la Comisión GAD (Equipo responsable de la aprobación, coordinación en la ejecución y evaluación del conjunto de programas en materia de drogodependencias de carácter preventivo, asistencia y de reincorporación social) y por la Subdirección de Seguridad y los Grupos de Control y Seguimiento de internos (profesionales éstos responsables de las medidas contra la introducción y tráfico de drogas).

Esta Comisión de Seguimiento en materia de drogas, presidida por el Director/a, estará integrada por:

- a) Director/a
- b) Subdirector/a Médico/Jefe/a de los Servicios Médicos
- c) Subdirector/a de Tratamiento
- d) Subdirector/a de Seguridad
- e) Coordinador/a de la Comisión GAD
- f) Responsable del Grupo de control y seguimiento de internos
- g) Coordinador/a de Trabajo Social

Los resultados los diferentes programas con internos drogodependientes y de las actuaciones contra la introducción y tráfico de drogas serán trasladados a la Comisión a través de sus respectivos responsables.

Cada **Subdirector/a** - en el ámbito de sus respectivas competencias - dirigirá y coordinará las actuaciones de los profesionales que de ellos dependan y se encuentren integrados en los grupos de trabajo (*funcionarios de vigilancia, psicólogos, educadores, pedagogos, sociólogos, trabajadores sociales, juristas, médicos, ATS, auxiliares de clínica, maestros, monitores, voluntariado, otros profesionales colaboradores, etc.*).

Con carácter general, este equipo se reunirá con una periodicidad **TRIMESTRAL**, sin perjuicio de establecer tantas reuniones como se estimen convenientes.

Asimismo, con la periodicidad que se estime necesaria, mantendrá reuniones informativas con los profesionales pertenecientes a las distintas áreas.



4.2. FUNCIONES

Las funciones de la Comisión de seguimiento serán las siguientes:

1. Diseñar estrategias dirigidas a una mayor atención en la prevención, asistencia (reducción de riesgos y daños, deshabituación, intervención sanitaria e intervención psicosocial) y reincorporación social de los drogodependientes y a la reducción de la oferta de sustancias tóxicas en el centro.
2. Analizar la evolución de todos los campos de actuación (área sanitaria, de tratamiento y de seguridad) desarrollados durante los tres meses inmediatamente anteriores a la reunión.
3. Valorar los indicadores de evaluación contemplados en la presente circular en todos y cada uno de los campos.
4. Planificar actuaciones concretas ejecutables para los tres meses siguientes a las reuniones, corrigiendo las desviaciones observadas y proponiendo nuevos planes para mejorar los resultados o manteniendo aquellas que han resultado positivas.
5. Coordinar los planes de actuación de las diversas áreas disponiendo de los medios materiales y de personal necesarios para la consecución de los objetivos.
6. Diseñar las campañas de sensibilización/información dirigidas a internos y familiares.

El orden del día contemplará necesariamente todos y cada uno de los aspectos que se contemplan en el **Anexo 5**, a lo que se añadirá lo que expresamente sea indicado por el Director/a.

La primera reunión tendrá lugar a lo largo del mes de marzo, y las sucesivas los primeros días de los meses de junio, septiembre y diciembre, enviándose el informe al que hace referencia el punto 3.8, dentro de los diez primeros días hábiles de dichos meses, salvo el del mes de marzo que se enviará después de la reunión.



5. CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Al margen de la inicial aplicación de las medidas de seguridad y control y tal y como se viene indicando en la presente circular es de suma importancia la realización de una tarea o acción global de conjunto especialmente en aquellas actuaciones de **carácter informativo a familiares e internos** (*información general a colectivos de internos, contacto informativo o terapéutico con familiares de internos con problemáticas específicas, intervención terapéutica con internos que padezcan esta problemática, etc.*).

5.1. DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN Y MENSAJES.

5.1.1. INTERNOS Y PERSONAS DE SU ENTORNO.-

- ⊙ Dentro de las actuaciones contempladas en el presente plan, se diseñará una estrategia de divulgación, dirigida principalmente a los **internos** y a sus **familiares**, con el fin de explicarles y hacerles llegar los principios que inspiran y justifican la implantación de este plan de intervención, así como los objetivos que se persiguen con el mismo, incidiendo en el objetivo fundamental que es el de garantizar y velar por la salud e integridad física de todas las personas destinadas en los centros penitenciarios.

A estos efectos informativos, también se diseñarán producciones **audiovisuales** (videos y/o diapositivas) *-para su difusión, bien en el salón de actos, bien en las salas de espera de las comunicaciones-* con contenidos y mensajes que ayuden a concienciar a los familiares y personas relacionadas con los internos tanto del apoyo que deben ofrecer a aquellos internos que se encuentran en procesos terapéuticos, de metadona o de deshabituación, como del daño que conlleva la introducción de sustancias prohibidas en los centros.

- ⊙ El interno y sus familiares deben llegar a percibir que existe una política de actuación global consolidada en esta materia **en todos y cada uno de los centros penitenciarios** y que muy probablemente tenga escasas posibilidades de éxito en los intentos de introducción de sustancias psicoactivas en los centros penitenciarios.

Se les debe evidenciar al interno y a los visitantes el riesgo que supone la introducción y el tráfico de sustancias psicoactivas en las prisiones, tanto para ellos (*altas posibilidades de ser interceptados y consecuencias tanto a nivel administrativo como penal*) como para la vida e integridad física de las personas que se encuentran internadas.

Sin duda alguna la prevención general en esta materia constituye la mejor modalidad de intervención

- ⊙ Dentro de la campaña de divulgación con el fin de dar la mayor difusión y publicidad posible entre familiares e internos, se procederá también a la colocación de **carteles** y **pegatinas** (*que serán elaborados y remitidos por el Organismo Autónomo de Trabajo*



Penitenciario y Formación para el Empleo) tanto en las dependencias exteriores como en las interiores, *incluidas las celdas*.

- ⊙ En base a la información disponible sobre los internos y sus familiares, se valorará la opción de planificar **entrevistas personales** tanto con unos como con otros. Estas acciones serán organizadas por la Comisión de Seguimiento y realizadas por el personal que se determine.
- ⊙ Finalmente se pondrá a disposición de los familiares de los internos un número de teléfono con sistema de grabación, a través del cual, de manera anónima si lo desean, podrán facilitar cualquier información o aportación que pueda ser utilizada para perseguir, combatir e intentar erradicar la introducción y el tráfico de sustancias ilegales en el interior de los centros penitenciarios, invitándoles a colaborar en este sentido.
- ⊙ En este proceso también podrá contarse con internos que podrán actuar como agentes mediadores de salud.

5.1.2. AUTORIDADES JUDICIALES.-

- ⊙ El **Director/a** del centro penitenciario se pondrá en contacto con los órganos judiciales competentes (**Audiencias Provinciales, Juzgado de Vigilancia Penitenciaria y/o Juzgado Decano de Instrucción o Juzgado de Instrucción en funciones de Guardia**), con el objetivo de acordar una reunión para presentar y exponer la motivación de la implantación del Plan general de intervención, así como los *objetivos* que se persiguen y las *actuaciones* que van a llevar a cabo - *con el fin de que tenga un conocimiento detallado de su contenido* - incidiendo especialmente en aquellas actuaciones que precisen de su intervención como pudieran ser las autorizaciones judiciales de exploraciones radiológicas y la posible utilización de ecógrafos por los Servicios Médicos del Establecimiento, así como de todas aquellas medidas que puedan suponer en un determinado momento la adopción de medidas cautelares de tipo regimental que impliquen un mayor grado de control sobre el interno o sobre sus familiares.
- ⊙ También se pondrá en conocimiento el Plan de actuación a las autoridades policiales (por lo general la Guardia Civil) y gubernativas (Subdelegados del Gobierno) buscando todos los apoyos posibles.

5.1.3. PROFESIONALES PENITENCIARIOS Y PERSONAL COLABORADOR.-

- ⊙ Se difundirán entre los profesionales del centro así como al personal colaborado, las líneas que conforman la estrategia acometida por la Institución para lograr erradicar o mitigar los efectos nocivos que las sustancias psicoactivas generan en el ámbito penitenciario.
- ⊙ Asimismo, se establecerán los cauces de comunicación adecuados que garanticen la difusión y el conocimiento por parte de los profesionales penitenciarios de todos aquellos



métodos o procedimientos utilizados para la introducción y el tráfico de sustancias psicoactivas en los centros penitenciarios, tanto de aquellos que sean detectados en el propio centro penitenciario, como de aquellos que hayan sido detectados en otros centros.

- ⊙ Por último, se dará difusión de los **éxitos obtenidos** con las actuaciones desarrolladas a partir de la implantación del presente Plan de Intervención.

5.1.4. MEDIOS DE COMUNICACIÓN.-

- ⊙ Desde el **Gabinete de Prensa** de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se canalizará toda la información que se dirija a los diferentes medios de comunicación.



1. ANEXOS

1.1. ANEXOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA DEMANDA



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON METADONA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTERNO/A:

CENTRO PENITENCIARIO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO: _____

Por el presente documento, doy mi consentimiento voluntario a que se me prescriba el tratamiento con metadona, como parte del tratamiento de mi dependencia a opiáceos.

Se me ha informado de los siguientes aspectos concretos:

1. Que el tratamiento con metadona es totalmente voluntario.
2. Que hay otras alternativas para el tratamiento de mi dependencia.
3. Que la metadona es un medicamento opiáceo activo por vía oral. Se me han explicado los procedimientos para mi tratamiento y entiendo que implica la toma de una dosis diaria de metadona, en presencia del profesional o responsable designado, en el lugar, horario y condiciones que establezca el centro en el que realizo este tratamiento.
4. Que la metadona, medicamento muy peligroso si se toma sin supervisión médica, produce dependencia y puede provocar efectos adversos (estreñimiento, sudoración, sedación, etc.), apareciendo síndrome de abstinencia si dejo de tomarla sin control médico.
5. Que existe el peligro de muerte por sobredosis si me autoadministro otras sustancias que no me ha prescrito el médico: psicofármacos ("trankimazin", "buprex" y otros), alcohol, pastillas para dormir, otros opiáceos como heroína, morfina, codeína, metadona, etc.
6. También se me ha explicado que, en relación a mi estado de salud, la toma de la metadona puede conllevar además los siguientes riesgos:
.....
.....
.....
7. Que durante la 1ª semana de tratamiento, en el inicio o inducción, hay mayor peligro de intoxicación y de sobredosis, por lo que en ningún caso puedo tomar medicación sin prescripción médica, debiendo informar al Servicio Médico ante cualquier síntoma anormal, y fundamentalmente somnolencia, confusión, náuseas, vómitos, dificultad para respirar, inestabilidad al andar o dificultad al hablar.
8. Ya que el uso de otros medicamentos conjuntamente con la metadona puede causarme daños, acepto la obligación de informar a cualquier médico que me asista por cualquier problema de salud, que estoy en tratamiento con metadona.
9. Entiendo que el tratamiento con metadona es una parte de mi proceso terapéutico, por ello me comprometo a seguir las indicaciones que el equipo terapéutico establezca (consultas sanitarias, actividades terapéuticas, controles de orina, etc.).



10. Que la meta final de mi tratamiento con metadona es conseguir la mayor normalización posible como persona y disminuir los riesgos y daños sobre mi estado general de salud, siendo por ello necesario el abandono del consumo de drogas.
11. Que la abstinencia de todo uso de drogas y la finalización del tratamiento con metadona es un objetivo terapéutico adecuado. Entiendo que para algunas personas el tratamiento con metadona puede durar un periodo de tiempo largo, pero que periódicamente se evaluará la oportunidad de cambiar el modo de intervención terapéutica y concluir mi tratamiento con metadona.
12. Sé que puedo solicitar la suspensión de este tratamiento en cualquier momento y que, si tomo esta decisión, tengo derecho a recibir un tratamiento de desintoxicación bajo control médico.
13. En el caso de mujeres:
 - 13.1. Si me quedo embarazada me comprometo a informar inmediatamente al médico.
 - 13.2. Se me ha explicado que los conocimientos actuales sobre los efectos de la metadona en la mujer embarazada y en el feto son hoy en día incompletos para garantizar que no puedan producirse efectos secundarios.
 - 13.3. Se me ha explicado y entiendo que la metadona se transmite al embrión y/o feto a través de la placenta y que puede desencadenar en él una dependencia física. Por tanto, si estuviere embarazada y dejase bruscamente de tomar la metadona es posible que yo misma y/o el feto presentemos signos de abstinencia, lo que podría perjudicar a mi embarazo y al feto. No usaré ningún otro medicamento sin el consentimiento del médico.
 - 13.4. Me comprometo a informar a cualquier médico que me asista en mi embarazo, en el parto, o que asista a mi hijo tras su nacimiento, de mi participación actual o pasada en un programa de tratamiento con metadona, para que pueda dar a mí o a hijo la asistencia adecuada.
 - 13.5. Se me ha informado que no podré amamantar a mi hijo de forma natural, ya que la metadona se elimina también por la leche y podría perjudicar a mi hijo generando una dependencia física.
 - 13.6. Se me ha explicado y entiendo que el consumo de cualquier droga o medicamento no prescrito por el médico, puede afectar gravemente al feto, con la posibilidad de producir un parto prematuro.

Certifico que no me ha sido dada ninguna garantía en lo que se refiere a los resultados que se pueden obtener con el tratamiento de metadona. Tras recibir esta información, he tenido la posibilidad de aclarar todo tipo de dudas relacionadas con el tratamiento, y en pleno conocimiento de los beneficios potenciales y de los riesgos y complicaciones posibles, consiento el tratamiento con metadona.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del interno/a

Firma del Médico



ANEXO 2

CONTROL DE CONSUMO DE TÓXICOS

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

CENTRO PENITENCIARIO: _____

D./Dña. _____,

Actualmente incluido en el Programa de _____ (1)

por el presente documento **AUTORIZO** al _____ (2)

para que informe a _____ (3)

del resultado del control del consumo de tóxicos que próximamente se me va a realizar, para que conste a los efectos que procedan.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

(1) Intervención psicosocial en el tratamiento con metadona, deshabitación,...

(2) Equipo Sanitario o Equipo Técnico-GAD correspondiente (intervención psicosocial en metadona, deshabitación,...)

(3) Junta de Tratamiento,...



ANEXO 3

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL TRATAMIENTO CON METADONA

CONTRATO TERAPÉUTICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTERNO/A:

CENTRO PENITENCIARIO: _____

Por el presente documento declaro que se me ha informado de las características, objetivos y normas del programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona, aceptando cumplir las citadas normas.

En concreto acepto de forma voluntaria las siguientes normas:

1. Asistir a las actividades concertadas del programa, de todas y cada una de las áreas de intervención.

Actividades:

.....
.....
.....
.....

2. No llevar a cabo ningún tipo de agresión física ni verbal hacia los profesionales que intervienen en mi proceso terapéutico, ni con los funcionarios ni con el resto de internos que participan en el programa.
3. No llevar a cabo actividades de tráfico y venta de metadona y psicofármacos, así como de todo tipo de drogas.
4. Aceptar que el incumplimiento de estas normas puede suponer la expulsión temporal o definitiva del programa de actividades terapéuticas del programa de metadona.

Tras recibir esta información, he tenido la posibilidad de aclarar todo tipo de dudas o ampliar la información sobre los derechos y obligaciones relacionadas con el programa, por lo que acepto voluntariamente sus normas.

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: el interno/a

Fdo.: el representante
del Programa



ANEXO 4

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

CONTRATO TERAPÉUTICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTERNO/A:

CENTRO PENITENCIARIO: _____

Por el presente documento declaro que se me ha informado de las características, objetivos y normas del programa de deshabituación, aceptando cumplir las citadas normas.

En concreto acepto de forma voluntaria las siguientes normas:

1. Asistir a las actividades concertadas del programa, de todas y cada una de las áreas de intervención.

Actividades:

.....

2. No llevar a cabo ningún tipo de agresión física ni verbal hacia los profesionales que intervienen en mi proceso terapéutico, ni con los funcionarios ni con el resto de internos que participan en el programa.
3. No llevar a cabo actividades de tráfico y venta de metadona y psicofármacos, así como de todo tipo de drogas.
4. Aceptar que el incumplimiento de estas normas puede suponer la expulsión temporal o definitiva del programa de deshabituación.

Tras recibir esta información, he tenido la posibilidad de aclarar todo tipo de dudas o ampliar la información sobre los derechos y obligaciones relacionadas con el programa, por lo que acepto voluntariamente sus normas.

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: el interno/a

Fdo.: el representante
del Programa



1.2. ANEXOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA OFERTA



ANEXO 5.

EVALUACIÓN TRIMESTRAL DE LAS MEDIDAS CONTRA LA INTRODUCCIÓN Y TRÁFICO DE DROGAS

CENTRO PENITENCIARIO:

PERIODO:

I. INCIDENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE PSICOACTIVAS

Fallecimientos

Sobredosis

Observaciones:

II. EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS

Positivas

Negativas

Total

Autorización
judicial

Voluntarias

Observaciones:

III. ECOGRAFÍAS

Positivas

Negativas

Total

Observaciones:

IV. VALORACIÓN RESULTADOS ANALÍTICAS ORINA Y OTROS CONTROLES

Observaciones:



V. INTERVENCIONES UNIDADES CANINAS

Positivas	Negativas	Total
-----------	-----------	-------

Observaciones:

VI .APLICACIÓN ARTÍCULO 75 RP

Artículo 75.1	Artículo 75.2
---------------	---------------

Observaciones:

VII. ANÁLISIS SUSTANCIAS INCAUTADAS

Número ocupaciones:

Observaciones ¹:

VIII. MÉTODOS DETECTADOS PARA EL PAGO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Observaciones:

IX. REACCIONES DEL ENTORNO FAMILIAR DEL INTERNO TRAS ENTREVISTAS MANTENIDAS

Observaciones:

¹ Se ruega reflejar aquellas ocupaciones de mayor volumen



X. EFECTOS INFORMACIÓN PROPORCIONADA SOBRE EL DAÑO DE LAS DROGAS EN INTERNOS Y FAMILIARES

Observaciones:

XI. ANÁLISIS DE LA AFECTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE LA DROGADICCIÓN POR EL PLAN DE SEGURIDAD

Observaciones:

XII. DIFICULTADES EXISTENTES EN EL DEBIDO CONTROL DE DROGAS

Observaciones:

XIII. RESOLUCIONES JUDICIALES DE INTERÉS

Observaciones:

XIV. OTROS ASPECTOS Y PROPUESTAS

Observaciones:



ANEXO 6 (a)

PROTOCOLO EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA / ECOGRAFÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA / ECOGRAFÍA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTERNO/A:

CENTRO PENITENCIARIO:

MÓDULO

Por mi propia seguridad y sin coacción de ninguna clase, **acepto**, de manera voluntaria, someterme a una exploración radiológica / ecografía, habiendo sido debidamente informado de las características y condiciones de la citada prueba.

En _____, a _____ de _____ de _____

El interno/a

Firmado:

Se cumplimenta en el Módulo _____

En el día de la fecha

EL JEFE DE SERVICIOS

Firma y nº de seguridad



ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE _____

ANEXO 6 (b)

EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA / ECOGRAFÍA

Mediante la presente se participa a V.I. que en el día de la fecha, en virtud de lo dispuesto en el **art. 68.4 del Reglamento Penitenciario**, se ha realizado una **exploración radiológica / ecografía** al interno:

de cuya práctica se ha obtenido el **resultado** que se especifica a continuación:

Significar que la prueba ha sido realizada:

- Con **consentimiento Informado del interno** (Se adjunta copia de la autorización)
- Por **autorización judicial** (Se adjunta copia de la autorización)

Lo que participo a V.I. a los efectos oportunos.

En _____, a _____ de _____ de _____

**ATENTAMENTE.
EL DIRECTOR/A**

SR/A. MAGISTRADO/A JUEZ DE VIGILANCIA PENITENCIARIA



ANEXO 7

ACTA DE INTERVENCIÓN DE LAS UNIDADES CANINAS DE LAS FSE

Sr. Director/a del Centro Penitenciario de _____

De acuerdo con la planificación establecida, y dentro del marco de las actuaciones contempladas en el Plan General de control de sustancias psicoactivas, en el día de la fecha se ha llevado a cabo una inspección de las dependencias que se relacionan a continuación, para lo que se ha contado con la colaboración de una unidad canina de las FSE, integrada por un guía y un perro experto en la detección de sustancias psicoactivas.

Dependencia	Hora	Resultado	Apellidos y nombre responsable
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-

En _____, a _____ de _____ de _____

Jefe/a de Servicios

Responsable Unidad Canina

Firma y nº de seguridad

Firma y nº de seguridad



ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE _____

ANEXO 8

Acuerdo de aplicación de limitaciones regimentales y medidas de protección personal previstas en el art. 75.1. Reglamento Penitenciario.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTERNO/A:

Por **ORDEN DE DIRECCIÓN** de fecha _____, y de acuerdo con lo establecido en el **Art. 75.1 del Reglamento Penitenciario**:

SE LE APLICA:

La limitación del régimen de vida previsto en el citado artículo, y se fundamenta en los siguientes motivos:

- _____
- _____
- _____

LAS LIMITACIONES, que se le aplican son las siguientes:

- _____
- _____
- _____

- Estas limitaciones son aplicadas con carácter provisional.
- Esta situación será revisada en un **plazo máximo de ___ días**, para determinar el cese o continuación de la medida adoptada.
- No se limita ninguno de sus derechos generales penitenciarios, tales como: **redenciones, comunicaciones, actividades individuales, formativas o culturales.**

De dicha Orden se da cuenta al Ilmo./a Sr./a. Magistrado/a Juez del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria nº ___ de _____.

En _____, a ___ de _____ de _____

EL DIRECTOR/A

Notificado:
EL FUNCIONARIO/A

Recibí copia,
EL INTERNO/A

Firma y nº de seguridad

Firma

SR/A. MAGISTRADO/A JUEZ DE VIGILANCIA PENITENCIARIA



ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE _____

ANEXO 9

Acuerdo de adopción de medidas cautelares

D/ña. _____, en su calidad de Director/a del Centro Penitenciario de _____, al amparo de lo establecido en el artículo 243 del vigente Reglamento Penitenciario, aprobado por Real Decreto 190/196, de 9 de febrero,

ACUERDA:

Aplicar las medidas cautelares establecidas en el art. 243 del Reglamento Penitenciario al interno:

INTERNO/A: _____

CONSISTENTES EN:

- _____
- _____
- _____

MOTIVACIÓN DEL ACUERDO:

- _____
- _____
- _____

En _____, a ____ de _____ de _____

EL DIRECTOR/A

DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN

En _____, a las ____ horas del día _____, comparece ante mí el interno/a _____ procediendo a la notificación del acuerdo sobre medidas cautelares arriba reflejado, acuerdo contra el cual el interno podrá acudir en queja ante el Juez de Vigilancia Penitenciaria al amparo de lo establecido en el artículo 76.2, apartado g), de la Ley Orgánica General Penitenciaria.

Recibí copia:
EL INTERNO/A

EL FUNCIONARIO/A
NOTIFICANTE

Fdo.:

Firma y nº de seguridad

SR/A. MAGISTRADO/A JUEZ DE VIGILANCIA PENITENCIARIA