

3.5. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CARÁCTER ASISTENCIAL DE LOS PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS

Dra. Sandra Fernández León
Subdirectora Médica HPP Sevilla
Médica de Familia y Psiquiatra

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS



180 pacientes



350
pacientes



LOGP de 1979: arts. 7 -11

Reglamento Penitenciario de 9/1996: arts.183-191

ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS:

1. PREVENTIVOS
2. CUMPLIMIENTO
3. ESPECIALES
 - a. Centros hospitalarios
 - b. Centros psiquiátricos**
 - c. Centros de Rehabilitación social

**Título VII
Capítulo VII,
Art. 185 RP**



**Un medio
protegido y
especial.**

**Título 1, Art. 11 LOGP
Título I, Derechos Fundamentales
Art. 25.2
Título I, Capítulo IV, Art. 101 Código
Penal**



Dónde se localizan los Centros Psiquiátricos

Artículo 191, R.P. Criterios de localización y diseño.

1. Para fijar la ubicación y el diseño de las instalaciones psiquiátricas, deberán tenerse en cuenta:

- Criterios terapéuticos,
- Favorecer el esparcimiento y ocio
- Espacio suficiente para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras.

2. La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias:

Favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes.

Artículo 188. Régimen de los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas.

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

2. Servicio de Atención Asistencial Especializada

- Asistencia integral.
- Funciona como USM (Agudos, CT, RHB).
- Componentes:
 1. Diagnóstico clínico y funcional--- Psicólogo/Psiquiatra.
 - Evaluación con instrumentos estandarizados.
 - Realización de diagnósticos según CIE-11, DSM-V.
 - Elaboración de informes.
 2. **Elaboración de programa individualizado de tratamiento (PIT).**
 3. Aplicación de intervenciones farmacológicas, psicológicas, rehabilitadoras, apoyo social e integración familiar.
 4. **Integración en la comunidad** → Recurso comunitario.

Otros: juristas, médico de familia, enfermero, TS, educadores y terapeutas ocupacionales.

FASES DEL PROCESO ASISTENCIAL

Los recursos terapéuticos basados en la ejecución de actividades terapéuticas incluidas en el Programa Individualizado de Tratamiento (Art. 113 R.P.)

- En el interior:
 - Tratamiento médico-psiquiátricos
 - Psicoterapia individual o grupal
 - Actividades rehabilitadoras para abordar diferentes áreas del funcionamiento psicosocial afectadas.
- En el exterior: Salidas terapéuticas (rt. 190 R.P.) con el centro, familia, asociaciones...



Artículo 190. Relaciones con el exterior.

Las comunicaciones con el exterior de los pacientes se fijarán en el marco del programa individual de rehabilitación de cada uno de aquéllos, indicando el número de comunicaciones y salidas, la duración de las mismas, las personas con quienes los pacientes puedan comunicar y las condiciones en que se celebren las mencionadas comunicaciones.

FASES DEL PROCESO RHB

Intervenciones generales

- ❑ Ingresos.
- ❑ A demanda.
- ❑ Programada.
- PPS, CM, derivación a módulo, RLP...

Intervenciones psiquiátricas

Atención individual, grupal, inicial, periódicos, modalidad de vida, intervención familiar, en crisis, en urgencias...

Intervenciones psicológicas

- Psicoterapia contextual y recuperación.
- RHB cognitiva, terapia cognitiva-conductual.
- Manejo de estrés y técnicas de autocontrol.
- Programas especializados para determinados delitos.
- Prevención de recaídas.

Intervenciones rehabilitadoras

Abordar/compensar áreas afectadas del funcionamiento psicosocial y mejorar la calidad de vida.

Intervenciones sociales comunitarias

Búsqueda de apoyo y vinculación socio-familiar para la adecuada reintegración.

Artículo 189. Actividades rehabilitadoras.

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

PLAN INDIVIDUALIZADO DEL TRATAMIENTO (PIT)

- ❑ Datos de filiación.
- ❑ Incapacitación civil.
Tutoría legal. Servicios sanitarios.
- ❑ Carencias y necesidades detectadas.
- ❑ Habilidades personales
- ❑ Actividades a realizar.
Horario y profesional.



- ❑ Objetivos generales y específicos priorizados, temporizados y formulados en términos de conducta.
- ❑ Referente.
- ❑ Revisión del EM.

Objetivos del internamiento

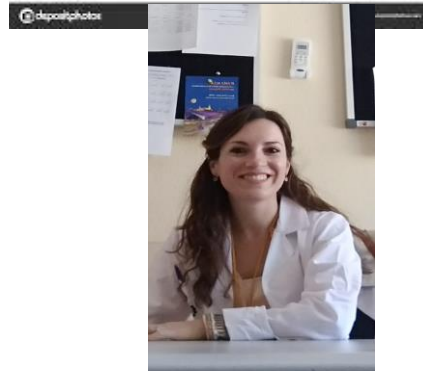
1. Mitigar la peligrosidad y detectar los factores de vulnerabilidad.
2. Compensación psicopatológica.
3. Proporcionar apoyo y protección de forma que el paciente se adapte al contexto social (presente y futuro).



OBJETO (art. 183 R.P.)

Cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad interpuestas por los Tribunales correspondientes.

Equipo multidisciplinar (Art.185,R.P.)



Equipo multidisciplinar (Art.185,R.P.)

1. Capítulo VII: Internamiento en un Establecimiento o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias.
2. Creado para garantizar un adecuado nivel de asistencia especializada.
3. Mínimo 1 equipo.
4. Integrado por profesionales de diversas disciplinas.
5. La Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia para que el tratamiento psiquiátrico postpenitenciario y garantice una asistencia social y que puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental.

Las características del Equipo



Naturaleza del Equipo multidisciplinar

Artículo 187. Revisión.

1. La peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución.
2. El informe a que se hace referencia en el apartado anterior, así como el previsto en el [artículo 186](#) serán remitidos al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes.

Las propuestas del Equipo Multidisciplinar

1

Funcionalidad de órgano colegiado

Las decisiones deberán ser aprobadas por el Director o Centro Directivo

2

Si empate de votos, el voto del director tiene carácter dirimente.

Cada profesional emite voto.

3

Los acuerdos son confirmados o aprobados por el JVP

No podrán revocarse, anularse o demorarse.

4

Eficacia de las decisiones y el régimen jurídico regulado por Arts. 266 y 267 R.P.

FUNCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Artículo 186 R.P.:

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

Guión de la reunión de REM

- ❖ Estudio Informe Inicial
- ❖ Estudio Informe semestral
- ❖ Cambio de medida y Traslados
- ❖ Salidas terapéuticas y Permisos
- ❖ Regulación de salidas y Permisos autorizados por JVP
- ❖ Revisión internos con salidas terapéuticas suspendidas
- ❖ Revisión internos con salidas Inter modulares suspendidas
- ❖ Partes informativos.
- ❖ Estudio posible aplicación art. 763 LEC 1/2000
- ❖ Solicitud actividades
- ❖ Estudio posible aplicación de art. 60 C.P.
- ❖ Adjudicación puestos de trabajo talleres productivos
- ❖ Internos en PPS
- ❖ Revisión al mes internos PPS. A los tres meses
- ❖ Otros asuntos: Pacientes en revisión higiene personal y celdas.

Por tanto, ¿quiénes son nuestros usuarios?

- Cuando el tribunal sentenciador considera que, la capacidad de ser responsable de sus actos, se encontraba alterada (parcial o completa) en el momento de la comisión del delito ☐ **EXIME DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL.**
- A consecuencia de la **peligrosidad criminal** se aplica una medida de seguridad privativa de libertad. **Finalidad Terapéutica:** tratamiento médico adecuado ☐ **REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL.**



ART. 184 R.P.

1. PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL SOBREVENIDA DE SU SITUACIÓN PENAL.
2. PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL QUE NO ES RESPONSABLE DE SUS ACTOS.

Atención al paciente con:

1. Trastorno mental grave (TMG).
2. Trastorno personalidad (clúster A, B y C, sujeto pasivo-agresivo).
3. Agitación psicomotriz/agresivo.
4. Riesgo autolítico-suicida.
5. Patología Dual. Trastorno por consumo de tóxicos.



1. TMG

- Diversas entidades nosológicas:
 - duración prolongada
 - un grado variable de discapacidad
 - disfunción social.
- No hay criterios consistentes y homogéneos que lo definan y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia.
- Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 (NIMH, 1987) incluye:
 - 1. Trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos): F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3 y F33.3. 2
 - 2. Algunos trastornos de personalidad.
 - Duración de la enfermedad y del tratamiento: < 2años.
 - Presencia de discapacidad: Disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Siguiendo criterios de clasificación internacional DSM o ICD (OMS) son:

- F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

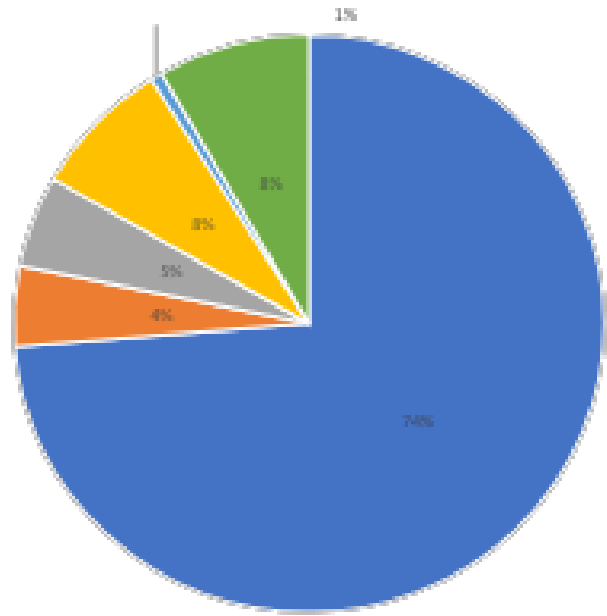


- F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes.
- Trastornos de personalidad graves, Trastorno obsesivo compulsivo grave (no existe un consenso).

Pacientes diagnosticados por grupos de enfermedad

■ Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ■ Trastorno afectivo bipolar y afectivos mayores ■ Otros ■ TP (exclusivamente) ■ No patología mental ■

RM



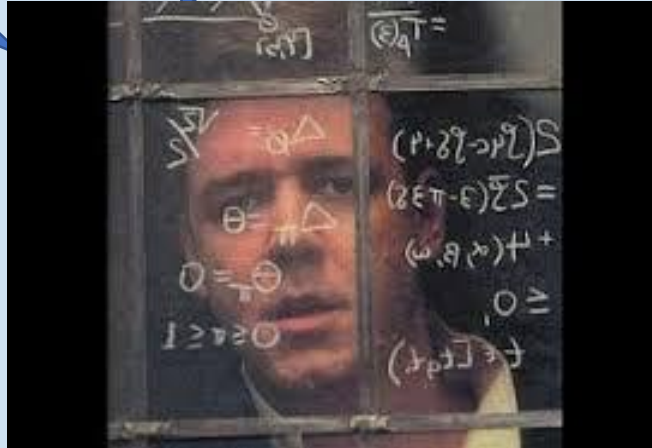
PACIENTE PSICÓTICO

Para poder intentar entender al paciente con trastorno psicótico hay que ESCUCHAR, OBSERVAR y tener PACIENCIA.

“Escucho
voces”.

“Usted
sabe lo
que estoy
pensando”

“Vienen a por mí”.



“Viene un
mamarracho
por las
noches a
asustarme”

“Soy Dios
Todopodeoro
so y tengo
1000
mujeres”

“Ellos están compinchados con los jueces y la gente de poder”

Trastornos psicóticos: 20-29 CIE-10



Esquizofrenia



Trastorno de Ideas delirantes persistente



Trastorno Psicótico agudo y transitorio



Trastorno Esquizofreniforme



Tr. Esquizotípico (CIE-10)



Trastorno Psicótico inducido



Tr. Esquizoafectivo

¿Qué hay que trabajar con el enfermo psicótico?

- Sus carencias en todos los niveles de atención.
 - Nula/parcial conciencia de enfermedad.
 - Escasez de adherencia terapéutica.
 - Falta de control de la realidad.
 - Manejo de sintomatología psicótica y fenómenos alucinatorios.
 - Abordaje de comorbilidades (enfermedades físicas, la patología dual,...).
 - Facilitar el acceso a los recursos: sociales, médicos y psiquiátricos, psicológicos...
 - Facilitar el seguimiento de los pacientes por parte de profesionales implicados.
 - Atender a las familias (1ª red de apoyo y contención).



PACIENTE DEPRIMIDO GRAVE



Principios básicos de tratar la Depresión

- Establecer relación terapéutica (alianza)
- Evaluar condiciones comórbidas
- Evaluar riesgo de suicidio
- Elegir el AD adecuado
- Explorar la actitud hacia el tratamiento
- Monitorización respuesta
- Pensar en la estrategia de mantenimiento



¿Cómo abordo a un paciente deprimido?

- Facilitar y fomentar la expresión de emociones y cómo afectan los síntomas en su funcionamiento diario.
- Informar sobre el tratamiento, efecto sobre síntomas, duración y dosis.
- Aclarar conceptos erróneos respecto al tratamiento.
- ¿Qué significado tiene para el paciente el tomar medicación?
(adicción, estigma, miedo por experiencias pasadas...).
- Explorar el contexto familiar, social y laboral.
- Explorar la ambivalencia:
 - Ventajas y desventajas del tratamiento
 - Centrarse en los síntomas sobre los que actúa
 - Identificar beneficios indirectos de la medicación
 - Identificar las consecuencias negativas de no tomar la medicación con regularidad
 - Empleo de metáforas

PACIENTE MANÍACO

Exaltado

Hiperactivo

Suicidio

Supercontento



**Síntomas
psicóticos**

¿Qué podemos hacer?

Conocer los signos precoces de recaídas.

1. Disminución de horas de sueño.
2. Irritabilidad, impaciencia...
3. Aumento de la energía, nuevos intereses, proyectos...
4. Aumento del deseo y actividad sexual
5. Cambios en el vestir, hablar, conducir...
6. Gastos innecesarios, grandes cantidades, problemas legales...

Nuestra actitud frente el enfermo maníaco/hipomaníaco.

- No contagiarse del estado de ánimo del paciente.
- No seguir la corriente afectiva.
- Establecer límites claros, evitando la familiaridad.
- No confiarse (de la euforia a la disforia solo hay un paso).
- Psicoeducación:
 - Trabajar la conciencia de enfermedad.
 - Mejora en habilidades para control de su enfermedad.
 - Trabajar las rutinas de la vida cotidiana.
 - Mejorar su actividad social, laboral--> mejorar su calidad de vida.
 - Lograr mayor aceptación del tratamiento.

2. Trastorno de personalidad

- Personalidad: El conjunto de todas las características emocionales y rasgos de conducta de una persona, manifestados en la vida cotidiana y que, generalmente, son estables y persistentes
- Diagnóstico DSM-IV:
 - El conjunto de las experiencias subjetivas y conductas que definen la personalidad se desvía claramente del comportamiento cultural estándar
 - Estas conductas son estables en el tiempo. Definen a la persona
 - Comienza en la adolescencia o en la edad adulta temprana (diagnóstico posterior a los 18 años)
 - Estos modos de comportamiento causan infelicidad, perjuicio, disfuncionalidad.
- Prevalencia difícil de establecer: 10%¿?
 - Formas leves solapan con la personalidad normal.
 - Aparecen con otras patologías médicas, otros trastornos psiquiátricos y varios trastornos de la personalidad a la vez (comorbilidad).

¿Cuántos son en los Centros Penitenciarios?

- Según Rubio Larrosa (1992), 28 % de la población reclusa.
- En sujetos con sanciones disciplinarias pueden llegar al 90 % (Arroyo, 2002).
- El disputado podium:
 - Según Rubio Larrosa y Arroyo Cobo sería el antisocial.
 - Según López Barrachina serían el obsesivo compulsivo y el narcisista, quedando el antisocial en el tercer puesto.
 - Arroyo y Ortega proponen en otro artículo idénticas tasas para el trastorno disocial y el trastorno límite ...



Tipos

- Tipo A: “Raros o excéntricos, introvertidos”:
 - Paranoides,
 - Esquizoides y
 - Esquizotípicos.
- Tipo B: “Dramáticos, emocionales, variables”. Excesivamente extrovertidos, emocionales, impulsivos e inestables.
 - Antisocial,
 - Inestabilidad emocional
 - Límite (borderline),
 - Impulsivo
 - Histriónicos y
 - Narcisistas.
- Tipo C: “Ansiosos, miedosos”.
 - Evitativo,
 - Dependiente,
 - Obsesivo.

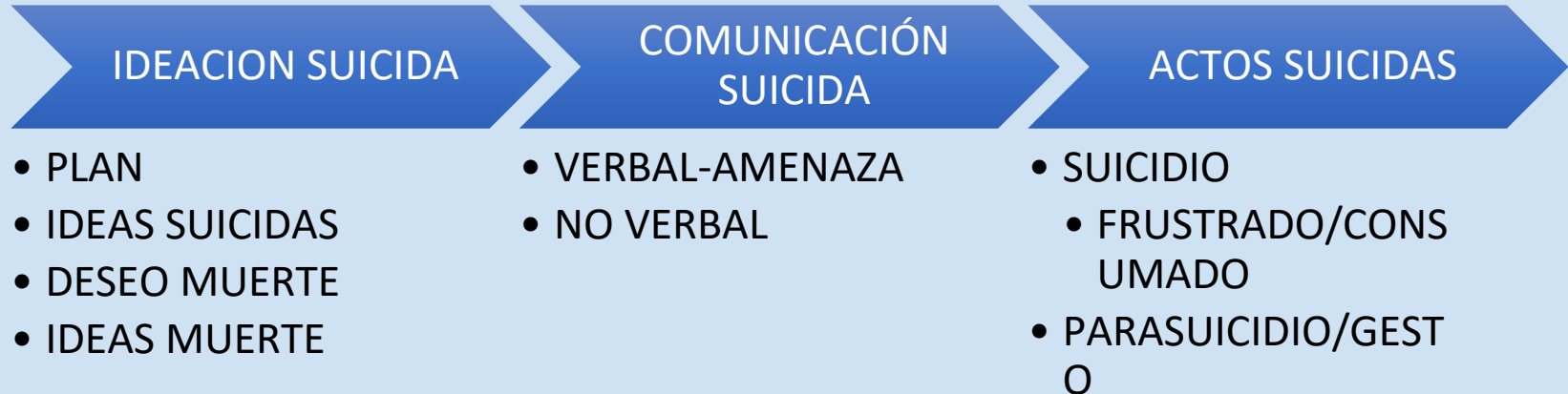
Cómo se tratan

- ★ No suelen acudir por el Trastorno de Personalidad (“es su manera de ser”)
- ★ Acuden por LOS SÍNTOMAS asociados (depresión, ansiedad, abuso de tóxicos, psicosis) o los llevan los familiares.
- ★ Mala evolución y pronóstico.
- ★ Comorbilidad frecuente (abuso/dependencia de sustancias)
- ★ Seguimiento ambulatorio irregular. Hospitalización en crisis frecuentes.
- ★ Psicofármacos
 - No cambian la personalidad ni estilo de vida
 - Tratar SÍNTOMAS (cogniciones anómalas, irritabilidad, impulsividad, componentes afectivos...) o COMORBILIDADES
 - Disminuir descompensaciones (menos intensas y frecuentes)
 - Facilitan psicoterapia.

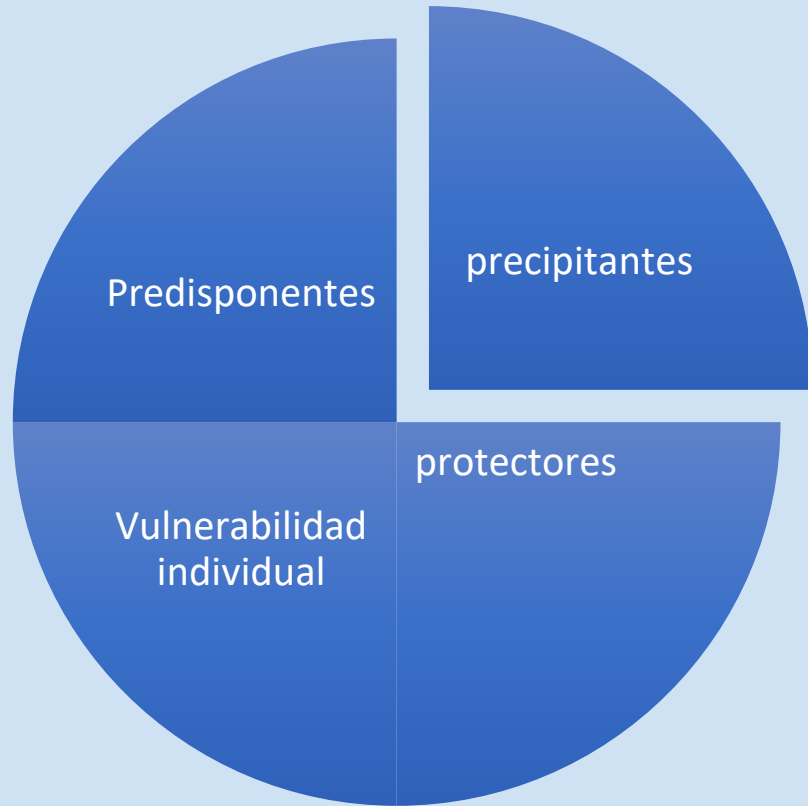
Psicofármacos+psicoterapia

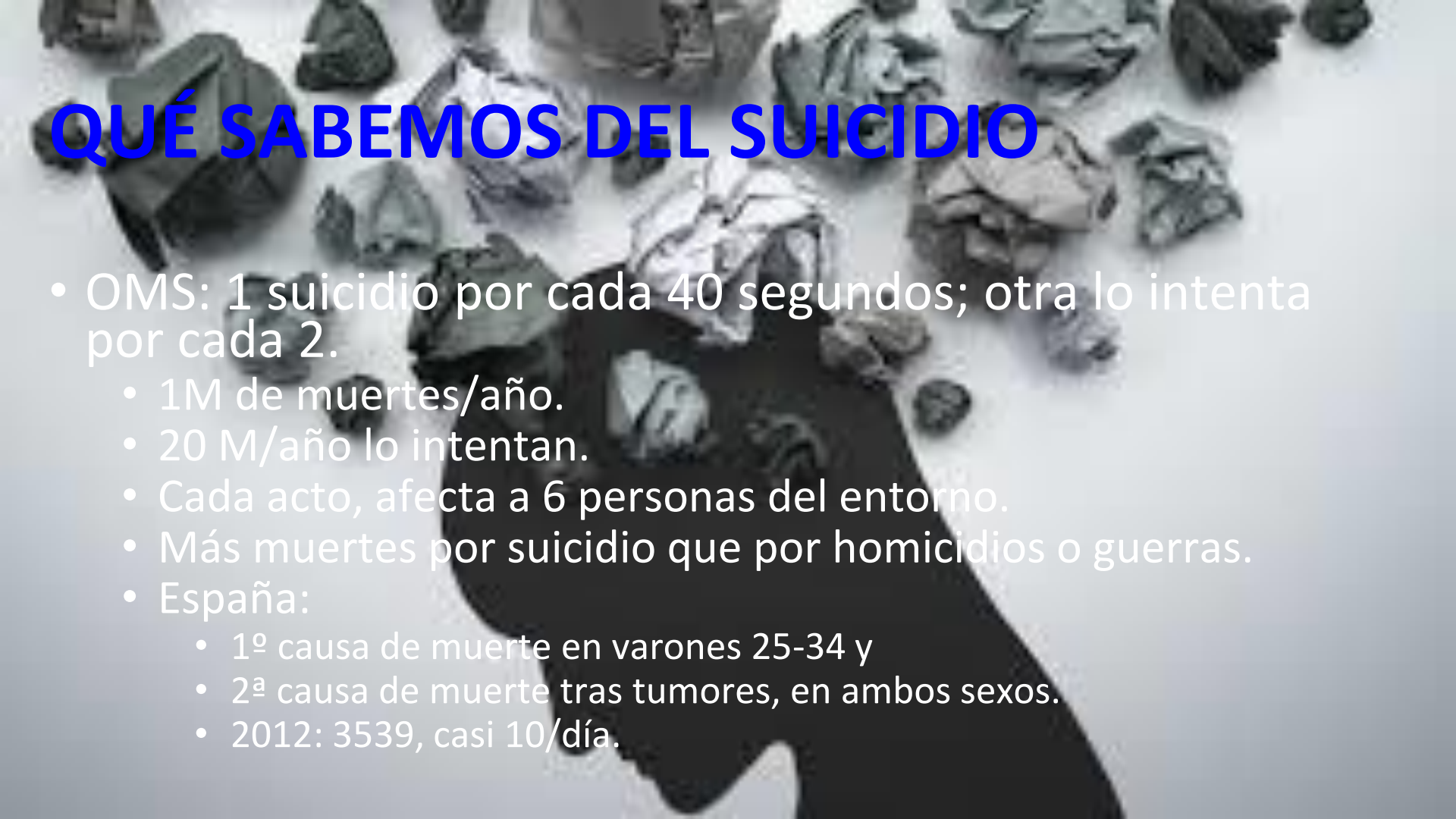
3. RIESGO AUTOLÍTICO O PACIENTE CON IDEA SUICIDA

NATURALEZA DE LA CONDUCTA



Interacción compleja

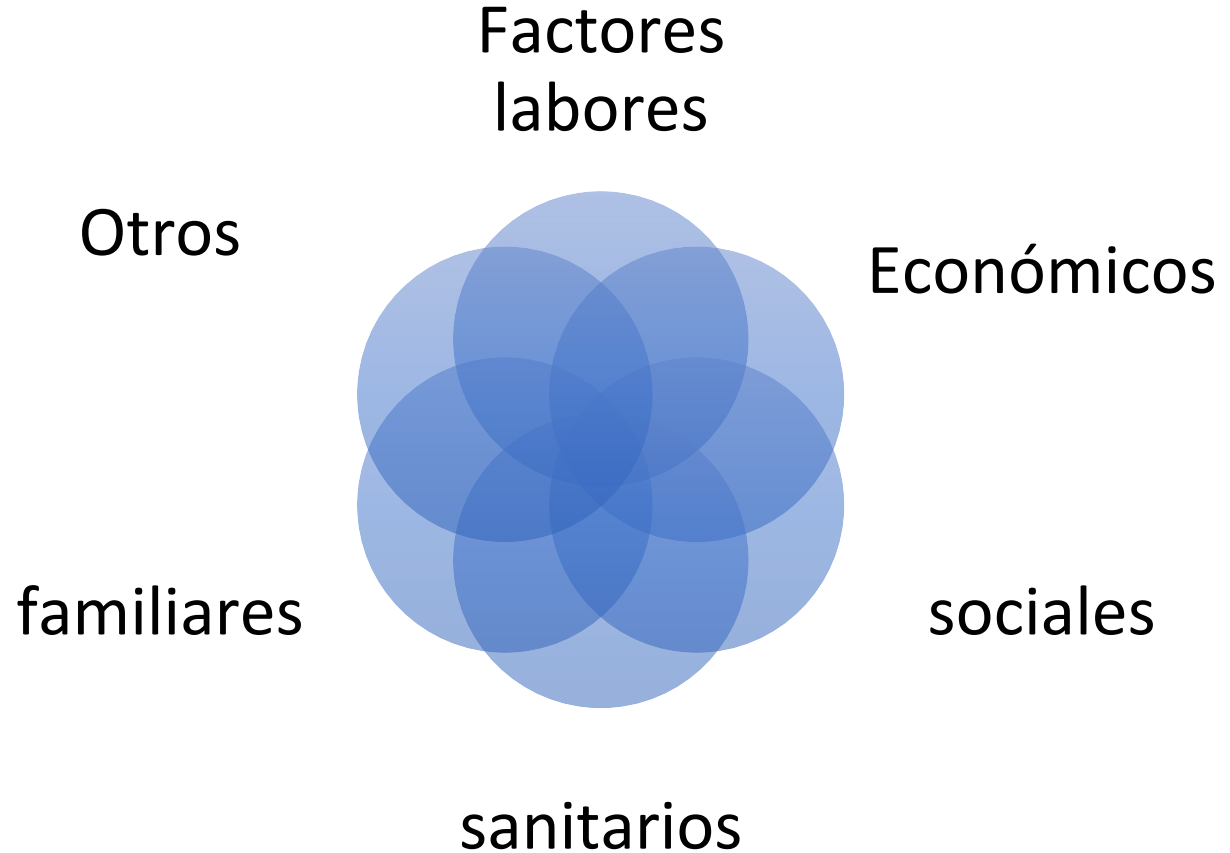




QUÉ SABEMOS DEL SUICIDIO

- OMS: 1 suicidio por cada 40 segundos; otra lo intenta por cada 2.
 - 1M de muertes/año.
 - 20 M/año lo intentan.
 - Cada acto, afecta a 6 personas del entorno.
 - Más muertes por suicidio que por homicidios o guerras.
 - España:
 - 1º causa de muerte en varones 25-34 y
 - 2ª causa de muerte tras tumores, en ambos sexos.
 - 2012: 3539, casi 10/día.

La persona que se suicida quiere dejar de sufrir.



Pirámide de causas de muerte en IIPP

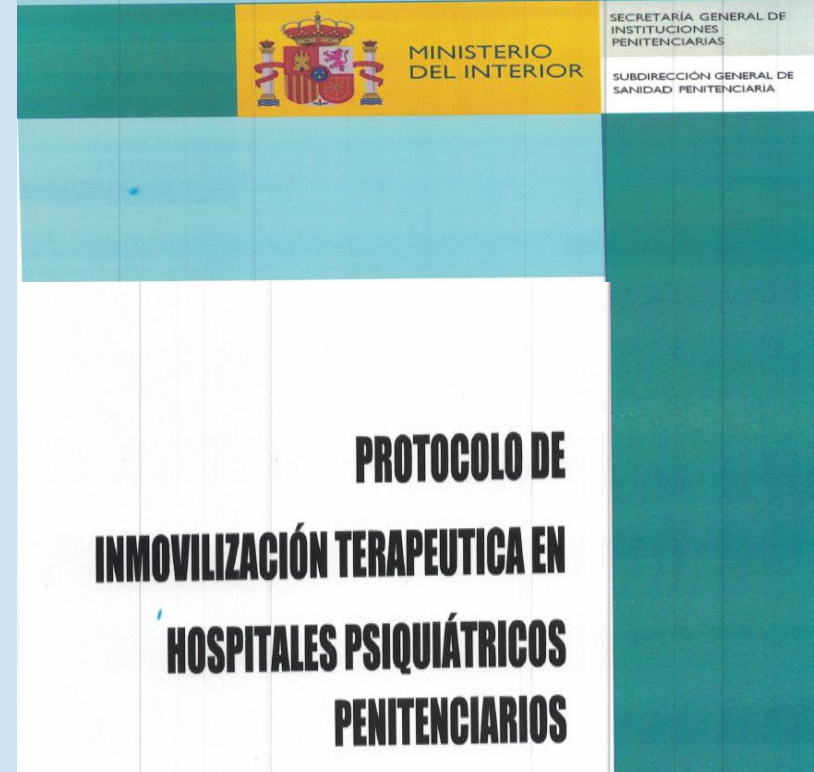


**Estar
encarcelado
supone mucho
más
que la pérdida
de libertad
física.**

¿Qué hacemos en prisión?

- Art. 3.4 LOGP
- I 14/2005 [?] I 5/2014
- Programa Marco de Prevención de Suicidios: PPS.
 - Detección de casos.
 - Medidas provisionales urgentes.
 - Medidas programadas.
 - Seguimiento.
 - Acogimiento voluntario de medidas restrictivas Art. 72,5 RP.

4. AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

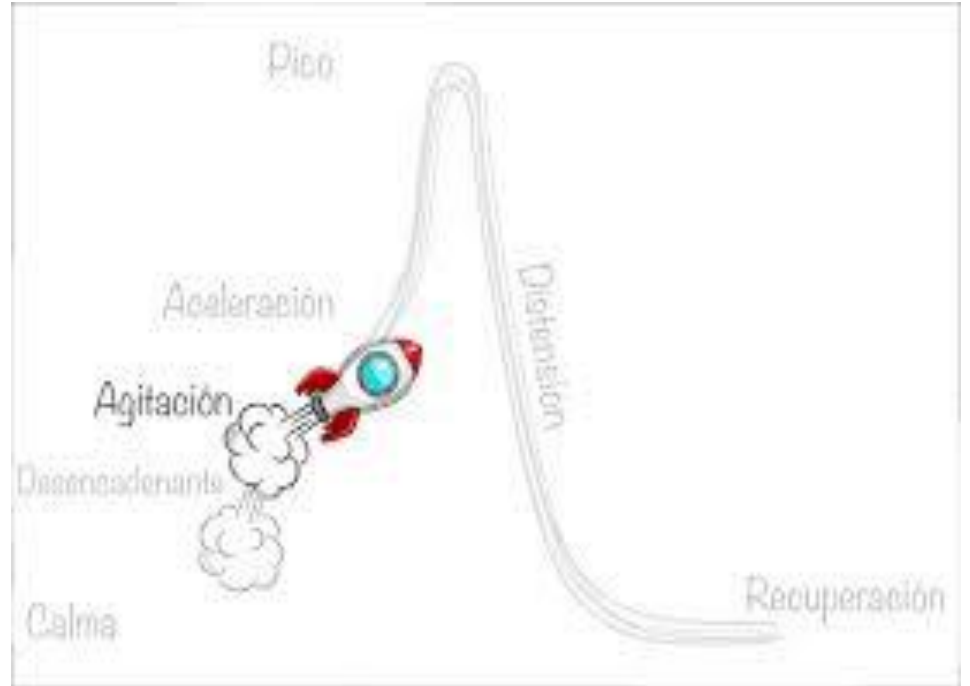


AGITACIÓN PSICOMOTORA



UN ESTADO DE CRISIS

ESCALADA HACIA LA AGITACIÓN



¿Qué podemos hacer?

1. MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Entorno seguro para el paciente y los profesionales que intervienen.
- Distancia de seguridad.
- Ausencia de objetos peligrosos.

3. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

- Elección facultativa del tratamiento más óptimo

2. CONTENCIÓN VERBAL

- Actitud de los profesionales:
 - Transmitir PROTECCIÓN.
 - Mostrar CONTROL Y CONFIANZA
 - NO MOSTRAR MIEDO

4. INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

- Objetivo de IT:
 - Prevenir lesiones
 - Facilitar manejo, diagnóstico y tratamiento.

LA IT ES UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

“La indicación de la IT, como técnica clínica excepcional y circunscrita a situaciones protocolizadas será indicada por personal médico o personal de enfermería en caso de urgencias o ausencia de médico. En el segundo supuesto, la indicación del personal de enfermería, será ratificada o levantada por personal médico, en el menor tiempo posible, entendiéndose que, a partir de esa ratificación, si se produjera, se convierte en una indicación facultativa”.



MINISTERIO
DEL INTERIOR



SECRETARIA GENERAL
DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

HOSPITAL PSIQUIATRICO
PENITENCIARIO DE SEVILLA

ORDEN DE DIRECCION N° 33/2023

DEPARTAMENTOS: TODOS LOS DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA.

CONTENIDO: NUEVO PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA
EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS.

Manejo del paciente agitado

1	MÉDICO	• Revisión médica cada 4 horas. • Confirmación cada 8 horas. • Valoración: hidratación, función cardíaca, función respiratoria, estado neurológico, psicopatológico..
2	ENFERMERO	• Valoración por enfermería cada 15' la primera hora. • Posteriormente, cada 2 horas. • Valorar: mecanismos sujeción, tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, situación respiratoria, nivel de conciencia, conducta. • Medidas cuidado y confort.
3	TCAE	• Garantizar aseo, hidratación cada horas, alimentación pautada. • Control diuresis y eliminación fecal. • Cuidados de higiene y cambios posturales • Control cámara*.
4	CELADOR	• Traslado al departamento agudos. • ejecución técnica • Colaborará en cuidados básicos. • Control por cámara.* • Acompañamiento al personal sanitario para visitas de control.
5	P .VIGILANCIA	• Traslado al departamento agudos. • Ejecución técnica. • Acompañamiento al personal sanitario en visitas de control. • Control cámara*.

5.PATOLOGÍA DUAL. TR. POR CONSUMO DE TÓXICOS.

- Afecta al individuo y a la comunidad.
- Su abordaje requiere una intervención multidisciplinar.
- Intervienen los GAPs en centros ordinarios.
- Generan importante distorsión en el centro→ origen de muchos problemas de convivencia.
- Factor camuflador de la verdadera psicopatología grave.
- En el hospital: CPD, psiquiatra, psicólogo, enfermería, educadores...

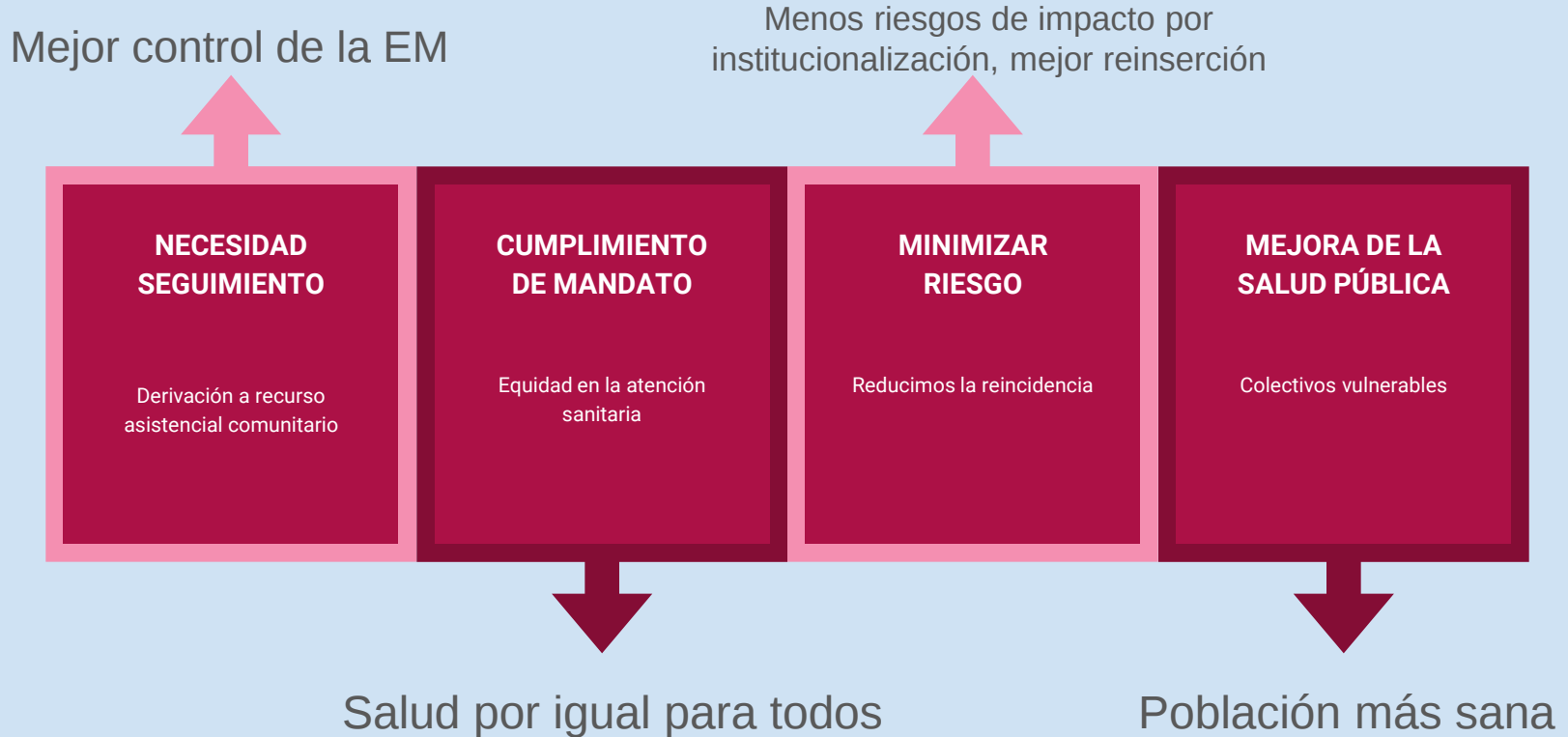
GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

COLABORACIÓN DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

- ❑ Con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico.
- ❑ Y para que sean integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental.



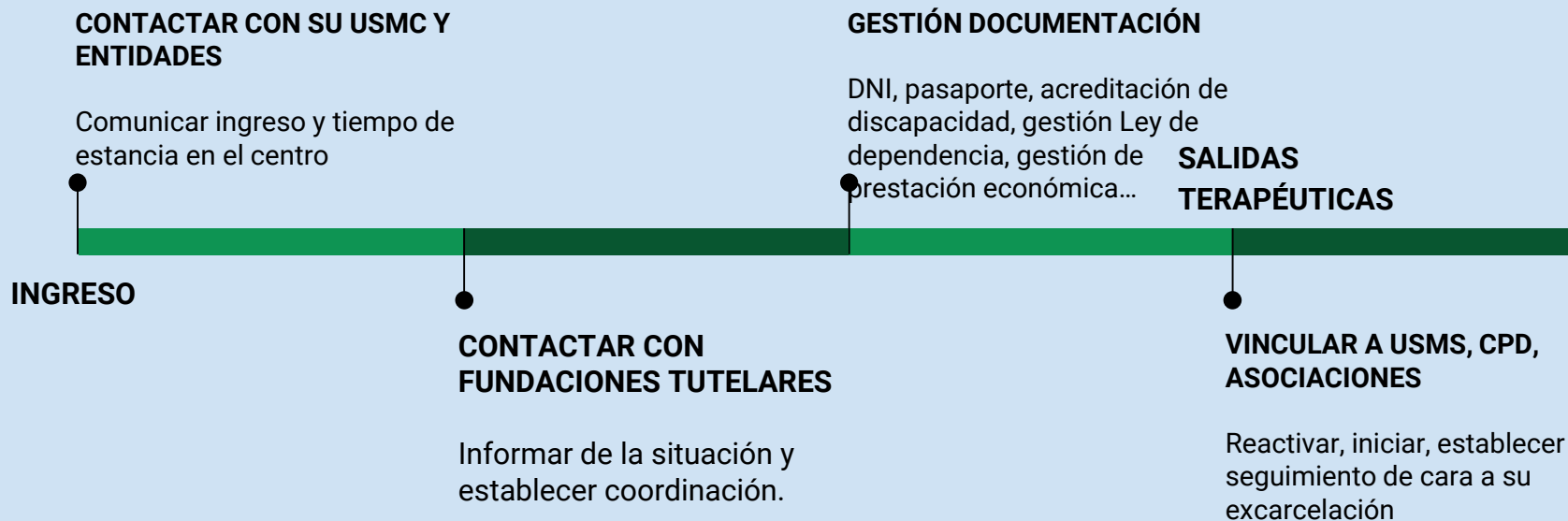
MOTIVOS PARA COORDINARSE



Bases para la derivación



FASES DE LA COORDINACIÓN



REDES DE APOYO COMUNITARIOS

SANITARI

O

Competencia comunitaria

Amplia red sanitaria de diferentes dispositivos:

- Unidad de Salud Mental.
- Unidad de RHB.
- Unidad Infanto-juvenil.
- Hospital de día.
- Comunidad Terapéutica.
- Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario.

SOCIALES GENERALES

Prestaciones diversas

Económicas, sociales, certificado de discapacidad, recursos derivados de la Ley de la Dependencia...

- Servicios Sociales Comunitarios.
- Agencia de la Dependencia
- Consejerías...
- Consulados, embajadas.

SOCIALES ESPECÍFICOS

Fundaciones y asociaciones

Para el apoyo social, prevención de recaídas, orientación para el empleo, vivienda...

- Casa hogar.
- Viviendas supervisadas.
- Atención especializada.
- Actividades y talleres...
- Orientación, búsqueda y mantenimiento del empleo...



GRACIAS