



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Educación

**Memoria del Trabajo de Fin de Grado**

# Tratamientos de deshabituación psicológica de las drogodependencias en centros penitenciarios

Lady Stephania Colorado Guerrero

**Grado de Educación Social**

Año académico 2016-17

DNI de la alumna: 49925725Q

Trabajo tutelado por Antonio Casero Martínez

Departamento de Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras claves del trabajo:

Drogodependencias, deshabituación psicológica, tratamiento, prisión.



## **Resumen**

En este trabajo se presenta una revisión bibliográfica sobre los diferentes tratamientos de deshabituación psicológica de las drogodependencias que se realizan en centros penitenciarios, entendiendo dichos tratamientos como aquellas intervenciones que no implican el uso de fármacos y ayudan al drogodependiente a modificar los hábitos que le inducen al consumo; asimismo se aporta información sobre sus características principales, requisitos de admisión, población usuaria y equipo profesional necesario para llevarlos a cabo. Estos tratamientos pueden ser de carácter ambulatorio o residencial e incluyen diversos programas, intervenciones y técnicas -tanto grupales como individuales- de tipo socioeducativo o psicoterapéutico, los cuales contribuyen a que los reclusos drogodependientes adquieran hábitos alejados del consumo y habilidades que favorezcan su correcta rehabilitación y reinserción social.

## **Palabras clave:**

Drogodependencias, deshabituación psicológica, tratamiento, prisión.

## **Abstract**

This paper presents a bibliographic review on the different treatments of psychological dishabituating of drug dependence that take place in penitentiary centers, understanding these treatments as those interventions that do not involve the use of medicines and help the drug abuser to modify the habits that induce him to consume; it also provides information about their main characteristics, admission requirements, user population and professional team necessary to carry them out. These treatments can be ambulatory or residential and include different programs, interventions and techniques –both in group and individual- socio-educational or psychotherapeutic, which help drug addicts to acquire habits away from drugs abuse and skills that favor their successful rehabilitation and social reintegration.

## **Key words**

Drug addiction, treatment, psychological dishabituating, prison.

## Índice

1. Introducción.....	4
2. Justificación.....	4
3. Objetivos.....	5
4. Metodología.....	6
5. Contextualización.....	6
5.1. Perfil de los internos en prisión.....	7
5.2. Características del consumo de drogas en prisión.....	8
5.3. Situación actual de los tratamientos de las drogodependencias en el contexto penitenciario español.....	9
6. Bases teóricas de los tratamientos de drogodependencias. El Modelo Biopsicosocial.....	9
7. La deshabitación como tratamiento de las drogodependencias.....	11
7.1. La deshabitación psicológica.....	12
8. Tratamientos de deshabitación psicológica en centros penitenciarios.....	13
8.1. Tratamientos de deshabitación psicológica de carácter ambulatorio en prisión.....	14
8.1.1. Programas de prevención.....	14
8.1.2. Programas y/o talleres dirigidos a la mejora de habilidades y hábitos.....	15
8.1.3. Programas de educación reglada.....	17
8.1.4. Programas y actividades de educación para la salud.....	18
8.1.5. Actividades socioculturales y lúdico-recreativas.....	20
8.1.6. Talleres y cursos ocupacionales.....	22
8.1.7. Programas y medidas dirigidas a la integración social.....	22
8.1.8. Intervenciones psicoterapéuticas.....	26
8.2. Tratamientos de deshabitación psicológica de carácter residencial en prisión. Las Unidades Terapéuticas y Educativas (UTE).....	27
8.2.1. Intervenciones terapéuticas realizadas en los módulos o unidades terapéuticas.....	29
8.3. Requisitos de acceso a los tratamientos de deshabitación psicológica en prisión, perfil de los usuarios.....	31
9. Conclusiones.....	33
10. Referencias bibliográficas.....	35

## **1. Introducción**

En este trabajo se presenta una revisión bibliográfica acerca de los tratamientos de deshabituación de drogodependencias dentro de los Centros Penitenciarios. Al tratarse de una problemática que continúa siendo “tabú” y contextualizada en un entorno normalmente desconocido, como lo son las prisiones, se hace difícil disponer de suficiente información sobre proyectos, tratamientos, actividades, etc. que se realizan en su interior, o dicha información no está clasificada de manera que se pueda acceder a ella con facilidad.

En este trabajo se recoge y organiza información de calidad que sirve de ayuda para conocer a fondo el funcionamiento de los programas de deshabituación en los Centros Penitenciarios, para ello se parte de recopilar documentación sobre: los aspectos más relevantes de dichos tratamientos en las prisiones, el perfil específico de los usuarios, los requisitos de acceso y los profesionales y entidades que trabajan al respecto.

## **2. Justificación**

La elección del tema a tratar en este Trabajo de Fin de Grado parte en un principio del interés personal por la labor que puede desarrollar un educador/a social en el campo de las drogodependencias, a partir de esto, surge una inquietud por conocer los tipos de tratamientos destinados a las personas drogodependientes, cómo se desarrollan, quién o quiénes los imparten, cuál es el perfil de los destinatarios para cada tipología, etc.

Por otra parte, se considera especialmente relevante la situación de las personas drogodependientes en prisión y, con ello, de los tratamientos que pueden realizar; ya que se trata de una población de alta vulnerabilidad y riesgo de exclusión social, la cual en un alto porcentaje carece de recursos y redes de apoyo, y dentro de un entorno donde existe una relación estrecha entre la delincuencia y las drogas (Vilar, 2016); es debido a esta realidad que son fundamentales los tratamientos que se aplican, conocerlos, saber por qué se realizan, para así poder elegir los más apropiados y adaptarlos de la mejor manera posible a cada centro e individuo.

El hecho de hablar de los tratamientos para drogodependencias en prisión supone profundizar en un contexto desconocido directamente por la mayoría de la población, recibiendo la información sobre el medio penitenciario a través de terceras personas y/o medios de

comunicación, lo cual permite cuestionar la calidad de la información que se posee, pudiendo tener una visión distorsionada de lo que allí se realiza (Conejo y Mora, 2008); el desconocimiento puede conducir a falsas creencias sobre los internos y/o sobre los procesos en relación a las drogas que puedan desarrollar mientras estén privados de la libertad, es por este motivo que es importante dar a conocer qué es lo que se realiza de manera clara, fiable y de fácilmente accesible, para así poder contribuir a la eliminación de estigmas que puedan entorpecer su positiva reinserción social.

Por otro lado, enfocar este trabajo concretamente en los tratamientos de deshabitación, es debido a que este proceso se encuentra dentro de las competencias de los educadores y educadoras sociales, trabajando desde un punto de vista socioeducativo que, según Moratinos (2016), se centra en un cambio en el estilo de vida, fomentando los hábitos de vida libre de drogas y donde el apoyo social es un pilar fundamental.

Finalmente, cabe destacar que con el desarrollo de este tema se encuentra la oportunidad de ampliar conocimientos propios sobre la Educación Social en el contexto penitenciario que, tal y como afirman Del Pozo y Añaños-Bedriñana (2013), está enmarcada dentro de la ES Especializada y que como profesionales nos permite intervenir en un contexto de alto riesgo, al cual se encuentran ligadas una gran variedad de problemáticas (drogodependencias, estancia en prisión, delincuencia...).

### **3. Objetivos**

General y específicos:

Conocer los tratamientos de deshabitación de las drogodependencias en el contexto penitenciario.

- a. Reconocer el perfil de los destinatarios.
- b. Identificar los tratamientos de deshabitación que se proporcionan a las personas drogodependientes en prisión y sus características principales.
- c. Saber cuáles son los requisitos de acceso a dichos tratamientos.
- d. Advertir qué profesionales y entidades se encargan de desarrollar los tratamientos.

#### **4. Metodología**

La realización de este trabajo se ha llevado a cabo mediante la revisión sistemática de la bibliografía ya elaborada del tema en cuestión: tratamientos de deshabitación de las drogodependencias en los centros penitenciarios, centrándose en la parte psicológica o no farmacológica. Por “revisión sistemática” se hace referencia a un diseño de investigación que se centra en revisar la bibliografía existente y de carácter científico sobre algún tema determinado (Sánchez-Meca, 2010), este tipo de metodología usa un procedimiento “riguroso y explícito para la identificación, evaluación crítica y síntesis de la evidencia obtenida” (Beltrán, 2005).

Después de la revisión de la literatura sobre el tema elegido se analizaron los resultados y se realizaron las conclusiones pertinentes, las cuales, según Martín (2008), son el último paso de la revisión sistemática.

En cuanto a la forma de búsqueda, se emplearon motores de búsqueda en la red (Google, Google Académico y Bing) y bases de datos (Dialnet, Scopus y Redind) usando criterios de búsqueda que incluyeran las palabras clave: “deshabitación”, “tratamiento”, “drogas” y “centro penitenciario” o “prisión”, estos conceptos se han empleado tanto en español como en inglés y en diferentes combinaciones.

Por otro lado, las fuentes de información que se han usado son de tipo primarias, secundarias y terciarias, que tal y como afirman (Ballester, Nadal y Amer, 2014) consisten en: ‘Primarias: publicaciones presentadas íntegramente’, ‘secundarias: son representaciones condensadas de documentos primarios’ y ‘terciarias: listas de publicaciones secundarias y otros documentos que por sus características permiten acceder a los documentos anteriores’.

#### **5. Contextualización**

Comprender los tratamientos de deshabitación de drogodependencias en prisión implica conocer el contexto en el cual se enmarcan, en este caso se habla de los centros penitenciarios, los cuales se caracterizan por ser un “lugar de custodia y espacio favorecedor de la rehabilitación. Están configurados, pues, para ser instrumentos eficaces para la educación y reinserción de los internos, al tiempo que garantizan su seguridad y el cumplimiento de las penas” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015). Por lo tanto, al ingresar una persona en prisión se velará para que pueda realizar un proceso socioeducativo con la finalidad de minimizar la reincidencia y posibilitar su efectiva reinserción social.

Para poder alcanzar dicha finalidad, es fundamental tener en cuenta que en muchas ocasiones la comisión de delitos viene ligada a una problemática tóxica -más de la mitad de los internos en prisión son consumidores de drogas (Marshall, Simpson y Stevens, 2000); esta relación se clasifica según Elzo, Lidon y Urquijo (como se citó en Rodríguez, Paíno, Herrero y González, 1997) en: delincuencia inducida, cuya conducta se produjo estando bajo los efectos de las drogas; delincuencia funcional, los delitos cometidos se realizaron para poder conseguir la sustancia de consumo; delincuencia relacional, la cual está relacionada con las drogas y facilita el consumo (por ejemplo: tráfico de drogas); y el tráfico por no consumidor, tráfico de drogas de personas que no presentan consumo.

Es por esto que, tal y como afirma Arroyo-Cobo (2011), “el éxito en su rehabilitación garantizará la reducción del riesgo de reincidencia de sus comportamientos antisociales” y debido a la relación entre consumo y delincuencia se puede entender que proporcionar un adecuado tratamiento para las drogodependencias, así como una reeducación integral, reduciría las posibilidades de reincidencia, ya que se estaría eliminando el problema base.

Por otro lado, no solo es necesario contextualizar el medio penitenciario como espacio donde se enmarcan los tratamientos, sino también el perfil de las personas internadas en prisión, así como las características relacionadas con el consumo y la situación actual de los tratamientos.

### **5.1. Perfil de los internos en prisión.**

De acuerdo con datos de la DGPNSD (2011), se observa que la población penitenciaria general en España está formada mayoritariamente por hombres (93,2%), con estudios de segundo grado (50%) e inferiores (44,8) y con nacionalidad española (63,2%). En relación al consumo, según el Observatorio Español sobre Drogas (como se citó en Casares-López, et al., 2010), se puede afirmar que más de la mitad de las personas que ingresaron en prisión presentaban problemas con el consumo de drogas, estos datos se ven corroborados por otros estudios como el de Health care in prisons realizado en la Universidad de Birmingham (Marshall, Simpson y Stevens, 2000), el cual indica que más del 50% de los internos son dependientes de las drogas, especialmente alcohol, opiáceos, cannabis y estimulantes; o por otros como la encuesta ESDIP [Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias] realizada en 2006 (como se citó en Casares-López, et al., 2010), la cual señala que el 92,5% de los encuestados había consumido drogas al menos una vez durante su vida.



Por lo que corresponde a los obstáculos de los internos consumidores, desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015) aseguran que la problemática de las drogodependencias supone una de las principales dificultades de las personas que ingresan en prisión, puesto que abarca a un gran número de internos y conlleva consecuencias graves en su salud física y mental, así como en los ámbitos personales y sociales; por otro lado, tal y como afirma el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2005) “la cárcel es un ambiente especialmente perjudicial para los consumidores de drogas problemáticos”, lo cual convierte a las personas drogodependientes en prisión en un colectivo de especial vulnerabilidad, tanto por la dependencia en sí misma como por las secuelas que pueden desarrollar y el entorno desfavorecedor en el que se encuentran.

## **5.2. Características del consumo de drogas en prisión.**

Según la última encuesta de la DGPNSD (2011), realizada a 4.980 internos de cárceles españolas y con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años de edad, se pueden advertir las siguientes características entorno al consumo de drogas de las personas internas en prisión:

- El consumo de drogas en los 12 meses anteriores a entrar en prisión es elevado y considerablemente más significativo comparado con la población general.
- La droga más consumida es el cannabis, viéndose altamente presente en libertad y en prisión. Por otro lado, los consumos de heroína y alcohol son más frecuentes estando en libertad o de permiso que durante la estancia en prisión.
- Al ingresar en prisión se observa una tendencia a la disminución del consumo de prácticamente todas las drogas, sobre todo cocaína, cannabis y heroína.
- Se observa una bajada, tanto en prisión como en libertad, del consumo de sustancias inyectadas; sin embargo, la prevalencia del VIH y VHC es elevada para aquellos consumidores que se inyectan la sustancia: 1 de cada 3 dan positivo a VIH, mientras que 3 de cada 4 son positivos para VHC; esto puede deberse a que tan solo un 20,5% de los internos percibe que es fácil acceder a jeringuillas esterilizadas de forma gratuita dentro del mismo centro.

Haciendo hincapié en las drogas más consumidas, de acuerdo con la UNAD (2008), estas son: el tabaco, consumido por un 76,8% de los internos; cannabis en un 59,7%; cocaína 44,8%,

heroína 37,9%, alcohol 32,5%; heroína y cocaína 27,7%; crack 21,3%; y drogas de diseño 10,4%. Además, cabe destacar la alta presencia de ansiolíticos e hipnóticos (32,6%) y de metadona (44,3%).

### **5.3. Situación actual de los tratamientos de las drogodependencias en el contexto penitenciario español.**

Al hablar de los tratamientos desarrollados actualmente, el DGPNSD (2011) afirma que 1 de cada 4 internos ha recibido algún tipo de tratamiento, ya sea estando en libertad o en prisión, siendo la heroína la sustancia por la cual han realizado más tratamientos. Los tipos de tratamiento en libertad son en un 53% de deshabituación y un 47% de metadona, mientras que en prisión la deshabituación ronda el 49% y los tratamientos de sustitución con metadona un 51%.

Por otro lado, según la UNAD (2008) y de acuerdo con las entrevistas que realizaron a una muestra de 1039 internos con problemas de drogodependencias en 8 Centros diferentes, se habla de que el porcentaje de personas drogodependientes en prisión reciben tratamiento dentro del mismo Centro asciende al 63,8%, siendo mayoritariamente farmacológico -en el 82,3% de los casos-, además corroboran los datos anteriores al afirmar que el tratamiento más frecuente es el programa de metadona.

En cuanto a las causas de finalización de los tratamientos en prisión, aparece como motivo principal el abandono en un 54%, el cual es también la causa principal estando en libertad, y el alta tratamental en un 31% de los casos. En lo referente a la percepción que tienen las personas drogodependientes en prisión sobre los tratamientos, se encuentra que: 3 de cada 4 internos que realizan tratamiento notan una mejoría con el último que han realizado en prisión, se percibe de una mejor manera los tratamientos cuando estos son externos, y tan solo un 10% de aquellos internos que no están realizando un tratamiento les gustaría empezar uno, en su gran mayoría (95%) de deshabituación (DGPNSD, 2011).

## **6. Bases teóricas de los tratamientos de drogodependencias. El Modelo Biopsicosocial**

Dentro de los modelos teóricos que abordan las problemáticas de drogodependencias podemos encontrar los siguientes: Modelo social/ambiental, Modelo genético/fisiológico, Modelo de

personalidad/intrapsíquica, Modelo de aprendizaje por imitación, condicionantes/reforzadores del comportamiento, Modelo de comportamiento compulsivo y el Modelo integrador Biopsicosocial. De estos es especialmente relevante tener en cuenta el modelo biopsicosocial, puesto que surge como una forma de explicar de manera amplia y conjunta los modelos anteriores, y según el cual las adicciones son el resultado de la interacción entre aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos que tienen un significado propio en cada individuo (Donovan y Marlatt, como se citó en DiClemente, 2003).

De acuerdo con Proyecto Hombre (2015), la percepción de las personas usuarias según el MBPS (Modelo Bio-Psico-Social) es que:

Son agentes activos de su proceso terapéutico. El elemento de partida es la voluntad a la hora de iniciar su proceso y la idea de participación activa en el mismo, en un encuadre claro y aceptado de la metodología del tratamiento, sus objetivos y el marco normativo de convivencia.

Esta forma de trabajo con la persona coincide con el Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (como se citó en Andrioni, Serebrenic, Laranjeira y Callaghan, 2009), mediante el cual se le da una gran importancia al estadio del cambio en el cual se encuentra la persona usuaria para poder adecuarse a esta. Dichos estadios se clasifican en:

- Precontemplación: no se tiene intención de modificar la conducta puesto que la persona no es consciente de que tiene un problema o lo minimiza. En esta fase la prioridad es procurar que la persona vea, o al menos se cuestione, la necesidad de un cambio.
- Contemplación: se considera el cambio, no obstante el aspecto característico es la situación de ambivalencia en la que se encuentra. La necesidad principal es la motivación hacia el cambio, ayudando a ver los beneficios que se obtendrán con el cambio de conducta.
- Preparación para el cambio: en este estadio el individuo ya se ha comprometido con el cambio; en esta ocasión los objetivos van orientados a fortalecer la decisión tomada y marcar un plan de acción individualizado.
- Acción o cambio: compromiso y nuevas conductas. El trabajo se dirigirá a llevar a cabo lo pactado en el plan de acción, revisándolo cuando sea necesario.
- Mantenimiento: continuar con las nuevas conductas para consolidar lo conseguido hasta el momento y evitar recaídas, no se trata de una única fase sino de un proceso que se

tiene que realizar de forma continuada durante largos periodos de tiempo. La intervención va orientada a motivar y fortalecer los compromisos.

- **Recaída:** se trata de una regresión en los estadios de cambio, haciendo posible que se pueda ir y venir entre los distintos estadios. La actuación consiste en reencaminar y volver al plan de caso, teniendo en cuenta que una recaída no supone empezar desde cero ya que se han conseguido aprendizajes con esa experiencia.

Asimismo, según McWhirter, Florenzano y Soubllette (2002), el enfoque MBSP va más allá de un modelo informativo y se centra en uno motivacional, donde el usuario toma las riendas de su proceso y el terapeuta pone a su disposición las herramientas adecuadas al estadio en que se encuentra y los acuerdos adquiridos; de esta manera, el Modelo de Prochaska y DiClemente trabajaría los principales aspectos por los cuales se abandonan los tratamientos: “generalmente por resistencia, falta de motivación o no sentirse listos para afrontar la terapia” (McWhirter, Florenzano y Soubllette, 2002).

Por otro lado, también se pueden encontrar puntos de vista que afirman que los tratamientos dirigidos a las personas con problemas de drogodependencia se deberían iniciar desde el primer momento en el que el individuo es consciente de que tiene una dependencia a sustancias que son perjudiciales para él/ella y, a partir de entonces, planificar una estrategia individualizada que se adapte a cada persona, manteniendo una cadena de actuación que haga seguimiento del usuario en todo momento, desde el diagnóstico y la desintoxicación hasta la reinserción social completa, a nivel familiar, laboral, comunitaria... (Gallizo, 2007). La diferencia con el modelo de Prochaska y DiClemente es que esta última forma de tratamiento da comienzo únicamente cuando la persona reconoce que tiene un problema, en este caso con las drogas, sin involucrarse en las etapas anteriores -precontemplativa y contemplativa en el modelo MBPS- donde no hay consciencia de la problemática en cuestión.

## **7. La deshabitación como tratamiento de las drogodependencias**

La deshabitación consiste en un procedimiento destinado al desarrollo de estrategias terapéuticas que ayuden a la persona con problemas de drogodependencias a reducir los factores de riesgo ligados al consumo y, de esta manera, poder erradicarlo junto con todas aquellas dificultades derivadas de este (Iraurgi, 2007). Asimismo, la finalidad que se persigue con los

tratamientos de deshabituación es, según Gallizo (2007), “conseguir y mantener periodos de abstinencia que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social”.

En cuanto a los tipos de deshabituación, se pueden clasificar principalmente de dos formas: sin apoyo farmacológico (deshabituación psicológica) y con apoyo farmacológico (con antagonistas opiáceos y con adyuvantes); en el caso del tratamiento con fármacos, estos se proporcionan con la intención de mejorar las posibilidades del mantenimiento de la abstinencia, así como favorecer una estabilidad emocional que ayudaría en el proceso, el más destacado es el PMM, Programa de Mantenimiento con Metadona (Iraurgi, 2007).

Por otro lado, los tratamientos de deshabituación también se pueden encontrar catalogados de formas más amplias, como puede ser la del Consell de Mallorca (2017), en la cual encontramos: el apoyo farmacológico, programas libres de drogas, programas de atención a la psicopatología dual, programas de seguimiento de la evolución de los usuarios con VIH y otras patologías infecciosas y programas de deshabituación residenciales.

### **7.1. La deshabituación psicológica**

La deshabituación psicológica tiene como objetivo que la persona drogodependiente pueda enfrentarse a la abstinencia, para ello es necesario entrenar las habilidades necesarias que le ayuden a prevenir, rehusar las drogas y crear un entorno que sea facilite el no consumo (Becoña y Vázquez, como se citó en Becoña, 2002). La dependencia psicológica es uno de los obstáculos más difíciles de tratar, puesto que muchas de las personas drogodependientes son consumidoras desde hace mucho tiempo, tienen facilidad de acceso a las drogas y encuentran en ellas un estímulo reforzador inmediato; es por esto que habituarse a nuevas conductas y reforzadores, que no estén ligadas al consumo, junto con el apoyo social, son fundamentales para conseguir la deshabituación psicológica (Becoña, 2002).

Tal y como indican autores como Rodríguez et al. (2010), se trata de un proceso psicosocial que debe trabajar aspectos psicológicos, sociales y laborales con la finalidad de lograr que la abstinencia perdure a largo plazo y que además se desarrolle en un entorno normalizado y con un estilo de vida saludable. De la misma manera, es fundamental tener en cuenta a la familia en el proceso deshabituador, puesto que esta es considerada una figura de apoyo y motivación; también es importante que las intervenciones vayan orientadas a la prevención de recaídas, el control de estímulos, la resolución de conflictos, la relajación y disminución del estrés, las

habilidades sociales, la asunción de responsabilidades, etc., las cuales pueden realizarse de forma individual y/o grupal (Gallizo, 2007).

## **8. Tratamientos de deshabitación psicológica en centros penitenciarios**

De acuerdo con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2006), la intervención que se realiza en la fase de deshabitación no farmacológica tiene que centrarse en la parte psicológica, educativa-ocupacional y social, así mismo afirma que:

El análisis funcional de la conducta, el desarrollo de estrategias de solución de problemas, mejorar la capacidad de autocontrol y habilidades sociales, etc., son estrategias encaminadas a dotar al interno/a de los recursos que le facilitan mantenerse al margen del consumo y del estilo de vida asociado.

Para poder dar un tratamiento adecuado cabe tener en cuenta que la estancia en prisión, el historial de delitos, el consumo de drogas y la presencia de enfermedades incurables en este medio tienen como consecuencia un desgaste en los internos, lo cual supone, entre otras cosas, la pérdida de habilidades básicas (Díez, 2010), lo cual requiere que se haga una revisión sobre la situación actual de cada individuo y se trabaje para dar una solución a dichas carencias. De esta manera, dentro del contexto penitenciario existe una gran necesidad de atender a las personas drogodependientes para posibilitar su rehabilitación e integración en la sociedad, es por esto que los tratamientos desarrollados -además de tratar la parte biológica de la desintoxicación y la deshabitación farmacológica- tienen que tener un carácter psicosocial que trabaje en diferentes ámbitos para conseguir la deshabitación psicológica de los internos/as en prisión y que, de esta forma, adquieran las habilidades necesarias para mantener una vida alejada tanto de la delincuencia como del consumo de drogas (Moreno, 1999).

Por otra parte, desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015) afirman que la deshabitación psicológica es una fase más larga y complicada que la de desintoxicación, donde se proporcionan las herramientas y pautas que les puedan servir de ayuda a los internos a enfrentarse positivamente a los factores de riesgo, propios y externos, que en otras circunstancias podrían desembocar en el consumo de drogas.

Para poder trabajar las problemáticas de consumo de drogas es imprescindible contar con un equipo técnico que este especializado en los Grupos de Atención a Drogodependientes [GADs] u otros centros de atención a las personas con problemas de adicción a las drogas, para que, con

la ayuda profesional adecuada, se puedan cumplir al máximo posible los objetivos planteados individualmente (Markez, Repeto, Sánchez, Abad y Barrenetxea, 2012).

En relación a la necesidad de profesionales especializados en la atención a la problemática tóxica, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015) mantiene que aparte del Equipo Técnico del GAD –formado por personal penitenciario, ONGs, equipo médico, psicólogos, educadores y trabajadores sociales, entre otros-, también es necesaria la Comisión GAD, la cual cumple funciones de dirección y coordinación, donde es imprescindible la presencia del director/a del centro, los subdirectores médicos, subdirectores de tratamiento y los coordinadores de los diferentes equipos del GAD.

Por último, de acuerdo con Ruiz y Santibáñez (2014), cabe destacar que las intervenciones que se realizan dirigidas a la deshabituación psicológica en prisión pueden realizarse de dos formas: de manera ambulatoria o a través del ingreso en módulos terapéuticos.

## **8.1. Tratamientos de deshabituación psicológica de carácter ambulatorio en prisión**

### **8.1.1. Programas de prevención**

#### **- Sensibilización**

Debido al alto porcentaje de consumo de drogas de las personas internas en prisión, se considera fundamental actuar en relación a la percepción que se tiene de las drogas, es por esto que los programas de prevención tienen un gran peso en los tratamientos de drogodependencias. Los objetivos principales la prevención en relación a las drogas son, según Gallizo (2007):

Mejorar la información sobre las drogas, evitar el inicio del consumo, reducir el consumo, educar para la salud, cambiar actitudes relacionadas con el consumo, dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones usuales de incitación al consumo, y mejorar la competencia individual y social.

Tal y como indican Ruiz y Santibáñez (2014), los programas y actividades destinados a la sensibilización entorno a las drogas son un pilar fundamental para promover un cambio en la actitud y la percepción de los internos frente a estas sustancias; con ello se pretende prevenir los consumos y las consecuencias derivadas de estos. Dichos programas intervienen basándose en empoderar a los participantes para que tengan la capacidad de negarse al consumo y de fortalecer su inserción en la sociedad.

- Prevención de recaídas

Los programas la prevención de recaídas suponen una parte importante del tratamiento tanto en la fase de desintoxicación como en la de deshabituación, puesto que se tratan los factores que influyen en el mantenimiento de la abstinencia; dichos programas se dan en la fase de acción y de mantenimiento –fases del Modelo de cambio de Prochaska y Diclemente- cuando se superan los 6 meses de abstinencia (Markez et al., 2012).

Asimismo estos autores, Markez et al. (2012), también afirman que los programas de prevención de recaídas frecuentemente forman parte de intervenciones cognitivo-conductuales, las cuales se combinan con programas de autocontrol, reequilibrio del estilo de vida y autogestión, todo ello como una estrategia para el mantenimiento de la abstinencia. Según Marlatt y Donovan (como se citó en Markez et al., 2012) la prevención de recaídas incluye: comprender la recaída como parte del proceso, reconocer y afrontar situaciones de riesgo, afrontar impulsos, generar herramientas para controlar los daños, retomar el tratamiento después de la recaída y conseguir un estilo de vida favorable.

### **8.1.2. Programas y/o talleres dirigidos a la mejora de las habilidades y hábitos**

- Habilidades sociales

Tal y como afirma Gallizo (2007), dentro de los centros penitenciarios se realiza un proceso educativo intensivo que pretende que las personas internas en prisión puedan potenciar su autoestima, responsabilidad, autocontrol, motivación, etc., para lo cual es necesario el entreno de las habilidades sociales de forma individual. De igual manera, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2006), señalan la importancia de las HHSS afirmando que estas son, entre otras, “estrategias encaminadas a dotar al interno/a de los recursos que le facilitan mantenerse al margen del consumo y del estilo de vida asociado”.

Uno de los talleres dirigidos exclusivamente a las HHSS es el de ‘Mirando al Futuro’ elaborado por Baltasar (2007), destinado a un grupo de mujeres y jóvenes reclusos/as en la Cárcel de Pamplona. Debido a las restricciones horarias de los centros penitenciarios, se realizaron sesiones grupales una o dos veces por semana con una duración de dos horas cada una, en estas sesiones se trabajan las habilidades sociales mediante dinámicas; también se ofrece la opción de realizar sesiones individualizadas bajo petición del usuario/a. Algunos de los principales



aspectos tratados son: las habilidades no verbales, H. relacionales, H. de autoafirmación o asertividad, H. alternativas a la agresión, autoestima y hábitos saludables.

En concordancia con el programa anterior, la investigación realizada en 1999 por Belaustegui (como se citó en Ruiz y Santibáñez, 2014), sobre la eficacia de los tratamientos de drogas en prisión, también refleja la división entre las habilidades sociales trabajadas a nivel individual – técnicas de autocontrol, identificación y gestión emocional, etc.- y las realizadas de forma grupal – técnicas de relajación, promoción del diálogo, resolución de problemas en grupo, técnicas de afrontamiento, control de la conducta y medidas alternativas, etc.-, diferenciadas por la metodología empleada, más dinámica y práctica en el caso de la intervención grupal, y según interfieran solo en aspectos personales o también sociales.

Por otro lado, aunque se trata de un apartado concreto de un programa más amplio destinado a la educación para la salud, la metodología empleada por Almenara et al. (1999) en materia de HHSS no varía y se mantiene en la línea de los otros programas expuestos anteriormente, puesto que consiste en el abordaje del tema en cuestión de manera dinámica y participativa, organizando a los internos en grupos reducidos y haciendo uso de material didáctico que incluye juegos y textos sencillos –el eneagrama de la personalidad, actividades del manual de trabajo “Ámate a ti mismo: cambiará tu vida” de la autora Louise L Hay, entre otros-

Algunas de las habilidades tratadas con frecuencia en diferentes programas y talleres son: la asertividad, la resolución de conflictos, la responsabilidad, la actitud, la capacidad de seguir instrucciones, saber pedir ayuda, expresar los sentimientos... (Gallizo, 2007), también se incluyen el autocontrol, las habilidades comunicativas, el dominio del estrés, la inteligencia emocional (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015), la negociación, la autoestima, el autoconocimiento, la motivación, el autocuidado el desarrollo personal, etc. (Almenara et al. 1999).

Cabe destacar que, aunque se desarrollan programas dirigidos íntegramente a la mejora de las habilidades sociales, también existen otros que se encuentran enmarcados dentro de programas más amplios como pueden ser los de prevención y control de recaídas, programas de inserción sociolaboral, programas de sensibilización de drogodependencias, etc., lo cual conlleva que sean tratadas unas u otras habilidades según la adecuación a cada programa. Además, se observa que dichos talleres y/o programas hacen uso de las dinámicas y la participación de los usuarios, sobre todo en grupos, como métodos principales de trabajo.

#### - Hábitos y habilidades de la vida cotidiana

Una de las problemáticas relacionadas con el consumo es la falta de comportamientos cotidianos normalizados, esto se ve aumentado puesto que las prisiones son lugares donde vivir no resulta fácil y los internos se encuentran en situaciones de desinterés, frustración, desánimo, etc.; sin embargo se puede aprovechar su estancia en estos centros para que salgan del entorno habitual de consumo, organicen una rutina cotidiana, adquieran normas y responsabilidades, respeten los límites, interioricen hábitos saludables... con el objetivo de usar la cotidianeidad como una herramienta terapéutica (Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión [GSMP], 2012).

Al igual que en el caso de las habilidades sociales, generalmente no se desarrollan programas dirigidos exclusivamente a la mejora de los hábitos cotidianos, sino que se realizan de forma transversal dentro de programas de áreas más amplias como pueden ser las del ocio y el tiempo libre, donde se trabajan objetivos tales como los horarios, la puntualidad, la organización del tiempo, etc. (Ruiz y Santibáñez, 2014).

### **8.1.3. Programas de educación reglada**

Los programas de enseñanza reglada surgen en el medio penitenciario, principalmente, como una medida de atención al derecho a la educación de todos los ciudadanos y ciudadanas, vista también como un elemento fundamental para la reinserción social de las personas internadas en prisión (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015). Por otro lado, destacan los datos aportados por el U.S. Department of Justice (2003), los cuales indican que, en EEUU, el 47% de los internos drogodependientes en prisión no tienen finalizados los estudios obligatorios; también afirman que los internos con menor nivel educativo tienden a ser reincidentes en mayor medida que aquellos que tienen un nivel educativo elevado.

Además de la evidente necesidad de la educación en sí misma, la enseñanza reglada aparece, según Belaustegui (2002), como un instrumento complementario que apoya a los programas libres de drogas.

El modelo de educación dentro de los centros penitenciarios tuvo que adaptarse a las transformaciones sociales -el aumento de la población penitenciaria, del número de mujeres y extranjeros en prisión, las drogas y la delincuencia organizada, la extensión de patologías como

la drogodependencia o el SIDA, etc.- primordialmente las referentes a dicho ámbito para poder ofrecer una formación integral (Beltrán, 2010).

En el Sistema Penitenciario español la educación reglada se clasifica en (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015): enseñanza reglada no universitaria y universitaria.

- Enseñanza reglada no universitaria: comprende los programas de ESPA –educación secundaria para adultos, programas de alfabetización para población nacional y para población extranjera, la consolidación de conocimientos, bachillerato, Escuela Oficial de Idiomas y ciclos formativos de Grado Medio y Superior.
- Enseñanza reglada universitaria: se desarrolla en colaboración con la UNED, pudiendo realizar sus estudios a distancia. En dos centros penitenciarios existen un módulo concreto para alumnos de la UNED, donde dispone de todas las herramientas que facilitan su proceso educativo.

#### **8.1.4. Programas y actividades de educación para la salud**

Pérez (2002) afirma que “hoy en día la drogadicción en nuestra sociedad es considerada como un problema de comportamiento humano abordable desde un modelo biopsicosocial, en el que la educación para la salud es el principal caballo de batalla”.

Los programas de Educación para la Salud [EpS] son habitualmente destinados a usuarios drogodependientes debido a su mayor deterioro físico y los malos hábitos que presentan en relación a salud (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006). De igual modo, autores como Velasco (2012) también hacen referencia a los malos hábitos y las consecuencias derivadas del consumo, sosteniendo que es común encontrarse con reclusos drogodependientes con una percepción de la salud distorsionada, presentando déficits en la higiene y alimentación, conductas de riesgo, patologías vinculadas al sueño, enlentecimiento del metabolismo, etc.

Actualmente, en el contexto penitenciario, los programas de EpS son desarrollados por equipos multidisciplinares formados por personal de tratamiento de las prisiones, personal sanitario, personal de vigilancia, profesionales de ONGs e internos de los mismos centros; en cuanto a las metodologías empleadas, estas pueden ser basadas en el contacto directo entre el educador/a y el educando –sesiones individuales o grupales, charlas...- o de forma indirecta –folletos,

carteles, mensajes en prensa, televisión...- (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006).

El trabajo en relación a la educación para la salud dentro de las prisiones se aborda desde diferentes contenidos, los cuales pretenden promover hábitos de vida saludables, como pueden ser:

- Los hábitos relacionados con el sexo seguro, la planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como hábitos relacionados con el cuidado de los hijos/as.
- Hábitos de sueño, higiene personal, alimentación y deporte
- Adherencia a los tratamientos, reducción del consumo, prevención de consumo de drogas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006).

Debido a su mayor presencia en las diferentes intervenciones vinculadas al tratamiento de las drogodependencias, es importante destacar la aplicación de los siguientes programas: programas deportivos, los programas de mediadores en salud y los de reducción de riesgos y daños.

- Programas deportivos

Velasco (2012) afirma que la vida de las personas adictas a las drogas gira en torno al consumo, quitándoles el tiempo y la predisposición para realizar actividades deportivas o de ocio, además de tener, generalmente, una autoestima baja y poca tolerancia a la frustración. Para dar una solución a los problemas anteriormente mencionados se establecen diversas intervenciones, dentro de las que se incluyen los programas deportivos.

La actividad deportiva, realizada siguiendo unos parámetros específicos, forma parte de los tratamientos que contribuyen a la mejora del estado físico, la adquisición de hábitos saludables, el aumento de la autoestima y una mejor percepción de la propia imagen social (Pérez, 2002), de esta manera, se trata la problemática de la población drogodependiente no solo desde el punto de vista biológico o físico, sino también desde el psicológico y social. En consecuencia, los programas deportivos –refiriéndose tanto a deporte habitual como a actividades programadas, tales como torneos de fútbol- complementan la acción de los programas libres de drogas y contribuyen a que la percepción del riesgo de recaída de los internos drogodependientes sea más baja (Belaustegui, 2002).

Un ejemplo del deporte como recurso para la deshabituación –a la vez que para etapas de desintoxicación- es el programa METAGYM, el cual tiene como objetivo fomentar el bienestar psíquico, social y físico de los reclusos drogadictos, a través de actividades deportivas que les ayude a extender su red social y adquirir valores alternativos al consumo; este programa se desarrolla de forma grupal, por fases de menor a mayor exigencia, evaluando los resultados en periodos cortos, a pesar de ser un programa de duración indefinida, debido al cambio constante de la población reclusa (Pérez, 2002).

- Mediadores en Salud, EpS entre iguales

Uno de los métodos más eficaces de educación para la salud de drogodependientes en prisión es la formación de mediadores de salud, donde se educa a grupos de reclusos como agentes de salud que promuevan estilos de vida adecuados entre los otros internos, difundan información preventiva hacia el abuso de las drogas y las conductas de riesgo, también se procura que contribuyan a una mejoría del bienestar físico y mental propio y de la población reclusa en general (Gallizo, 2007).

Sin embargo, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2006) sostiene que la mediación en salud en prisión tiene como finalidad transmitir información y sensibilizar a los funcionarios de estos centros en relación a la prevención de drogodependencias y otros aspectos de salud pública, a partir de la sensibilización a los funcionarios, estos serán los encargados de promover la formación de los internos que posteriormente serán los agentes de salud.

La estrategia de los mediadores en salud es una forma de la mediación entre iguales, la cual funciona gracias a la figura de los internos agentes de salud; no obstante, en algunos casos se hace referencia exclusivamente a la formación de los internos y, en otros casos, también se incluye la necesidad de sensibilizar también a los funcionarios de los centros penitenciarios.

#### **8.1.5. Actividades socioculturales y lúdico-recreativas**

Los programas dirigidos a la cultura y al tiempo libre sirven, de acuerdo con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2006), como herramientas complementarias a los tratamientos de intervención en drogodependencias, dichos programas aportan a los reclusos, por un lado, un soporte para la mejora de las competencias individuales y, por el otro

lado, alternativas de ocio y tiempo libre, las cuales también son de utilidad para relajar tensiones en un entorno donde el paso del tiempo se percibe de manera muy lenta.

Asimismo, es necesario que los profesionales de tratamiento de los centros penitenciarios, junto con los profesionales del Grupo de Atención al Drogodependiente, tengan en cuenta las necesidades culturales y deportivas de forma individualizada, elaborando las actuaciones necesarias para poder satisfacerlas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006).

Autores como Pelissier y McCarthy (1992), manifiestan la importancia del ocio en el tratamiento de los reclusos drogodependientes, incluyendo la participación en actividades recreativas -que no conlleven el consumo de drogas o medicación- dentro de los factores de protección que ayudan a la rehabilitación y prevención de recaídas.

Dentro de los programas de actividades socioculturales podemos encontrar (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006):

- Creación cultural: donde se realizan talleres dirigidos a la expresión artística y de comunicación, tales como pintura, manualidades, radio, música, teatro, entre otros.
- Difusión de la cultura: se llevan a cabo actuaciones musicales, teatrales... además de exposiciones y cualquier otro tipo de muestra cultural que se pueda compartir con la comunidad.
- Formación y motivación: son actividades destinadas a fomentar actitudes positivas a nivel personal y social. Destacan la animación a la lectura y a la implicación en concursos y programas concretos.

Haciendo énfasis en los programas de lectura, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014) sostiene que la mayoría de instituciones penitenciarias cuentan con profesionales que conforman Equipos de Animación a la Lectura, los cuales se ven apoyados por las instalaciones y recursos de las bibliotecas de estos centros. Los talleres de animación a la lectura y los vídeo-fórum son percibidos como actuaciones complementarias que contribuyen al mantenimiento de los internos en prisión en los programas libres de drogas (Belaustegui, 2002). De igual manera, Murray (1992) afirma que realizar actividades recreativas y de ocio gratificantes contribuye a la integración de los drogodependientes en prisión en las comunidades libres de drogas.

Cabe señalar que las actividades deportivas, a pesar de estar incluidas dentro de la cultura y el tiempo libre, no son explicadas en este apartado puesto que se exponen con anterioridad dentro de los programas educación para la salud, donde también son de gran relevancia.

#### **8.1.6. Talleres y cursos ocupacionales**

Las actividades ocupacionales son incluidas por Pernía (2012) dentro de las intervenciones educativas abordadas en los programas libres de drogas. Así, teniendo en cuenta que el trabajo de los hábitos y competencias individuales son aspectos primordiales de la deshabituación psicológica, las actividades y talleres ocupacionales juegan un papel clave en el proceso de cambio de los internos drogodependientes, puesto que estos favorecen la mejora de las habilidades personales al disponer de un entorno donde, bajo la supervisión de los terapeutas y monitores ocupacionales, pueden practicar lo aprendido en las diferentes terapias (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006).

Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015), las actividades o talleres ocupacionales más solicitados en prisión son “talleres de hilos, pintura, música, marquería, teatro, espejos, curso de informática y curso de desarrollo personal”.

#### **8.1.7. Programas y medidas dirigidas a la integración social**

Los reclusos drogodependientes que participan en programas de deshabituación entran en un proceso de cambio donde se trabaja en dirección a la abstinencia y las pautas de conducta que favorezcan su normalización e integración social (Gallizo, 2007), de esta manera, se entiende la integración social como uno de los objetivos primordiales de la deshabituación. Así también lo ve la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015) al afirmar que en los programas de deshabituación se proporcionan estrategias, instrumentos y pautas de conducta que posibilitan la normalización e integración en la sociedad.

Rodríguez et al. (2010) destaca la importancia que tiene el apoyo y la red social en la fase de deshabituación, para que, posteriormente, exista una ayuda real y duradera al individuo en su proceso de integración social.

Es importante diferenciar la inserción de la reinserción social, en el primer concepto se hace referencia a “integrar a una persona en una sociedad de la que nunca ha formado parte, puesto

que ha sido una persona que previamente estaba excluida socialmente o estaba en la marginalidad” (Gallizo, 2007), mientras que el segundo concepto, la reinserción social, se refiere a que “se reintegra a la sociedad a una persona que dejó de formar parte de ella” (Gallizo, 2007).

Por otro lado, Gallizo (2007) también afirma que con la reincorporación social se pretende alcanzar la autonomía -entendida como la capacidad de decisión de cada persona- y la participación social, asimismo, indican que para conseguirlas es necesario facilitar recursos e instrumentos que ayuden a las personas interesadas a adquirir actitudes, habilidades, aprendizajes, etc. que les sirva como garantía de mejora de su desarrollo personal, social, familiar y laboral.

Para favorecer la inserción o reinserción de las personas en situación de drogodependencia, los centros penitenciarios destinan medidas y programas como “salidas diarias para trabajar o para tratamiento, programas de preparación para los permisos y para la libertad, derivación a cumplimiento en unidades terapéuticas extrapenitenciarias, clasificación en tercer grado y cumplimiento en centros abiertos” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015). Gallizo (2007), concuerda en que los programas de preparación para la salida, salidas programas, permisos y la formación laboral y prelaboral forman parte de las actividades de reincorporación social.

#### - Permisos de salida

La legislación penitenciaria entiende los permisos de salida como una herramienta de preparación para la vida en libertad, los cuales forman parte primordial de los tratamientos penitenciarios y actúan para favorecer las relaciones familiares y sociales, así como para reducir las consecuencias de la estancia en prisión durante un tiempo prolongado (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015).

Gallizo (2007) indica que estos permisos se deben otorgar cuando hay una evolución favorable en el proceso de cambio de cada interno y, además, la familia acepta las condiciones de control, seguimiento y actuaciones pertinentes que fomenten un aumento de responsabilidades y un avance en la dinámica familiar. Los objetivos de los permisos de salida son (Gallizo, 2007): fortalecer las comunicaciones familiares y el inicio de relaciones positivas; aprender a gestionar el tiempo libre, haciendo un uso positivo de este sin contar con el uso de las drogas; practicar las habilidades sociales y hábitos aprendidos en las diferentes terapias; y saber emplear los recursos existentes en la comunidad.



- Salidas programadas o a una institución exterior

Las salidas programadas son actividades concretas de tratamiento que tienen como objetivo mejorar aspectos como la convivencia, la responsabilidad, solidaridad y las relaciones interpersonales; estas salidas se realizan bajo el acompañamiento de personal penitenciario y otras instituciones, teniendo una duración máxima de dos días en el caso de grupos de internos drogodependientes (Gallizo, 2007). En esa misma línea, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015) afirma que las salidas programadas tienen como finalidad realizar actividades deportivas, culturales o de participación educativa y ciudadana.

Por otro lado, las salidas a instituciones en el exterior también forman parte del proceso terapéutico, puesto que permiten que los internos drogodependientes tengan una experiencia positiva y responsable estando en un medio abierto, aprendan de habilidades personales y laborales y se capaciten profesionalmente en cursos formativos (Gallizo, 2007).

- Cumplimiento de la condena en unidades extrapenitenciarias

Una de las medidas que suponen un cambio más fuerte en el estilo de vida de los reclusos drogodependientes es la derivación hacia Comunidades Terapéuticas o Centros de día, donde seguirán cumpliendo condena a la vez que realizan un tratamiento específico de deshabituación, el cual servirá como continuación al proceso iniciado en prisión, en el caso de que no haya finalizado (Gallizo, 2007).

- Inserción sociolaboral

Incorporarse en el mercado laboral es uno de los pasos más importantes de la inserción o reinserción social de las personas drogodependientes en prisión, dado que el trabajo es considerado “un instrumento básico para la reinserción de la persona en prisión pues la prepara para una mejor integración en el mundo laboral una vez cumplida la pena” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015).

Los elementos que posibilitan la (re)inserción laboral de las personas drogodependientes ingresadas en prisión son principalmente:

- o Actividades formativas y laborales: en publicaciones como las de Díez (2010) y Díez y González (2008) coinciden en que la formación es una pieza clave para posibilitar el acceso al trabajo, para ello, tanto las instituciones penitenciarias como entidades colaboradoras de estas, proporcionan actividades formativas dentro de los itinerarios de inserción.

- Motivación y habilidades sociales: tratar las diferentes razones por las que se quiere acceder al empleo es un paso fundamental que determinara en gran medida su consecución. Es importante destacar las principales motivaciones: el empleo es visto como una vía que facilita la superación personal y profesional, como una oportunidad de romper con las circunstancias que condujeron al consumo y a la delincuencia, y como una forma de obtener recursos económicos u otras ayudas que le permitan al recluso mejorar su situación actual (Díez, 2010).

Díez y González (2008) también indican que, entre las razones por las cuales los internos acceden a las actividades formativas, se encuentran una motivación real por formarse y, a la vez, percibir dichas actividades como un medio para obtener beneficios penitenciarios.

Por otro lado, en cuanto a las habilidades sociales, potenciar su desarrollo supone una garantía para conseguir con éxito la inserción sociolaboral. Las habilidades relacionadas con el empleo que se procuran trabajar se pueden dividir en tres dimensiones: la primera dimensión son aquellas que se dirigen al “yo”, son habilidades y valores de carácter personal como ser responsable, puntal, organizado/a, etc.; en la segunda dimensión se tratan habilidades orientadas a la interacción y acción social, tales como la resolución de conflictos, contactar con empresas o formular y responder quejas; y en la tercera dimensión se hace énfasis en técnicas relacionadas con la búsqueda de empleo, como lo son: hacer un currículum, usar un ordenador, afrontar una entrevista de trabajo... (Díez, 2010). Una forma de trabajar las habilidades sociales relacionadas con el empleo es a través de los talleres de formación, donde, además de aprender los conocimientos técnicos, se fomentan habilidades de comunicación, trabajo en equipo y pautas de comportamiento adecuadas (Díez y González, 2008).

- Orientación laboral y búsqueda activa de empleo: la orientación consiste en guiar al colectivo y prepararlo para enfrentarse a la vida real, generar actitudes positivas entorno a la búsqueda de empleo y transmitirle la información necesaria sobre el mercado laboral, los recursos y las entidades disponibles en la comunidad (Díez y González, 2008).

En cuanto a la búsqueda de empleo, hay una tendencia a retrasarla hasta la puesta en libertad o al acceder a una medida que permita terminar la condena en semilibertad, así, muchos de los internos drogodependientes que acceden a los Centros de Inserción

Social o a Programas de inserción sociolaboral externos, son más propensos a la búsqueda de trabajo (Díez, 2010).

- Intermediación laboral: Díez y González (2008) analizan diferentes programas de inserción laboral y afirma que no en todos aparece la intermediación, puesto que las entidades que no la realizan consideran que comunicar ciertos aspectos de la vida privada -como la estancia en prisión o la situación de drogodependencia- contribuye a continuar la estigmatización del colectivo; sin embargo, las entidades que sí realizan intermediación, normalmente coinciden en dejar que sea la propia persona quien decida si contar o no situación como recluso o ex recluso.

### **8.1.8. Intervenciones psicoterapéuticas**

Con el objetivo de maximizar los beneficios de los tratamientos dirigidos a las drogodependencias en el medio penitenciario, es necesario tener en cuenta el uso de prácticas basadas en la evidencia como pueden ser las intervenciones cognitivo-conductuales, la prevención de recaídas, el manejo de contingencias y las comunidades terapéuticas (Peters y Wexler, 2005). De igual forma, según Murray (1992) destacan los servicios de asesoramiento dirigidos a los reclusos drogodependientes, tales como: el asesoramiento individual con diferentes especialistas –principalmente psicólogos-, la terapia grupal y los grupos de autoayuda.

Las intervenciones realizadas con mayor frecuencia son:

- La entrevista motivacional [EM]: está dirigida a crear o aumentar el nivel de conciencia de cada individuo para facilitar la toma de decisiones respecto al cambio, se trata de conocer los motivos y los valores que justifican y promueven la necesidad de eliminar las resistencias y modificar la conducta adictiva (Markez et al., 2012). Peters y Wexler (2005) hablan de la entrevista motivacional como una herramienta orientada a reforzar la motivación al cambio en individuos que se encuentran en situación de ambivalencia sobre la realización de un tratamiento.

A pesar de que en ocasiones la motivación por realizar un tratamiento no surge de la propia persona, sino de la búsqueda de diversos beneficios –ayudas sociales, beneficios penitenciarios...-, la entrevista motivacional tiene que darle mayor

importancia al cambio desde el punto de vista del usuario consumidor de drogas (Markez et al., 2012).

De acuerdo con Miller y Rollnick (como se citó en Markez et al., 2012) la EM tiene como principios básicos: expresar empatía, favorecer la discrepancia, trabajar las resistencias y reconocer la capacidad para conseguir el cambio.

- Manejo de contingencias: (Markez et al., 2012) afirman que los programas de manejo de contingencias para personas drogodependientes en prisión, se basan en reforzar la abstinencia, de tal manera que esta sea incompatible con las recompensas que recibiría al realizar la conducta esperada, asimismo indican que las condiciones para una buena aplicación de esta herramienta son: que el individuo sepa claramente las reglas de las conductas que serán reforzadas, establecer un protocolo en el que se pueda comprobar la realización de la conducta, marcar una dificultad adecuada que favorezca la conducta esperada y la continuidad diaria y mantenida de la conducta después de finalizar el programa.
- Terapia grupal y familiar: por un lado, la Terapia grupal permite tratar *in situ* las resistencias que van apareciendo en el grupo al momento de expresar de forma espontánea sentimientos y pensamientos, asimismo, resulta de provecho analizar las resistencias que aparecen en las sesiones grupales y que por diferentes razones no se observan en las individuales. Por otro lado, la Terapia familiar es un intervención conductual que sirve para mejorar las habilidades comunicativas, reforzar de manera positiva las relaciones familiares y cambiar aquellas interacciones que están relacionadas con los consumos (Markez et al., 2012).
- Estrategia cognitivo-conductual: para Markez et al. las terapias más utilizadas en este aspecto son la Terapia Cognitivo Conductual, dentro de la que se llevan a cabo estrategias para la mejora del autocontrol de la persona, ayudándole a anticipar los posibles factores de riesgo y a afrontarlos de la manera adecuada; y la Terapia de Prevención de Recaídas, vinculada a la capacidad para negarse a las situaciones que les incita al consumo. De la misma forma, Peters y Wexler (2005) indican que en algunas prisiones se ofrecen la posibilidad de participar en grupos de apoyo entre iguales basados en los principios cognitivo-conductuales.

## **8.2. Tratamientos de deshabitación psicológica de carácter residencial en prisión. Las Unidades Terapéuticas y Educativas (UTE)**

El módulo terapéutico constituye una manera de tratamiento de deshabitación de tipo residencial, la cual adopta una posición intermedia entre la intervención realizada en un Centro de día y una Comunidad Terapéutica, utilizando estrategias de cada una de estas dos modalidades (García y Sánchez, como se citó en Markez, Repeto, Sánches, Abad y Barrenetxea, 2012).

Peters y May (1992), afirman que, en la actualidad, las unidades terapéuticas residenciales se basan en el modelo y la estructura de las Comunidades Terapéuticas, las cuales usan el grupo para estimular y reforzar la toma de responsabilidades y el cambio; también se espera que el interno se implique para favorecer el cambio de conductas -tanto en sí mismo como en el resto de internos residentes- y para colaborar en el buen funcionamiento y mantenimiento de la unidad, de esta manera, el estado de la unidad terapéutica estará vinculado en gran medida con el grado de compromiso al cambio y la responsabilidad que adquieran los internos que residen en ella. Así pues, las unidades terapéuticas suponen un entorno de aprendizaje las 24 horas del día, en el que se percibe a los profesionales y a los compañeros como modelos (Peters y May, 1992).

De igual manera, la UTE Villabona (2005) -situada en el Centro Penitenciario Villabona y modelo español de las Unidades Terapéuticas [UTES]- hace referencia a la práctica de una intervención que no se limita únicamente a una parte individual o grupal sino que se amplía al contexto ambiental, la cual favorece la creación de un lugar sano de convivencia que potencia valores prosociales y posibilita el cambio; por otro lado, valida la corresponsabilidad de los internos en el diseño de la intervención terapéutica realizada en el módulo, implicando una tarea de cogestión entre los propios reclusos y el personal penitenciario.

La finalidad de los tratamientos residenciales en prisión, según Peters y Wexler (2005), es la rehabilitación psicosocial de los internos drogodependientes, por lo que son apropiados para aquellos reclusos con un problema de abuso de drogas que no necesiten de una intervención psiquiátrica o médica aguda.

Para la UTE Villabona (2005) los aspectos sobre los que se fundamentan estos módulos terapéuticos son: la superación de la subcultura carcelaria y el trabajo desde un modelo de cogestión; la integración de los internos que soliciten dicha unidad, sin importar si tienen un problema con las drogas o no; el grupo terapéutico, la escuela y las actividades formativo-

ocupacionales; la concienciación sobre su propio proceso; la creación de un espacio saludable; el aislamiento respecto al resto de reclusos y el inicio o la continuación de una relación con la sociedad; la comprensión del concepto de reinserción; prevención de procesos contrarios a la socialización; y la oferta de oportunidades para el uso del tiempo en prisión con fines terapéuticos-educativos.

En cuanto al equipo profesional, Murray (1992) señala que las unidades de tratamiento de drogas –de 100 a 125 reclusos- deben contar con un coordinador/a, uno o dos trabajadores sociales y uno o dos consejeros penitenciarios, los cuales en algunas ocasiones son ex-adictos. Así mismo, la UTE Villabona (2005) considera indispensables para el funcionamiento de estos módulos las labores del equipo de coordinación, el equipo multidisciplinar, los tutores –funcionarios de vigilancia que desempeñan esta función, siendo quienes llevarán un seguimiento de cada interno de forma individualizada- y los funcionarios colaboradores.

### **8.2.1. Intervenciones terapéuticas realizadas en los módulos o unidades terapéuticas**

Murray (1992) y la UTE Villabona (2005) destacan los grupos terapéuticos como parte central de la intervención realizada en estos módulos; Kennard (como se citó en Rawlings, 1998) habla estos grupos como una adaptación de los modelos de las comunidades terapéuticas y los programas de alcohólicos anónimos, donde las personas que se encuentran en estadios mayores de rehabilitación ayudan a los de los estadios más bajos. Visto desde otra perspectiva, las sesiones terapéuticas tienen que estar dirigidas únicamente a grupos, y no de manera individual, ya que de esta manera se llega a un acuerdo de que todo debe estar abierto a los demás y puede ser puesto en discusión, dándole al grupo peso a la hora de apoyar o no comportamientos (Davies, 2008).

Además del grupo terapéutico, la UTE Villabona (2005) incluye como parte de las intervenciones terapéuticas aplicadas los siguientes instrumentos:

- Contrato terapéutico: mediante el cual los internos de la UTE se preparan para el proceso educativo que van a realizar y se comprometen al cumplimiento de los aspectos incluidos en este –renunciar al consumo, participación en las diferentes actividades y terapias, aceptación de las decisiones del Equipo, cumplir las pautas de tratamiento, etc.-.
- La escuela: es uno de los pilares primordiales, puesto que se presenta como un medio atractivo y estimulante para alcanzar la concienciación y normalización –objetivos básicos

de los tratamientos en las UTEs-, transmitiendo no solo conocimientos sino también experiencias culturales y participativas; de la misma forma, se pretende usar la “escuela” como un medio para llevar a cabo modificaciones en las actitudes, hábitos y valores de los internos.

- Actividades formativo-ocupacionales: parte fundamental de la educación integral favoreciendo el aprendizaje de hábitos, conductas y habilidades. Estas actividades se clasifican en talleres autogestionados –cristería, cerámica, dibujo, informática, etc.-, talleres con profesionales voluntarios de ONGs –como talleres literarios o de relajación- y talleres de formación profesional-ocupacional para desempleados –iniciación en la creación de un perfil profesional-.
- Cursos formativos en el exterior: son cursos realizados fuera de las instalaciones penitenciarias y dirigidos a la capacitación, no solo de contenidos sino también de hábitos y actitudes, de los reclusos para su futura (re)inserción sociolaboral.
- Actividades culturales, deportivas, de ocio y tiempo libre: son un elemento complementario al funcionamiento del Módulo, dentro de estas actividades se pueden destacar los grupos de teatro y debate, las campañas informativas, los cine fórum, los certámenes literarios, entre otros.
- La asistencia sanitaria y psiquiátrica: con el trabajo de los profesionales de este sector se dará una atención integral dirigida a la prevención y rehabilitación. Dentro de estas intervenciones se incluyen los talleres de Educación para la Salud, basada en grupos de educación entre iguales que fomentan el cambio de hábitos y actitudes respecto a la salud.
- Las salidas terapéuticas y los campos de trabajo: suponen un recurso intermedio entre las actividades realizadas dentro de la prisión y los permisos de salida, teniendo un alto nivel de supervisión por parte de los profesionales. Tienen como objetivos observar la conducta del interno en un entorno exterior, dar un refuerzo positivo al avance de su proceso, preparar para la salida de permisos ordinarios, trabajar los déficits, etc.
- Permisos de salida: se tratan de una parte primordial del proceso de reinserción social, mediante el cual se sitúa al interno en un entorno de convivencia externo que pone a prueba lo aprendido en el transcurso de su tratamiento. La aprobación de permisos no serán determinados como un castigo o un premio, sino en función a la valoración del Equipo Multidisciplinar sobre el cambio personal de cada individuo.

De la misma forma en la que se resalta la importancia de las intervenciones terapéuticas, es necesario que las Instituciones Penitenciarias tengan en cuenta el papel que juegan las

relaciones con la comunidad para la correcta deshabitación y reinserción social de los internos drogodependientes; así, es especialmente importante el contacto permanente con la familia y los recursos que ofrece cada comunidad, dentro de los que destacan la relación con las ONGs y los convenios con universidades (UTE Villabona, 2005).

Por otro lado, algunos de los componentes que Murray (1992) comprende como parte de las Unidades de Tratamiento de drogodependencias de tipo residencial son: el tratamiento individualizado basado en la evaluación integral, la educación sobre las drogas, el tratamiento individual y grupal básico, la educación para un estilo de vida sano, análisis de orina aleatorios, entre otros; este autor también considera que la confrontación de pensamientos delictivos y el fomento de valores prosociales se tienen que ir incorporando en el transcurso del tratamiento.

Murray (1992), en consonancia con los aspectos e instrumentos de intervención de la UTE Villabona, mencionados anteriormente, afirma que los temas familiares, laborales y educativos, la prevención de recaídas, el desarrollo personal y los grupos de apoyo son parte del día a día de estas Unidades de Tratamiento.

Finalmente, cabe señalar que, a pesar de que el funcionamiento de las Unidades Terapéuticas y Educativas [UTES] consiste en prestar una atención integral dentro del mismo módulo, para así evitar el contacto con el resto de reclusos de la prisión (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006); autores como Moreno (1999) consideran que no es positivo crear espacios terapéuticos diferenciados para las personas drogodependientes dentro de las prisiones, puesto que esto supondría la formación de un ambiente superficial y sobremarginador.

### **8.3. Requisitos de acceso a los tratamientos de deshabitación psicológica en prisión, perfil de los usuarios**

Los criterios de admisión delimitan la población con la cual se trabaja, creando el perfil de los destinatarios; dichas condiciones según la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2006) son, tanto para los tratamientos ambulatorios como los residenciales: tener la petición directa del interno/a, tener una problemática de drogodependencia, una historia de consumo no dilatada en el tiempo y no presentar una patología grave que le imposibilite la



participación en el programa. Así mismo, Pla y Sabroso (1999) añaden a los requisitos tener una fecha de puesta en libertad mínima de 6 meses y máximo de 18 meses y no tener historial de delitos sexuales.

No obstante, algunas intervenciones -como los programas ocupacionales, culturales, etc.- tienen unos criterios de acceso más amplios puesto que están dirigidas a la mayor cantidad de internos posibles, sin referirse concretamente a la población drogodependiente (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015).

Otros autores como Moreno (1999) y Pla y Sabroso (1999), también incluyen como condición la participación voluntaria, de esta manera, para poder llevar a cabo los programas, talleres, técnicas y demás herramientas terapéuticas es necesario contar con la voluntariedad del individuo, puesto que, como afirma Tomás-Valiente (como se citó en Barrios, 2012), realizar una intervención forzosa supondría una actitud paternalista injustificada que va en contra del derecho de autonomía de la persona, quitándole la capacidad de decidir si continuar su consumo o no.

Respecto a la voluntariedad, Barrios (2012) afirma que no se puede olvidar que en ocasiones la decisión de realizar un tratamiento no parte de la propia persona, aun sin conciencia de la difícil situación sino de búsquedas de algún beneficio (ayudas sociales, alternativa a penas penitenciarias...) o a presiones externas en el ámbito laboral, familiar o social; pero que esto a la vez es compatible con el fomento de motivaciones no utilitaristas por parte de los profesionales.

Sin embargo, tal y como indica Gallego (2013):

Para que sea voluntario el tratamiento no basta con que el interno consienta o dé su aceptación para colaborar en su planificación y desarrollo, sino que además es necesario que de su aceptación o rechazo no puedan derivarse consecuencias desfavorables ni ventajas para él en la ejecución de la pena.

En el caso concreto de las Unidades Terapéuticas y Educativas, además de los criterios generales de admisión mencionados anteriormente, se tienen en cuenta otros aspectos dependiendo de la situación en que se encuentren:

- En la entrada en prisión: pueden acceder a las UTEs aquellas personas que estén realizando un tratamiento terapéutico en el exterior, los menores de 21 años con o sin adicción que soliciten voluntariamente su entrada y los casos valorados por el Equipo Multidisciplinar.
- Durante la estancia en prisión: la admisión está abierta para cualquier interno de otros módulos que solicite mediante una instancia su ingreso en la UTE, sea entrevistado y valorado por el Equipo Multidisciplinar. Además, como normal general, se pospone el ingreso de los reclusos que tengan pendiente el cumplimiento de sanciones (UTE Villabona, 2005).

## **9. Conclusiones**

Las drogodependencias son una de las principales problemáticas que presentan las personas internadas en centros penitenciarios, afectando a más de la mitad de esta población y causándoles daños físicos y psicológicos, lo cual supone un obstáculo para su reinserción social. Así pues, para poder cumplir las finalidades de rehabilitación y reeducación del sistema penitenciario moderno, en las prisiones se llevan a cabo tratamientos que dan respuesta al abuso de las drogas, dentro de los que se encuentran los tratamientos de deshabituación psicológica.

Los tratamientos de deshabituación psicológica de las drogodependencias se basan, generalmente, en el Modelo Bio-Psico-Social y tienen como objetivo que la persona drogodependiente adquiera unos hábitos y habilidades no vinculadas al consumo de drogas, lo cual contribuye a mantener una vida alejada de las drogas y a conseguir la abstinencia a largo plazo. Dentro de las prisiones este tipo de tratamientos realizados pueden desarrollarse de dos formas: ambulatoria y residencial.

Dentro de los tratamientos de tipo ambulatorio se pueden encontrar diferentes programas, actividades y talleres, como lo son: los programas de prevención, los programas de mejora de habilidades y hábitos, la educación reglada, la educación para la salud, las actividades de tipo sociocultural y lúdico-recreativas, las actividades o talleres ocupacionales, las medidas de integración social y las intervenciones psicoterapéuticas; no obstante, algunas de estas intervenciones no son tratamientos específicos para la deshabituación psicológica de las drogas, sino que se introducen de forma complementaria en los programas libres de drogas, por ejemplo, la educación reglada.

Por otro lado, los tratamientos de tipo residencial se desarrollan íntegramente dentro de módulos o unidades específicas –denominadas dentro del contexto español como Unidades Terapéuticas y Educativas (UTE)-, evitando la relación entre los internos de dichas unidades y el resto de reclusos del centro. Los tratamientos de deshabitación psicológica de carácter residencial se basan en los modelos de comunidad terapéutica, usando el entorno y la convivencia como principales herramientas de terapia.

Los programas e intervenciones realizadas en la modalidad residencial son fundamentalmente las mismas que las que se desarrollan de forma ambulatoria, las cuales han sido mencionadas con anterioridad; sin embargo hay diferencias en las intervenciones psicoterapéuticas, puesto que en los tratamientos residenciales no se especifican las técnicas empleadas en este aspecto; también cabe destacar que las UTEs incluyen en sus intervenciones los contratos terapéuticos y el grupo terapéutico, así como la responsabilidad asumida al ingresar en unidades basadas en la cogestión entre los internos de este y los funcionarios de la prisión.

En cuanto a los criterios de admisión, las modalidades residencial y ambulatoria comparten los requisitos principales de acceso, los cuales son presentar un problema de drogodependencia y solicitar de forma directa y voluntaria su participación en los tratamientos o programas. Por otro lado, en las Unidades Terapéuticas y Educativas, también se acepta a personas sin adicciones siempre y cuando estas sean menores de 21 años y lo soliciten. De igual manera, la tipología ambulatoria en ocasiones añade otros requisitos como no tener una patología grave que influya en su participación o no tener en su expediente delitos sexuales. Sin embargo, es importante resaltar que muchos de los programas que forman parte de los tratamientos de deshabitación psicológica de manera ambulatoria son complementarios al tratamiento y están destinados a la población penitenciaria en general, por lo que sus criterios son más amplios y diferentes dependiendo de cada programa.

El perfil de los destinatarios viene determinado por los criterios de admisión, por lo que a rasgos generales se trata de personas drogodependientes que quieren realizar tratamiento de manera voluntaria.

Los tratamientos de deshabitación psicológica dentro de los centros penitenciarios son realizados por el propio centro y por ONGs colaboradoras. Los profesionales necesarios para llevar a cabo las intervenciones comprenden diversas disciplinas, siendo necesario personal médico-sanitario, psicólogos, trabajadores y educadores sociales, personal penitenciario,

monitores ocupacionales y deportivos, profesores, entre otros; asimismo, es necesario contar profesionales del Grupo de Atención al Drogodependiente (GAD).

La voluntariedad es uno de los requisitos imprescindibles para el acceder a cualquiera de los tratamientos de deshabituación de las drogas en prisión, no obstante se encuentra una limitación para comprobar la veracidad de dicha voluntariedad, puesto que la persona interesada puede solicitar directamente el ingreso en tratamiento pero sin tener una motivación por este y hacerlo por presiones externas, para conseguir beneficios penitenciarios... Otra limitación encontrada es el efecto de contención del tratamiento residencial, puesto que no se pueden ver resultados fiables al ser estas unidades un entorno libre de drogas, ya que la persona no se encuentra en un entorno común, como pueden ser otros módulos o su vida en libertad, donde si quiere tiene acceso a las drogas.

El principal obstáculo en la realización de este trabajo está vinculado a la dificultad para encontrar artículos científicos que traten el tema en cuestión, por lo que también se han usado documentos de trabajo interno de los propios centros penitenciarios. Es por esto que es necesaria más investigación y, con ello, la creación de documentación fiable en este ámbito, donde se puedan conocer de forma clara las intervenciones, su forma de llevarlas a cabo, resultados, etc.

## 10. Referencias bibliográficas

Almenara, J. et al. (1999). Mediadores en salud en un programa de mantenimiento con metadona. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 73-79. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/141/326>

Andrioni, F., Serebrenic, F., Laranjeira, R. y Callaghan, R. (2009). The transtheoretical model and substance dependence: theoretical and practical aspects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (4). Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009005000010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009005000010&script=sci_arttext&tlng=pt)

Arroyo-Cobo, J. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13 (3). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202011000300005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202011000300005&script=sci_arttext&tlng=pt)

Ballester, L., Nadal, A. y Amer, J. (2014). *Métodos y técnicas de investigación educativa*. Palma: Edicions UIB.

Baltasar, I. (2007). *Taller de Habilidades Sociales 'Mirando al Futuro'*. Recuperado de: <http://www.salhaketa-nafarroa.com/taller-de-habilidades-sociales/>

- Barrios, L. (2012). Aspectos ético-legales de la intervención en delincuentes drogodependientes. En Markez, I. e Iñigo, C. (Coords.), *Guía Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas* (pp. 247-282). Bilbao: OMEditorial. Recuperado de: [http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/fetch/71574053/atencion\\_y\\_trat\\_en\\_prision\\_por\\_uso\\_drogas\\_2012.pdf#page=215](http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/fetch/71574053/atencion_y_trat_en_prision_por_uso_drogas_2012.pdf#page=215)
- Becoña, E. (2002). Adicciones y Salud. *Revista Psicología Científica.com*, 4 (2). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud/>
- Belaustegui, A. (2002). Percepción del riesgo de recaída de drogodependientes: Aproximación al tratamiento, limitaciones y problemática asociada al fenómeno de la drogodependencia en prisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 27 (1), 38-50. Recuperado de: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v27n1\\_3.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v27n1_3.pdf)
- Beltrán, J. (2010). La educación en prisiones, elemento fundamental del tratamiento penitenciario. *Educación(nos)*, 52, 5-8. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3621475>
- Beltrán, Ó. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20 (1), 60-69. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v20n1/v20n1a09.pdf>
- Casares-López, M., et al. (2010). Necesidad de evaluación de la patología dual en el contexto penitenciario. *Adicciones*, 23 (1), 37-44. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/165/165>
- Conejo, M. y Mora, J. (2008). Percepciones sociales de los centros penitenciarios y las penas de prisión. *Boletín Criminológico*, 105, 1-4. Recuperado de: <http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/105.pdf>.
- Consell de Mallorca. (2017). Atención y tratamiento ambulatorio. Las unidades de conductas adictivas (UCA). Recuperado de: <http://www.imasmallorca.net/es/unprograma/71>
- Davies, R. (2008). *Grendon Prison: a model for therapeutic care*. Recuperado de: <http://www.communitycare.co.uk/2008/08/22/grendon-prison-a-model-for-therapeutic-care/>
- Del Pozo, F. y Añaños-Bedriñana, F. (2013). La Educación Social Penitenciaria: ¿De dónde venimos y hacia dónde vamos?. *Revista Complutense de Educación*, 24 (1), 47-68. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/41191/39392>.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2006). Actuar es posible. Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios. Recuperado de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/ACTUAR\\_PND.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/ACTUAR_PND.pdf)
- DGPNSD (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas). (2011). *Encuesta sobre la Salud y consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias*. Recuperado de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESDIP\\_2011.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESDIP_2011.pdf)
- DiClementi, C. (2003). *Addiction and Change*. New York: The Guilford Press. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RT8KpET32qIC&oi=fnd&pg=PA1&ots=mTSYeV7YOZ&sig=6WYLBBrM0F4-SWfu6eSVFbYacZgE&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RT8KpET32qIC&oi=fnd&pg=PA1&ots=mTSYeV7YOZ&sig=6WYLBBrM0F4-SWfu6eSVFbYacZgE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

- Díez, R. (2010). La inserción sociolaboral de un colectivo excluido: personas drogodependientes en prisión. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, 22. Recuperado de: [http://www.ehu.es/ojs/index.php/Lan\\_Harremanak/article/view/1392/1002](http://www.ehu.es/ojs/index.php/Lan_Harremanak/article/view/1392/1002)
- Díez, R. y González, C. (2008). Personas drogodependientes tras su estancia en prisión. Mecanismos de inserción. Recuperado de: <http://www.ikusbide.org/data/documentos/Personas%202008.pdf>
- Gallego, M. (2013). Tratamiento penitenciario y voluntariedad. *Revista de Estudios Penitenciarios, Extra*, 99-118. Recuperado de: [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1203725/Revista\\_de\\_estudios\\_penitenciarios\\_extra\\_2013\\_12613\\_0505.pdf/d4ea807d-18ec-4de7-bcfe-564d4e83606e](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1203725/Revista_de_estudios_penitenciarios_extra_2013_12613_0505.pdf/d4ea807d-18ec-4de7-bcfe-564d4e83606e)
- Gallizo, M. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. *Salud y Drogas*, 7 (1), 57-74. Recuperado de: <http://www.asecedi.org/PDF/V7N1.pdf#page=58>
- GSMP. (2012). Presentación. En Markez, I. e Iñigo, C. (Coords.), *Guía Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas* (pp. 11-14). Bilbao: OMEditorial. Recuperado de: [http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/fetch/71574053/atencion\\_y\\_trat\\_en\\_prision\\_por\\_uso\\_drogas\\_2012.pdf#page=215](http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/fetch/71574053/atencion_y_trat_en_prision_por_uso_drogas_2012.pdf#page=215)
- Iraurgi, I. (2007). Terapéuticas de Desintoxicación y Deshabitación a Opiáceos. Recuperado de: <http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI90690&id=90690>
- Markez, I., Repeto, C., Sánchez, J., Abad, A. y Barrenetxea, O. (2012). Terapias frente a las adicciones en el medio penitenciario. En Markez, I. e Iñigo, C. (Coords.), *Guía Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas* (pp. 215-228). Bilbao: OMEditorial. Recuperado de: [http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/fetch/71574053/atencion\\_y\\_trat\\_en\\_prision\\_por\\_uso\\_drogas\\_2012.pdf#page=215](http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/fetch/71574053/atencion_y_trat_en_prision_por_uso_drogas_2012.pdf#page=215)
- Marshall, T., Simpson, S. y Stevens, A. (2000). *Health care in prisons: A health care needs assessment*. University of Birmingham. Recuperado de: <http://insight.oxfordshire.gov.uk/cms/system/files/documents/Health%20care%20in%20prisons.pdf>
- Martín, J., et al (2008). Investigación secundaria: la revisión sistemática y el meta-análisis. *SEMERGEN* 34, (1), 11-16. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359308718392>
- McWhirter, P. Florenzano, R., y Soubllette, M. (2002). El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Revista Adolescencia Latinoamericana*, (3) 2. Recuperado de: <http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/R2091.pdf>
- Moratinos, J. (2016). *Intervención Socioeducativa en Drogodependencias* (Apuntes). Palma, España: Universidad de las Islas Baleares: Grado en Educación Social.
- Moreno, M. (1999). Intervención psicosocial con personas drogodependientes en un contexto penitenciario. Descripción y resultados de un programa. *Intervención Psicosocial*, 8 (2), 233-250. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/47538.pdf>

- Murray, D. (1992). Drug Abuse Treatment Programs in the Federal Bureau of Prisons: initiatives for the 1990s. *NIDA Research, Monograph 118*. Recuperado de: <https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/118.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2005). Informe anual 2005: Delincuencia y prisión. Recuperado de: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_13325\\_ES\\_CrimePrisonsES2005final.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_13325_ES_CrimePrisonsES2005final.pdf)
- Pelissier, B. y McCarthy, D. (1992). Methodological Issues: Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails. *NIDA Research, Monograph 118*. Recuperado de: <https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/118.pdf>
- Pérez, F. (2002). Programa de adherencia al ejercicio físico dirigido a usuario de Programas de Mantenimiento con Metadona. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 114-117. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/viewFile/235/519>
- Pernía, M. (2012). Tratamiento de la adicción de opiáceos orientado a la abstinencia. En Markez, I. e Iñigo, C. (Coords.), *Guía Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas* (pp. 247-282). Bilbao: OMEditorial. Recuperado de: [http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/attach/71574053/atencion\\_y\\_trat\\_en\\_prision\\_por\\_uso\\_drogas\\_2012.pdf#page=215](http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/attach/71574053/atencion_y_trat_en_prision_por_uso_drogas_2012.pdf#page=215)
- Peters, R. y May, R. (1992). Drug Treatment Service in Jails. *NIDA Research, Monograph 118*. Recuperado de: <https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/118.pdf>
- Peters, R. y Wexler, H. (2005). Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System. Recuperado de: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64137/pdf/Bookshelf\\_NBK64137.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64137/pdf/Bookshelf_NBK64137.pdf)
- Pla, S. y Sabroso, A. (1999). Tratamiento de las drogodependencias en el ámbito penitenciario. *Elsevier*, 1 (4). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-las-drogodependencias-el-ambito-13010712>
- Proyecto Hombre. (2015). Proyecto Hombre: el Modelo Bio-Psico-Social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS). Recuperado de: <http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>
- Rawlings, B. (1998). *Research on therapeutic communities in prisons*. Manchester: University of Manchester. Recuperado de: <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/rawlings.pdf>
- Rodríguez, A. et al. (2010). ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio de una prisión andaluza. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 12 (1), 13-20. Recuperado de: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/30/77>
- Rodríguez, F., Paño, S., Herrero, F., y González, L. (1997). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*, 9 (3), 587-598. Recuperado de: <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7434/7298>
- Ruiz, M. y Santibáñez, R. (2014). Prisión, drogas y educación social. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 57, 118-134. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Marta\\_Ruiz3/publication/272822463\\_Prision\\_drogas\\_y\\_educacion\\_social/inks/54f030200cf2495330e412c8/Prision-drogas-y-educacion-social.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marta_Ruiz3/publication/272822463_Prision_drogas_y_educacion_social/inks/54f030200cf2495330e412c8/Prision-drogas-y-educacion-social.pdf)

Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta ICE. Universidad de Oviedo*, 38 (2), 53-64. Recuperado de: <http://www.um.es/metaanalysis/pdf/5030.pdf>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). El Sistema Penitenciario Español. Recuperado de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Sistema\\_Penitenciario\\_2014\\_Web\\_Vin\\_2.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Sistema_Penitenciario_2014_Web_Vin_2.pdf)

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015). *Centros Penitenciarios de Régimen Ordinario*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/centrosRegimenOrdinario.html>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015). *Cuenta contigo. Programa de sensibilización en drogodependencias*. <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/PenasyMedidasAlternativas/programas/cuentaContigo.html>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015). *Enseñanza reglada y formación*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/enseReglada/>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015). *Programas de intervención con drogodependientes*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/drogodependencia.html>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015). *Programas de Ocio y Cultura*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/programasOcioyCultura.html>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015). *Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/trabajoInsercionLaboral.html>

U.S. Department of Justice. (2003). Education and Correctional Populations. Recuperado de: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/ecp.pdf>

UNAD (Unión de Asociaciones y entidades de Atención al Drogodependiente). (2008). Drogodependencias y prisión: situación de las cárceles españolas. Recuperado de: <http://www.unad.org/fichaBiblioteca.php?id=45&p=1&tb=prisi%C3%B3n&cb=0>

UTE Villabona. (2005). Unidad Terapéutica y educativa. Centro Penitenciario Villabona. Un modelo de intervención penitenciaria. *Documentos Penitenciarios*, 1. Recuperado de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Documento\\_Penitenciario\\_1.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Documento_Penitenciario_1.pdf)

Velasco, R. (2012). Plan de cuidados toxicómano en prisión. *Revista de Sanidad Penitenciaria, suplemento 14*, 37. Recuperado de: <http://docplayer.es/11471778-Sanidad-penitenciaria.html>



Vilar, V. (2016). Intervención con drogodependientes con medidas judiciales. El papel de la Educadora Social. *RES, Revista de Educación Social*, 22, 230-242. Recuperado de: <http://www.eduso.net/res/admin/archivo/docdow.php?id=734>