



## Departamento de Justicia de los Estados Unidos

Agencia Federal de Prisiones (Federal Bureau of Prisons, FBOP)

### DECLARACIÓN DEL PROGRAMA

OPI: RSD/PSB

NÚMERO: 5310.16

DATE: 1 de mayo de 2014

# Tratamiento y cuidado de reclusos con trastornos mentales

/s/

*Aprobado:* Charles E. Samuels, Jr.

Director, Agencia Federal de Prisiones (Federal Bureau of Prisons, FBOP)

## 1. PROPÓSITO Y ALCANCE

Esta Declaración de Programa proporciona políticas, procedimientos, estándares, y normas para proporcionar servicios de salud mental a reclusos con trastornos mentales en todas las instituciones correccionales de la Agencia Federal de Prisiones (Federal Bureau of Prisons, FBOP).

Para el propósito de esta Declaración de Programa, la definición de trastorno mental que se utilizará se encuentra en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una perturbación importante de las capacidades cognitivas, del control de emociones, o del comportamiento de un individuo que refleje una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos, o en el desarrollo de las funciones mentales subyacentes. Los trastornos mentales son usualmente asociados con perturbaciones o discapacidades en ámbitos sociales, ocupacionales, o en otras actividades importantes”.

Para establecer que un recluso padece un trastorno mental grave se deben considerar sus diagnósticos, la severidad y duración de los síntomas, el grado de disfunción asociado con el trastorno, y el historial de tratamiento y necesidades actuales de tratamiento. Los trastornos mentales no mencionados a continuación pueden ser clasificados como severos de manera individual siempre y cuando resulten en una discapacidad funcional importante.

Los siguientes diagnósticos son usualmente clasificados como trastornos mentales graves:

- Trastornos del espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar, y trastornos relacionados.
- Trastorno depresivo mayor.

Además, los siguientes diagnósticos son usualmente clasificados como trastornos mentales graves, especialmente si la condición es lo suficientemente severa, persistente, y discapacitante:

- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos relacionados.
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- Discapacidades intelectuales y trastornos del espectro autista.
- Trastornos neurocognitivos mayores.
- Trastornos de la personalidad.

El propósito principal de esta Declaración de Programa es asegurar que los reclusos con trastornos mentales sean identificados y reciban tratamiento para asistirlo hacia su recuperación, mientras se reduce o elimina la frecuencia y gravedad de los síntomas y consecuencias negativas asociadas con los trastornos mentales, tales como la exacerbación de los síntomas agudos, la ubicación en alojamiento especial, la necesidad de hospitalización psiquiátrica, intentos de suicidio, y muerte por suicidio.

El propósito secundario de esta Declaración de Programa es abordar los factores de riesgo dinámicos asociados con la reincidencia en reclusos con trastornos mentales para mejorar sus habilidades sociales y de adaptación, mejorando la probabilidad de un reintegro exitoso a la sociedad.

#### a. **Resumen de Cambios**

##### *Política Rescindida*

P5310.13 Manejo de reclusos con trastornos mentales por parte de la institución (31/3/95)

Esta nueva emisión incorpora las siguientes modificaciones:

- Se establecieron prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento y cuidado de los reclusos con trastornos mentales, y prácticas prioritarias.
- El sistema de cuidado de la salud mental fue puesto en funcionamiento. Se proporcionaron definiciones para el cuidado de la salud mental, las cuales incluyen criterios basados en el

diagnóstico, la discapacidad, y la intervención. Además, se mencionan los requisitos y la documentación para el tratamiento basado en el cuidado.

- Se estableció un enfoque de equipo al cuidado de la salud mental, incluyendo la introducción de un equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) junto con una membresía conjunta a los Servicios Psicológicos y Servicios de Salud.
- Se detallaron los procedimientos para la selección, evaluación e intervención en reclusos con alojamiento especial.
- Se detallaron los procedimientos para proporcionar capacitación en salud mental para el personal, la cual incluye entrenamiento básico para todo el personal y entrenamiento especializado para el personal interesado.
- Se estableció un programa de acompañantes de salud mental para proporcionar asistencia y apoyo de pares a los reclusos con trastornos mentales.
- Se establecieron recompensas por logros para la participación de los reclusos en programas de salud mental.
- Se actualizaron y mejoraron los procedimientos de designación, transferencia y liberación para reclusos con trastornos mentales, con énfasis en la continuidad del cuidado tanto en las instituciones como en la comunidad.

## **b. Objetivos del Programa**

- Identificar a los reclusos con trastornos mentales a través de la evaluación y clasificación al momento de su entrada a la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP), y nuevamente al momento de su llegada a una institución, para lograr un diagnóstico certero y determinar la gravedad del trastorno mental y el riesgo de suicidio.
- Garantizar que los Programas de Tratamiento Psicológico y las intervenciones de salud mental prescritas en los planes de tratamiento utilicen prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento de reclusos con trastornos mentales y que requieran rehabilitación.
- Proporcionar apoyo a los reclusos con trastornos mentales además de los servicios profesionales tradicionales a través de la creación de comunidades de apoyo específicas, la capacitación de personal especializado, el establecimiento de programas de apoyo de pares para reclusos, la creación de equipos de coordinación de cuidados, y el establecimiento de instituciones con objetivos especializados de salud mental.
- Mejorar la continuidad del cuidado a través de una red de intervenciones accesibles e interrelacionadas y de la comunicación entre los proveedores de salud cuando los reclusos son transferidos entre instituciones, a un Centro de Reingreso Residencial (Residential Reentry Center, RRC), a reclusión domiciliaria, o a la comunidad.
- Reducir la proporción de reclusos con trastornos mentales en alojamiento especial a través de procesos disciplinarios informados, procedimientos de evaluación iniciales, tratamiento

mejorado en dichos alojamientos, y estrategias para una reinserción exitosa en la población general.

- Incrementar las tasas de reinserciones exitosas en reclusos con trastornos mentales a través de la identificación precisa de los reclusos en riesgo, el desarrollo efectivo de habilidades en prisión, y planes integrales de liberación.

## 2. RESPONSABILIDADES

a. **Rama de Servicios Psicológicos y División de Servicios de Salud** La Rama de servicios psicológicos (Branch), la División de servicios de reingreso, y la División de servicios de salud (Health Services Division, HSD) proporcionan supervisión y asesoramiento a la institución para el tratamiento y cuidado de reclusos con trastornos mentales a través de revisiones remotas del Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) en el Registro médico electrónico de la Agencia (Bureau Electronic Medical Record, BEMR) y otros documentos de BEMR, revisiones remotas de reclusos en alojamiento especial, recomendaciones sobre transferencias y designaciones de reclusos con trastornos mentales, y asesoramiento directo con los psicólogos principales, psiquiatras, otros empleados de Servicios de salud, y el personal ejecutivo.

La Rama tiene la responsabilidad de crear planes de Capacitación de actualización anual que le proporcionan, al personal, información sobre trabajar con reclusos con trastornos mentales. También desarrollan y divulgan materiales complementarios de capacitación de personal para el uso del Coordinador de tratamiento de salud mental durante presentaciones, eventos de almuerzo y aprendizaje, reuniones de jefes de departamento, etc. La Rama también identifica y divulga prácticas basadas en la evidencia, las cuales están descritas a continuación.

b. **Alcaide.** Cada Alcaide es responsable del manejo apropiado de los reclusos con trastornos mentales en su institución. Los Alcaldes deberán proporcionarle el tiempo suficiente al Coordinador de tratamiento de salud mental para que eduquen al personal para detectar e informar sobre comportamientos inusuales de los reclusos que podrían sugerir un trastorno mental. Por ejemplo, esta capacitación deberá ser realizada durante reuniones de jefes de departamento, presentaciones del personal, reuniones de los tenientes, y capacitaciones anuales.

c. **Psicólogo principal.** Los Psicólogos principales deberán garantizar que las disposiciones de esta Declaración de Programa sean implementadas, incluyendo la designación de un psicólogo como Coordinador de tratamiento de salud mental, lo cual deberá ser informado al personal. El Psicólogo principal también es responsable de garantizar que la información sobre la disponibilidad de los servicios de salud mental sea divulgada a los reclusos durante Admisión e Instrucción. Concretamente, el Psicólogo principal garantiza que utilice el plan de estudios de Admisión e Instrucción desarrollado por la Rama de servicios psicológicos para transmitir esta información. Además, el Psicólogo principal es responsable de garantizar que los servicios

psicológicos básicos (por ejemplo, pruebas de salud mental, terapia breve), según lo indicado en la Declaración de Programa del **Manual de Servicios Psicológicos**, estén disponibles para los reclusos.

**d. Coordinador del tratamiento de salud mental.** El Coordinador del tratamiento de salud mental es un psicólogo licenciado con nivel de doctorado que gestiona el tratamiento y cuidado de reclusos con trastornos mentales y garantiza que todas las disposiciones de esta Declaración de Programa sean implementadas. Un psicólogo licenciado con nivel de doctorado es aquel que cumplió con todos los requisitos para recibir un título doctoral relacionado con el trabajo profesional de la psicología (por ejemplo, un Ph.D. o Psy.D. en psicología clínica o de asesoramiento), y obtuvo una licencia para ejercer la psicología.

**e. Trabajador social.** El Trabajador social de la institución es un profesional licenciado que proporciona terapia individual o grupal según lo indicado en esta política. Además, el Trabajador social o Trabajador social regional de la institución podrá crear planes integrales de liberación para garantizar la continuidad de los cuidados para los reclusos con trastornos mentales que regresan a la comunidad sin el beneficio de Reingreso residencial o arresto domiciliario. En dicha condición, los Trabajadores sociales trabajan junto con los Oficiales de libertad condicional y cortes de los Estados Unidos, profesionales de la salud mental, y las familias para identificar ubicaciones adecuadas y para abordar las necesidades al momento del reingreso.

**f. Psiquiatra o Enfermera/o psiquiátrica/o.** Los Servicios de salud organizan, llevan a cabo, y proporcionan servicios psiquiátricos. El Psiquiatra o Enfermera/o psiquiátrica/o acepta derivaciones a través de BEMR para todos los casos en los que se considere que se necesitan evaluaciones de medicación psiquiátrica. Se llevan a cabo comunicaciones interdisciplinarias periódicamente entre el Coordinador del tratamiento de salud mental y el personal de Servicios de salud, incluyendo psiquiatras contratados, para mejorar la eficacia del tratamiento.

**g. Administrador de servicios de salud.** En las instalaciones que utilicen servicios psiquiátricos contratados, el Administrador de servicios de salud es responsable del desarrollo y supervisión del personal contratado, con asistencia del Coordinador del tratamiento de salud mental.

**h. Director clínico.** El Director clínico garantizará que las necesidades médicas generales de cada recluso sean atendidas y que el personal de la División de servicios de salud (Health Services Division, HSD) que esté trabajando en las unidades atendiendo a los reclusos y las clínicas hayan recibido el entrenamiento necesario para reconocer los signos y síntomas de los trastornos mentales.

**i. Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS).** Los Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) son responsables

de establecer y supervisar servicios basados en la comunidad para el tratamiento de salud mental, abuso de sustancias, y crímenes sexuales.

**j. Rama de gestión de reingreso residencial (Residential Reentry Management Branch, RRMB).** La Rama de gestión de reingreso residencial (Residential Reentry Management Branch, RRMB), junto con la Rama de servicios psicológicos (específicamente con el personal de Servicios de tratamiento comunitario [Community Treatment Services, CTS]), es responsable de garantizar que los reclusos con trastornos mentales que estén por ser liberados a Centros de reingreso residencial o reclusión domiciliaria sean ubicados apropiadamente.

**j. Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE).** El Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) es un equipo multidisciplinario que utiliza un enfoque holístico para garantizar que los aspectos críticos del cuidado de los reclusos con trastornos mentales sean tenidos en cuenta e integrados. El Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) tiene la responsabilidad de identificar problemas que puedan afectar a los reclusos con trastornos mentales en un entorno correccional.

**j. Todo el personal.** Todo miembro del personal que observe comportamiento inusual en un recluso que pueda indicar un trastorno mental deberá informar dichas observaciones al Psicólogo en jefe o al Coordinador del tratamiento de salud mental.

### **3. MODELO DE PROGRAMA ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN**

Conforme a las recomendaciones de la Comisión de Libertad Nueva para la Salud Mental establecida por el presidente, la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) determina que la recuperación es un principio esencial en el tratamiento y cuidado de los reclusos con trastornos mentales. La recuperación de la salud mental es el proceso en el cual las personas pueden vivir, trabajar, aprender y participar activamente en sus comunidades. Para algunas personas, la recuperación es la capacidad de vivir una vida satisfactoria y productiva a pesar de su discapacidad. Para otras personas, la recuperación implica la reducción o remisión completa de los síntomas.

Según la Declaración de Consenso Nacional sobre la Recuperación de la Salud Mental, la recuperación tiene diez componentes fundamentales. La Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) busca integrar estos componentes en sus Programas de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Programs, PTPs), intervenciones de salud mental, y planes de tratamiento para reclusos con trastornos mentales. Los componentes de la recuperación son: autodirección, cuidado individual y enfocado en la persona, empoderamiento, tratamiento

holístico, progresión no lineal, enfoque en los puntos fuertes, apoyo de pares, respeto, responsabilidad, y esperanza.

#### **4. PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA (EVIDENCE-BASED PRACTICES, EBPs)**

Los Programas de tratamiento psicológico, las intervenciones de salud mental y los planes de tratamiento individual para los reclusos con trastornos mentales dependen de prácticas basadas en la evidencia que demostraron reducir los síntomas de los trastornos mentales. Las prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) están en constante evolución y no pueden ser enumeradas en esta política. Por lo tanto, la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) mantiene una base de datos de prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) en Sallyport, la cual es actualizada según lo indicado en la literatura profesional. La Rama de servicios psicológicos facilita la implementación de las prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) a través de materiales, educación, capacitación y asesoramiento.

El cuidado holístico orientado a la recuperación de los reclusos con trastornos mentales implica evaluar su necesidad de tratamiento y programas de rehabilitación de salud mental que reduzcan el riesgo de reincidencia. Se proporcionan servicios en cada una de estas áreas según sea apropiado. Las prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) son seleccionadas según su conformidad con este modelo. Según las prácticas basadas en la evidencia, se prioriza la prestación de servicios de salud mental a reclusos clasificados como CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH.

**a. Terapia cognitiva conductual (Cognitive Behavioral Therapy, CBT).** Los programas de tratamiento de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) y servicios de salud mental son servicios clínicos unificados organizados para tratar problemas psicológicos y conductuales complejos durante la reclusión. La Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) ha elegido la Terapia cognitiva conductual (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) como modelo teórico, dada su eficacia comprobada entre los reclusos. Este modelo de orientación crea una continuidad teórica, garantizando que el aprendizaje y la práctica desarrollen principios similares sin importar la institución, prestador de tratamiento o programa de tratamiento en el que estén siendo llevados a cabo.

La Terapia cognitiva conductual (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) enfatiza el aprendizaje y el uso de habilidades asociadas con una mejor salud mental y un comportamiento adaptable y social. Por lo tanto, los reclusos que participan en la Terapia cognitiva conductual (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) o en intervenciones relacionadas (por ejemplo, la Terapia dialéctica conductual [Dialectical Behavior Therapy, DBT]) tienen mayor posibilidad de lograr los objetivos que la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) tiene para todos los reclusos,

incluyendo la responsabilidad, autoconciencia, e independencia.

**b. Tratamiento grupal.** El tratamiento grupal demostró ser clínicamente efectivo y eficiente en el uso de recursos para el tratamiento de trastornos mentales. Los tratamientos grupales tienen el beneficio de poder amoldarse al facilitador y a los otros participantes, construir un apoyo social y permitir la práctica inmediata de nuevas habilidades. Varias prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) apoyadas por la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) fueron diseñadas específicamente para, o pueden ser utilizadas en, un formato grupal. Se recomienda a los profesionales de la salud mental que presten un tratamiento terapéutico utilizando un formato grupal.

Para los fines del cuidado de la salud mental en la población general, los grupos terapéuticos podrán ser abiertos o cerrados, se basan en la evidencia, y, generalmente:

- Usan un protocolo establecido por la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP);
- Son proporcionados por un profesional de la salud mental (por ejemplo, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, especialistas en el tratamiento de la salud mental, psicólogos residentes);
- Se reúnen, usualmente, cada dos semanas;
- Poseen una continuidad en sus miembros, los cuales no superan los 12 participantes;
- Proporcionan una intervención terapéutica (no implica solamente una visita con el terapeuta);
- Persiguen la construcción de buenas relaciones y preocupación mutua entre los miembros como objetivo principal.

Luego de la participación en grupos terapéuticos, se considera apropiado ubicar al recluso en un grupo de mantenimiento. Los grupos de mantenimiento tienen las mismas características que los grupos terapéuticos, excepto que su objetivo es mantener el progreso hacia los objetivos terapéuticos y que las reuniones son menos frecuentes (pero mensuales como mínimo).

**c. Prácticas prioritarias.** La Rama de Servicios psicológicos designa ciertas prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) como prácticas prioritarias, las cuales son prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) realizadas en formato grupal que abordan las necesidades principales de la población de reclusos. Priorizan los servicios para los reclusos con las formas más graves de trastornos mentales y buscan lograr una oferta balanceada de grupos que abordan los trastornos mentales y el pensamiento criminal. Podrían diferir según la institución, el nivel de seguridad, el nivel de atención, y la misión. La Rama de Servicios psicológicos publica información sobre las Prácticas prioritarias para cada tipo de institución en Sallyport.

Por lo general, los departamentos de Servicios psicológicos están activamente involucrados en la provisión de Prácticas prioritarias como función esencial. Las Prácticas prioritarias son ofrecidas

antes de otros tipos de grupos. Como mínimo, los departamentos de Servicios psicológicos deberán ofrecer al menos un grupo terapéutico de Práctica prioritaria cada trimestre, junto con los demás grupos ofrecidos en los Programas de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Programs, PTPs). Para los complejos, se evaluará a cada institución independientemente. Las instalaciones satélite están excluidas, a menos que se les asigne personal clínico de tiempo completo.

d. **Desarrollo de habilidades.** La Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) enfatiza el aprendizaje y la práctica de habilidades como un componente del tratamiento para reclusos con trastornos mentales. Los tratamientos que enfatizan el desarrollo de nuevas habilidades (por ejemplo, CBT, DBT, Manejo y recuperación de enfermedades, Manejo de la ira) fomentan la responsabilidad, el empoderamiento y la independencia al momento del reingreso.

e. **Pensamiento criminal y riesgo.** Para la mayoría de los reclusos con trastornos mentales, el tratamiento de los síntomas de los trastornos mentales es necesario, pero no suficiente, para reducir el riesgo de reincidencia. El tratamiento holístico evalúa qué factores de riesgo dinámicos validados empíricamente asociados con la reincidencia deberán ser incluidos en el plan de tratamiento (por ejemplo, errores del pensamiento criminal, uso de sustancias, socios antisociales, falta de actividades de ocio y recreación, funcionamiento en el trabajo o en la escuela).

f. **Apoyo de pares.** El apoyo de pares es una práctica basada en la evidencia (Evidence-based Practices, EBPs) y un componente principal del Modelo de recuperación de salud mental. Funciona como un suplemento a las intervenciones profesionales al extender el sistema de salud mental. Los reclusos que subutilicen los servicios profesionales podrán realizar actividades de apoyo de pares que beneficien la salud mental de ellos y sus pares.

## 5. NIVELES DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Los niveles del cuidado de la salud mental son utilizados para clasificar a los reclusos según su necesidad de servicios de salud mental. Las frecuencias de contacto detalladas a continuación se refieren a los contactos en los cuales se proporcionan intervenciones psicosociales.

### a. Definiciones

(1) **CARE1-MH: Sin cuidado significativo de la salud mental.** Un individuo cumplirá los criterios de CARE1-MH si:

- no muestra niveles significativos de discapacidad funcional asociada a un trastorno mental y no requiere intervenciones de salud mental regulares; y

- no tiene historial de discapacidad funcional severa causada por un trastorno mental o, de existir un historial de trastornos mentales, el recluso ha demostrado consistentemente que desea recibir ayuda como respuesta al resurgimiento de síntomas.

(2) **CARE2-MH: Cuidado ambulatorio de la salud mental de rutina o cuidado de la salud mental orientado a las crisis.** Un individuo cumplirá los criterios de CARE2-MH si sufre de un trastorno mental que requiera:

- cuidado ambulatorio de la salud mental de rutina de manera regular; y/o
- cuidado de la salud mental de corta duración, orientado a las crisis y de intensidad significativa (por ejemplo, colocación en unidad de vigilancia anti suicidio o en observación de comportamiento).

(3) **CARE3-MH: Cuidado ambulatorio especial de la salud mental o cuidado residencial de la salud mental.** Un individuo cumplirá los criterios de CARE3-MH si sufre de un trastorno mental que requiera:

- cuidado ambulatorio especial de la salud mental (por ejemplo, intervenciones de salud mental semanales); o
- cuidado residencial de la salud mental (por ejemplo, colocación en un Programa de tratamiento psicológico residencial).

(4) **CARE4-MH: Tratamiento psiquiátrico hospitalario.** Un recluso que padezca trastornos mentales podría cumplir con los criterios para CARE4-MH y requerir cuidados intensivos en un hospital psiquiátrico si el recluso se encuentra gravemente discapacitado y no puede funcionar en la población general de un entorno CARE3-MH.

b. **Determinación de los niveles de cuidado de la salud mental.** Todos los trastornos mentales actuales deberán ser diagnosticados utilizando una nota Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS), en el cual se deberán también incluir los trastornos de la personalidad y las discapacidades intelectuales. El efecto acumulado de los trastornos en el funcionamiento es tenido en cuenta a la hora de asignar un nivel de cuidado de la salud mental.

Para asignar un nivel de cuidado, el personal evaluará la necesidad actual, reciente, e histórica de estos servicios por parte del recluso. Sin embargo, este no es el único indicador, ya que debe ser balanceado con el diagnóstico y la necesidad anticipada de servicios en el futuro del recluso. Por ejemplo:

- Los reclusos con diagnóstico de trastornos mentales mayores y/o que estén actualmente tomando medicamentos antipsicóticos generalmente no reciben la clasificación CARE1-MH

debido al riesgo elevado de recaída y la falta de recursos para abordar dicha recaída en una instalación CARE1-MH.

- Los reclusos que hayan sido liberados de centros de derivación médica (Medical Referral Centers, MRCs) en dónde hayan recibido tratamiento para trastornos mentales agudos son generalmente clasificados como CARE3-MH debido a los recursos necesarios para ayudarlos a adaptarse en las instituciones de población general.

*Discrepancias en el registro.* Ocasionalmente existen discrepancias en los diagnósticos de los prestadores. Cuando esto ocurre, el Coordinador del tratamiento de salud mental o el psicólogo tratante intentará conciliar estas diferencias. El Coordinador del tratamiento de salud mental o el psicólogo tratante revisará el registro, consultará a otros prestadores de tratamiento (incluyendo al personal de servicios de salud), realizará una entrevista clínica y observará los síntomas y comportamientos. El Coordinador o el psicólogo integrará la información, anotando las conceptualizaciones alternativas, intentará lograr un consenso entre los prestadores del servicio, ingresará una nota de diagnóstico en la Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS), y proporcionará una justificación para la decisión. Si la discrepancia no puede ser resuelta en este nivel, el Psicólogo principal y el Psiquiatra principal, cuando proceda, revisarán el caso, resolverán la discrepancia, y documentarán sus observaciones.

Una Guía de capacitación del nivel del cuidado de la salud mental se encuentra disponible en Sallyport. La guía también es difundida durante la Capacitación de familiarización para psicólogos y los eventos anuales de capacitación de salud mental. Esta guía fue diseñada para ayudar a los psicólogos a determinar los niveles de cuidado de la salud mental apropiados.

**c. Requisitos de tratamiento para los niveles de cuidado de la salud mental.** Los tratamientos requeridos detallados a continuación no son necesariamente proporcionados de manera exclusiva por el Coordinador del tratamiento de salud mental. Por ejemplo, otro psicólogo podría proporcionar estos cuidados.

(1) **Cuidado de la salud mental nivel uno.** Los reclusos clasificados como CARE1-MH no requieren ningún tipo de servicio de salud mental regular o un plan de tratamiento. Cuando se proporcionan servicios de salud mental a estos reclusos, estos serán documentados en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS).

(2) **Cuidado de la salud mental nivel dos.** Los servicios requeridos incluyen, pero no se limitan a:

- un diagnóstico y un nivel de cuidado de la salud mental para cada recluso que serán documentados en una nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS);

- una justificación para el diagnóstico y el nivel de cuidado asignado que también será documentada en una nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS);
- un plan de tratamiento individual y colaborativo que describa los problemas y objetivos del recluso, y las intervenciones planificadas para ayudar a lograr el objetivo, que será desarrollado, revisado, y actualizado cada 12 meses; e
- intervenciones psicosociales basadas en evidencia que serán realizadas de manera mensual (en el caso de que se ofrezca tratamiento grupal, deberá realizarse cada dos semanas para permitir una continuidad del tratamiento).

(3) **Cuidado de la salud mental nivel tres.** Los servicios requeridos incluyen, pero no se limitan a:

- un diagnóstico y un nivel de cuidado de la salud mental para cada recluso que serán documentados en una nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS);
- una justificación para el diagnóstico y el nivel de cuidado asignado que también será documentada en una nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS);
- un plan de tratamiento individual y colaborativo que describa los problemas y objetivos del recluso, y las intervenciones planificadas para ayudar a lograr el objetivo, que será desarrollado, revisado, y actualizado cada 6 meses; e
- intervenciones psicosociales de manera semanal que serán proporcionadas a través de un cuidado ambulatorio especial o de manera regular acorde a un Programa residencial de tratamiento psicológico.

(4) **Cuidado de la salud mental nivel cuatro.** Este tratamiento solo podrá ser realizado en un Centro de derivación médica. Los servicios requeridos incluyen, pero no se limitan a:

- Un diagnóstico y un nivel de cuidado de la salud mental para cada recluso que serán documentados en la nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS);
- Una justificación para el diagnóstico y el nivel de cuidado asignado que también será documentada en una nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS);
- Un plan de tratamiento individual y colaborativo que describa los problemas y objetivos del recluso, y las intervenciones planificadas para ayudar a lograr el objetivo, que será desarrollado, revisado, y actualizado cada 90 días; e
- Intervenciones psicosociales y/o contactos individuales de salud mental que serán realizados de manera semanal.

En las instalaciones CARE4-MH, en las cuales se aloja a los reclusos con discapacidades cognitivas demasiado severas como para realizar intervenciones psicosociales tradicionales (es decir, trastornos neurocognitivos severos), el plan de cuidados más apropiado podría ser llevado a cabo por contactos de apoyo de una amplia variedad de proveedores. La frecuencia y el tipo de cuidado serán determinados de manera individual para estos casos.

**d. Rechazo al tratamiento.** Si un recluso rechaza un tratamiento para su nivel de cuidado de la salud mental, se creará e implementará un plan de tratamiento para evaluar el estado mental del recluso, se intentará establecer una buena relación, y se incentivará al recluso a continuar con el proceso de tratamiento. Por lo general, el plan de tratamiento incluye un intento mensual de contactar al recluso. Las estrategias para establecer una buena relación incluyen: actividades de esparcimiento grupales, visitas a la unidad o al lugar de trabajo del recluso, y grupos de encuentro para la socialización informal con los pares.

Los reclusos que rechacen un tratamiento para su nivel de cuidado de la salud mental podrán ser reclusos en instituciones psiquiátricas de manera involuntaria.

## **6. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE RECLUSOS CON TRASTORNOS MENTALES**

Todas las instalaciones de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) emplea psicólogos para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Aunque la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) concentre sus recursos de salud mental en algunas instituciones, todas las instituciones, sin importar el nivel de cuidado, deberán proporcionar servicios para los reclusos con trastornos mentales.

Los departamentos de Servicios psicológicos y Servicios de salud de cada institución deberán garantizar que cada recluso con una necesidad clínicamente identificada de tratamiento psicológico tenga acceso al cuidado de la salud mental. Estos aseguran que los reclusos se sometan a las investigaciones, evaluaciones y derivaciones apropiadas para identificar y abordar sus necesidades de salud mental, abuso de sustancias, y otras necesidades de salud conductual. Los departamentos de Servicios psicológicos ofrecen una variedad de servicios y programas para los reclusos; grupos psicoeducativos, terapia breve, psicoterapia individual y grupal, intervención para crisis, prevención de suicidios, y programas de tratamiento residencial. Los departamentos de Servicios de salud proporcionan acceso a los reclusos a medicamentos psiquiátricos apropiados para abordar trastornos mentales identificados.

**a. Evaluación previa a la designación.** Los reclusos recientemente designados son seleccionados por el personal del Centro de Designación y Cómputo de la Sentencia (Designation and Sentence Computation Center, DSCC) según la información contenida en el

Informe previo a la sentencia (Pre-Sentence Report, PSR). Esta evaluación corresponderá a la necesidad estimada del recluso de servicios de salud mental, según los recursos de la institución al momento de la designación inicial.

**b. Asignación inicial de nivel de cuidado.** Las asignaciones de exámenes de salud mental (SCRNX-MH) son parte del proceso de designación. Las asignaciones son generadas por el personal del Centro de Designación y Cómputo de la Sentencia (Designation and Sentence Computation Center, DSCC) utilizando la calculadora médica, y están basadas en la revisión del Informe previo a la sentencia (Pre-Sentence Report, PSR), de la información recibida de otras fuentes, de la revisión de otros registros, etc.

**c. Evaluación del personal médico.** El personal médico proporciona una evaluación inicial de los problemas físicos y mentales, el cual incluye pensamientos suicidas, síntomas de trastornos mentales, y victimización sexual. Documentará sus observaciones en el Registro médico electrónico de la Agencia (Bureau Electronic Medical Record, BEMR) y asesorará a Servicios psicológicos sobre cualquier problema.

**d. Examen psicológico de ingreso.** Se llevará a cabo el Examen psicológico de ingreso durante el periodo de tiempo especificado en la Declaración de Programa en el **Manual de servicios psicológicos**, y estará documentado en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS). En este momento, la asignación de la evaluación de salud mental es reemplazada por la asignación de nivel de salud mental en SENTRY, y el nivel de cuidado de la salud mental es documentado en el Examen psicológico de ingreso junto con la justificación. Si el nivel de cuidado es CARE2-MH, CARE3-MH o CARE4-MH, una nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico será ingresada a el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS). Además, el personal de Servicios psicológicos informará al personal de Servicios de salud sobre cualquier problema relevante (por ejemplo, una recomendación para una consulta sobre una medicación psiquiátrica).

**e. Asignación y cambio de asignación de nivel de cuidado de la salud mental.** Los psicólogos, psiquiatras y profesionales intermedios (por ejemplo, asistentes de médicos o enfermeros que estén licenciados en su campo de la medicina y hayan recibido capacitación especializada en salud mental) de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) pueden determinar el nivel de salud mental luego de una revisión de los registros y de una entrevista clínica personal. Por lo tanto, los niveles de cuidado de la salud mental representan información clínica sobre un recluso, y no son modificados por razones administrativas, de designación, o de transferencia. Si no se logra un acuerdo sobre la asignación del nivel de cuidado de la salud mental de un recluso, consulte la sección 5b de esta política para resolver cualquier tipo de discrepancia.

Los niveles de salud mental deberán ser ingresados a SENTRY por los psicólogos de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP). Según corresponda, la información provista por los psiquiatras de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) influenciará las asignaciones de nivel de cuidado de la salud mental. Para asignar o cambiar un nivel de cuidado de la salud mental, un psicólogo, psiquiatra, o profesional intermedio calificado deberá:

- Revisar el historial clínico;
- Realizar una entrevista clínica;
- Establecer un diagnóstico o manifestar la ausencia de un diagnóstico;
- Indicar y explicar el tipo y frecuencia requerida para los contactos de cuidado de la salud mental; y
- Documentar esta información en la nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico.

Las asignaciones de nivel de cuidado de la salud mental, y los cambios a estas asignaciones, no son requeridas para los reclusos alojados en instalaciones que no pertenecen a la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) (por ejemplo, las instituciones correccionales privadas, los Centros de reingreso residencial, y otras instalaciones contratadas). Además, estas asignaciones no son requeridas por los reclusos en tránsito. Si se detecta que una asignación de nivel de cuidado de la salud mental debe ser actualizada para representar de manera precisa las necesidades del recluso al momento de su regreso a una instalación de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP), el personal de la Rama de servicios psicológicos actualizará el código e ingresará una nota en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) describiendo qué se sabe sobre la situación y las necesidades de salud mental del recluso.

**f. Instalaciones con reclusos preventivos.** El personal de Servicios psicológicos no está obligado a realizar asignaciones de nivel de cuidado de la salud mental para todos los reclusos preventivos. Sin embargo, deberán realizar asignaciones para los siguientes reclusos preventivos:

- Reclusos que realicen un Examen psicológico de ingreso debido a su adhesión al Cuestionario de Servicios psicológicos para reclusos (Psychology Services Inmate Questionnaire, PSIQ);
- Reclusos que se deriven a si mismos, o que sean derivados, a Servicios psicológicos debido a síntomas de trastornos mentales;
- Reclusos que hayan completado recientemente una evaluación realizada por un psicólogo o psiquiatra de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP); y
- Reclusos que requieran una evaluación por riesgo de suicidio.

Si un recluso preventivo tiene un nivel de cuidado asignado, deberá recibir servicios de salud mental con al frecuencia indicada por los requisitos de ese nivel de cuidado. La creación de un plan de tratamiento es apropiada para aquellos recursos para los que se prevea una estadía larga.

Sin embargo, debido al recambio rápido e inesperado asociado con las instalaciones para reclusos preventivos, no se requieren planes de tratamiento.

Si el Centro de Designación y Cómputo de la Sentencia (Designation and Sentence Computation Center, DSCC) recibe una solicitud de designación inicial y la instalación para reclusos preventivos ya clasificó un nivel de cuidado de la salud mental para el recluso, el Centro de Designación y Cómputo de la Sentencia (Designation and Sentence Computation Center, DSCC) no modificará esta asignación ni la revertirá a una evaluación.

## **7. EQUIPO ORIENTADO AL CUIDADO**

Debido a su vulnerabilidad potencial en un entorno correccional, los reclusos con trastornos mentales podrán requerir condiciones especiales en áreas como alojamiento, disciplina, trabajo, educación, designaciones, transferencias, y reingreso para garantizar su óptimo funcionamiento. La Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) utiliza un enfoque de equipo para garantizar que las necesidades de los reclusos con trastornos mentales sean identificadas y abordadas.

El Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) es un equipo multidisciplinario que utiliza un enfoque holístico para garantizar que los aspectos críticos del cuidado de los reclusos con trastornos mentales sean tenidos en cuenta e integrados. Es un componente requerido en todas las instituciones CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH. No es requerido en las instalaciones para reclusos preventivos ni en Centros de transferencia federal.

El Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) tiene la responsabilidad de identificar problemas que puedan afectar a los reclusos con trastornos mentales en un entorno correccional tales como:

- Síntomas de trastornos mentales que no hayan sido informados o identificados por el recluso;
- Problemas de alojamiento o conflictos con compañeros de celda;
- Falta de trabajo y/o tiempo de esparcimiento;
- Pensamiento y comportamiento criminal;
- Acoso o abuso por parte de otros reclusos; y
- Creciente comportamiento destructivo o peligroso.

El Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) también establece estrategias y soluciones de apoyo para mitigar interacciones potencialmente negativas entre reclusos con trastornos mentales y el entorno correccional, tales como:

- Refuerzos positivos por comportamiento acorde a los objetivos del tratamiento;
- Apoyo social (compañeros de celda, relaciones positivas con el personal, comunidad espiritual, programa de acompañantes de salud mental);

- Alojamiento; y
- Maneras positivas de pasar el tiempo (trabajo, empleo con apoyo, recreación, grupos de encuentro).

El Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) evalúa cómo se pueden aplicar estas estrategias y soluciones de apoyo para mejorar el funcionamiento y las oportunidades de recuperación. Las reuniones se llevan a cabo usualmente una vez al mes, y podrían llevarse a cabo en conjunto con la reunión de la unidad de alojamiento especial (Special Housing Unit, SHU).

Todos los reclusos con nivel CARE4-MH serán revisados por el equipo trimestralmente. Todos los reclusos con nivel CARE3-MH serán revisados por el equipo cuando sea necesario y al menos cada seis meses. Los reclusos con nivel CARE2-MH serán revisados por el equipo cuando sea necesario y al menos una vez al año. Si un recluso participa de un Programa residencial de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Program, PTP), su caso podría ser llevado a cabo en ese entorno si así lo dispone el Coordinador del tratamiento de salud mental.

Como mínimo, el Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) deberá incluir:

- Al Coordinador del tratamiento de salud mental (colíder del Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso [Care Coordination and Reentry, CCARE]);
- Prestador de servicios psiquiátricos (colíder del Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso [Care Coordination and Reentry, CCARE]);
- Psicólogo tratante;
- Trabajador social de la institución (si corresponde); y
- Farmaceuta.

Además, el Coordinador del tratamiento de salud mental invitará a los siguientes miembros del personal, y a los que considere apropiado, a las reuniones del Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE):

- El Director clínico; Se recomienda que los directores clínicos asistan, especialmente en las instalaciones CARE4-MH;
- El supervisor de recreación;
- Los gerentes de unidad correspondientes;
- El supervisor de servicios correccionales; y
- El capellán supervisor.

Los siguientes miembros del personal formarán parte del Equipo de Coordinación de cuidados y

reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) en los siguientes casos especiales:

- Los Trabajadores sociales regionales y el personal de Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) solo deberán asistir cuando se discutan las necesidades de reingreso. Podrán asistir por videoconferencia o teleconferencia.
- El Oficial de Audiencias Disciplinarias (Discipline Hearing Officer, DHO) podrá asistir si un recluso con trastornos mentales recibe sanciones disciplinarias severas.
- Dependiendo del tema a discutir en la reunión, podrá invitarse a otros miembros del personal, como supervisores y maestros.

La composición podría variar en los Centros de derivación psiquiátrica. Sin embargo, se usará el modelo de equipo.

## 8. ALOJAMIENTO ESPECIAL

La Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) se esfuerza por evitar la colocación de reclusos con trastornos mentales graves en entornos como la unidad de alojamiento especial (Special Housing Unit, SHU) o la unidad de administración especial (Special Management Unit, SMU) por tiempo prolongado. Sin embargo, a veces se requiere la colocación de dichos reclusos en dichos entornos por cuestiones de seguridad. Si por razones de seguridad se requiere que un recluso con trastornos mentales graves sea colocado en alojamiento especial, continuará recibiendo cuidados de la salud mental acorde a sus necesidades.

a. **Servicios para los reclusos en alojamiento especial.** Generalmente, todos los contactos críticos, independientemente del nivel de cuidado de la salud mental del recluso, se llevarán a cabo, de ser posible, en un área privada. Estos incluyen:

- Evaluaciones de diagnóstico.
- Evaluaciones de riesgo de suicidio.
- Contactos de intervención en crisis.
- Revisiones de custodia de protección.
- Intervención de prevención de agresión sexual.
- Contactos de tratamiento de salud mental según lo indicado en el plan de tratamiento.
- Cualquier otro servicio que aborde cuestiones potencialmente sensibles o comportamientos de alto riesgo.

Además, todos los reclusos en unidades de alojamiento especial (por ejemplo, SHU, SMU, ADX) con trastornos mentales recibirán, como mínimo, contactos de salud mental en persona según el tipo y frecuencia indicados en su nivel de cuidado, en la medida de lo posible. Estos contactos son llevados a cabo de una manera que protege la privacidad del recluso para que la seguridad del personal no se vea comprometida. Los contactos serán consistentes con los objetivos del plan de tratamiento y son suplementarios a todos los contactos críticos o los

requeridos por políticas (por ejemplo, revisión de una unidad de alojamiento especial (Special Housing Unit, SHU)).

Las excepciones a los contactos críticos y los contactos de tratamiento de salud mental deberán ser realizadas en casos en los cuales el recluso se comporte de manera agresiva o cuando las estipulaciones de seguridad de la institución determinen que se debe realizar una excepción. Los contactos serán suspendidos si el recluso actúa de una manera agresiva de modo tal que el miembro del personal esté preocupado por su seguridad. El contacto será reiniciado cuando se tomen las medidas de seguridad necesarias o cuando el recluso haya retomado el control de su comportamiento. No se harán excepciones por razones logísticas relacionadas con el transporte del recluso afuera de su celda o con la dificultad de encontrar un espacio privado.

La Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) reconoce que la salud mental de un recluso puede deteriorarse durante la colocación en alojamiento especial. Se mitigarán los problemas potenciales a través de un grupo de estrategias aplicadas en conjunto por el personal de varias disciplinas:

- Durante las rondas, todo el personal se pondrá a disposición para realizar charlas cortas para demostrar su preocupación y su disponibilidad para proporcionar asistencia.
- Excepto en casos únicos, los clínicos de salud mental no participarán como miembros del equipo en una situación que requiera el uso calculado de la fuerza.
- Los reclusos son transportados afuera de sus celdas para realizar entrevistas privadas o extendidas con el personal de Servicios psicológicos o psiquiátricos como procedimiento estándar.
- Las actividades dentro de la celda (por ejemplo, libros, rompecabezas, juegos, entretenimiento y programación de audio/video si correspondiera) serán provistas por los departamentos correspondientes.
- Se deberá prestar especial atención a la importancia del tiempo de recreación no estructurado fuera de la celda, y se deberá incentivar a los reclusos a que aprovechen las actividades fuera de la celda.

Si la salud mental de un recluso parece haberse deteriorado durante la colocación en un alojamiento especial, el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental trabajará activamente con el Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) para mitigar el impacto o identificar una colocación alternativa apropiadamente segura.

**b. Revisiones de Colocación en Alojamiento Especial Prolongado.** Los reclusos que hayan sido derivados al alojamiento especial (por ejemplo, SMU, ADX) por tiempo prolongado deberán ser examinados por el personal de Servicios psicológicos para determinar si existen trastornos mentales que impidiesen la colocación en ese entorno. El personal de Servicios psiquiátricos será consultado antes de realizar esta determinación. Además, los reclusos alojados

en el alojamiento especial por un lapso prolongado de tiempo recibirán una revisión especial de salud mental, la cual se detalla a continuación. La Subdivisión de Servicios Psicológicos supervisa a los reclusos con enfermedades mentales en alojamiento especial a través de los procedimientos y revisiones que se describen a continuación.

(1) **Procedimientos de Revisión de Derivaciones a las SMU.** Las siguientes derivaciones a las Unidades de Administración Especial (Special Management Units, SMU) son revisadas por la Subdivisión de Servicios Psicológicos en colaboración con el Jefe de Psiquiatría, División de Servicios de Salud, según corresponda, antes de la colocación:

- Reclusos clasificados como CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH en SENTRY.
- Reclusos clasificados como PSY ALERT en SENTRY.
- Reclusos que están recibiendo medicamentos psiquiátricos.
- Cualquier recluso para quien el Jefe de Psicología de la institución solicite una revisión basada en problemas de salud mental o limitaciones cognitivas.
- Cualquier recluso para quien el Centro de Designación y Cómputo de la Sentencia (Designation and Sentence Computation Center, DSCC) solicite una revisión basada en problemas de salud mental o limitaciones cognitivas.

Al llevar a cabo esta revisión, la Subdivisión aplica los criterios de exclusión que se indican a continuación (Criterios de Exclusión de SMU/ADX) para identificar a los reclusos excluidos de la colocación en SMU.

(2) **Procedimientos de Revisión de Derivaciones a ADX.** Una evaluación de salud mental es un componente requerido de **todos** los paquetes de derivación para la Unidad de Control de Florence ADX y la Población General de Florence ADX (según los **Programas de Unidad de Control** de las Declaraciones de Programas y la **Clasificación de Custodia y Designación de Seguridad del Recluso**, respectivamente).

La evaluación de salud mental es realizada por un psicólogo con licencia y nivel de doctorado. Una entrevista del recluso y pruebas psicológicas (la versión actual del Inventario de Evaluación de la Personalidad) son componentes obligatorios. Además, se requiere una prueba de discapacidad intelectual (la versión actual de la Prueba Breve de Inteligencia de Kaufman) y, si se indica, pruebas adicionales (la versión actual de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler). Antes de la entrevista, se debe proporcionar una notificación de evaluación psicológica. Los formularios de notificación son BP-A1055, Notificación de Evaluación Psicológica - Unidad de Control ADX, y BP-A1056, Notificación de Evaluación Psicológica - Población General ADX. Si el recluso se niega a cooperar con la entrevista o las pruebas psicológicas, se continúa con la evaluación. Esta negativa se anotará en el informe.

El formato requerido para el informe de evaluación de salud mental se describe a continuación:

## Evaluación de Salud Mental en ADX

- **Información de identificación.** La información de identificación incluye: nombre y número de registro del recluso, sexo, raza, origen étnico, idiomas hablados, fecha de nacimiento y edad, sentencia actual y fecha de liberación estimativa. Además, la sección de información de identificación indica la fecha y el lugar de la evaluación y el nombre del evaluador.
- **Notificación de Evaluación Psicológica.** Confirma que el recluso recibió la Notificación de Evaluación Psicológica. Si él/ella se negó a firmar, la información se anota en esta sección.
- **Procedimientos de Evaluación.** Enumera los procedimientos de evaluación utilizados, que incluyen: Notificación de Evaluación Psicológica, entrevista clínica, revisión del Informe Previo a la Sentencia (Pre-Sentence Report, PSR) y del Archivo Central, información secundaria y observaciones de otros miembros del personal, y pruebas psicológicas (especificar las pruebas realizadas, por ejemplo, PAI, WAIS-IV, KBIT-2). *Nota:* En todos los casos debe haber un intento de entrevistar al recluso y realizar las pruebas psicológicas. Si el recluso se niega a cooperar, su negativa se indica en esta sección y en la sección de pruebas psicológicas.
- **Historial Psicosocial.** Aborda brevemente el historial psicosocial del recluso, según corresponda a este informe, y señala no solo los déficits o limitaciones importantes, sino también las áreas de fortaleza específica. Los temas que pueden tratarse incluyen:
  - **Historial Familiar.** Describe la familia de origen; cualquier historial criminal, psiquiátrico o médico notable de familiares; cualquier historia de abuso o trauma en la familia; y el historial matrimonial, si corresponde.
  - **Historial Académico.** Toma nota brevemente del historial académico del recluso, con énfasis en discapacidades intelectuales observadas, impedimentos cognitivos y resultados de pruebas de inteligencia.
  - **Historial de Empleo.** Describe brevemente el historial de empleo del recluso, incluida cualquier experiencia militar previa.
- **Historial Médico.** Señala brevemente las condiciones médicas importantes, como enfermedades crónicas o capacidades diferentes.
- **Historial de Salud Mental.** Por lo general, contiene un mayor nivel de detalle e incluye lo siguiente (si corresponde): antecedentes relacionados con hospitalizaciones psiquiátricas, diagnósticos de salud mental pasados, uso de medicamentos psiquiátricos, historial de conducta/gestos suicidas, historial de tratamiento de salud mental anterior y dentro de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) e historial de deterioro de salud mental durante la reclusión en un entorno de alojamiento especial. *Nota:* La revisión del Informe previo a la sentencia (Pre-Sentence Report, PSR), el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) y el Registro Médico Electrónico de la Agencia de Prisiones (Bureau Electronic Medical Record, BEMR) es obligatoria en la preparación de esta sección.

- **Historial de Abuso de Sustancias.** Describe brevemente cualquier problema de abuso de sustancias.
- **Historial Psicosexual.** Describe brevemente los intereses sexuales desviados, el historial de victimización o conducta de abuso sexual, y el historial de delitos sexuales.
- **Historial Criminal.** Describe los antecedentes penales del recluso, incluidos los delitos juveniles y adultos, los intentos de escape y los informes de incidentes. Se presta especial atención a los delitos, intentos de escape e informes de incidentes que contribuyen a la derivación a ADX. Además, esta sección aborda la opinión del recluso sobre su actividad delictiva, incluidos los incidentes asociados con la derivación. *Nota:* No es necesario enumerar todos los informes de arrestos, condenas e incidentes en esta sección. El evaluador puede resumir la información. Por ejemplo, “el recluso Smith ha recibido 37 informes de incidentes en los últimos tres años, la mayoría de los cuales involucran insolencia y posesión de sustancias tóxicas”.
- **Entrevista/Examen de Estado Mental.** Resume los resultados de la entrevista clínica y el examen de estado mental. Si el recluso se niega a participar en la entrevista clínica y el examen de estado mental, su rechazo se anotará en esta sección y se registrarán todas las observaciones pertinentes.
- **Resultados de la PAI.** Resume los resultados de la Inspección Previa a la Aprobación (Pre-Approval Inspection, PAI). Si el recluso se niega a completar la PAI, su rechazo se indica en esta sección.
- **Formulación del Caso.** Contiene un análisis y una síntesis de los datos, que integran los resultados de las pruebas psicológicas con las observaciones clínicas, del estado mental y del historial. Las impresiones de diagnóstico deben ser completamente respaldadas. Si existe documentación previa de una enfermedad mental pero ya no es válida, o si el evaluador cree que nunca fue válida, esto debe ser anotado y respaldado por el evaluador. La formulación del caso también incluye la conclusión del evaluador de si algún factor psicológico impediría la colocación del recluso en ADX.
- **Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico.** Enumera cualquier diagnóstico y registra el nivel de atención de salud mental del recluso.

El informe de evaluación de salud mental completado se ingresa en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) en la sección “Evaluaciones”; el documento se titula “Evaluación de Salud Mental para Derivación a ADX”. El informe se introduce directamente en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS), no se ingresa como un archivo adjunto de Word. Los datos de las pruebas psicológicas se escanean en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) como un archivo adjunto vinculado a la nota de la evaluación. Una vez que el informe se ingresa en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS), se envía una notificación por correo electrónico a la Subdivisión de Servicios Psicológicos en *BOP-RSD/Psychology SVCS~*. El nombre y número de registro del recluso están incluidos en el asunto. La Subdivisión de Servicios Psicológicos

revisa el informe, los resultados de las pruebas psicológicas y los registros del Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS). Cualquier inquietud se discute con el Jefe de Psicología o el Director Clínico en las instalaciones del recluso. Si no hay inquietudes, se envía un correo electrónico de conformidad al Jefe de Psicología y al Alcaide para incluirlo en el paquete de derivación.

**c. Criterios de Exclusión de SMU/ADX.** Por lo general, los reclusos con enfermedades mentales graves (clasificados como CARE3-MH) son excluidos de la colocación en SMU o ADX y los reclusos CARE4-MH no se colocan en estas instalaciones. Los reclusos que se identifiquen como enfermos mentales graves no serán designados o alojados en SMUs o ADX, excepto como se indica a continuación. La colocación de un recluso con una enfermedad mental grave en SMU o ADX solo se producirá si se identifican necesidades de seguridad extraordinarias que no se pueden gestionar en otros lugares. En tales circunstancias, se desarrollará un plan de tratamiento de salud mental individualizado acorde con las necesidades de tratamiento del recluso. La decisión de excluir a un recluso con una enfermedad mental grave de ADX o una SMU no depende de su disposición a participar en un programa de tratamiento de salud mental. Además, la Subdivisión de Servicios Psicológicos, en colaboración con el Jefe de Psiquiatría, División de Servicios de Salud, generalmente no recomendará la colocación en SMU o ADX en los siguientes casos:

- Una revisión de la documentación sugiere que la colocación en SMU o ADX interferiría con la participación del recluso en las intervenciones del tratamiento de salud mental necesarias.
- Una revisión de la documentación sugiere que el trastorno de salud mental o las limitaciones cognitivas del recluso hacen que sea poco probable que él/ella pueda progresar con éxito a través de las fases de la SMU o de ADX.
- Una revisión de la documentación sugiere que la colocación en SMU o ADX puede exacerbar la condición de salud mental de un recluso.

Los reclusos identificados como necesitados de atención psiquiátrica hospitalaria (CARE4-MH) no son derivados para su colocación en ADX o una SMU. La colocación adecuada para estos reclusos es un Centro de Derivación Psiquiátrica.

Si se determina que un recluso con una enfermedad mental grave no puede desenvolverse en un entorno menos restrictivo debido a necesidades especiales de seguridad, él/ella continuará recibiendo servicios de salud mental acordes con sus necesidades de tratamiento mientras se encuentre en alojamiento especial.

**d. Revisiones de Alojamiento Especial Prolongado.** Los reclusos que se encuentren en colocaciones de alojamiento especial durante un período prolongado recibirán evaluaciones

regulares de salud mental. Estas evaluaciones ocurren cuando el recluso se aloja de forma continua:

- En la Unidad de Alojamiento Especial (Special Housing Unit, SHU) durante 6 meses.
- En ADX durante 12 meses.
- En una SMU durante 18 meses.

La evaluación de salud mental es completada por un psicólogo de la institución e incluye una revisión de los registros, las observaciones de comportamiento, la entrevista clínica y las pruebas psicológicas, si fueron indicadas clínicamente.

Si el recluso se niega a cooperar con la entrevista o las pruebas psicológicas, se continúa con la evaluación y esta negativa se anota en el informe. Los protocolos requeridos para los informes de evaluación de salud mental se encuentran en los formularios BP-A1057, Evaluación de Salud Mental de Alojamiento Especial - Revisión Inicial, y BP-A1058, Evaluación de Salud Mental de Alojamiento Especial - Revisión de Seguimiento; los resultados de estos informes se documentan en la Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS).

Las actualizaciones se llevan a cabo para los aniversarios posteriores, por ejemplo, un recluso alojado continuamente en una unidad de alojamiento especial (Special Housing Unit, SHU) durante 18 meses recibiría una evaluación cuando él/ella haya estado alojado en una unidad de alojamiento especial (Special Housing Unit, SHU) durante 6 meses, con actualizaciones a los 12 y 18 meses.

La documentación asociada con esta revisión se ingresa en el PDS bajo el tipo de nota “Evaluación de Salud Mental de Alojamiento Especial” y los resultados se documentan en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) como una actualización de la nota de Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico. Esta información se ingresa en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) dentro de los 14 días posteriores a la fecha límite correspondiente.

Sobre la base de los hallazgos de esta evaluación, el Jefe de Psicología, en colaboración con el Equipo Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) (si corresponde) puede iniciar acciones locales de inmediato para abordar los problemas de salud mental identificados.

Cada mes, la Subdivisión de Servicios Psicológicos revisa las Evaluaciones de Salud Mental de Alojamiento Especial para determinar si las inquietudes de salud mental se abordan de manera adecuada. Junto con estas revisiones, el personal de la Subdivisión consulta según sea necesario

con el personal de la institución y con el Jefe de Psiquiatría de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP). El personal de la Subdivisión también documenta la conformidad con los hallazgos de la evaluación o recomendaciones adicionales en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS).

e. **Criterios de Retiro de SHU/SMU/ADX.** Si la salud mental de un recluso parece haberse deteriorado durante la colocación en un alojamiento especial, el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental trabajará activamente con el Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) (si corresponde) y la Subdivisión de Servicios Psicológicos (si corresponde) para mitigar el impacto o identificar una colocación alternativa. Según sea necesario, la Subdivisión de Servicios Psicológicos consultará con el Jefe de Psiquiatría de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP). Este deterioro puede identificarse a través de la evaluación de salud mental descrita anteriormente, o a través de más factores emergentes, por ejemplo, una enfermedad mental aguda que lleva a la necesidad de una transferencia psiquiátrica de emergencia.

Además, la Subdivisión de Servicios Psicológicos, en colaboración con el Jefe de Psiquiatría, División de Servicios de Salud, revisa a los reclusos para un posible retiro de una SMU o ADX en las siguientes circunstancias:

- Cualquier recluso que sea transferido de una SMU o ADX a un Centro de Referencia Médica (Medical Referral Center, MRC) en una transferencia psiquiátrica de emergencia.
- Si el Jefe de Psicología o Psiquiatría considera que un recluso que llega a una SMU o ADX tiene importantes problemas de salud mental o limitaciones cognitivas que pueden hacerlo no apto para esta colocación.
- Cualquier recluso que comience a experimentar síntomas de una enfermedad mental grave luego de ser colocado en una SMU o ADX.

f. **Disciplina.** Los síntomas de salud mental de un recluso pueden contribuir a violar las reglas de la institución, lo que puede dar lugar a sanciones disciplinarias, incluida la colocación en una SHU o la extensión de la colocación en una unidad de alojamiento especial (Special Housing Unit, SHU). En estos casos, es responsabilidad del Coordinador del Tratamiento de Salud Mental consultar al Oficial de Audiencias Disciplinarias (Discipline Hearing Officer, DHO) para garantizar que el proceso disciplinario se aplique de manera adecuada a los reclusos con enfermedades mentales.

El Oficial de Audiencias Disciplinarias (Discipline Hearing Officer, DHO) remite los siguientes informes de incidentes a un psicólogo para determinar la competencia y responsabilidad:

- Cualquier informe de incidente recibido por un recluso CARE3-MH o CARE4-MH.

- Cualquier informe de incidente recibido por un recluso CARE2-MH en el que parece haber un problema de salud mental.
- Cualquier informe de incidentes para el Código 228 que implique lesiones autoinfligidas.
- Cualquier informe de incidentes para el Código 302 de uso indebido de medicamentos autorizados.

El Coordinador del Tratamiento de Salud Mental indica si el recluso es competente o responsable y si algunos tipos de sanciones son inadecuados en función de sus necesidades de salud mental. Las sanciones que limitan el apoyo social (por ejemplo, la colocación en una SHU, la pérdida de visitas o la pérdida de llamadas telefónicas) deben considerarse caso por caso y pueden no ser adecuadas para los reclusos con enfermedades mentales que utilizan estos apoyos como un componente de su tratamiento o recuperación.

## **9. CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL**

La capacitación en salud mental para todo el personal se incluye en la Introducción a Técnicas Correccionales, Fase I y Fase II, y la Capacitación Anual. La capacitación en salud mental también se brinda trimestralmente a los oficiales de la unidad de alojamiento especial (Special Housing Unit, SHU).

Se ofrecerá capacitación adicional especializada en salud mental en instituciones CARE2-MH, CARE3-MH, CARE4-MH e instituciones administrativas seleccionadas. Para apoyar esta capacitación especializada, se debe contar con la dotación adecuada de personal de Servicios Psicológicos. Con la dotación adecuada de personal de Servicios Psicológicos y el suficiente interés por parte del personal, esta capacitación se ofrece anualmente. Este programa apoya el desarrollo de un entorno óptimo para el tratamiento y la atención eficaces de los delincuentes con enfermedades mentales, en el que profesionales de la salud mental y otro personal trabajan en colaboración para apoyar el tratamiento. La capacitación promueve la identificación temprana de problemas de salud mental, y un apaciguamiento y un apoyo más efectivos cuando surgen problemas. Si bien esta capacitación no es necesaria para trabajar en un puesto dentro de una unidad de salud mental, será especialmente beneficiosa para el personal que trabaja en estos puestos.

El personal puede aplicar para aprovechar esta capacitación adicional especializada en salud mental mediante el envío de una solicitud al Gerente de Recursos Humanos luego del anuncio de esta oportunidad de capacitación.

Esta capacitación adicional especializada en salud mental incluirá 24 horas de capacitación especializada en salud mental, que aborda la prevención de suicidios, la comprensión de enfermedades mentales, la sensibilidad y la diversidad cultural, los medicamentos psiquiátricos,

los principios de control de la conducta, la confidencialidad, las habilidades de comunicación, las habilidades de apaciguamiento y la creación de relaciones de colaboración.

## 10. PROGRAMA DE COMPAÑEROS POR LA SALUD MENTAL

Los Compañeros por la Salud Mental son reclusos capacitados que brindan asistencia y apoyo a los reclusos con enfermedades mentales bajo la dirección del Departamento de Servicios Psicológicos. Los Programas de Compañeros por la Salud Mental se inician a discreción del Alcaide. Pueden adoptar una variedad de formas, incluida una cuadrilla que reside en una unidad de tratamiento de salud mental, que apoya a un centro de acogida o que participa en emparejamientos individuales con los reclusos que necesitan apoyo adicional.

El Coordinador del Tratamiento de Salud Mental es responsable de la selección, capacitación, asignación y remoción de compañeros individuales. Se considera que los reclusos seleccionados como compañeros se encuentran en una asignación de trabajo de la institución cuando están en su turno programado y reciben una remuneración basada en el desempeño por el tiempo dedicado a brindar apoyo a los reclusos con enfermedades mentales.

a. **Selección de Compañeros por la Salud Mental para los Reclusos.** Debido a la naturaleza sensible de tales asignaciones, la selección de Compañeros por la Salud Mental requiere una atención considerable. Deben poder brindar compañía y asistencia a los reclusos con enfermedades mentales, proteger su privacidad e informar al personal sobre problemas importantes de seguridad y advertencias de suicidio. Según el criterio del Coordinador del Tratamiento de Salud Mental, deben ser personas confiables que tengan credibilidad tanto con el personal como con los reclusos y que puedan realizar sus tareas con la mínima necesidad de supervisión directa. Además, cualquier recluso que sea seleccionado como Compañero por la Salud Mental no debe:

- Haber cometido un acto prohibido nivel 100 en los últimos tres años.
- Participar del Programa de Responsabilidad Financiera (Financial Responsibility Program, FRP), el Examen de Desarrollo de Educación General (General Educational Development, GED) o tener el estado Rechazado en la clase de educación sobre drogas.
- Tener un historial de delitos sexuales contra un adulto.

Como parte del proceso de selección, el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental toma los siguientes pasos y documenta los hallazgos en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS):

- Entrevista al recluso.
- Revisa el historial disciplinario del recluso.

- Revisa el Informe previo a la sentencia (Pre-Sentence Report, PSR) del recluso.
- Revisa la documentación del Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) del recluso.
- Consulta al Supervisor de Investigación Especial (Special Investigative Supervisor, SIS)
- Consulta al supervisor de trabajo actual del recluso.
- Consulta al Equipo de la Unidad.

**b. Capacitación de Compañeros por la Salud Mental.** Cada compañero recibe al menos cuatro horas de capacitación inicial sobre la prevención de suicidios y cuatro horas adicionales de capacitación inicial de Compañero de Salud Mental antes de asumir los deberes de Compañero por la Salud Mental. Cada Compañero también recibe al menos cuatro horas de capacitación de actualización cada seis meses. Cada sesión de capacitación revisa los requisitos de la política e instruye a los reclusos sobre sus deberes y responsabilidades como Compañero por la Salud Mental, que incluye:

- Información básica sobre la enfermedad mental.
- Formación y apoyo de la recuperación de enfermedades mentales.
- Reducción de la estigmatización.
- Habilidades de comunicación.
- Advertencias de suicidio y otros problemas de salud mental que deben informarse al personal de inmediato.

Un recluso puede servir como Compañero por la Salud Mental y Compañero de Vigilancia Antisuicidio. Sin embargo, estas son asignaciones de trabajo separadas con diferentes tareas y desafíos. Por lo tanto, algunas partes de la capacitación pueden combinarse y otras deben ser individualizadas. Los Compañeros por la Salud Mental pueden participar en la capacitación inicial de Compañero de Vigilancia Antisuicidio brindada por el Coordinador de Prevención de Suicidios para completar la parte de la prevención de suicidios de su capacitación inicial. En la capacitación semestral, los componentes comunes a los Compañeros de Vigilancia Antisuicidio y los Compañeros por la Salud Mental pueden cubrirse en una capacitación combinada de dos horas, si se brindan dos horas adicionales de capacitación especializada a cada grupo.

**c. Reuniones con el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental.** Los Compañeros por la Salud Mental con una asignación activa de trabajo se reúnen al menos semanalmente con el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental o su designado para informar sobre su trabajo, revisar los procedimientos, discutir temas y complementar la capacitación. Esta reunión puede ocurrir en un ambiente grupal.

**d. Registros.** El Coordinador del Tratamiento de Salud Mental mantiene un registro en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) que contiene:

- Un acuerdo de entendimiento y expectativas firmado por cada Compañero.
- Documentación de asistencia y temas discutidos en capacitaciones semestrales y reuniones semanales.

También se mantiene la verificación de pago para aquellos que tienen una asignación.

e. **Supervisión de Compañeros por la Salud Mental para los Reclusos.** Si bien los Compañeros por la Salud Mental se seleccionan en función de su estabilidad emocional y su nivel de responsabilidad personal, requieren la supervisión del personal mientras desempeñan sus funciones. Esta supervisión es proporcionada por el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental durante las reuniones. Para apoyar el programa, el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental proporciona al personal una lista de Compañeros (por ejemplo, a través de TRUSCOPE, un memorando o Sallyport).

f. **Eliminación.** El Coordinador del Tratamiento de Salud Mental o su designado puede eliminar del programa a cualquier Compañero de Salud Mental de un Recluso a su discreción. La eliminación de un compañero se documenta en los registros del Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS).

## 11. RECOMPENSAS POR LOGROS EN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (PSYCHOLOGY TREATMENT PROGRAMS, PTP)

Los Programas de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Programs, PTP) de salud mental ofrecen recompensas por logros para los reclusos que participan en ellos, como se define en la sección **Programas de Tratamiento Psicológico** de la Declaración de Programa. Las recompensas por logros se ofrecen a los participantes que demuestran comportamientos que reflejan un compromiso con el tratamiento, conformidad con las normas del programa, progreso en las metas del plan de tratamiento y comportamientos que se esperan en la sociedad en general.

a. **Cómo Obtener Recompensas por los logros.** Los reclusos inscritos en el Programa de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Program, PTP) deben:

- Ser puntuales para todas las actividades del tratamiento.
- No tener ausencias injustificadas.
- No abandonar las actividades del tratamiento sin la aprobación del facilitador.
- Vestir apropiadamente.
- Ser un participante activo en las actividades del tratamiento.
- Esforzarse positivamente para lograr los objetivos del plan de tratamiento, según lo determine el proveedor del tratamiento.

- Cumplir con las obligaciones de educación y del Programa de Responsabilidad Financiera (Financial Responsibility Program, FRP).
- No recibir una sanción por un informe de incidente comprobado.

**b. Recompensas por logros específicos**

- **Recompensas financieras limitadas.** Un recluso puede obtener una recompensa financiera para compensar el tiempo perdido en el trabajo. La cantidad es de \$50 por cada fase del tratamiento, según se define en los **Programas de Tratamiento Psicológico** de la Declaración de Programa. El equipo del tratamiento puede reducir una recompensa en función de la participación y el progreso insatisfactorios del recluso. Sin embargo, una recompensa financiera nunca debe exceder los \$50.
- **Transferencia de liberación más cercana.** Se puede dar consideración formal para una transferencia de liberación más cercana luego de la finalización exitosa del programa.
- **Incentivos locales.** Las instituciones pueden ofrecer incentivos como sectores de alojamiento preferentes, “comida anticipada”, lavadora/secadora o equipamiento para hacer ejercicio en la unidad, etc.
- **Incentivos tangibles.** Con la aprobación del Alcaide, se pueden otorgar incentivos tangibles (por ejemplo, libros, camisetas, cuadernos, estuches para lápices, tazas con el logotipo del programa, alimentos y artículos de higiene que no se venden en la tienda).
- **Economía de fichas.** Los Programas de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Programs, PTP) de Salud Mental pueden optar por administrar una economía de fichas en la que los reclusos pueden obtener incentivos tangibles en función de su participación.
- **Ritual/Ceremonia de transición.** Para completar un Programa de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Program, PTP) de Salud Mental, las instituciones pueden ofrecer una ceremonia de transición estructurada para los reclusos.

**12. RECOMPENSAS POR LOGROS EN EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

Las recompensas por logros están disponibles para los reclusos CARE3-MH en todos los entornos y para los reclusos CARE2-MH/CARE3-MH en ADX. Las recompensas por logros se ofrecen a los participantes que demuestran comportamientos que reflejan los esfuerzos sostenidos hacia una recuperación, el progreso en los objetivos del tratamiento, y las actitudes y comportamientos pro-sociales.

**a. Cómo obtener recompensas por los logros.** Los reclusos deben:

- Asistir a las actividades del tratamiento a tiempo.
- Esforzarse positivamente para lograr los objetivos del plan de tratamiento, según lo determine el proveedor del tratamiento.

- Cumplir con las obligaciones de educación y del Programa de Responsabilidad Financiera (Financial Responsibility Program, FRP).
- No recibir una sanción por un informe de incidente comprobado.

**b. Recompensas por logros específicos**

- **Incentivos locales.** Las instituciones pueden ofrecer incentivos como sectores de alojamiento preferentes, “comida anticipada”, lavadora/secadora o equipamiento para hacer ejercicio en una unidad en la cual viven los reclusos CARE3-MH, etc.
- **Incentivos tangibles.** Con la aprobación del Alcaide, se pueden otorgar incentivos tangibles (por ejemplo, libros, camisetas, cuadernos, estuches para lápices, tazas con el logotipo del programa, alimentos y artículos de higiene que no se venden en la tienda).
- **Economía de fichas.** Los sitios de Salud Mental CARE3 pueden optar por administrar una economía de fichas en la que los reclusos pueden obtener incentivos tangibles en función de su participación en el tratamiento.

**13. REDESIGNACIONES DE RECLUSOS CON ENFERMEDADES MENTALES**

Los reclusos con enfermedades mentales se transfieren mediante procedimientos especializados para garantizar que se encuentren en instituciones que tienen recursos para satisfacer sus necesidades.

a. **Reclusos CARE3-MH.** Por lo general, las designaciones de los reclusos CARE3-MH se procesan en el DSCC y son revisadas por el personal de Servicios Psicológicos, quienes recomiendan una colocación o colocaciones que cuenten con los recursos adecuados para satisfacer las necesidades de salud mental del recluso.

En ocasiones, los reclusos CARE3-MH son transferidos a través de transferencias de finalización de programa (325) para administrar las poblaciones CARE3-MH en sitios con Programas de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Programs, PTP) para enfermos mentales, como el Programa Intermedio de Salud Mental y el Programa STAGES.

Si un recluso CARE3-MH necesita una transferencia a un centro de derivación psiquiátrica para manejar síntomas psiquiátricos agudos, se presenta el formulario BP-A0770 (Solicitud de Derivación Psiquiátrica y Médica/Quirúrgica) ante la Oficina de Transferencias y Designaciones Médicas (Office of Medical Designations and Transfers, OMDT), División de Servicios de Salud. El código de nivel de atención de salud mental no puede cambiarse a CARE4-MH por la institución que lo envía.

Los reclusos clasificados como CARE3 en relación con la salud física y mental son referidos para transferencia y designación a través del OMDT.

**b. Continuidad de la Atención entre las Instituciones de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP).** Para promover la continuidad de la atención para los reclusos con enfermedades mentales a medida que se transfieren, se debe completar un Resumen de Transferencia de Salud Mental en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) cada vez que un recluso con una enfermedad mental (CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH) se transfiere dentro de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) a un Centro de Reingreso Residencial (Reentry Resource Center, RRC), reclusión domiciliaria o directamente a la comunidad. Las instalaciones preventivas están exentas de este requisito si el recluso ha estado en la instalación por menos de seis meses.

- **Transferencias entre Instituciones de Población General.** El Coordinador del Tratamiento de Salud Mental, o psicólogo tratante, debe ingresar un Resumen de Transferencia de Salud Mental en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) para todos los reclusos CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH antes de enviarlo al DSCC para su transferencia.
- **Traslados Psiquiátricos a los Centros de derivación médica (Medical Referral Centers, MRCs).** Si un recluso es aceptado para una Transferencia Psiquiátrica de Emergencia o de Rutina, el formulario BP-A0770 se envía al OMDT y se ingresa en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS); no se requiere el Resumen de Transferencia de Salud Mental.
- **Transferencias Psiquiátricas desde los Centros de derivación médica (Medical Referral Centers, MRCs).** Cuando se completa el tratamiento psiquiátrico en un Centro de derivación médica (Medical Referral Centers, MRC), el personal de psicología completa un resumen del tratamiento y actualiza la Formulación de Nivel de Atención y Diagnóstico en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS).

#### 14. REINGRESO

La Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) se compromete a ayudar a los reclusos a prepararse para la reintegración en sus comunidades mediante la transferencia de los reclusos con enfermedades mentales a través de las colocaciones en RRC o arresto domiciliario. Sin embargo, primero se debe revisar a cada recluso para determinar si es adecuado para la colocación en la comunidad y la continuidad de las necesidades de atención.

Se recomienda firmemente a cada Alcaide que apruebe a los reclusos que completen satisfactoriamente los Programas de Tratamiento Psicológico (Psychology Treatment Programs, PTP) de Salud Mental para la colocación en un RRC/arresto domiciliario, de acuerdo con las recomendaciones del personal del PTP.

**a. Evaluación de Aptitud Psicológica.** El equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) considera la colocación en la comunidad para todos los

reclusos con enfermedades mentales de forma individual. Sin embargo, algunos reclusos pueden no estar aptos para colocaciones en la comunidad. Otros pueden estar aptos, pero pueden no beneficiarse de colocaciones en la comunidad debido a sus condiciones de salud mental, o pueden requerir que se tome en consideración el tipo de colocación en la comunidad. Las siguientes condiciones indican que un recluso es potencialmente no apto para la colocación en un RRC o arresto domiciliario:

- Tratamiento psiquiátrico hospitalario en curso.
- Síntomas de salud mental no controlados (por ejemplo, reclusos con psicosis sin datos, no adherentes con medicamentos).
- Ideación suicida aguda con planes que la acompañan o intentos recientes de letalidad moderada a alta.
- Incapacidad para realizar las actividades rutinarias de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, ir al baño, higiene general y movilidad).

La continuidad de la atención también es una consideración primordial en las decisiones de colocación. Para los reclusos que son particularmente vulnerables a los cambios de entorno o factores de estrés, las siguientes situaciones indican que se debe tener precaución con respecto a la colocación del recluso, y las necesidades, fortalezas y debilidades del recluso deben considerarse como parte del proceso de planificación del equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE):

- No hay un RRC en la comunidad del recluso, lo que le obliga a reubicarse para la colocación en un RRC y, de nuevo, regresar a su comunidad.
- El recluso tiene un historial de problemas para adaptarse a nuevos entornos.
- Los apoyos comunitarios o los servicios de salud mental están limitados en el área a la que se transfiere el recluso.

Como mínimo, el equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) de la institución evalúa la aptitud de todos los reclusos CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH en el momento del Proceso de Derivación al RRC y cuando se prepara el Resumen de Transferencia de Salud Mental (de 30 a 60 días antes de la colocación en el RRC). Si hay alguna inquietud con respecto a la capacidad del recluso para tener éxito en una colocación en la comunidad, el equipo consulta con el personal de los Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) y la Subdivisión de Gestión de Reingreso Residencial.

Clínicamente manejable en la comunidad se define como tener síntomas de salud mental que pueden tratarse de forma ambulatoria a través de vínculos preestablecidos con el apoyo familiar/comunitario, asesoramiento y medicamentos psiquiátricos, según sea necesario.

Cuando el Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry,

CCARE) determina la disposición para un recluso que tenga una o más de las condiciones enumeradas anteriormente, el equipo toma las siguientes medidas de acuerdo con su decisión:

- **Clínicamente Manejable.** Si se determina que las necesidades de salud mental de un recluso son manejables en la comunidad, el Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) de la institución continuará monitoreando su estado en los intervalos establecidos por el equipo. Si no surgen complicaciones, la derivación al RRC o el arresto domiciliario proceden según lo planeado por el Equipo de la Unidad. Si los síntomas aumentan significativamente, se produce una reevaluación.
- **Clínicamente Inmanejable.** Si se determina que las necesidades de salud mental de un recluso son inmanejables en la comunidad, el Gerente de la Unidad enviará una solicitud al personal de la Subdivisión de Gestión de Reingreso Residencial para revocar o retrasar la fecha del RRC. Clínicamente inmanejable en la comunidad se define como no tener los requisitos de red familiar/social, centro de atención médica, servicios clínicos o especializados, o acceso a medicamentos recetados para mantener o mejorar el estado de salud mental de un recluso según lo evaluado en el momento de su liberación para la colocación en el RRC o el arresto domiciliario. El Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) de la institución continuará supervisando la salud mental del recluso en los intervalos establecidos por el equipo y cambiará su estado si su salud mental mejora, de manera tal que él/ella tenga necesidades clínicamente manejables.

Si el recluso se encuentra en libertad bajo la supervisión de la Oficina de Libertad Condicional de los Estados Unidos (United States Probation Office, USPO) o la Agencia de Supervisión de Delinquentes de los Servicios del Tribunal (Court Services Offender Supervision Agency, CSOSA), y sus necesidades de salud mental siguen siendo inmanejables en la comunidad hasta el punto de la liberación de la custodia, el psicólogo tratante debe asegurarse de que el contacto se realice con la USPO o la CSOSA. El psicólogo tratante se asegura de estar informado sobre el estado del recluso y proporciona el Resumen de Transferencia de Salud Mental tal como se documenta en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS). El psicólogo tratante luego hace una derivación al trabajador social, quien desarrollará un plan de liberación integral, como se detalla a continuación. Si el recluso es liberado directamente a la comunidad sin un requisito de supervisión, un trabajador social de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) asume la responsabilidad de coordinar un plan de liberación, como se detalla a continuación.

Si un recluso con enfermedad mental es liberado de una institución CARE1-MH sin un equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE), el Coordinador del Tratamiento de Salud Mental coordina con el personal de otras disciplinas, según sea necesario, y asegura que la continuidad de la atención durante la liberación del recluso sea consistente con las prácticas descritas en esta política.

**b. Servicios de tratamiento comunitario.** El personal de los Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) determina qué reclusos con necesidades de salud mental moderadas, graves o agudas que se liberen a colocaciones en la comunidad son apropiados para los servicios de tratamiento comunitario mediante la consulta con los equipos de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) de la institución y las listas corrientes de CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH, y las asignaciones de Alerta Psicológica. El personal de los Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) revisa los archivos del Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) del recluso, incluido el Resumen de Transferencia de Salud Mental, que recomienda un tratamiento de seguimiento en la comunidad. Organizan servicios apropiados para apoyar a los reclusos con enfermedades mentales que se encuentran en los RRC o en reclusión domiciliaria.

**c. Trabajadores sociales.** Los trabajadores sociales, en colaboración con el recluso y el Equipo de Coordinación de cuidados y reingreso (Care Coordination and Reentry, CCARE) de la institución, crean planes integrales de liberación para los reclusos que se liberan de la custodia de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP) sin colocación en la comunidad. El plan de liberación identifica a los proveedores de tratamiento comunitario en las áreas de psiquiatría, tratamiento de salud mental, asesoramiento familiar, abuso de sustancias y tratamiento para delincuentes sexuales, según lo recomendado por el psicólogo tratante y según la disponibilidad en la comunidad. Algunas instituciones tienen trabajadores sociales locales; aquellos que no dependen de los Trabajadores Sociales Regionales. Los trabajadores sociales pueden consultar al personal de Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) sobre los recursos disponibles en la comunidad en la que se liberará al recluso.

**d. Continuidad de la Atención a las Colocaciones en la Comunidad.** A continuación se detallan los procedimientos para la transferencia a colocaciones en la comunidad.

- **Transferencias a RRC y Arresto Domiciliario.** Cuando los reclusos CARE2-MH, CARE3-MH y CARE4-MH han pasado entre 30 y 60 días a partir de la fecha del RRC, el psicólogo tratante completa el Resumen de Transferencia de Salud Mental y lo ingresa en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS). Si el personal de Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) determina que este formulario no está presente en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) 30 días antes de la fecha del RRC, notificará la discrepancia al Jefe de Psicología. El Jefe de Psicología se asegura de que el resumen se complete antes de la transferencia del recluso. Si existe suficiente preocupación con respecto a la condición de salud mental del recluso, el personal de Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) también consultará con el Gerente de Reingreso Residencial (Residential

Reentry Manager, RRM), quien puede retrasar la fecha del RRC hasta que la información adecuada esté disponible para garantizar la continuidad de la atención.

- **Liberación a la comunidad con supervisión.** Cuando un recluso CARE2-MH, CARE3-MH o CARE4-MH se entrega directamente a la comunidad bajo la supervisión de la Oficina de Libertad Condicional de los Estados Unidos (United States Probation Office, USPO) o la Agencia de Supervisión de Delincuentes de los Servicios del Tribunal (Court Services Offender Supervision Agency, CSOSA), el psicólogo tratante completa el Resumen de Transferencia de Salud Mental en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) y se asegura de que la Oficina de Libertad Condicional de los Estados Unidos (United States Probation Office, USPO) o la Agencia de Supervisión de Delincuentes de los Servicios del Tribunal (Court Services Offender Supervision Agency, CSOSA) supervisora reciba una copia. El psicólogo tratante completa este resumen 30-60 días antes de la liberación del recluso. Si el recluso requiere servicios posteriores de atención de salud mental, el psicólogo tratante hará una derivación al Trabajador Social de la institución o al Trabajador Social Regional, quien lo asistirá en la planificación del reingreso.
- **Liberación a la comunidad sin supervisión.** Cuando un recluso CARE2-MH, CARE3-MH o CARE4-MH se libera directamente a la comunidad sin necesidad de supervisión, el psicólogo tratante completa el Resumen de Transferencia de Salud Mental en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS) 30-60 días antes de la liberación del recluso. Si el recluso lo solicita, el psicólogo tratante lo envía a un proveedor de tratamiento de la comunidad, luego de completar la divulgación de la información. Tal solicitud también puede ser hecha por el recluso después de su liberación. Si el recluso toma medicamentos psiquiátricos y necesita un vínculo con los recursos de la comunidad, el psicólogo debe derivarlo al Trabajador Social de la institución o al Trabajador Social Regional para mejorar la continuidad de la atención.

e. **Regreso a la custodia por enfermedad mental.** A veces, los reclusos experimentan crisis de salud mental o problemas de conducta en el entorno de un RRC y ya no pueden ser manejados en la comunidad. Cuando esto ocurre:

- El personal del Gerente de Reingreso Residencial (Residential Reentry Manager, RRM) debe notificar y consultar inmediatamente al personal de Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) sobre cualquier recluso CARE2-MH, CARE3-MH o CARE4-MH o cualquier recluso CARE1-MH que muestre síntomas de enfermedad mental, por lo cual se puede finalizar la colocación en el RRC o el arresto domiciliario.
- El personal de Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS), a su vez, consulta con el personal de salud mental de la Subdivisión de Servicios Psicológicos y documenta la consulta en el Sistema de datos psicológicos (Psychology Data System, PDS).

- El personal de salud mental de la Subdivisión de Servicios Psicológicos ajusta la asignación de nivel de atención, si es necesario, mediante el ingreso de una asignación de salud mental que se acerque más a la necesidad de servicios del recluso.
- El personal de salud mental de la Subdivisión de Servicios Psicológicos hace una recomendación sobre si el recluso debe ser transferido a un Centro de derivación médica (Medical Referral Centers, MRC) para el tratamiento de una enfermedad mental aguda, ser devuelto a una institución de población general, continuar en la ubicación actual con apoyos adicionales o alojarse en una instalación contratada hasta el final de su sentencia.
- El personal del Gerente de Reingreso Residencial (Residential Reentry Manager, RRM) trabaja con el OMDT o el DSCC para identificar y devolver al recluso a la institución matriz o, si es necesario, identificar una institución alternativa. Si el recluso necesita atención psiquiátrica de emergencia en un Centro de Derivación Psiquiátrica, el personal del Gerente de Reingreso Residencial (Residential Reentry Manager, RRM) prepara el formulario BP-A0770 en consulta con el personal de Servicios de Tratamiento Comunitario (Community Treatment Services, CTS) y la Subdivisión de Servicios Psicológicos.

Si el recluso es devuelto a una institución, la planificación de la liberación comienza de nuevo inmediatamente después de su llegada.

## **15. DISPOSICIONES PARA ACREDITACIÓN DE LA AGENCIA DELA ASOCIACIÓN CORRECCIONAL AMERICANA (AMERICAN CORRECTIONAL ASSOCIATION, ACA)**

- 4ta Edición de las Normas para Instituciones Correccionales de Adultos de la Asociación Correccional Americana (American Correctional Association, ACA): 4-4142, 4-4143, 4-4144, 4-4305, 4-4368, 4-4370, 4-4371, 4-4372, 4-4373, 4-4374, 4-4399, 4-4429, 4-4429-1.
- 4ta Edición de las Normas Basadas en Desempeño para Complejos de Detención Local de Adultos de la Asociación Correccional Americana: 4-ALDF-2A-32, 4-ALDF-4C-8, 4-ALDF-4C-19, 4-ALDF-4C-27, 4-ALDF-4C-28, 4-ALDF-4C-29, 4-ALDF-4C-30, 4-ALDF-4C-31, 4-ALDF-4C-32, 4-ALDF-4C-34, 4-ALDF-4C-40, 4-ALDF-6B-05, 4-ALDF-6B-06, 4-ALDF-6B-07, 4-ALDF-6B-08.
- 2da Edición de las Normas de la Asociación Correccional Americana (American Correctional Association, ACA) para la Administración de Agencias Correccionales: 2-CO-4B-04.

## **REFERENCIAS**

### *Declaraciones de Programas*

P5070.12	Evaluaciones Forenses y Otras Evaluaciones de Salud Mental (16/04/08)
P5100.08	Designación de Seguridad y Clasificación de Custodia del Recluso (12/09/06)
P5212.07	Programas de la Unidad de Control (20/02/01)
P5270.09	Programa de Disciplina de Reclusos (08/07/11)

P5270.10	Unidades de Alojamiento Especial (29/07/11)
P5290.14	Programa de Admisión e Instrucción (03/04/03)
P5310.12	Manual de Servicios Psicológicos (13/08/93)
P5324.08	Programa de Prevención de Suicidios (15/03/07)
P5330.11	Programas de Tratamiento Psicológico (16/03/09)
P5370.11	Programas Recreativos para Reclusos (25/06/08)
P6031.03	Cuidado de Pacientes (23/08/12)
P6340.04	Servicios Psiquiátricos (15/01/05)

#### *Otras Referencias*

Comisión Presidencial de Nueva Libertad para la Salud Mental, 2003

Declaración de Consenso Nacional sobre la Salud Mental, 2004

*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 5ta Edición*, 2013

#### *Formularios de la Agencia de Prisiones (Bureau of Prisons, BOP)*

BP-A0770	Solicitud de Derivación Psiquiátrica y Médica/Quirúrgica
BP-A1055	Notificación de Evaluación Psicológica - Unidad de Control ADX
BP-A1056	Notificación de Evaluación Psicológica - Población General ADX
BP-A1057	Evaluación de Salud Mental de Alojamiento Especial - Revisión Inicial
BP-A1058	Evaluación de Salud Mental de Alojamiento Especial - Revisión de Seguimiento

#### *Requisitos de Retención de Registros*

La guía de requisitos y retención de registros e información aplicable a este programa se encuentra disponible en el Programa de Disposición de la Información y Registros (Records and Information Disposition Schedule, RIDS) en Sallyport.