

2022-  
2023



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

# **“POR UNA VIDA SIN”: PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO, CRIMINOLOGÍA

Autora: Beatriz Pérez cobo

Director: Carlos García Castaño

Madrid, 30 de marzo de 2023

# ÍNDICE:

<b>1. RESUMEN:</b> .....	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN:</b> .....	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS:</b> .....	<b>7</b>
<b>4. HIPÓTESIS:</b> .....	<b>7</b>
<b>5. METODOLOGÍA:</b> .....	<b>8</b>
<b>6. PROCESO DE ABUSO DE LAS SUSTANCIAS:</b> .....	<b>9</b>
<b>7. PERFIL HABITUAL DEL CONSUMIDOR:</b> .....	<b>13</b>
<b>8. RELACIÓN DELITO VS. CONSUMO:</b> .....	<b>15</b>
Tipología de delitos en relación con el consumo de drogas: .....	17
Responsabilidad penal del consumidor:.....	19
<b>9. IMPACTO DE LAS DROGAS DENTRO DE PRISIÓN DESDE UN ENFOQUE CRIMINOLÓGICO:</b> .....	<b>20</b>
<b>10. FORMAS DE ACTUACIÓN EN ENTRADA DE SUSTANCIAS TÓXICAS AL CENTRO PENITENCIARIO:</b> .....	<b>23</b>
Derechos y deberes de los internos:.....	23
Modos de entrada de las drogas en prisión: .....	24
<b>11. CREACIÓN DE MÓDULOS UTE:</b> .....	<b>28</b>
<b>12. PROGRAMA GENERAL DE DROGODEPENDENCIA EN EL ÁMBITO ESPAÑOL</b> <b>30</b>	
Programa de prevención y educación para la salud: .....	32
Programa de intercambio de jeringuillas (PIJS): .....	33
Programa de tratamiento con metadona:.....	35
Programa de deshabitación: .....	36
Programa de reincorporación social:.....	38
<b>13. PROPUESTAS DE IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA AL PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS EN PRISIONES:</b> .....	<b>40</b>
Implementación del perfil del criminólogo en el ámbito penitenciario y de las drogodependencias. ....	40
Implementación de un Programa de evitación en el inicio del consumo de drogas dentro de prisión. ....	42
Nueva planificación de los programas de reducción de daños: (edad y sustancia).....	43
Adicción y salud mental / Salud mental y adicción: .....	44
Intervención y acompañamiento de las familias con internos inscritos en el Programa General de Drogodependencia en Prisiones: .....	45
Implementación de un Programa postpenitenciario de prevención de recaídas: (fase intermedia entre el centro y la sociedad). ....	47
<b>14. RESULTADOS:</b> .....	<b>48</b>

<b>15. CONCLUSIONES:</b> .....	<b>51</b>
<b>16. BIBLIOGRAFÍA:</b> .....	<b>52</b>
<b>17. ANEXOS:</b> .....	<b>61</b>
Conceptos importantes:.....	61
FIGURA 1.....	62
FIGURA 2:.....	62
FIGURA 3:.....	63
FIGURA 4:.....	63
FIGURA 5:.....	64
FIGURA 6:.....	64
FIGURA 7:.....	65
FIGURA 8:.....	65
ENTREVISTA I: .....	66
ENTREVISTA II: .....	68
ENTREVISTA III: .....	70
ENTREVISTA IV:.....	72
ENTREVISTA V: .....	75
ENTREVISTA VI:.....	90
ENTREVISTA VII: .....	97

## **1. RESUMEN:**

El presente trabajo se centra en dar una pequeña aproximación a la realidad del consumo de drogas en varones bajo una mirada penitenciaria, desde la perspectiva de tratamiento. La drogodependencia es la fuente principal de problemas dentro de prisión, tanto para el propio consumidor vigilado bajo la normativa penitenciaria establecida, como para la propia convivencia. El número de internos se ha disparado en relación a años anteriores tanto que, más de la mitad permanecen bajo el régimen penitenciario por aspectos en relación al consumo y el delito. Por ello, desde los diferentes centros se llevan a cabo programas dirigidos hacia la erradicación de esta conducta, por medio de programas de tratamiento específicos de intervención.

El objetivo general que se aborda es la modificación del Programa General de tratamiento de las drogodependencias en el ámbito penitenciario. Por ello, surgirán nuevas implementaciones al ya establecido.

Asimismo, se ha llevado a cabo por medio de una metodología cualitativa, a través de recogida de datos bibliográficos y diversas entrevistas semiestructuradas a diferentes profesionales del ámbito relacionados con el consumo, pudiendo así dar respuesta a las hipótesis generadas del tema investigado.

Por último, es de importancia necesaria tener en cuenta no solo el abordaje de los diferentes aspectos sobre el perfil del consumidor en prisiones, sino también la propia legislación vigente en relación al tratamiento penitenciario actual, además de la relevancia del Programa de Drogodependencias y modificaciones necesarias en él, como la implicación del criminólogo en dicho ente.

**Palabras clave:** drogodependencia, prisión, programas de intervención, tratamiento, Legislación Penitenciaria.

## **ABSTRACT:**

The present this research focuses on giving a minimal approximation to the reality of drug abuse from a prison perspective, with regard to treatment. Drug addiction is the main source of problems within prison, both for the consumers under surveillance themselves according to established prison regulations, and also for coexistence. The number of these has increased in relation to previous years, so much so that more than of them will remain under the penitentiary regime for aspects related to consumption and crime. For this reason, the different centres carry out programs aimed at eradicating these behaviours, through specific intervention treatment programs.

The principal aim is to address the modification of the General Program for the treatment for drug addictions in the prison environment. For this reason, new implementations will arise to the already established one.

In parallel, it has been carried out through a qualitative methodology, by collecting the bibliographic data and various semi-structured interviews with professionals in the field, but related to consumption, thus being able to respond to the hypotheses generated from the subject investigated.

Finally, it is vital to bear in mind not only the approach to different aspects of the consumer profile but also the present legislation in relation to current prison treatment, as well as the relevance of the Drug Addiction Program and necessary modifications to it, such as the involvement of the criminologist in said entity.

***Keywords:*** drug addiction, prison, intervention programs, treatment, Prison Legislation.

## **2. INTRODUCCIÓN:**

El elemento fundamental para la clarificación del tema abordado en este trabajo de fin de grado de Criminología, en términos sencillos, es el estudio y análisis de las drogodependencias en varones dentro de los Centros Penitenciarios Españoles a través del enfoque en su tratamiento por el Programa General de Drogas.

La afinidad y la motivación a generar pequeños cambios en el ámbito, me conducen al abordaje de este tema en el trabajo final. Mi experiencia en el Centro Penitenciario Madrid VI ha sido fundamental para mi elección, debido a que he podido observar comportamientos influenciados por el consumo en jóvenes varones. Desde hace años, he podido participar en diferentes proyectos (Cañada Real Galiana) dedicados al acompañamiento de personas dependientes desde el momento de su consumo hasta la entrada en centros para su deshabituación. Por todo ello, considero fundamental la intervención con estas personas que estando ya privadas de libertad por aspectos judiciales, ellos mismos eliminan esa poca libertad que tienen cuando prefieren evadirse de la realidad bajo el consumo de sustancias, y pudiendo dar inicio así su progreso hacia la reinserción y reeducación social.

El perfil del criminólogo desde 1990 está ausente en todo el ámbito penitenciario, en el momento que se decide prescindir de sus funciones como juristas-criminólogos, a únicamente juristas (Pastor, 2020). Desde mi propia experiencia en este terreno y mi interés en un cambio, considero fundamental dar valor a nuevos conocimientos de intervención, en aspectos de delito, víctima e infractor, además del control social, pudiendo así actuar hacia la resocialización y prevención de reincidencia en el individuo. El desconocimiento de nuestro perfil hace que el cambio sea complicado para nuestra inserción en este mundo.

Doy comienzo con una breve presentación sobre la situación actual Española de los Centros Penitenciarios en relación al mundo de las drogas.

Las adicciones en España es uno de los problemas que más preocupa a la población general. En unión a esto, se hace más evidente su gran problemática en el ámbito penitenciario y su relación con la comisión de delitos. Aproximadamente en el ámbito europeo, una tercera parte de los hombres que internan en prisiones, consumen algún tipo de sustancia una vez producida su entrada (Drogomedia, 2010). En 2020 se recoge la cantidad de 47.300 internos varones de los Centros Penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado<sup>1</sup>, suponiendo

---

<sup>1</sup> Quedan fuera País Vasco y Cataluña.

un 92,6% del total de población reclusa en España, frente a 4.300 mujeres, siendo tan solo el 7,4% (SGIP, 2020; 21), de los cuales más de la mitad de los hombres son o han sido consumidores (Ruiz y Santibáñez , 2014; 119).

El registro de penados en prisiones ha sufrido varios repuntes en años clave como los posteriores al inicio de la crisis económica en la que nos sumergimos en 2015, como tras el endurecimiento del Código Penal en 2005, según el *Delegado de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010)*.

Recogiendo el artículo 25.2 de la **Constitución Española de 1978**, se establece que “*Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad están orientadas hacia la reeducación y la reinserción social*”, además de lo fijado en el artículo 1 de la **Ley Orgánica 1/1979, de 26 septiembre, General Penitenciaria** cuya idea también se asienta en estos preceptos para aquellos individuos con penas o medidas privativas de libertad, en su retención y custodia. Tales fines serán alcanzados a partir de actuaciones o programas específicos desarrollados en los centros.

Por consiguiente, esto se puede ver reflejado en el **Reglamento Penitenciario de 1996**, en el que se fomenta de manera indispensable la orientación de los programas específicos hacia la paliación de carencias y/ o problemas de manera individual de los internos, con el fin de alcanzar el desistimiento delictivo, ya sean de tipo actividades formativas, laborales o socioculturales.

Por todo ello, una parte de las actuaciones son llevadas a cabo en relación a la problemática que aquí nos atañe, con la creación por parte de la Secretaría General de Instituciones penitenciarias, dirigida por el Ministerio del interior, de un Programa General de intervención con drogodependientes, el cual abarca diferentes actuaciones en torno al problema, “*Programa de prevención y educación para la salud*”; “*Programa de intercambio de jeringuillas*”; “*Programa de tratamiento con metadona*”; “*Programa de deshabitación*”; “*Programa de reincorporación social*”.

### **3. OBJETIVOS:**

El objetivo general desde el cual se va a desarrollar el presente proyecto de investigación e intervención es a través de *modificar el Programa General de tratamiento de drogodependencias en el ámbito penitenciario*, para alcanzar una mejor actuación y dirección en la reinserción social.

Además, se deben destacar otros objetivos específicos relacionados con lo anteriormente expuesto:

- Estudiar los datos generales relacionados con la dependencia de las drogas en el ámbito penitenciario Español.
- Analizar la importancia del Proyecto General de Drogodependencia en las prisiones Españolas.
- Incorporar nuevas alternativas de intervención para dicho programa.

### **4. HIPÓTESIS:**

- El entorno, las características individuales y el consumo de sustancias tóxicas, producen que haya una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas delictivas.
- El consumo de drogas es la condición previa para la comisión de delitos.
- El porcentaje de personas consumidoras aumenta una vez que entran a un Centro Penitenciario.
- Los programas de drogodependencias tienen una alta eficacia en el ámbito penitenciario en comparación con la intervención con personas en libertad.
- Los programas dirigidos por el Grupo Interdisciplinar sobre drogas (GID/GAD) tienen una mayor eficacia cuando están basados en terapias ocupacionales que cuando están fundamentados únicamente en transmisión de información.

## 5. METODOLOGÍA:

En el presente trabajo, se ha llevado a cabo un enfoque cualitativo. Por un lado, la búsqueda de bibliografía de diferentes fuentes, además de la realización de entrevistas semiestructuradas a los diversos profesionales implicados, tanto en el programa de drogodependencias de los diferentes Centros Penitenciarios de Madrid y Sevilla, como de funcionarios que trabajan en alguno de ellos. La finalidad visible, es investigar y desarrollar los objetivos anteriormente expuestos.

La búsqueda bibliográfica se ha apoyado en la información aportada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, como de diversos artículos, libros, informes y Trabajados de Fin de Grado, de diferentes profesionales y alumnos cuya intervención es directa en el ámbito nacional o existe interés en el tema. Tanto el Código Penal como el Reglamento Penitenciario son una base principal para el conocimiento en aspectos al tratamiento en prisiones, con el objetivo de dar a conocer la respuesta que da el Sistema Penitenciario ante el problema de las drogas dentro de prisión. Las Conferencias acudidas y las fuentes audiovisuales, han generado una visión más actualizada del problema.

Asimismo, siguiendo el enfoque cualitativo, se procede a realizar siete entrevistas principalmente a funcionarios, terapeutas ocupacionales, ex-drogodependientes y profesionales del ámbito del consumo debido a que los criminólogos todavía no son clasificados como expertos necesarios dentro de un Centro Penitenciario o en el área de las drogas. Son importantes sus aportaciones ya que sobre el eje principal de los programas desarrollados, se parte de la implicación de cada uno de estos agentes, lo cual nos permite conocer el abordaje desde sus perspectivas en cuanto el desarrollo del tratamiento, intervención, técnicas, etc, desde un abordaje más integral.

<b>PROFESIONAL</b>	<b>CENTRO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>FECHA</b>
Entrevista Tutora Módulo UTE (E. I)	Centro Penitenciario Madrid VI	Conocer funciones como profesional dentro de la Unidad terapéutica y educativa.	4 de Octubre de 2022 (18 min)
Entrevista ex- drogodependiente e interno de los años 80- 90. (E. II)	Asociación Bocatas, Cañada Real Galiana.	Evolución de las drogas en prisiones desde los años 80, a partir de la perspectiva interna.	4 de noviembre de 2022 (25 min)

Entrevista Funcionario de Prisiones (E. III)	Centro Penitenciario Madrid II	Conocer las acciones llevadas a cabo frente a la entrada de sustancias tóxicas al centro.	22 de diciembre de 2022. (20 min)
Entrevista al Director del Instituto de Estudios de las Adicciones- CEU (E. IV)	Profesor Universidad CEU San Pablo	Ampliar conocimientos referidos al consumo de sustancias.	30 de enero de 2023 (17 min)
Entrevista psicóloga “Unidad de Atención al Drogodependiente”. (E. V)	Asociación Punto Omega. C. Penitenciario Madrid IV.	Importancia y desarrollo del programa de drogas en la Comunidad de Madrid.	7 de febrero de 2023. (75 min)
Entrevista Abogada de la Comisión Jurídica de Andalucía. (E. VI)	Fundación Enlace (La Red de adicciones de Andalucía).	Importancia y desarrollo del Programa de Drogodependencia en prisiones de Sevilla (Andalucía).	15 de febrero de 2023. (40 min)
Entrevista Trabajadora social y Psicóloga “Grupo de Intervención con Drogodependientes”. (E. VII)	Fundación Atenea. C. Penitenciario Madrid VI.	Importancia y desarrollo del Programa de drogas en la Comunidad de Madrid.	1 de marzo de 2023 (60 min)

Cada una de las entrevistas se realizan en función de la necesidad de implementación de la información en cada uno de los capítulos del presente trabajo. Todos ellos, portan conocimientos, experiencias y formación sobre el ámbito de las drogodependencias dentro de los centros penitenciarios de España, para así establecer respuesta a las preguntas de investigación y elaboración de los resultados y conclusiones.

El fácil alcance a los profesionales me ha ayudado a la confección del trabajo, pudiendo alcanzar todos los objetivos planteados inicialmente.

## **6. PROCESO DE ABUSO DE LAS SUSTANCIAS:**

El abuso de las drogas supone hoy en día un problema complejo en la percepción social que se tiene acerca de ello, donde cada vez es más aceptado, normalizado e integrado en las vidas de las personas, sobre todo de los menores de edad en la sociedad Española.

Debemos partir de que las drogas son sustancias farmacológicas cuyas afectaciones directas actúan sobre el sistema nervioso central, produciendo efectos placenteros o buscados

(Ministerio de Sanidad, 2022). Este tipo de componentes produce sobre el sistema nervioso una actividad neuronal acelerada o su anulación, causando sobre el individuo patologías tanto mentales, físicas, como del comportamiento. En el caso de que este consumo se produzca en la etapa de infancia y adolescencia, el proceso de maduración del cerebro sufrirá una alteración, pudiendo aparecer o acelerar el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos. *“Es como si alteras el orden de las teclas de un piano (...), ¿Quién luego lo toca?”* (Entrevista IV) <sup>2</sup>

El uso o abuso de sustancias es clasificado según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como una enfermedad psiquiátrica dentro de los diferentes trastornos que existen. A partir de ella, se dan una serie de puntuaciones sobre las que versa la consideración de más grave o menos grave, que a su vez se ve cursada por algún otro trastorno mental, tales como depresión (18%) bipolaridad (5,6%) o esquizofrenia (5%), desencadenando lo que se denomina como patología dual (ESDIP, 2022; 10); (Entrevista IV).

Según UNODC (2018), la clasificación de estas se ha creado con la finalidad de generar medidas a nivel internacional para diferenciar sustancias ilícitas de aquellas con fines médicos. Desde la Convención Única de 1961, precedente del Protocolo de 1972, los estupefacientes se clasifican en función de la dependencia que estas generan de su uso indebido, siendo entendida como el conjunto de afectaciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales, de diversa intensidad, generando sobre el individuo la necesidad continua e incontrolable de su uso (OMS, 1964). Las drogas que son altamente adictivas y cuyo consumo es ilícito son por ejemplo, la heroína, la metadona y el opio. Este protocolo recoge en su 3 últimas listas las sustancias que son menos adictivas y su consumo está más regularizado al ser de uso médico, como podrían ser los analgésicos.

Poco después de su creación, en el Convenio sobre sustancias Sicotrópicas de 1971, se crearon cuatro listas más en las que se recogía el grado de afectación de las sustancias a la salud pública y la utilización terapéutica de estas. De manera gradual, se van reflejando en los diferentes apartados los riesgos de consumo de por ejemplo, el LSD o MDMA (éxtasis), que causan una grave afectación a la salud pública y cuyo valor médico es inexistente, sin embargo sustancias como las anfetaminas son clasificadas en su lista II al presentar un valor terapéutico moderado/bajo. Los barbitúricos y analgésicos tienen un mayor grado de aceptación en el área de la medicina pero cuya amenaza pública sigue siendo existente (UNODC, 2018).

---

<sup>2</sup> En la parte de anexos se encuentra la entrevista completa realizada al Director del Instituto de Estudios de las Adicciones – CEU.

Para la creación de un tratamiento acerca del consumo, debemos partir que desde el momento en el que el sujeto toma contacto con las drogas y las consolida en su vida, se dan diferentes fases sobre las que debemos hacer hincapié para comprender su proceso y crear un protocolo de actuación acorde. Desde este trabajo se pretende poner el foco en aquellos sujetos con un consumo crónico y necesidad de su tratamiento.

- FASE DE PREDISPOSICIÓN: Reúne los factores de riesgo y protección que pueden aumentar o reducir la probabilidad de consumo. Estas serán clasificadas en el próximo capítulo en individuales y socioculturales (Proyecto Hombre, 2019; Seguridad Pública, 2008).
- FASE DE CONOCIMIENTO: Existe un acercamiento en la vida del individuo a las sustancias, produciéndose así un conocimiento acerca de sus efectos psicoactivos (Proyecto Hombre, 2019; Seguridad Pública, 2008).
- FASE DE EXPERIMENTACIÓN O INICIACIÓN: Se producen los primeros consumos experimentales de carácter esporádico sin consecuencias negativas visibles en la persona y sobre la cual sigue existiendo un control pleno de sus acciones (Proyecto Hombre, 2019; Seguridad Pública, 2008).
- FASE DE CONSOLIDACIÓN: El sujeto comienza a dedicar recursos económicos para obtenerla de manera continuada, necesitando en el organismo la presencia de esta sustancia en cantidades marcadamente crecientes para la obtención del efecto deseado, dando así la denominada tolerancia (OMS, 2009). En este proceso se produce además del establecimiento de un consumo crónico debido a su exposición prolongada a la sustancia que produce efectos adversos para la salud (OMS, 2018), el individuo sufre cambios comportamentales que van en aumento, como el desarrollo de actividades delictivas con fines económicos de consumo (Proyecto Hombre, 2019; Seguridad Pública, 2008).

La impulsividad es uno de los factores desencadenantes de la exposición a estas sustancias, siendo un elemento de riesgo en el desarrollo de conductas violentas y agresivas. Además es considerado un factor de vulnerabilidad debido a la necesidad continua e incontrolable por parte del sujeto, a la experimentación de nuevas sensaciones (Rico, 2023).

- FASE DE MANTENIMIENTO O ABANDONO: El individuo es consciente de las consecuencias negativas que produce esa situación, siendo en este momento donde se desarrollan los programas de deshabitación para la eliminación o disminución de la dependencia y la recuperación física y mental del sujeto (Proyecto Hombre, 2019; Seguridad Pública, 2008). El síndrome de abstinencia aparecerá en el individuo como ausencia de la dosis necesaria. Todas estas actividades orientadas hacia la reinserción son comprendidas en la acción de los servicios sociales y sociosanitarios de la comunidad para su rehabilitación (Ley 5/2002, 27 junio).
- FASE DE RECAÍDA: Es una fase muy habitual en el proceso de aquellos sujetos que han querido abandonar su consumo, pero que posteriormente se han visto envueltos otra vez en ello (Proyecto Hombre, 2019; Seguridad Pública, 2008).

Según autores como Rico (2023), recaer en un hábito es fácil, se vuelve a empezar con un consumo “puntual”, desencadenando los efectos que este denomina como “Efectos de violación de la abstinencia”, produciendo en el sujeto sentimientos negativos de culpa, vergüenza, fracaso, etc., volviendo de nuevo a la pérdida de control. Por consiguiente, si esto no es frenado por el consumidor, el patrón principal de abuso vuelve a aparecer, siendo un proceso cada vez más largo, hasta que el sujeto vuelve a comprender los riesgos que esto supone.

Alguacil, como Director del Instituto de las Adicciones- CEU, en la entrevista esclarece que frecuentemente en todos los individuos que consumen, se dan estas etapas mencionadas, pero ha de tenerse en cuenta que cada uno de ellos, transita por estas de forma diferente. En las adicciones se dan tres factores correlacionales; propia sustancia, personalidad del sujeto y ambiente, las cuales interactúan, pero cuyo peso mayor reside en la calidad de la sustancia. Este lo ejemplifica con la heroína, siendo la más adictiva en cuanto a tiempo de consumo, creando en el sujeto una “dependencia física” con mucha rapidez y cuyo efecto de abstinencia se produce con facilidad.

Por lo que podemos concluir que sí existe un proceso por el que cada uno de ellos pasa y cuya importancia reside, no en saber y tener información acerca de que son las drogas, sino en la capacidad de cada uno de evitar esos primeros consumos y no apoyarse en la teoría de “por una vez no pasa nada”.

## **7. PERFIL HABITUAL DEL CONSUMIDOR:**

Para poder abordar este fenómeno de larga duración, es necesario la aplicación de conocimientos de la criminología en torno al origen y variables necesarias en la prevención y pronóstico, para un mayor cumplimiento de las normas regidas tanto en la propia Constitución Española como en el Reglamento Penitenciario.

Los datos epidemiológicos recabados por España durante los años 2013-2019, ponen en manifiesto que el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas al menos una vez en la vida, son producidas en su 93% entre los 15 y los 64 años, produciéndose un inicio temprano en el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco. (Informe OEDA, 2021; 30)<sup>3</sup>.

Podemos observar en la **Figura 1 (Anexos)** que el sexo predominante hacia el consumo temprano, es en hombres entre los 16,2 y los 21 años, a diferencia de las mujeres que su inicio en el consumo, es inferior en 0,75 puntos de media con respecto a los varones<sup>4</sup>. Podemos establecer que las drogas y su consumo prevalece en dominio de la masculinidad y cuyo inicio se produce en la adolescencia. Esta realidad social puede estar relacionada con la asunción de roles que la sociedad inculca, con la aceptación de riesgos por parte del sexo masculino, frente a las mujeres que se espera una mayor responsabilidad y falta de habilidades sociales. Con ello se esclarece que existe mayores niveles consumo de variedad de drogas por parte de los hombres. (Fundación Atenea, 2016).

Según el Informe Mundial sobre las Drogas (2016) en Molero et al. (2017), se recoge la visión global que se tiene acerca de los consumos en la actualidad, estableciendo consumidores ocasionales, habituales y con un mayor incremento de estos últimos hacia el policonsumo. Con diferencia del tipo de consumidor del que se trate, las circunstancias en el inicio del consumo son las mismas (INE, 2020).

Es destacable la presencia en el individuo de factores relacionados con la percepción de este sobre sí mismo, siendo esta inicialmente baja y deteriorada con el avance en el proceso de adicción, además de la sensación de invalidez y baja asertividad a la hora del desarrollo de competencias y toma de decisiones, como en el rechazo hacia su primer consumo (Giménez-Salinas, 2021). La búsqueda de sensaciones es otro elemento que he podido observar gracias a

---

<sup>3</sup> Informe del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2021- Gobierno de España

<sup>4</sup> Este dato ha sido obtenido a partir de la suma de cada una de las sustancias consumidas por ambos sexos y comparado la edad media total de ellas.

la implicación que tengo con el colectivo, escuchando diferentes discursos de individuos que comenzaron su consumo por la búsqueda de nuevos efectos que en su día a día no encontraban, sin la implicación que esta conllevaba sobre los riesgos.

La elevada divulgación sobre las expectativas positivas con el inicio en el consumo de drogas, cada vez está más visibilizado, produciendo una mayor propensión hacia el consumo, además de consecuencias agradables como la mejora de las habilidades sociales y la eliminación de la importancia de todas aquellas repercusiones que sean a largo plazo (Giménez- Salinas 2021).

Según Giménez- Salinas (2021), todos estos factores individualmente no generan un cien por cien de probabilidad de que una persona durante su etapa de crecimiento, tenga que desarrollar estas conductas, sin embargo, si aparecen vinculadas con aquellas que engloban su contexto social/ familiar, la probabilidad es aún mayor. Existe una prevalencia de estas conductas cuando el contexto familiar presenta una cohesión baja, con ausencia de control, relaciones de conflicto y observación de conductas de consumo en familiares. Los factores relacionados con el grupo de iguales generan en la etapa adolescente una mayor influencia que la familiar, siendo esta decisiva en este tipo de conductas, por lo que, sí son aceptadas por el entorno social, existe una mayor propensión hacia la necesidad de aprobación del grupo.

Tras este breve análisis sobre el perfil del sujeto que se inicia en el consumo, es fundamental estudiar el colectivo de individuos drogodependientes que entran en prisión, para su clasificación y vinculación con los factores presentados anteriormente. Antes de ello, esclarecer, que ha existido una evolución sobre esta población sufrida en las diferentes etapas de expansión del consumo, expuestas en un posterior apartado.

Desde la Asociación “Red Araña” (2016) dedicada entre otras, a la mejora de la empleabilidad de personas con drogodependencias una vez producida su salida de prisión, se desarrolló un estudio acerca del perfil de estos, estableciéndose como “grupo social Heterogéneo”, en su gran mayoría formado por hombres ya que las mujeres solo alcanzan a representar el 4,7% del total de internos con problemas de adicciones. La nacionalidad Española tiene una gran preponderancia en los resultados obtenidos, siendo estos 8 de cada 10 (p. 34). Asimismo, la variable sociodemográfica en cuanto a la edad media de los internos españoles en este Informe de 2016 y otro aportado por el Gobierno de España acerca del *Estudio sobre la Situación de las personas con problemas de drogas en prisión*, establece la media entre los 34 y los 37 años (UNAD, s.f; 39).

Se arrojan datos que muestran que el 40% de los reclusos drogodependientes cumplen su primera condena en prisión a diferencia del resto que han unido con ella otra, siendo estas en su medida de al menos 4 años y medio. Estos delitos en su mayoría son de carácter no violento. Por otro lado, el perfil educativo en el que se establecen la mayoría de estos individuos antes de ingresar en prisión, es de carácter bajo, con el 43% de ellos con Estudios Primarios incompletos, el 44% únicamente con Estudios Primarios y solo el 11% con Estudios Secundarios. (Asociación Red Araña, 2016; 36). Esto está asociado al factor de bajo rendimiento escolar en la etapa adolescente, llegando incluso a abandonarlo antes de la edad establecida por Ley. Asimismo, estos niveles bajos de estudio viéndose incrementado por las graves consecuencias de salud acarreadas por el consumo continuado, añade la dificultad del acceso de estos al ámbito laboral o formativo, durante su etapa adulta, tanto dentro como fuera de los Centros Penitenciarios.

Por último, se asocia a este tipo de perfil la existencia y prevalencia del padecimiento de trastornos mentales, siete puntos por encima de la población general, tras un consumo continuado, como es la personalidad paranoide, límite y obsesivo-compulsivo. (Del Moral y Lorenzo, 2017; DSM-5; 2014; Regier et al. 1990).

Por todo ello, todos los factores recogidos en este apartado tienen una gran influencia en el desarrollo del individuo además del inicio en el consumo, visto en los perfiles estudiados de aquellos que han cometido delitos de diferentes caracteres pero con la peculiaridad de ser consumidores en su entrada a prisión. Para su análisis y tratamiento en base a los programas de drogodependencias, se debe hacer un inciso en todos ellos, además de en el nivel de consumo de cada uno de los internos.

## **8. RELACIÓN DELITO VS. CONSUMO:**

La complejidad en el abordaje del análisis relacional entre el consumo de drogas y la comisión de delitos, reside en el estudio bidireccional de ambas, con la dificultad de establecer cuál de estas es el desencadenante de la otra. Es una tradición de larga duración donde diferentes estudios británicos y estadounidenses, establecen con ayuda de datos empíricos que existe una tendencia de asociación positiva entre drogas-delinuencia, pero sin avance sobre la dirección que tomar en dicha relación. (International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2009).

En España se desconoce la influencia que la droga tiene sobre la delincuencia o viceversa desde el campo criminológico. Es por ello, que el punto de partida debe producirse desde el análisis tanto de la droga como de la delincuencia, indiferentemente de la relación causa-efecto, a partir de la existencia de características comunes de ambas, para su posterior abordaje relacional. En primer lugar, el incremento de ambos fenómenos con respecto al año anterior (2019), en casi un 4% en relación a la tasa de criminalidad y 8,8% en relación al consumo. Se debe señalar que este incremento de ambos aspectos, ha afectado mayormente a la población joven, además de que los dos comportamientos son tipificados como conductas desviadas en el ordenamiento jurídico Español, siendo estas elementos conflictivos en el constructo social (International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2009 citado por Gómez, 2015).

Dado que es imprescindible abordar este fenómeno relacional, desde este apartado se pretende hacer una visión desde las diferentes hipótesis planteadas en estos estudios desarrollados para abordar visiones que ayuden a establecer una mejor dirección en las intervenciones de carácter asistenciales desde los centros penitenciarios (International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2009).

La primera hipótesis abordada es que *“El consumo de drogas desencadena la delincuencia”*, la cual se puede considerar aceptable a través del análisis de tres de sus dimensiones, siendo la primera de ellas, aquella donde la necesidad económica es la principal causante de su existencia. Esta dimensión refleja el coste que lleva al adicto a mantener el nivel de consumo, a la realización de delitos que le proporcionen ingresos para su adicción. (Harrison et al. 2000;648) La segunda dimensión recoge que aquellos efectos producidos a corto y largo plazo por las drogas, incrementan la posibilidad de que el individuo participe en actividades de carácter delictivo. Por otro lado, la tercera dimensión es aquella por la que el sujeto comete delitos contra la legislación vigente en el territorio en materia de drogas. Estas son recogidas en los artículos comprendidos entre el 368 al 377 del Código Penal, en el que se castiga a todo individuo que cultive, elabore o trafique drogas si la cantidad es significativa, con penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor del objeto de delito que causa daño a la salud; o prisión de uno a tres años en los demás casos. Es importante comprender que nuestro Código Penal no castiga el consumo individual en los casos en los que no se ponga en peligro la salud pública (Ley Orgánica 10/1995, 23 noviembre)<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Fuente: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

La segunda hipótesis recogida es que *“la delincuencia lleva a la drogadicción”*, partiendo de que el sujeto produce sus primeros consumos en un estado avanzado del historial delictivo, pero que con el goteo continuo del submundo de la droga, afectada también por esos factores de riesgo individuales como la inestabilidad o la inclinación hacia la trasgresión de las normas, hace que el sujeto añada a su historial el consumo como forma de conducta. *“Por tanto la adicción a la droga no es más que una prolongación de la conducta desviada”*(International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2009; 650). Sobre esta hipótesis se apoyan la mayor parte de los datos empíricos para establecer cuál es la conducta principal. Delgado et al. (1999), analizan la temporalidad que se produce desde el inicio en la actividad delictiva con el consumo, independientemente de la sustancia toxicológica (estimulantes, depresoras, alucinógenas, etc).

Otros autores generan una tercera hipótesis donde *“No existe relación causal entre el consumo de sustancias tóxicas y la delincuencia”*, sobre la que parten ideas de que su existencia es la interrelación de determinantes comunes a los que los sujetos están expuestos en su vida asocial pero que cuya relación entre drogas y delincuencia, si se diera, sería accidental (International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2009; 650). Así pues, diferentes estudios llevados a cabo en el territorio Español (Galicia), sobre población general consumidora de tabaco, alcohol, marihuana u otras drogas ilegales de carácter ocasional y con conductas disruptivas poco frecuentes, se obtienen resultados que dan cuenta de que ambos fenómenos comparten variables de riesgo tanto de carácter personal como del propio entorno durante la etapa de crecimiento adolescente, y por tanto *“responsables de esta única relación”*. Sin embargo, esta conjetura obtiene únicamente resultados favorables que la sustentan, en aquellos estudios desarrollados en jóvenes adolescentes, y sobre la cual, para su aceptación global, sería necesario su examinación en otras etapas de edad, pero cuya insuficiencia de datos empíricos lo dificultan. (Otero- López. 1999).

### **Tipología de delitos en relación con el consumo de drogas:**

Desde una visión sobre la comisión de delitos de aquellos internos con penas relacionadas con las drogas, existen diferentes tipos que han de ser tenidas en cuenta para su estudio relacional.

- **DELINCUENCIA INDUCIDA:** son delitos cometidos bajo los efectos directos o indirectos de la droga ingerida. Se ha esclarecido que la ingesta de sustancias nocivas

produce en el organismo alteraciones de la propia conciencia de carácter temporal, además de las producidas durante el abandono del consumo, “*Síndrome de abstinencia*”. Esto se asocia a delitos con un mayor uso de violencia, impulsividad y falta de autocontrol. (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri. 2010; 49).

Las conductas agresivas aumentan con drogas como las anfetaminas, alucinógenos o cocaína, donde pueden desencadenarse por la intoxicación del sujeto o por el desarrollo, episodios paranoides o de delirium, disminuyendo la capacidad de la atención durante un tiempo determinado (Gómez, 2015; Muñoz, 2014). La originalidad de los delitos comprendidos en este apartado engloba desde aquellas producidas hacia las personas, ya sea de índole sexual, lesiones u homicidio, como hacia la seguridad vial o la propiedad (Gómez, 2015).

- DELINCUENCIA FUNCIONAL O INSTRUMENTAL abarca aquellos delitos dirigidos a la continuación del consumo y la eliminación de los síntomas de la abstinencia. (Esbec, 2016)

Reúne diferentes tipologías de delitos en función de su naturaleza; contra el patrimonio a través de robos; tráfico de droga en pequeña escala, producida por el toxicómano para conseguir correspondientes dosis; contra el orden público, con agresiones a los policías; o tenencia ilícita de armas, para la perpetración del delito. (Gómez, 2015; Muñoz, 2014).

- DELINCUENCIA RELACIONAL: Agrupa los delitos cometidos por consumidores cuyo objetivo es “autoabastecerse” y solventar deudas económicas gracias a la venta de materiales u objetos robados. Comprende delitos como las estafas, blanqueo de capitales, coacciones, homicidios, etc. (Gómez, 2015).

Se puede esclarecer que, más de la mitad de los penados que están en prisión, son por delitos cometidos contra el patrimonio y el orden socioeconómico, alcanzando 126.673 delitos ya penados, siguiendo los delitos contra la seguridad colectiva, con 110.186 delitos, dentro de la cual se contempla los delitos de salud pública, siendo de los más elevados (*Instituto Nacional de Estadística del año 2021*).

## **Responsabilidad penal del consumidor:**

Como se ha incidido, la capacidad de comprensión del efecto de la conducta del sujeto, se ve afectada independientemente de la sustancia de consumo, a razón del debilitamiento de realizar una reflexión adecuada, además de la incidencia sobre la capacidad volitiva. Esta es entendida como la limitación del control de la voluntad del sujeto en la ejecución de los actos sin presencia de inhibidores. Sin embargo, ante esto se presentan problemas jurídico-penales cuando estas acciones provienen de drogodependientes, cuyo consumo es abusivo y con evidencias de dependencia física y/o psíquica. En aquellos casos de consumo experimental u ocasional, no existen problemas en el establecimiento del grado de responsabilidad. (Muñoz, 2014).

Tras la modificación del Código Penal en 1995, se introducen nuevas modificaciones en artículos como el 20.2, en el que se incluye la eximente de intoxicación y síndrome de abstinencia, sin distinción del tipo de sustancia, dependiendo de los efectos que estas producen en las capacidades volitivas e intelectivas del individuo, haciendo que se exima su responsabilidad criminal. Excluye en el artículo 20.1 aquellas situaciones en las que el sujeto padeciera un trastorno mental transitorio provocado por este para la comisión del delito previsto con anterioridad (Ley Orgánica 10/1995, 23 noviembre).

Para que se pueda establecer como eximente completa la jurisprudencia redacta los siguiente requisitos: (Muñoz, 2014; 13)

- Requisito Biopatológico: Toxicómano cuya dependencia requiere de una intoxicación grave.
- Requisito psicológico: Se ha producido una afectación de las facultades mentales y comprensión de los hechos.
- Requisito Temporal: La afectación psicológica debe haber concurrido en el momento de la comisión, o actuar bajo los efectos del síndrome de abstinencia.
- Requisito Normativo: influencia en la apreciación mental del sujeto.

En aquellos casos en los que no se obtengan las circunstancias anteriores, el sujeto verá su responsabilidad criminal atenuada y penada bajo el artículo 21 del CP, ya sea por mera adicción, sin producirse identificación de anomalía, intoxicación o alteración mental (Ley Orgánica 10/1995, 23 noviembre; Muñoz, 2014).

Desde los juzgados de Instrucción de Madrid (Plaza Castilla), hace 25 años se creó el Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información y Atención a Drogodependientes (SAJIAD), con el objetivo de facilitar en estos casos de responsabilidad penal, orientación en la decisión del desarrollo de alternativas al cumplimiento de las penas privativas de libertad en el caso de requerirlo. Además los drogodependientes y familiares podrán optar al servicio de información y atención (Ayuntamiento de Madrid 2018; SIAD 2014). Su relación con Instituciones Penitenciarias versa sobre la posibilidad de estos de solicitar informes una vez que este ha ingresado en prisión y también de los profesionales responsables de los programas de drogodependencias.

## **9. IMPACTO DE LAS DROGAS DENTRO DE PRISIÓN DESDE UN ENFOQUE CRIMINOLÓGICO:**

Las drogas en prisión han estado y están a la orden del día, tanto en el tráfico como en el propio consumo, viéndose así parcialmente mermada la posibilidad de su erradicación total. La observación de estos centros muestra “el reflejo de una sociedad consumidora”, donde la drogodependencia no sólo lleva a complicaciones sociales, sino además a problemas jurídicos y penales.

Desde la visión criminológica del fenómeno, partiendo del estudio de esta desde la prevención y pronóstico de su desarrollo dentro del marco penitenciario además del estudio previo del perfil del interno consumidor en prisiones y los factores precipitadores para tales acciones, debemos ahondar en su abordaje desde el propio origen de su entrada en las cárceles españolas. Es necesario remontarse a principios de los años setenta y ochenta para entender el impacto que estas han generado hasta hoy en día. Con la finalización de la dictadura y la entrada de nuevas libertades e introducciones de todo lo nuevo con el desarrollo de la Democracia, aparte de aspectos favorables, también produjo el acceso directo hacia la obtención de estas sustancias con mayor facilidad, siendo la heroína la más demandada para el consumo y venta hasta los años 90 (Proyecto Hombre, 2021).

Los fenómenos de consumo dentro de las prisiones han ido variando en función del acceso de estas a los interiores. El impacto sanitario que éstas produjeron en los años ochenta y noventa fue evidente debido al efecto causado por la inyección de drogas en vena generando una rápida expansión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), o Hepatitis C (VHC), ante lo cual se desarrollaron mucho después, metodologías de cambio en las formas de intervención para la disminución de estas conductas dentro de los propios centros, además de

en la propia sociedad. Esto ha tenido un gran impacto, visible actualmente en el funcionamiento de las prisiones del territorio. (De la fuente et al; 2006).

El máximo nivel de consumo de heroína en el territorio Español, se produjo en la primera mitad de los años ochenta, aunque su visibilidad fue con posterioridad hacia principios de los noventa, siendo esta la principal causa de muerte en jóvenes. En los años 1991-1992 se alcanzaron las cifras máximas de sobredosis dentro de las prisiones, además de otras actividades relacionadas con el consumo, como la utilización de métodos poco higiénicos (De la fuente et al; 2006).

Desde la experiencia de un expresidiario y drogodependiente de los años 80 y 90, he podido corroborar por medio de una entrevista, la difícil situación a la que España tuvo que enfrentarse por la falta de control en las prisiones, donde era evidente que el preso mandaba por encima de la propia ley establecida, creando un clima de conflicto continuo, peleas e incluso “ajustes de cuentas”. El entrevistado recalcó, que la falta de avances tecnológicos a comparación de ahora, les permitía el traspaso del exterior de sustancias principalmente consumidas, como la heroína, hachís o alcohol, en métodos como el traslado de la ropa de lavandería a las celdas, por la cocina o de los propios funcionarios coaccionados por otros internos... además de la introducción de instrumentos de violencia, como navajas, cuchillas, pinchos, etc. Era evidente, que lo referido al control por parte de las instituciones era nula, por la falta de creación de estos programas en referencia al uso responsable de las jeringuillas, metadona y la propia higiene, haciéndome consciente de que su desintoxicación era individual, “*cada uno hacía lo que podía, otros no pudieron*”. La droga fue vista por estos como forma de supervivencia y evasión (Entrevista II)<sup>6</sup>.

Sin embargo, él pudo ver y ser partícipe dentro y fuera de prisión, del cambio que se produjo a partir de 1985 con la entrada del Plan Nacional sobre Drogas (PND), ante la situación que acontecía, contribuyendo así a estructurar programas de atención. La entrada de los tratamientos de mantenimiento con metadona vinieron más tarde cuando la oleada estaba disminuyendo en 1992, pasando desde entonces a ser uno de los factores de reducción de las tasas de sobredosis o muertes dentro de las prisiones e de igual manera, del corte en la expansión de la infección por VIH gracias al intercambio de jeringuillas (De la fuente et al; 1995). En este momento, el abordaje de este problema social abarcaba solo el aspecto biosocial del trastorno, siendo inexistente el estudio sobre el área psiquiátrica, sobre lo cual H.S ratificaba

---

<sup>6</sup> En la parte de anexos se encuentra la entrevista completa realizada al expresidiario y drogodependiente de los años 80-90.

su visita al médico como meramente de control de enfermedades físicas causadas por el consumo (Entrevista II).

El PND de 1985 estableció una estimación media de la evaluación del número de consumidores de drogas en la población general. Según las investigaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social y Cultura, las cifras oscilaban entre los siguientes números (**Figura 2, Anexos**) en los que se refiere a las drogas vigentes. Se observa un aumento en la estimación media del consumo de sustancias como la heroína y el cannabis fuertemente arraigadas en años posteriores. Además del estudio de estos sobre la estimación del número de consumidores en prisiones en los años 80 y 90, siendo estos alrededor de unos 20.000 internos.

Tras la implementación de este Plan en el ámbito penitenciario, la transformación en el desarrollo de la vida carcelaria fue evidente y reflejado en la historia de este, gracias a la creación de talleres educativos, laborales, otros específicos hacia los consumidores... con la finalidad de evitar que esa violencia encarnada en la subcultura carcelaria aumentara y que el trato entre funcionario-profesionales e internos fuera más equitativo.

A partir de mediados y finales de los noventa, la nueva sustancia de consumo fue la cocaína, demandada por la mayor parte de la población general como penitenciaría, junto con el cannabis. Los métodos también evolucionaron, dejando a un lado las inyecciones para ser fumada o esnifada en base, además de las composiciones de estas, pasando de ser tan puras a estar mezcladas con otras sustancias o componentes que las hacen más adictivas y más perjudiciales para la salud. (De la fuente et al; 2006).

Haciendo una visión al contexto actual, podemos evidenciar que ni el consumo ha sido erradicado de manera completa ni la violencia ha desaparecido, sino que las formas de consumo han ido variando, las formas de su introducción siendo más difíciles y el control de los implicados siendo mucho más directo. La drogas ilegales vistas hasta el momento en el ámbito Español, véase heroína y cocaína, han pasado a ser drogas de segundo plano, traspasadas por aquellas denominadas de uso recreativo, principalmente cannabis, éxtasis o fármacos, actualmente como drogas más consumidas en ámbitos como la población general y la penitenciaría. (De la fuente et al; 2006).

En 2019-2020, la sustancia más consumida por la población general española en los últimos doce meses, siendo esta de 47, 4 millones de habitantes (INE; 2020), fue el cannabis, con un

porcentaje del 10,5%, siguiéndole la cocaína con un 2,5% (Ministerio de Sanidad;2021; 31). Sin embargo, desde la observación de los Centros Penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado, con 54.000 aprox. de internos (SGIP, 2020; 3), en los últimos 12 meses estando en libertad, el porcentaje de consumo es más elevado en relación a la muestra seleccionada, destacando de igual forma el cannabis y la cocaína, 43,2% y 30,24% respectivamente. Sobre los diferentes Informes de la Red Europea de Servicios de Drogas en Prisión (ENDSP), se establece que el 46% de los internos que ingresan, son drogodependientes antes de su ingreso, pero cuyo enganche es continuado una vez dentro y tan solo entre el 3% y el 25% se inicia dentro de prisiones (2006; 18).

Erróneamente, como población creemos que el problema del consumo masivo y su aumento está resuelto una vez analizado el meollo del problema y la implementación de programas específicos de carácter biologicista, o que no es meramente preocupante para la sociedad en conjunto... pero estamos equivocados. Las drogodependencias pasaron a ser consideradas como enfermedad mental, con la potenciación de los tratamientos psiquiátricos no desarrollados con anterioridad y un mayor nivel de trastornos por adicción.(Proyecto hombre; 2020).

Desde la observación de las complicaciones que llevan al individuo a estar privado de libertad y el padecimiento de un trastorno por abuso de sustancias, debe de comprenderse y analizarse desde la oportunidad. Una oportunidad de abordaje y tratamiento en individuos con imposibilidad muchas veces, de acceso a ellos en el ámbito externo, pero que por esas circunstancias que le engloba, es posible un acción directa desde los propios centros penitenciarios.

## **10. FORMAS DE ACTUACIÓN EN ENTRADA DE SUSTANCIAS TÓXICAS AL CENTRO PENITENCIARIO:**

### **Derechos y deberes de los internos:**

Uno de los problemas de la existencia y entrada de drogas a prisión, está en las limitaciones a las que se enfrenta la Administración debido a la obligación de respetar los derechos de los internos, generando una controversia entre las actividades para la detección de estas sustancias y protección de la salud y seguridad, además del objetivo de la reeducación y reinserción.

Durante su estancia en el Centro Penitenciario, tienen la obligación de llevar a cabo deberes que difieren de los del resto de la sociedad por su limitación en sentido a la ley penitenciaria, a la vez de su obtención de sus derechos constitucionales, estableciendo así que “*el recluso, no ha quedado excluido de la sociedad, sino temporalmente apartado de la misma*” (Rodríguez, 1996; 111).

En consecuencia, el *artículo 25.2 de la Constitución Española* reconoce los derechos de los presos, referidos al momento de su ejecución de la condena, mencionando algunos de ellos, como el derecho a la vida e integridad física, la cual requiere una mayor protección en estos establecimientos, debido a la existencia de una mayor propensión a la violencia. La legislación también considera el derecho al honor, dignidad e intimidad de la persona en su *art. 18 de la CE*, tomando de igual forma una mayor relevancia en dichos centros (Rodríguez, 1996).

Los derechos que únicamente atañe a los internos en el ámbito penitenciario, son aquellos derivados del régimen o del tratamiento, siendo este primero el fundamental para este apartado. Los derechos derivados del régimen, se establecen desde el momento en el que este ingresa en prisión, siendo informado por escrito de sus obligaciones y derechos, del régimen a seguir, además de normas disciplinarias y medios por los que defenderse. Asimismo se resalta como fundamental en su conocimiento, la obtención de permisos de salida para seguir teniendo contacto con el mundo exterior y mantener comunicaciones y visitas con el entorno, recogido en el *art. 47-48 y art. 51* respectivamente, de la *Legislación Penitenciaria*. La concesión de permisos conlleva una serie de riesgos, sobre los cuales los profesionales y funcionarios deben de tener en cuenta en qué momento se les conceden, cuyas acciones principales son como por ejemplo, el quebrantamiento de la condena, comisión de un nuevo delito o la ejecución de conductas referidas a la reiteración en el consumo de sustancias. (Rodríguez, 1996).

### **Modos de entrada de las drogas en prisión:**

Una vez establecido el marco de actuación de los trabajadores en función a los límites que estos presentan, se pretende hacer una visión de las diferentes vías de acceso o facilitación de drogas en los centros penitenciarios, centrándonos en aquellas más conocidas y habituales, pero también en sus nuevos modos, alcanzando así una visión más completa del consumo y manejo dentro de los establecimientos penitenciarios. Es necesario conocer el marco legislativo desde el que parte la regulación de los centros, estableciendo en su *artículo 51* del Reglamento Penitenciario de 1996, aquellos objetos no autorizados a su introducción en las instalaciones, tanto por internos como por familiares, recogiendo así todo aquello que puedan generar peligro

para la seguridad, convivencia y salud (drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas).

Es primordial referir que la entrada de estas sustancias u objetos no autorizados, es por la comunicación que se produce con el exterior cuando estos desarrollan su derechos fundamentales como presos, pero que evidentemente son derechos con un mal uso, por lo que puede, que en ciertas ocasiones se vean afectados por limitaciones. Como se ha establecido anteriormente, todo interno tiene derecho a comunicarse con sus allegados ya sea de forma telefónica, escrita o meramente con los abogados, las cuales serán llevadas a cabo mediante el principio de intimidad y proporcionalidad. La legislación penitenciaria permite que se produzcan intervenciones en las comunicaciones de los internos con condenas por delitos de terrorismo, con intervención acordada previamente con el juez (Carrasco, 2016).

Con la posibilidad para la ampliación de conocimientos en este apartado, he podido contar con la participación de Víctor, funcionario de prisiones del Centro Penitenciario Madrid II, el cual me ha generado una visión mucho más amplia de la actuación por parte de los funcionarios en la detección de drogas.

Los Centros Penitenciarios españoles cuentan con diferentes áreas donde los internos desarrollan sus comunicaciones telefónicas, con una serie de cabinas individuales, o comunicaciones verbales, aquellas desarrolladas por cristales con la familia o los abogados. Además de que los centros cuentan con espacios o incluso módulos separados, expresamente con la finalidad de adecuar las visitas familiares e íntimas para todo aquel que no disponga de permisos de salida, de modo que pueden solicitar esta última, una vez al mes (Entrevista III)<sup>7</sup>.

En los “vis a vis”, los funcionarios de prisiones deben de cerciorarse de que el familiar del interno no porte ningún paquete o bolso, y en caso de requerirlo, se llevaría a cabo controles y registros, siempre y cuando existan evidencias más que suficientes para su desarrollo conforme al *artículo 69 del Reglamento Penitenciario de 1996* (Entrevista III).

Este afirma que *“la mayor parte de la introducción de drogas en las prisiones se producen bajo el desarrollo de estas comunicaciones, a pesar de la existencia de controles exhaustivos”*, pero que aparece coartada por la violación de derechos a la intimidad de los internos e incluso de los propios familiares (Entrevista III). Aquí entra la controversia de la que anteriormente

---

<sup>7</sup> En la parte de anexos se encuentra la entrevista completa realizada al Funcionario del Centro Penitenciario Madrid II.

hacía mención. Los propios centros basan su función de proteger a los internos, a través de mecanismos de detección de sustancias portadas en el interior del cuerpo con desnudos integrales. (art. 68.2 del Reglamento Penitenciario de 1996), generando en muchas ocasiones la imposibilidad de su desarrollo por el acogimiento del interno a su derecho a la intimidad. Por ello, tras el cuestionamiento de los límites existentes en torno a los derechos humanos, es evidente que la utilización de nuevos métodos como los Rayos X para su detección, han tomado gran relevancia en el ámbito penitenciario (Entrevista III).

La exploración radiológica dio comienzo como una forma de actuación del Plan de Intervención sobre drogas, garantizado una mayor seguridad y efectividad en los cacheos sobre aquellos en los que existía indicios de portar. Esta efectividad es constatada por él durante la entrevista, estableciendo que “*2 de cada 3 internos*” sobre los que se sospecha que portan en su interior alguna sustancia nociva, con este tipo de métodos es observado y dirigido a una celda preventiva hasta la expulsión de toda la cantidad portada para después su correspondiente sanción. Sin embargo, en los casos de familiares que sean portadores, se les denegará la entrada en el centro, además de ser puesto a disposición judicial por constituir un delito contra la salud (Entrevista III).

Instituciones Penitenciarias en 2019, estableció en las prisiones sevillanas un nuevo método de seguridad para la obtención de una disminución en el número de muertes en prisiones por drogas. Para ello, se generó una campaña de concienciación a familiares de población reclusa a través de imágenes y frases que muestran el final de los consumidores “*Si pasas droga en prisión, tu próxima visita podría ser el cementerio*”. Esta campaña ha sido dirigida por Seguridad, Sanidad y Tratamiento del centro penitenciario además de la necesidad de ayuda por parte de las Administración Penitenciaria para el alcance de su labor reintegradora (Diario de Sevilla, 2019).

Otra forma de introducción es debida a los permisos de salida de aquellos internos clasificados en segundo o tercer grado, con el cumplimiento de la cuarta parte y cuya actitud sea favorable al buen uso de esta (Carrasco, 2016). Si su desarrollarlo es inadecuado, el propio Reglamento en su *artículo 102. 5 f)* establece que el interno podrá ser clasificado de nuevo según la concurrencia de factores como la posesión de sustancias psicoactivas, cuya finalidad es meramente de traficar con ellas dentro del centro. Esta será considerada una falta grave del artículo 109 f) e i) del Reglamento Penitenciario de 1981 en relación al artículo 233, viéndose así como un delito contra la salud y tráfico de drogas por el caso de poseer objetos tipificados

como prohibidos o consumo de forma clandestina, a los cuales se les incorporará a la condena, sanciones tales como, *“sanción de aislamiento en celda de seis a catorce días de duración”* o *“sanción de aislamiento de hasta siete fines de semana”*.

El envío o recibimiento de cartas o paquetes, es otra de las formas habituales de su entrada, aunque bastante más accesible en el caso de su clasificación por parte de los funcionarios, los cuales deben de manipularlo y procesarlo por el escáner para ver el contenido de esta, además de su inscripción en el Libro correspondiente, dejando constar el contenido de este, además de la identidad del receptor y del que lo entrega. Sin embargo, el propio escáner es insuficiente para su detección, debido a que las formas de introducción en esta tipología de comunicaciones es cada vez más diversa, viéndose en algunas situaciones, paquetes con ropa u otros utensilios impregnados de droga e incluso con envoltorios que impiden su detección a simple vista pero cuyas sospechas existen, por lo que se utilizan otros mecanismos como perros adiestrados para la detección de sustancias (Entrevista III).

Desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2023), se ha dado a conocer la existencia en 23 centros penitenciarios de España el establecimiento de una unidad canina propia como forma de prevención en la entrada y consumo de drogas. Se pretende contar con doce equipos cinológicos, distribuidos por lugares como Las Palmas II, Madrid VII, Valencia, etc. En 2022, las unidades caninas pudieron alcanzar casi el 60% de la entrada de sustancias como cannabis, cocaína y heroína en los primeros diez centros donde tuvieron su desarrollo principal (Ministerio del Interior, 2023).

Actualmente, tras el gran avance tecnológico y la gran capacidad de invención que algunos desempeñan para este tipo de actividades ilícitas, se han detectado un aumento de casos en el uso de dispositivos electrónicos como RPAS (drones). Esta se hace de difícil acceso en las “prisiones tipo”, debido a su edificación y localización. (Carrasco, 2016). Desde Instituciones Penitenciarias se pretende extender la utilización del sistema de detección de drones que ya permanecen en alguno de los Centros del territorio, asimismo del reforzamiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado encargadas de velar por la seguridad del perímetro exterior de las prisiones y su posible actuación para su derribo (González, 2018).

## **11. CREACIÓN DE MÓDULOS UTE:**

En concordancia a la legislación oficial que rige la materia penitenciaria en el Estado Español con respecto a la acción reeducadora y resocializadora, es destacable resaltar la participación y creación de los modelos alternativos dentro de la prisión, siendo un espacio donde poder construir y reconstruir aspectos más éticos y humanizadores con el objetivo de proporcionar cambios sociales en virtud a una vida fuera de prisión más cívica (art. 66 LOGP).

El educador Faustino García y la trabajadora Social, Begoña Longoria, ambos trabajadores en la Prisión de Oviedo (Villabona), lanzaron esta propuesta como alternativa de intervención para años después la creación de “espacio libre sin drogas” en 1994. Con la observación de los resultados favorables, se ha generado que se pueda desarrollar dentro de la prisión un clima acorde y aumento de la participación de los internos en su propio tratamiento, dando así la consolidación y desarrollo del sistema actual penitenciario, con las Unidades terapéuticas y educativas (UTES). (García y Longoria; 2014).

Este modelo ha ido ganando terreno a lo largo de su desarrollo, dejando a un lado el modelo tradicional para ofrecer un tratamiento basado en el concepto de conducta como una conexión entre aspectos situacionales y personales, siendo la unidad desde la que contemplar el cambio. Su objetivo principal parte del desarrollo del interno por medio de procesos educativos que permitan obtener una mayor conciencia y estandarización para la consecución de una reinserción gracias a los recursos terapéuticos tanto dentro como fuera del contexto actual de estos, además del respeto de la ley penal vigente (LOGP 59.2) (Rodríguez et al, 2014). Asimismo de la implementación de una serie de derechos y obligaciones, entre los que es destacable aspectos como la desintoxicación y deshabitación de aquellas personas afectadas por el consumo de alguna sustancia tóxica, así como la necesidad de adquirir mecanismos y actitudes que ayuden a la mejora del cambio y abandono de las conductas delictivas (Espinoza et al, 2015).

Gracias a la intervención de agentes como el sistema de justicia por la inclusión de modelo como aspecto resocializador; el subdirector de tratamiento como responsable directo de la UTE; el coordinador de la Unidad, además de los internos, la sociedad en su conjunto y los propios profesionales que se encuentran en el terreno de la intervención penitenciaria... Se puede decir que todos ellos forman, un elemento fundamental para la consecución de resultados

favorables (Art. 115 del R.P)<sup>8</sup>. Estos últimos mencionados forman parte del equipo terapéutico multidisciplinar, con profesionales como educador social, trabajador social, psicólogos, monitor/ tutor y diferentes funcionarios. (SGIP, 2014).

En relación a esto, desde el Centro Penitenciario Madrid VI, pude hacer una entrevista informal a la monitora deportiva del centro y tutora del módulo UTE, donde me destacó la gran labor llevada a cabo por cada uno de los integrantes de la Junta de Tratamiento con funciones como la especificación de programas especiales dirigidos al tipo de perfil que existe dentro de este módulo, además de integrar y conocer a los internos que ingresan. La periodicidad de las reuniones entre los profesionales depende de la urgencia en mayor medida, pero como régimen a seguir, se dan dos o tres reuniones mensuales, estableciendo así una buena relación multidisciplinar en la diversidad de trabajo e implicación (Entrevista I)<sup>9</sup>.

La nueva vida dentro del módulo UTE comienza con el acompañamiento por parte del “interno de apoyo”, el cual desempeña su función de forma voluntaria para la incorporación favorable de éste, a través del cumplimiento de las normas con la firma de un contrato (sin valor legal). Tras esta primera fase, debe asumirse la responsabilidad de sus acciones que le han llevado a esta situación, con el propósito de eliminar esos hábitos comportamentales de evasión hacia agentes externos. Cuentan con apoyo en aspectos educativos/ formativos, de salud, actividades cotidianas, familia y de comunidad. De manera progresiva se va incrementando la participación del interno hasta la asimilación de elementos favorables al desarrollo de una vida lícita fuera, abandonando la subcultura carcelaria (Espinoza et al, 2015). Por ello es importante y destacado por la profesional, el mantenimiento del cambio observable para la derivación a las denominadas Unidades Extrapenitenciarias que más tarde explicaré (Entrevista I).

Como profesionales, se encuentran con situaciones en las que el interno de este tipo de módulo en una de sus salidas, ha vuelto a consumir algún tipo de sustancia. Antes de su contacto con el exterior, deben realizarse pruebas reactivas para esclarecer si se ha producido un consumo esporádico en prisión en los 10 días anteriores a su salida, además de otra tras su vuelta al módulo, siendo esta no informada al interno. En el caso de existir un porcentaje mínimo de consumo en dicha prueba, la medida tomada se basa en la salida inmediata del módulo UTE, además de sanción con la finalización de permisos de salida durante el tiempo estimado por la

---

<sup>8</sup> Fuente: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/141.pdf>.

<sup>9</sup> En la parte de anexos se encuentra la entrevista completa realizada a la Tutora del Módulo UTE, del Centro Penitenciario Madrid VI.

junta de tratamiento y privilegios de los que gozaba con anterioridad. En los casos oportunos, tras tiempo estimado, se estudia su vuelta al inicio de todo su proceso en el módulo y su deshabitación.

Se debe referir que específicamente no existe un perfil de integrante en la unidad. Todo interno desde su encarcelamiento, con cualquier tipo de medida o tratamiento terapéutico externo, menor de 21 años de edad que lo solicite, con independencia de su consumo o situación de vulnerabilidad, además de todos aquellos con edades avanzadas, pueden permanecer en este módulo por convicción del equipo multidisciplinar o por solicitud propia de instancia. Por último, resalta la enorme participación y necesaria a la vez en su proceso de intervención, no sólo hacia sí mismos sino con el resto de integrantes para la consecución de un cambio grupal hacia la valoración individual y colectiva, y protagonismo de sus futuros (Entrevista I).

Para finalizar su proceso de privación de libertad, muchos de ellos, una vez finalizada la condena en este tipo de módulos, son derivados hacia Unidades Extrapenitenciarias con la finalidad de continuar con dicho tratamiento y facilitar su inserción ya desde la propia sociedad, además de la obtención de permisos de salida durante su proceso penal. El Reglamento Penitenciario recoge este aspecto en su Capítulo VI, artículo 182, tanto en instituciones públicas como privadas, dando cuenta al Juez de Vigilancia. (Negrero y Pérez; 2019).

En la Comunidad de Madrid, se pueden destacar unidades como Proyecto Hombre o CAID para internos con problemas con las drogas en proceso continuo de deshabitación, además de fundaciones u organizaciones para el desarrollo laboral e inserción, como Fundación Atenea o Punto Omega.

## **12. PROGRAMA GENERAL DE DROGODEPENDENCIA EN EL ÁMBITO ESPAÑOL**

En el amplio marco del concepto de la salud, comprendido como aquel estado pleno de bienestar tanto físico, psíquico y social, y no presencia de alguna enfermedad, se recoge las estrategias diseñadas en el ámbito de los Centros Penitenciarios a la hora de hacer frente al fenómeno del consumo dentro de ellas (DGPNSD, 2012).

Una vez que el interno ha ingresado en prisión, siendo esta la alternativa elegida como la más favorable para su cumplimiento de condena, es entrevistado por la trabajadora social del centro y recopilada la información pertinente en el módulo de ingreso. Durante los primeros dos meses de su llegada, se desarrollará el Programa Individualizado de Tratamiento (PIT), con

aprobación por parte de la Junta de tratamiento y su clasificación inicial y destino (Pérez, 2021). Todo interno con dependencia al consumo de sustancias podrá optar o no a seguir programas de tratamiento y deshabituación (Art. 116.1 del R.P).

El perfeccionismo de las actuaciones en tema de drogodependencias en los 88 Centros Penitenciarios<sup>10</sup>, ha sido consecuencia del compromiso de cada uno de los profesionales que trabajan e intervienen por parte de la administración local, central y autonómica, y de la coparticipación de las entidades y ONGs del territorio. Su intervención es reglamentada en base a lo establecido en la Instrucción 3/2011<sup>11</sup> de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias “*Plan de intervención general en materia de drogas en las instituciones penitenciarias*” y en la Instrucción 1-9/2014<sup>12</sup> de la “*Organización y funcionamiento de las Unidades terapéuticas- educativas*” (Castilla- La Mancha, 2023); (Lara y Ramos, 2009); (SGIP, 2023).

Estos profesionales están constituidos bajo equipos de coordinación como son, el Equipo técnico GAD/GID<sup>13</sup>, cuyas funciones de creación, desarrollo y evaluación de las actuaciones multidisciplinares, son llevadas a cabo para la prevención-educación de los internos consumidores, además de su intervención psicosocial. Estos equipos están formados tanto por profesionales del ente penitenciario, como de las propias organizaciones no gubernamentales, con colaboración expresa del Plan Nacional Autonómico sobre Drogas y Sida, entre los que se destacan médicos, psicólogos, educadores y trabajadores sociales (Negrero y Pérez, 2019);(SGIP, 2023), con ausencia del perfil del criminólogo. La intervención de estos no es vinculante a la hora de tomar decisiones y participar en la Junta de Tratamiento sobre aquellos internos drogodependientes.

El equipo médico y el GAD persiguen los mismos objetivos que giran en torno a tres ejes principales para el buen desarrollo del marco de drogodependencias en prisión: “*Prevención, asistencia y reincorporación social*”, para la obtención de una buena conducta regida bajo la capacidad y voluntad del cumplimiento de las normas sociales y la no marginalización y estigmatización del colectivo cuando regresen a la sociedad. La comisión tiene parte fundamental en la posibilidad de su desarrollo ya que desempeña funciones de dirección y

---

<sup>10</sup> 88 centros adscritos a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, además de los CIS dependientes a estos, sin contar los centros de Cataluña y País Vasco.

<sup>11</sup> Fuente: [http://nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/I\\_03-2011.pdf](http://nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/I_03-2011.pdf)

<sup>12</sup> Fuente: <https://www.acaip.es/file.php?file=/circulares/doc/instruccion-9-2014.pdf>

<sup>13</sup> Grupo de Atención al Drogodependiente/ Grupo de Intervención con Drogodependientes.

coordinación para el manejo de los programas y el contacto con entidades externas (Negrero y Pérez, 2019); (SGIP, 2023).

Es imprescindible hablar de cada uno de los programas específicos ya que sus bases se asientan sobre la obtención de estos objetivos, a través de acciones de carácter preventivo como de tipo terapéutico y reintegrador para quienes están en un proceso de recuperación.

Según el Ministerio del Interior-Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, los programas establecidos son los siguientes:

### **Programa de prevención y educación para la salud:**

El *Programa de Prevención y Educación para la Salud* se sustenta en uno de los pilares fundamentales de la actividad preventiva y favorecimiento de una buena salud (Gómez Pintado et al. 2003).

Los principales objetivos sobre los que versa este programa, son la mejora de la información sobre las drogas en torno a los componentes, las afectaciones de las sustancias en el organismo, consecuencias, cambio de actitudes frente a ello, etc. Asimismo se pretende evitar el inicio del consumo de sustancias dentro de prisión ya que este fenómeno cada vez está tomando mayor importancia y preocupación entre los profesionales (ACAIP, 2005). Recopilando de la entrevista realizada a la Profesional de la “Unidad de Atención a Drogodependientes”- Punto Omega, Navalcarnero, en relación a esto, ella nos testifica que “(...) *hay mucha gente que entra sin haber consumido y aquí se engancha, o gente que están enganchados a unas sustancias y se enganchan a otras*” (Entrevista V)<sup>14</sup>.

También otro de los objetivos es la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, no únicamente referido al consumo en sí, sino la conductas de riesgo que tras ello se puede producir, ya sea sexo seguro, traspaso de enfermedades de transmisión sexual, higiene personal, alimentación y ejercicio físico...(DGPNSD, 2012). Según los datos recabados por el Plan Nacional de Drogas- Ágora, en su Conferencia sobre “Drogas y adicciones en el ámbito Penitenciario” del 9 de febrero de 2023, se observó que “*solo el 38,8% de los internos, en permisos, vis a vis, cualquier contacto con sus parejas o uso de otros métodos para mantener*

---

<sup>14</sup> En la parte de anexos se encuentra la entrevista completa realizada a la Psicóloga de la Unidad de Atención al Drogodependiente- Punto Omega, del Centro Penitenciario Madrid IV.

*sexo, usan preservativo*”. Es un claro ejemplo, de que su necesaria concienciación en prisiones es fundamental para el cese del traspaso de enfermedades como la Hepatitis C.

La metodología llevada a cabo va desde los propios métodos directos de sesiones grupales, charlas informativas, entrevistas individuales sobre las actitudes favorables para el consumo, talleres sobre el manejo del estrés, desarrollo de habilidades sociales y comunicación, hasta métodos menos directos, como la concienciación por medio de carteles, mensajes por megáfono, folletos, etc. (DGPNSD, 2012); (Negrero y Pérez, 2019).

Es destacable lo que bajo el nombre “Mediación en Salud en Prisión” se recoge. Esta parte del programa no va dirigido a los propios internos, sino a los funcionarios, con el objetivo de aumentar la información y sensibilizarlos en materia de drogas y salud pública, para su supervisión dentro del módulo (García Lalinde, 2004).

El uso de la mediación como mecanismo de reparación, es una práctica generalizada entre los Centros Penitenciarios de España. La estrategia llevada a cabo es la denominada “Bola de Nieve”, desarrollada desde 1988 por la organización belga Modus Vivendi (DGPNSD, 2012). Persigue que aquellos colectivos con determinadas características más vulnerables, con menos información o escaso contacto con la red de asistencia, pueda acceder a toda información en la adopción de otras prácticas preventivas o sustitutivas en relación con el consumo y las prácticas que esto puede conllevar (Grupo GID, 2004).

### **Programa de intercambio de jeringuillas (PIJS):**

En la actualidad, el *Programa de Jeringuillas* en los Centros Penitenciarios donde se desarrolla, está dirigido por el equipo sanitario cuya función reside en la reducción de los daños que pueden sufrir aquellos que en los últimos 5 años se han inyectado alguna sustancia psicoactiva (UDIs) (Pallás Álvarez et al. 1999), por el uso compartido de las jeringuillas y el traspaso de enfermedades de transmisión. Se trata de una actividad sanitaria, que no debe de inferir en el enfoque terapéutico planteado para el paciente y en las políticas de la institución en el cometido de las drogodependencias o en el control de estas sustancias (Subdirección general sanidad penitenciaria, 2002).

Los objetivos principales que versan sobre este, son principalmente la preservación de una buena vida y salud del individuo con una drogodependencia activa a través de proveer a los usuarios de material de inyección específica y estéril . Se dice que es activa porque requiere de la ingesta de una cantidad estipulada, para la reducción de su consumo durante un proceso.

Además pretende conseguir la modificación de las prácticas de riesgo asociadas a la propia inyección y el uso compartido de estas, y la reducción en la transmisión de enfermedades como VIH, VHB, VHC u otros patógenos asociados (DGPNSD, 2012); (Negrero y Pérez, 2019).

Datos aportados por el ESDIP (2022), un 4,2% de la población penitenciaria afirma haber usado jeringuillas usadas alguna vez estando en libertad y solo el 2,3% lo han usado en prisión. Esto refiere que el conocimiento de los internos acerca de la posibilidad de acceso al programa, reduce la utilización de este método como forma de consumo, expandiéndose en un 52,8% entre aquellos que se han inyectado alguna vez en sus vidas (p. 28). El SGIIPP<sup>15</sup> establece que en 2020, el 4% de la población total penitenciaria padecía VIH o/ y un 9,1% VHC (ESDIP, 2022; 12).

Sobre el programa recae un enorme reconocimiento a nivel no solo penitenciario, sino a nivel preventivo en la población general desde 1997 que se pone en marcha el primer programa piloto en uno de los Centros Penitenciarios de Bilbao (Basauri). Como ya sabemos, la exposición a las enfermedades de transmisión sexual ha estado presente en España durante el boom del uso de las jeringuillas como método de ingesta de las sustancias. Alrededor del 64,5% de la población total en 1995, padecía SIDA por el traspaso en ésta por vía parental (UDVPS) (Fernandez,1999 ;72).

Este programa estuvo caracterizado por su desarrollo tanto para la población general penitenciaria en términos de prevención, como para los internos del Grupo GAD. Tuvo un tiempo previsto de un año, demostrando que era posible el desarrollo de este, en un medio penitenciario con previo desarrollo de programas educativos de salud, desintoxicación y de deshabituación, y programas de metadona. No obstante, es preciso destacar que en comparación con otros programas que se desarrollan, este requiere de una previa atención a las características del centro y las reales posibilidades sociales del medio (Fernandez,1999).

Se puede observar en la **Figura 3 (Anexos)** un enorme descenso de utilización desde el 2004-2005 hasta el 2021, pasando de aproximadamente 23.000 usuarios a 1.618 en la actualidad. Pese a que este tipo de usos ha descendido, constituye un elemento importante a tener en cuenta, debido a los peligros que este causa y que solo en 10 prisiones de España se implementa.

---

<sup>15</sup> Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Según la Red Europea de Prisión y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este programa recibió en 2006 el Primer premio europeo a las buenas prácticas de salud en prisiones.

### **Programa de tratamiento con metadona:**

Los diferentes *programas de mantenimiento con metadona* en el ámbito penitenciario español, se apoyan en la reemplazo de la droga consumida, por una sustancia antagonista<sup>16</sup> con proporción legal prescrita, durante un tiempo extenso y supervisión de equipo sanitario. La metadona debe ser entendida como un opioide que actúa como calmante del dolor y como sustitutivo a otras drogas también opiáceos pero con menos efectos negativos en el organismo y cuyo fin reside en la reducción (DGPNSD, 2012); (Negrero y Pérez, 2019).

Sus principales ejes de actuación en esta diana de población, son la reducción del uso de las vías de consumo intravenosas para evitar la progresión de las enfermedades de transmisión entre la población y reducir las muertes producidas por sobredosis (DGPNSD, 2012). Asimismo, como otros de los programas explicados, también sienta sus bases en la mejora del estado tanto físico como mental, en el establecimiento de nuevos hábitos saludables y descenso de la conflictividad para aquellos drogodependientes en fase de abandono (ACAIP, 2005);(Negrero y Pérez, 2019); (SGIP, 2023).

En lo establecido en el Real Decreto de 1996<sup>17</sup> se recogían los criterios por los que se incluía la necesidad de previo diagnóstico de dependencia para la entrada a los programas de tratamiento. Además, en su artículo 116.1 recoge que todo interno drogodependiente de manera voluntaria, puede acceder al seguimiento de un tratamiento, con independencia de la situación penitenciaria en la que se encuentre, ya sea penado o preventivo. Una vez expresada la voluntariedad del interno, éste deberá firmar el denominado “consentimiento informado”, conociendo la finalidad y naturaleza del tratamiento y de los riesgos a los que se expone en su consumo junto con otras sustancias.

En fecha 31 de diciembre de 2021, según los datos recogidos por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en su Informe 2021, aproximadamente 2.340 internos varones estaban adscritos al Programa de Metadona, lo que suponía casi el 6% del total de internos en prisión. Es observable en la **Figura 4 (Anexos)**, el descenso hacia otras tendencias o hábitos

---

<sup>16</sup> Antagonista “Sustancia química que frena la acción o efecto de otra sustancia”. Fuente: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/antagonista>

<sup>17</sup> Fuente: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307>

de consumo que han surgido en la sociedad desde el 2002-2004 hasta la actualidad. El 77,14% de los usuarios que utilizaron este programa, fueron dispensados únicamente del fármaco, siendo esta intervención vista como reducción del riesgo y daño, no obstante el 20,77% de estos (930 varones) recibieron además de su prescripción, una intervención psicosocial (SGIP, 2021).

Las investigaciones muestran que la combinación del tratamiento con metadona y una buena atención psicológica, aumentan la posibilidad de acceder a mayores efectos positivos. Esta última parte consiste en el desarrollo de actividades terapéuticas tanto individuales como grupales sobre el manejo del estrés, mejora de la autoestima, habilidades sociales, resolución de conflictos, trabajo con las familias y completada con otras actividades deportivas, ocupacionales o educativas. Se lleva a cabo en diferentes centros penitenciarios gracias a los Equipos Multidisciplinares en los que intervienen tanto profesionales del centro como de las ONGs (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Grupo GID...) o profesionales de los Centros provinciales en los casos de comunidades como Andalucía (DGPNSD, 2012).

La Junta de Andalucía cuenta con uno de los mejores programas informáticos que permite realizar una intervención plena y acorde, debido al acceso del historial de interno generado por todos los profesionales implicados en su tratamiento, para el establecimiento de la dosis necesaria antes de su ingreso en prisión. Así se pretende evitar el desajuste de las cantidades dadas fuera y dentro del centro, y el tráfico de dicha sustancia. El equipo sanitario supervisa que cada interno acceda a su dosis diaria y su ingesta sea en presencia de los profesionales (Entrevista VI)<sup>18</sup>.

### **Programa de deshabitación:**

El *programa de deshabitación* está destinado a conseguir largos periodos de abstinencia del interno, rompiendo con la dependencia que presenta a cualquier sustancia psicoactiva y el establecimiento de una reestructuración de su dinámica individual y social, además de fomentar la adquisición de nuevas pautas de conducta que favorezcan la integración y normalización social y además puedan identificar aquellos elementos/ condiciones que les precipitan al consumo (ACAIP, 2005).

---

<sup>18</sup> En la parte de anexos se encuentra la entrevista completa realizada a Abogada de la Comisión Jurídica de Andalucía- Fundación Enlace (La red de adicciones de Andalucía. Prisiones).

Podemos observar dos procesos por los que los internos deben de pasar para cumplir el desarrollo completo del programa. Por un lado, la <<Desintoxicación>> es la primera fase donde el Equipo Sanitario busca eliminar la dependencia física, siendo esta la más observada, a través de un tratamiento farmacológico con medicamentos como Naltrexona, buprenorfina o Benzodiacepinas (ACAIP, 2005); (NIH, 2020); (Negrero y Pérez, 2019); (SGIP, 2023).

Plasmando la idea que la Psicóloga profesional de la “Unidad de Atención a las Drogodependencias” me refleja en la Entrevista V, las Benzodiacepinas deben ser comprendidas como medicamentos sintéticos cuyo uso está dedicado al trato de problemas de ansiedad o el estrés que se puede generar debido a los efectos del síndrome de abstinencia. Los datos reflejados por el Centro Penitenciario Navalcarnero en relación al consumo de sustancias, establecen que la combinación de opioides y depresores del sistema nervioso - benzodiacepinas o alcohol- han aumentado el riesgo y el porcentaje de sobredosis producidas en la prisión “*Las Benzodiacepinas es uno de nuestros grandes problemas, porque no puedes hacer nada (...), es medicación pautada para la deshabituación*”. En 2022, aproximadamente el 16% de las sobredosis (P.Rasupsi\*)<sup>19</sup> habían sido producidas por el consumo combinado con otras sustancias o las elevadas dosis, generando en el organismo el ralentizamiento de la respiración. Desde 1999 hasta 2009, las muertes por su elevado consumo aumentaron por lo que desde Fundaciones como Punto Omega, se pretende acercar más al problema con el establecimiento de tiras reactivas a este tipo de sustancias, en las analíticas de los internos. Uno de los inconvenientes que presenta esto, es la imposibilidad de saber la cantidad exacta que ha consumido el interno que si tiene recetada esa medicación, pero por otro lado, aquellos que no la tengan, podrán ser detectados y sancionados por su consumo no pautado, además de conocerse como mercado ilegal de medicamentos (NIH, 2022); (Socidroalcohol, 2019).

Por otro lado, la <<Deshabituación>> es comprendida como la segunda fase en la que se pretende abordar la dependencia psicológica, siendo esta mucho más compleja y duradera. Para ello, desde el programa se les acerca la posibilidad de integrar también elementos o estrategias para hacer frente a aquellos factores tanto internos como externos que precipitan el consumo (Negrero y Pérez, 2019); (SGIP, 2023).

---

<sup>19</sup> Programa Sobredosis (SSPD- RASUPSI). Fuente: PNSD, 2022 [https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022\\_Informe\\_Indi\\_mortalidad\\_.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Indi_mortalidad_.pdf) (p.9).

Las actividades terapéuticas que abarca este programa tanto individuales como grupales, van destinadas al manejo de las distintas esferas en las que el individuo se puede ver afectado tras este consumo (educación para la salud, apoyo psicológico, habilidades sociales, ansiedad, estrés, prevención de recaídas, craving<sup>20</sup>). Todas ellas pueden desarrollarse en los siguientes modelos: (Negrero y Pérez, 2019); (SGIP, 2021).

- Modelo Ambulatorio: en cada uno de los departamentos de los módulos.
- Modelo de “Centro de Día”: Acuden internos de todos los módulos a un espacio centralizado del programa.
- Módulo terapéutico: Unidad terapéutica y educativa (UTES).

Hasta la fecha, la tendencia de descenso (**Figura 5- Anexos**) ha provocado que en el 2021, se alcanzara la cifra de 11.052 internos, de los cuales el 53% recibieron el programa en los módulos terapéuticos y el 47% restante, de forma ambulatoria o en los centros de día. A 2023, el Plan Nacional de Drogas- Ágora, en su Conferencia sobre “Drogas y adicciones en el ámbito Penitenciario” del 9 de febrero de 2023, prevé un mayor descenso del uso de este programa en base a los modelos ambulatorios-centros de día y el exponencial crecimiento de los módulos terapéuticos en las prisiones españolas.

### **Programa de reincorporación social:**

El aislamiento y ruptura con los lazos sociales y familiares son dos de los problemas fundamentales sobre los que versa el tratamiento con los internos drogodependientes, en busca de una reincorporación a su ambiente de referencia y preparación a su salida del centro. De ahí que se haya establecido como uno de los pilares fundamentales de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2021-2024 (La Moncloa, 2022).

Para ello desde el *programa de reincorporación social o de preparación para la vida en libertad*, es importante promocionar su estabilidad física y mental hacia un camino de adaptación al entorno y acceso a los recursos externos que favorezcan el desenvolvimiento individual, familiar, laboral y social. Se deben de seguir unas pautas generalizadas, pero que en cada uno de ellos se establecen objetivos diferenciados, en función del perfil (DGPNSD, 2012); (SGIP, 2023).

---

<sup>20</sup> Craving: “Deseo o ansias de introducir una sustancia al cuerpo”. Fuente: Gutiérrez y Urzúa, 2018. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v36n1/0718-4808-terpsicol-36-01-0005.pdf>

Este va dirigido a aquellos internos activos en los programas de tratamiento de la Comisión GAD-Equipo Sanitario y aquellos que tienen otorgada la libertad en un plazo de 9 meses a 1 año. Las entrevistas son una herramienta fundamental para el establecimiento de recursos personales y sociales del interno en el diseño del itinerario y la eliminación de una posible recaída y reincidencia. Una vez que se ha establecido las pautas a seguir, el desarrollo de este se produce de manera grupal a través de talleres donde se trabaja la continuidad de tratamiento, preparación de permisos, relaciones externas, habilidades sociales, empleo/ formación, derivación a unidades extrapenitenciarias o CIS (Centro de Inserción Social). Siempre que el director del centro lo permita, se llevarán a cabo salidas terapéuticas para aproximarlos a la realidad social de manera gradual (DGPNSD, 2012); (SGIP, 2021).

Los internos cuentan con recursos extrapenitenciarios de carácter terapéutico a los que acudir (centros de salud de drogodependencias) y de una enorme red de servicios sociales que sirven de enlace entre el proceso terapéutico interno con el del exterior, para su continuación. Los diferentes profesionales contarán con una coordinación eficaz de las asociaciones y recursos de asistencia de los Servicios Sociales (CAD/ CAID) (ACAIP, 2005).

En el 2021, véase **Figura 6 (Anexos)**, gran parte de los internos pertenecientes al programa de reinserción social (778), fueron derivados a Centro ambulatorios de la comunidad para la obtención de metadona, a diferencia de los 447 que acudían a ellos para su seguimiento. El número restante (289) fueron destinados a que su proceso de inclusión fuera llevado a cabo en las comunidades terapéuticas y otros 201 a otros recursos como podrían ser pisos tutelados o centros de día.

Debido al creciente número de internos que solicitan ser derivados a otros programas comunitarios, se puede ver su eficacia de manera plena, siendo fundamental la continuidad del proceso terapéutico fuera del centro penitenciario, pasando a desarrollarse en la comunidad y con la colaboración de profesionales tanto del ámbito público como privado de las diferentes ONGs.

### **13. PROPUESTAS DE IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA AL PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS EN PRISIONES:**

Es de destacar que la Constitución Española tiene como objetivo promover la igualdad entre todos los individuos, a través del establecimiento de acciones positivas y adecuadas conforme a los grupos de población que configuran la sociedad. En cambio, debemos remover los obstáculos que muchas veces se nos presentan para el establecimiento de un acceso igualitario (art. 9.2 CE), intentando alcanzar una sociedad equitativa en cuanto a las políticas sociales, económicas, salud, vivienda, educación, es decir, un Estado de Bienestar pleno (UNAD- conferencia, 23 de febrero 2023).

La visión que se establece sobre el ámbito penitenciario y en su conjunto con la drogodependencia, se refleja sobre ello el rechazo social y trato diferenciado al del resto, recibiendo a comparación, menos cantidad de recursos y dedicación. No solo la mirada prejuiciosa de la sociedad evita la adecuada reinserción social, sino la falta de medidas que faciliten ese mayor acercamiento tras su salida del centro. Por ello, la creación o modificación sobre los ítems del Programa General de Drogodependencias, me lleva al establecimiento de varios puntos de incisión sobre los que debatir.

#### **Implementación del perfil del criminólogo en el ámbito penitenciario y de las drogodependencias.**

El ámbito penitenciario debe de comprenderse más allá de la propia actividad de seguridad que es llevada a cabo dentro de las prisiones españolas, sino además, aquella que parte de la propia política criminal, entendida como todas aquellas acciones orientadas hacia la adopción de criterios y medios por los que prevenir el delito (primer pilar fundamental del Estado) (Carretero, 2023). Desde 1990, esta disciplina ha quedado al margen de su participación anterior en las Juntas de Tratamiento y Equipo Técnico, coartando así la posibilidad de aportar una visión diferente de aquellos que sí la conforman en la actualidad.

Es por ello, por lo aquí se debe reflejar aspectos que entrañan tanto la propia profesión, como la Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979 y el Reglamento Penitenciario de 1996, haciendo así visible la necesidad de nuestros conocimientos en el área. En los diferentes apartados de dichos textos, podemos ver reflejados términos propiamente criminológicos entre los que se destacan “estudio de la actividad delictiva o estudio de la personalidad”. En cuanto a la parte de tratamiento dentro de prisiones, se observa lo mismo, “determinación de su tipología criminal o adaptabilidad social” (art. 64 LORP). Respecto a la clasificación

penitenciaria, la “modificación de los rasgos de personalidad vinculados con la actividad delictiva y evolución de su personalidad” (art. 65.2 LOGP). La regresión y progresión de grado, en base a los términos de “desarrollo de un informe de pronóstico de desistimiento o mantenimiento delictivo” (art. 67 LOGP). Y por último, de la misma manera, en la concesión de régimen abierto restringido y de nuevos permisos por parte del Equipo técnico, que tratan aspectos de la personalidad y existencia de variables cualitativas desfavorables (aspectos familiares, sociales, individuales, delictivos, etc.) (art. 82 y 156 RP).

Se podría seguir analizando cada uno de los términos que se reflejan en ambos documentos oficiales, pero el texto se basaría únicamente en ello. Sin embargo, es importante recalcar que uno de los problemas principales sobre el que se sustenta esta imposibilidad de acceso a los centros penitenciarios, reside en la falta de conocimiento y a su vez de reconocimiento sobre las diversas ocupaciones que puede alcanzar la criminología, no siendo únicamente en el sector de la seguridad. Se han ido realizando reajustes dentro de los centros con la finalidad de generar un mejor manejo de la Política Criminal Española en el reforzamiento de tareas de prevención, estudio y control de la delincuencia.

El anclaje sobre el que se sustenta la Administración, tiene la ausencia de esa pieza holística y flexible referida al fenómeno delictual, como es la metodología llevada a cabo por los criminólogos en aspectos de intervención, tratamiento y prevención. Nuestros conocimientos multidisciplinares, nos permiten abordar el fenómeno del comportamiento y en consecuencia el control social. Además de las aportaciones realizadas en áreas como la valoración del interno, la progresión o regresión de grado e incluso, en el momento de conceder o denegar permisos. La colaboración con trabajadores ya implicados en el centro, como psicólogos, funcionarios, trabajadores sociales, médicos, monitores, juristas, e incluso con las propias asociaciones/fundaciones que imparten programas de tratamiento, como Fundación Atenea o Punto Omega en drogodependencias, nos permitiría intervenir no solo en la Junta de Tratamiento para la planificación y creación del programa individualizado de tratamiento, sino también por medio de informes criminológicos de seguimiento y desarrollo de las intervenciones en consumo (Pastor, 2020).

*“Todo perfil que sea de lo social, es un buen profesional para la Fundación. Podéis aportar visiones que nosotras como profesionales de un área específica no podemos con*

*respecto a la vinculación que puede existir entre el perfil drogodependiente y el perfil delictivo” (Entrevista VII).<sup>21</sup>*

Los informes criminológicos no existen en la realidad por evidentes cuestiones, pero en el caso de que sí, nos facilitaría el estudio del individuo en cuanto a su “historial delictivo”, el cual comprende en la esfera humana, todos los componentes tanto individuales como sociales, familiares y delictuales.

Para poder alcanzarlo, no solo la Administración Penitenciaria debe acercarse más a la profesión, sino crearnos esa imagen en la cabeza que profesionales queremos ser y mostrar los conocimientos que hemos adquirido para poder ampliar nuestro campo de trabajo y abrir nuevos mundos donde intervenir o reabrir los que un día nos cerraron.

### **Implementación de un Programa de evitación en el inicio del consumo de drogas dentro de prisión.**

Los programas específicos de drogodependencias como hemos visto durante todo el trabajo, tienen una mayor eficacia en el ámbito penitenciario que en la sociedad, esto es debido al entorno en el que se realiza y hacia la población sobre la que va dirigida, presentando ésta más posibilidades de acceso. Como se ha reflejado en las entrevistas por parte de los diferentes profesionales que trabajan dentro de los Centros Penitenciarios, se ha observado un pequeño incremento del consumo una vez comenzada su condena. Esto se puede deber al ambiente estresante y difícil que para muchas personas supone el estar privado de libertad.

Este inicio de consumo se suele producir en aquellos momentos en los que reciben noticias acerca de su situación penitenciaria, como rechazo de permisos, solicitudes de grado, notificaciones del juez de vigilancia penitenciaria, e incluso lo relacionado con asuntos familiares. Les abordan sentimientos de desesperación, inquietud e incluso soledad por ese aislamiento social. Algunos de ellos incluso en el momento de salir de permisos, caen en el consumo esporádico por el hecho de volver al lugar donde estas emociones les abordan, pero muchos otros como forma de quedar anclados a ese mundo al que ahora pertenecen, por el miedo a salir y no poder pertenecer a la sociedad en la que nacieron.

Por lo tanto, como medida fundamental de prevención e implementación, deben existir talleres o sesiones grupales, ya sean impartidas en los módulos, a fin de que cada interno tenga una

---

<sup>21</sup> En la parte de anexos se encuentra la entrevista completa realizada a la trabajadora social y psicóloga del GID-Fundación Atenea, del Centro Penitenciario Madrid VI.

mayor concienciación de lo que supone iniciar el consumo de drogas durante su estancia en el Centro Penitenciario. Desde el Programa Específico de Prevención y Educación para la Salud, se aborda este tema desde la perspectiva de “meter miedo”, vista desde la propia sustancia y no desde el propio sujeto, con su empoderamiento en la toma de decisiones en aspectos de su vida en el módulo. El incremento de la autoestima y la responsabilidad debe ser el eje fundamental sobre el que versen estas acciones, ya que el discurso mayormente escuchado es de invalidez e inutilidad de conseguir algo bueno para sus vidas, además siendo también esencial el desarrollo de habilidades de afrontamiento frente al estrés y desafíos tanto dentro como fuera de la prisión.

### **Nueva planificación de los programas de reducción de daños: (edad y sustancia)**

El Programa General de Drogodependencias cuenta con varias tipologías de actuaciones como ya hemos visto, unas orientadas hacia sustitución de la droga con la ingesta de una sustancia antagonistas<sup>22</sup>, otras dirigidas hacia la reducción de riesgo de enfermedades de transmisión por el uso compartido de jeringuillas, y además, aquellas que cuya finalidad está en la reducción de daños a través de talleres o terapias ocupacionales con grupos reducidos de individuos con el objetivo de concienciarlos de su consumo, la obtención de nuevas pautas de comportamiento frente a la adicción y, otras actuaciones dirigidas hacia la preparación de su reincorporación social.

Estas últimas tienen un componente biopsicosocial que las hace ser una base fundamental sobre el individuo a la hora de su intervención. No obstante, gracias a las charlas<sup>23</sup> que he podido mantener con profesionales del ámbito de las drogodependencias tanto dentro como fuera de los Centros Penitenciarios, se ha visto reflejado en la mayoría de sus discursos la importancia de su clasificación en función del perfil social y de la “sustancia preferente” del interno.

Las bases del programa de tratamiento son muy generales, causando así que los grupos sean heterogéneos en sus perfiles sociales. Con ello, me refiero a las características individuales que engloban al sujeto respecto a la edad y grado de dependencia.

Se deben considerar piezas fundamentales a la hora actuar sobre los internos en la creación de los grupos, buscando en ellos partes comunes que compartir, y herramientas adecuadas para su mejor evolución. Tras haber podido desarrollar durante mis prácticas de Criminología en la

---

<sup>22</sup> Antagonista: *“frena la acción o el efecto de otra sustancia”*. Fuente: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/antagonista>.

<sup>23</sup> No aparecen recogidas en los anexos al tratarse de actividades fuera del ámbito universitario. (Talleres, cursos).

Prisión de Aranjuez, un programa de deshabituación de tabaco ya planteado por el centro, pude observar que ambas características son fundamentales ya que mayoritariamente los apoyos que se crearon entre los internos, fueron de aquellos con edades muy similares y cuyo consumo era también muy parecido (ej: 15-20 cigarrillos al día).

Por otro lado, las drogas no deben de ser tratadas únicamente como sustancias dañinas de manera general y sobre las cuales, el principal objetivo que recae es la de reducir o eliminar su consumo. Tras la entrevista llevada a cabo con el Director del Instituto de Estudio de las Adicciones- CEU y la charla orientativa<sup>24</sup> con Anabel, Criminóloga especializada en drogodependencias, pude comprender la importancia de la intervención orientada en función de la sustancia de preferencia.

Es evidente que en las prisiones españolas existe mayoritariamente un perfil de policonsumo, sin embargo el sujeto ha generado la necesidad de ingesta de una de ellas, siendo la denominada “sustancia elegida”, para la obtención de los efectos placenteros o efectos esperados. Por ejemplo, el cannabis y la heroína son sustancias cuyos mecanismos de acción son diferentes, además del grado de adicción que estas suponen sobre el usuario. Esta última afecta directamente sobre los receptores del cerebro, generando la sensación de placer intenso y cuyo uso continuado produce rápidamente la dependencia a ella. En cambio, el cannabis produce un trastorno por consumo de marihuana en el 30% de los casos (NIDA, 2020).

Un claro ejemplo de la eficacia en la implementación de programas con estos ítems, son los desarrollados por Proyecto Hombre en el ámbito social, es decir, para la población en libertad. Sus programas tienen su fundamento en las adicciones, estableciendo diferentes proyectos en función de la sustancia de preferencia y optando por la necesidad de alcance de equipos donde pueda generarse una identidad de grupo motivadora, enriquecedora y solidaria a la hora de hacer frente al problema y alcance del progreso. Por ello, el establecimiento de programas o grupos orientados en base a estas características sociales, son fundamentales a la hora de poder establecer medidas de actuación más directas y adecuadas para el alcance del objetivo grupal, la reducción de daños y reintegración social.

### **Adicción y salud mental / Salud mental y adicción:**

La salud mental y drogodependencias dentro de prisiones representan barreras o dificultades en el sujeto a la hora de hacer frente y alcanzar la reinserción social plena. Es

---

<sup>24</sup> Participación de la Criminóloga en la estructuración de las propuestas.

importante su detección temprana dentro del Centro Penitenciario, con sus respectivos diagnósticos y seguimientos para su abordaje integral, no solo a través de la atención medicalizada, sino la necesaria implementación de ambos ámbitos y su aplicación en dichos programas de drogodependencias, siendo esta una clave fundamental a la hora del trato de la adicción.

No se tiene una aproximación clara del nacimiento de la coexistencia entre salud mental y adicciones, es decir, cuál surge antes en el individuo, según profesionales de UNAD en la Conferencia sobre adicciones en prisiones del 23 de febrero de 2023, pero sí evidencias de la necesidad de su estudio de manera conjunta. Claramente los recursos destinados al tratamiento de trastornos mentales y las adicciones se organizan de forma distribuida, recibiendo el interno de manera paralela dos programas de tratamiento.

Esta forma parece en circunstancias, insuficiente para abordar las necesidades de los usuarios debido a factores evidentemente presentes como es la sobrecarga o ausencia de profesionales que faciliten la coordinación entre los dispositivos, para el cumplimiento de las indicaciones esperadas. Por ello, es cada vez más necesario el abordaje de un modelo integrador donde se traten de manera conjunta tanto el trastorno mental y el padecimiento de uso por sustancias, desde la implementación de equipos multidisciplinares (Libro Blanco- Patología dual, 2015).

### **Intervención y acompañamiento de las familias con internos inscritos en el Programa General de Drogodependencia en Prisiones:**

Los perfiles de las familias de aquellos internos que actualmente permanecen en prisión por delitos cometidos bajo el consumo o como finalidad de ello, son cada vez más variados. Hemos pasado en los años 80-90 de familias donde la implicación materna era fundamental en el proceso de cambio ya que muchas de ellas no trabajan, a pasar en la actualidad, a un sistema familiar donde ambos padres trabajan, no se tiene una conciencia cierta del problema que padece, no viéndose parte de él y por ello, no existe una implicación directa (Proyecto Hombre, 2013).

La familia debe comprenderse como una unidad donde diferentes individuos forman un sistema y cada uno de ellos desempeña un rol. De igual forma, las parejas o amigos de estos, pasan a ser un pilar fundamental para el cambio, en aquellas situaciones en las que no exista un consumo social. En ocasiones, se presentan situaciones donde estos no saben cómo actuar

frente al doble problema: delincuencia y adicción, generándose un miedo inequívoco que produce la paralización y aislamiento familiar y social.

Existen casos en los que el interno llega al centro penitenciario sin apoyo social de ningún tipo y por lo que, existe una mayor dificultad de intervención en ese aspecto.

Desde las fundaciones que intervienen a nivel penitenciario, se realiza un trabajo de seguimiento e información mediante llamadas telefónicas o citas esporádicas en los momentos en los que acuden al centro para las visitas, donde se les comunica el proceso que está teniendo en el programa y se conoce la estructura social de la que parte el interno para su reinserción social, siendo estos sus avales. Sin embargo, este método llevado a cabo es insuficiente y provoca ese distanciamiento del familiar en el proceso del interno hacia la reinserción, generado principalmente por la ausencia de personal dentro de las prisiones, según las entrevistas realizadas a las tres fundaciones intervinientes en prisiones de Madrid y Sevilla.

Por consiguiente, veo fundamental la coparticipación entre el ámbito social y penitenciario de las fundaciones, a la hora de mediar con las familias de internos drogodependientes a través del establecimiento de grupos de autoayuda, cuya valoración es firmemente positiva en la aceptación, seguimiento y cambio de sus percepciones y a su vez en el trato con el interno, como sucede con Familias Anónimas. Su base fundamental reside en el acompañamiento de familias afectadas por el consumo de drogas por parte de algún familiar o amigo. Cuenta con espacios seguros donde poder expresar y sentir validadas las emociones, siempre desde el anonimato, con el objetivo de conocerse a uno mismo frente al problema y poder cambiar aquellas acciones que no han sido firmes en la aceptación de la condición del sujeto (F.A, s.f).

Se les da la oportunidad a los participantes de acceder a mayor información con respecto a la recuperación y recaídas, que forman parte del proceso (Rico, 2023), en el consumo de sustancias psicoactivas. Les permitiría a través de la escucha de diferentes experiencias, identificar señales de peligro para su prevención y una mayor actuación activa y consciente, en el momento de la salida del interno de prisiones. En los casos en los que no se asuma este papel por parte de la familia, tras su incorporación en la sociedad, se le deberá orientar hacia su participación en grupos de red de apoyo equivalente al familiar, para el desarrollo de funciones de acompañamiento y afecto (Proyecto Hombre, 2013).

La Red de apoyo debe constituirse como un elemento importante de base para la rehabilitación y reinserción, pudiendo decir que la intervención con las familias que tiene la posibilidad de

acudir al centro de prisiones, como aquellas que tienen un mayor acceso a los recursos sociales fuera, puedan alcanzar las herramientas necesarias que les permita adquirir pautas de asunción del problema familiar y minimizar el impacto que la conducta tiene. No obstante, tenemos que tener en cuenta que existen criterios de exclusión, en aquellas situaciones en las que se presentan componentes como menores o familiares que han perdido todo el contacto con él desde hace mucho años, en cuyos casos, deberán tratarse primeramente de manera individualizada para su posterior incorporación a los programas de Familias Anónimas.

Según Zapata (2009), el acompañamiento y facilitación de recursos hacia las familias con internos drogodependientes, es reconocido como un factor de protección a la hora de su reinserción en la sociedad y como agentes facilitadores del cambio. Se deben otorgar “los poderes” necesarios para eliminar el discurso mayormente escuchado de “tienes que curar a mi hijo”, como bien nos han comentado en las entrevistas las profesionales de prisiones, para ser observados como motores de ese cambio que quieren conseguir en sus respectivos familiares o en ellos mismos en los casos de ausencia.

### **Implementación de un Programa postpenitenciario de prevención de recaídas: (fase intermedia entre el centro y la sociedad).**

Los programas de atención post- penitenciaria son fundamentales a la hora de ayudar a las personas que han cumplido su condena a reintegrarse en la sociedad y la reducción del riesgo de reincidencia en la actividad delictiva. Deben de estar orientados hacia la recuperación y establecimiento de nuevos hábitos sociales, lejos de las drogas y delincuencia, como vía intermedia entre las prisiones y la sociedad.

Uno de los principales objetivos sobre los que debe versar el programa es en la ayuda de las personas a poder anticiparse y afrontar los problemas de recaídas en el proceso de su nueva integración social, a través del planteamiento de Marlatt (1993). La autora establece en su programa, que el sujeto, tras un largo proceso de abstinencia, presenta una sensación de control, aumentando paulatinamente con el paso del tiempo. No obstante, tras la salida del interno una vez cumplida la condena, esta sensación de autosuficiencia (Bandura,1993) o control puede verse influenciada en el momento en el que se le presenten situaciones que supongan una amenaza a esa abstinencia (**Véase Figura 7- Anexos**).

En el caso de una experiencia de fallo, siendo esta observada como parte del proceso, el sujeto experimenta en la mayoría de los casos, sentimientos de fracaso o decepción hacia uno mismo

y lo que le rodea, generando que su autocontrol disminuya. El establecimiento de técnicas o competencias que le faciliten la evitación de estas situaciones, serían llevadas a cabo a través del trabajo del estrés, ira, comunicación, con sesiones individuales donde poder abordarlas y hacer ese seguimiento.

Por lo tanto, considero este modelo fundamental en la creación de vínculos entre los entes que participan en la esfera penitenciaria, con los que lo hacen en la sociedad, siendo un trabajo coordinado de profesionales multidisciplinares de diferentes áreas de intervención (social y penitenciaria). Se puede así fomentar la mayor capacidad del interno a no recaer y tener apoyo una vez tras su salida y antes de acudir o ser derivados a otros recursos como empleo y pudiendo también facilitar el traspaso o acceso a la información de este una vez que acuda a las Unidades Extrapenitenciarias de drogodependencias (**Véase Figura 8- Anexos**).

#### **14. RESULTADOS:**

En este apartado se pretende dialogar sobre cada uno de los objetivos previamente establecidos, una vez recopilada toda la información de las diferentes fuentes bibliográficas que he ido estableciendo en los capítulos anteriores, como de la información obtenida de las entrevistas a profesionales del tema tratado.

En primer lugar, con respecto al objetivo específico, “Estudiar los datos generales relacionados con la dependencia de las drogas en el ámbito penitenciario Español”, he podido observar la importancia del fenómeno, siendo esta la principal causa de entrada en prisión, ya que la mayoría de los delitos tienen relación con ello, o se han producido bajo los efectos de tales sustancias.

En la actualidad, es un tema muy presente en la sociedad en la que vivimos, Por ello, desde prisión, siendo esta un pequeño reflejo de la sociedad, se debe establecer un plan de intervención con aquellos internos que ingresan, para la minimización del problema y colaboración hacia la mejor reinserción y reeducación. Para el abordaje en los programas, se debe hacer una pequeña recopilación de todos los factores intervinientes y precipitadores que han llevado al interno en la actualidad, a estar en prisión. Se ha establecido que ambas conductas disruptivas, consumo y delincuencia, comparten factores comunes tanto individuales como sociales, en su desarrollo durante la adolescencia. No existen investigaciones esclarecedoras en torno al establecimiento de que conducta desencadena la otra o si únicamente comparten elementos principales.

El estudio de la perfilación e impacto que estas sustancias tienen dentro de las prisiones, nos lleva a establecer que en los Centros Penitenciarios la gran parte de las dependencias son atribuidas a los varones de entre 34-37 años de edad, residentes españoles y cuyo perfil delictivo engloba más de una condena, a diferencia, de las mujeres que no alcanzan a representar ni el 5% del total.

La entrada de estas sustancias son producidas en los contactos entre el interno y el exterior, ya sean cuando disfrutan de sus derechos a tener vis a vis, o en los propios permisos de salida. Desde los Centros se pretende evitar la entrada de estas, por medio de mecanismos de detección entre los que se destacan los escáneres o en la actualidad, con la implementación de patrullas caninas. En cambio, no siempre se pueden detectar, por lo que su entrada y venta es inmediata. Desde los años 80-90 se conoce cuál ha sido el impacto que estas han supuesto hasta hoy en día en la convivencia y control de los internos. Se ha pasado de un descontrol y elevado número de muertes por sobredosis, a en cambio en el 2022-2023, al establecimiento de restricciones y elevado control por parte de los funcionarios en la entrada y salida de cualquier persona o paquete, reduciendo en mayor medida el impacto negativo que estas presentaban.

En las entrevistas realizadas a las diferentes fundaciones que intervienen a nivel penitenciario en las comunidades de Madrid y Sevilla, se ha visto reflejada la importancia de su abordaje a través de la creación de espacios seguros, como los Módulos específicos terapéuticos y educativos (UTES) por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con la finalidad de alcanzar una mejor integración social en espacios donde la necesidad de no consumo y seguimiento de las normas, facilita su inclusión en la sociedad.

En segundo lugar, en relación con el objetivo específico, “Analizar la importancia del Programa General de Drogodependencias en las prisiones”, he querido plasmar cada una de las actuaciones establecidas sobre drogodependencias por la SGIP. En cada uno de ellos, se ha podido establecer sus marcos de actuación además de la evolución que han sufrido desde su implementación. Tras esto, se puede establecer que los programas basados en terapias ocupacionales, presentan una mayor eficacia como podrían ser el Programa de Deshabitación, con la incorporación de los módulos anteriormente mencionados (UTES) y el Programa de reincorporación social. La evolución que han sufrido, se debe en su mayoría a las nuevas formas de consumo y el tipo de perfil que se encuentra en prisiones actualmente, sin embargo, muchos de ellos como por ejemplo el Programa de Metadona, siguen apareciendo en algunos centros de España, siendo un programa acompañante principalmente al de reducción de daños.

Por último, en relación al tercer objetivo específico, “Incorporar nuevas alternativas de intervención para dicho programa”, según las entrevistas llevadas a cabo a las profesionales implicadas en el desarrollo de los programas dentro de las prisiones<sup>25</sup>, se ha visto la reflejada la necesidad de incorporar nuevas visiones y profesiones que aborden la temática. Para ello se han plasmado 6 ítems sobre los que incidir y dar importancia para la obtención de una buena conducta del interno en relación con el consumo.

Cada uno de estos apartados, recoge las diferentes partes del proceso de intervención desde el momento en el que entra en prisión y es derivado al Programa de Drogodependencias, hasta su salida y contacto con la sociedad. Principalmente, la necesidad de la incorporación del criminólogo en las prisiones y más concretamente en el área de las drogas, es fundamental como primer ítem de acción, para que una vez establecidos todos los profesionales necesarios, se comience el proceso. La situación de inicio del consumo de sustancias como forma de evasión del medio hostil, hace que se cree la necesidad de reducir este impacto a través de la incorporación de un Programa de Evitación del consumo, por medio de sesiones de autodeterminación y empoderamiento en la toma de decisiones.

Una vez, incorporado a uno de los grupos de acción, estos deben ser dirigidos y orientados en función de la perfilación social y la sustancia de referencia, siendo esto cuestiones de edad y dependencia al consumo. No obstante, se debe añadir a la hora de llevar a cabo las sesiones, la importancia de la salud mental en tema de adicciones y la complementariedad de ambas disciplinas, la sanitaria y la social.

La familia como elemento importante en el proceso de cambio, debe ser un eje principal para la inclusión del interno, por medio de grupos de autoayuda dentro y fuera del Centro Penitenciario, como forma de aceptación del problema y acercamiento a herramientas para su abordaje. Por último, para que exista una buena reintegración social, debe existir una cohesión entre el ente penitenciario y la sociedad, a la hora de poder llevar a cabo programas como el de Recaídas.

---

<sup>25</sup> Trabajadoras sociales y psicólogas.

## **15. CONCLUSIONES:**

Llegados al final del trabajo y tras haber aportado el punto de vista general sobre las drogodependencias con el estudio de los elementos intervinientes, se ha podido concluir diferentes aspectos esenciales para el mejor abordaje y control de las adicciones, con la finalidad de cambiar la perspectiva de su estudio e implicación por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y a su vez de las fundaciones intervinientes.

En el ámbito español, existe un Reglamento penitenciario a nivel nacional y leyes o normas de cumplimiento en cuanto a la regulación general de las drogas en cada uno de los centros penitenciarios. No obstante, es evidente el aumento de las tasas de consumo y el padecimiento de trastornos por adicción según los datos publicados por Instituciones Penitenciarias en los últimos años. Este problema no solo afecta a los propios reclusos de manera individual, si no a la gestión penitenciaria donde su finalidad única es la obtención de factores positivos en la reinserción social de estos.

Por ello, a pesar de las medidas establecidas por las leyes Españolas, resulta insuficiente poder garantizar la seguridad y el control de la salud de los internos. Bien es cierto, que la mayoría de ellos acceden al centro con el padecimiento ya diagnosticado de dependencia y su abordaje es mucho más directo. No obstante, en esa prevención y tratamiento es fundamental la implementación de estrategias que incluyan la posible detección en los casos de no diagnóstico o el inicio de su consumo dentro de la prisión.

La colaboración entre el sistema de justicia penal y la salud mental debe ser un elemento crucial para la mejora de la detección, prevención y tratamiento de las drogodependencias en prisiones, con la colaboración multidisciplinar de ambas materias y el desarrollo de un trabajo común. Esto puede incluir la formación e implementación de profesionales tanto penitenciarios como extrapenitenciarios, en el manejo conjunto de ambas patologías.

La reinserción y reeducación social como única finalidad debe de dirigirse sobre una doble mirada, la de interno de un centro penitenciario por el desarrollo de conductas que han sido tipificadas como delito por el Código Penal, y el padecimiento de una dependencia a las sustancias. A pesar de las dificultades de aislamiento social que esto puede entamar, debemos como sociedad evitar que se creen entes inconexos donde la ignorancia y el miedo nos lleven a la estigmatización e impedimento de conocer una realidad social más. Por lo tanto, abogo por el establecimiento de medidas más abiertas para el conocimiento por parte de los ciudadanos,

de este aspecto en relación a lo que entrama y establecer un mayor acceso a los voluntarios a la hora de participar con internos en su proceso de cambio, porque el fin y al cabo todos pertenecemos al mismo entorno.

## **16. BIBLIOGRAFÍA:**

Ágora XIII. (9 de febrero de 2023). “*Drogas y adicciones en el ámbito penitenciario*”. [Discurso online]. Conferencia de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

American Psychiatric Association (2014). “*Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- V*”. Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf> (Fecha de consulta: 6 de febrero).

Amigó. S (1997), “*El problema de la droga y la prevención del consumo de drogas: Mitos y alternativas, con una especial referencia al consumo de cannabis*”. Facultad de psicología de la Universidad de Valencia. 71 (5), 157-189. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5817/1/ALT\\_05\\_10.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5817/1/ALT_05_10.pdf) (Fecha de consulta: 5 septiembre)

Ayuntamiento de Madrid (2022, diciembre). Servicios de asesoramiento a Jueces y Juezas, e información al/ la detenido/ a y a su familia . Recuperado de: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Salud/Servicios-y-Recursos-de-apoyo-al-tratamiento-y-la-reinsercion/?vgnextoid=ff53e9c912021210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=0815c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=5328160> (Fecha de consulta: 4 de diciembre).

Barbero. V, Garrote. G (2009). “*Relación entre la conducta consumo de sustancias y la conducta delictiva*”. Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal. International Journal of Developmental and educational psychology. 1(1), 647-654. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320069.pdf> (Fecha de consulta: 14 diciembre).

Barrio. G, Bravo. M<sup>a</sup> J, Brugal. M<sup>a</sup> T., De la Fuente. L, Domingo. A, Neira-León. M (2006). “*Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro*”. Revista Española de Salud Pública, 80(5), 505-520. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n5/colaboracion7.pdf> (Fecha de consulta: 12 de enero).

- Becoña. E (2020), “Evolución del consumo. Adicción y drogas en España: 1975-2020”. Proyecto Hombre (103), 6-11. Recuperado de: <https://proyctohombre.es/articulos/elisardo-becona-evolucion-consumo-drogas-adicciones-espana-1975-2020/> (Fecha de consulta: 30 de diciembre).
- Cabrera. P; Gallego. M; Ríos y J.C; Segovia. J.L (2010), “Reinserción y tratamiento: Drogodependencias”, Ed. Universidad Pontificia de Comillas- Derecho, “Andar un km en línea recta” (1ªed., pp. 108-110).
- Cantos. R (2016). “Hombres, Mujeres y Drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas”. Fundación Atenea. 1-137. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf> (Fecha de consulta: 2 de febrero).
- Carrasco. V (2016), “Drogas y prisión: Análisis criminológico” [Trabajo de fin de grado- Universitat Jaume]. Facultad de ciencias jurídicas y económicas. Recuperado de: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/170745/TFG\\_2017\\_Carrasco%20Martinez\\_Victoria.pdf;jsessionid=5A1268F2AB2E065D841DF7A4CDA36EA6?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/170745/TFG_2017_Carrasco%20Martinez_Victoria.pdf;jsessionid=5A1268F2AB2E065D841DF7A4CDA36EA6?sequence=1) (Fecha de consulta: 5 septiembre).
- Carretero, C (2023). “La aplicación del derecho penal y la función del proceso penal”. Derecho Procesal Penal. Universidad Pontificia de Comillas.
- Castilla, P (2016). “La prevención de recaídas en drogodependencias desde el Modelo de Marlatt. Aportaciones desde el Trabajo Social”. Fundación Tomillo, (77), 109-133. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/305788939\\_La\\_prevenccion\\_de\\_recaidas\\_desde\\_el\\_modelo\\_de\\_Marlatt\\_Aportaciones\\_desde\\_el\\_trabajo\\_social\\_The\\_prevention\\_of\\_relapses\\_in\\_the\\_Marlatt\\_model\\_Contributions\\_from\\_the\\_field\\_of\\_social\\_work](https://www.researchgate.net/publication/305788939_La_prevenccion_de_recaidas_desde_el_modelo_de_Marlatt_Aportaciones_desde_el_trabajo_social_The_prevention_of_relapses_in_the_Marlatt_model_Contributions_from_the_field_of_social_work) (Fecha de consulta: 14 de marzo).
- Cebamano. M, García. J, Gusi. B y Varela, C (2014). “Manual de buenas prácticas para el abordaje de las drogodependencias en el ámbito jurídico”. SIAD (Servicio interdisciplinar de atención a las drogodependencias). Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/SIAD\\_manual\\_buenas\\_practicas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/SIAD_manual_buenas_practicas.pdf) (Fecha de consulta: 1 de febrero).
- Constitución Española (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2012). “Actuar es posible. Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios”. Ministerio de Sanidad y consumo. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/263359893\\_ACTUAR\\_ES\\_POSIBLE\\_INT](https://www.researchgate.net/publication/263359893_ACTUAR_ES_POSIBLE_INT)

[ERVENCION SOBRE DROGAS EN CENTROS PENITENCIARIOS](#) (Fecha de consulta: 26 de febrero).

Díez, R, González, C (2008). “*Personas drogodependientes tras su estancia en prisión. Mecanismos de inserción*”. Red araña. Informe, pp. 1-112. Recuperado de: <https://www.ikusbide.org/data/documentos/Personas%202008.pdf> (Fecha de consulta: 20 de diciembre).

Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2005). “*Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias*” (Informe nº17). Ministerio del Interior- ACAIP. Recuperado de: [http://www.acaip.info/info/circulares/2005\\_17.pdf](http://www.acaip.info/info/circulares/2005_17.pdf) (Fecha de consulta: 5 de febrero).

Enjuanes, J. García, F. Longoria, B (2014). “*La Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona, un nuevo modelo penal de reinserción social*”. Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 57, p. 33-47. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/278527/368831> (Fecha de consulta: 21 octubre)

Equipo de expertos en Ciencias de la Salud (2018), “*El impacto de las drogas en prisión: un enfoque criminológico*”. Universidad Internacional de Valencia. Recuperado de: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/el-impacto-de-las-drogas-en-prision-un-enfoque-criminologico> (Fecha de consulta: 5 septiembre).

Esbec, E, Echeburúa, E (2016). “*Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para la valoración forense integral*”. Revista adicciones. 28 (1), 48-56. Recuperado de: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790/757> (Fecha de consulta: 20 de enero).

Espinoza, O. Sánchez, M. Vergara, L. (2015). *Debates Penitenciarios*. Equipo área de estudios Penitenciarios CESC N° 20. Instituto de Asuntos públicos Universidad de Chile, pp. 1-32. Recuperado de: [https://www.cesc.uchile.cl/debates\\_penitenciarios\\_20.pdf](https://www.cesc.uchile.cl/debates_penitenciarios_20.pdf) (Fecha de consulta 10 octubre).

Familias Anónimas (2023, marzo). ¿Qué es familias anónimas?, Reuniones. Recuperado de: <https://www.familiasanonimas.es/> (Fecha de consulta: 14 de marzo).

Fernández de Larrinoa, V (1999). “*Programa piloto de intercambio de jeringuillas en el centro penitenciario de Basauri*”. Pp. 72-76. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2698808.pdf> (Fecha de consulta: 4 de febrero).

Fundación CNSE (2023, Enero). *Drogas y Familias. Fases de consumo*. Recuperado de: <https://www.fundacioncnse.org/drogasyfamilias/fases.php> (Fecha de consulta: 3 de enero).

- Fundación Sociosanitaria de Castilla- La Mancha (2023, febrero). Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Recuperado de: [https://fsclm.com/web/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33&Itemid=219](https://fsclm.com/web/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=219) (Fecha de consulta: 17 de febrero).
- García Lalinde, G. et al (2004a). “*Guía de Evaluación para programas y Mediadores/as en Centros Penitenciarios*”. Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad. Madrid: Grupo GID.
- García, V (2019). “*Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas*”. Educación y exclusión social. 13 (7); 184-200. Recuperado de: <https://revistas.uca.es/index.php/ReSed/article/view/4427/5507> (Fecha de consulta: 8 septiembre).
- Giménez. A (2020). “*Factores de riesgo y factores de protección relacionados con la criminalidad y el consumo de drogas*”: Formas de criminalidad. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. (Fecha de consulta: 1 de diciembre).
- Gómez. E (2015-2016). “Drogas y su relación con la delincuencia”. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Alicante]. Facultad de Derecho. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas\\_de\\_abuso\\_influencia\\_sobre\\_el\\_comportamiento\\_de\\_GOMEZ\\_GARVI\\_ESTEFANIA.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas_de_abuso_influencia_sobre_el_comportamiento_de_GOMEZ_GARVI_ESTEFANIA.pdf) (Fecha de consulta: 20 febrero).
- González. F (2018). “*Drones: seguridad pública y régimen sancionador*”. Revista Vasca de Administración pública. (111), 271-310. Recuperado de: <https://aedae-aeroespacial.org/wp-content/uploads/2021/02/17.-FERNANDO-GONZALEZ-BOTIJA-4.-UCM.-SEGURIDAD-PUBLICAY-REGIMEN-SANCIONADOR.pdf> (Fecha de consulta: 17 de noviembre).
- Guía Infodrogas (2022), “*De qué hablamos cuando hablamos de drogas*”, Junta Nacional de Drogas Recuperado de: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/hablamos-hablamos-drogas> (fecha de consulta: 1 septiembre).
- INE (2022), “Instituto Nacional de Estadística”, Conceptos generales. Recuperado de: <https://www.ine.es/> (Fecha de consulta: 30 agosto).
- Jimenes M. (2015). “*Drogodependencias y prisión: Influencia del consumo de drogas y abordaje de su tratamiento en el ámbito penitenciario*”. Universidad de Jaén. Área de Antropología Social. Recuperado de: <http://fileserv.idpc.net/library/doctrina41996.pdf> (fecha de consulta: 1 septiembre).

- Lara, F, Ramos. V (2009). “*El tratamiento de las drogodependencias en reclusos del centro penitenciario de Burgos*”. Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal. International Journal of Developmental and educational psychology. 1 (1), 565-576. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320061.pdf> (Fecha de consulta: 8 de febrero).
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. (BOE núm. 176, de 24 de julio de 2002. P. 27225 a 27244. (Fecha de consulta: 19 de noviembre).
- Ley Orgánica 1/ 2006, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias. Boletín Oficial del Estado. núm. 69, 13 de abril. p. 29220 a 29276 (Fecha de consulta: 3 septiembre).
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado. núm. 239, 5 de octubre p. 23180 a 23186. (Fecha de consulta: 3 septiembre)
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995) (Fecha de consulta: 20 de noviembre).
- Ley Orgánica 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros trastornos Adictivos. (Boletín Oficial del Estado. núm. 224, de 18 de septiembre. pág. 33112 a 33127). (Fecha de consulta: 3 septiembre).
- Ministerio de Política Territorial (2020). “*Informe sobre el funcionamiento de los servicios de la Administración General del Estado en el Territorio en 2020*”. Ministerio del interior. Recuperado de: [https://mpt.gob.es/dam/es/portal/delegaciones\\_gobierno/informe-evaluacion/informe-evaluacion-2020/10\\_MINISTERIO\\_DEL\\_INTERIOR.pdf](https://mpt.gob.es/dam/es/portal/delegaciones_gobierno/informe-evaluacion/informe-evaluacion-2020/10_MINISTERIO_DEL_INTERIOR.pdf) (Fecha de consulta: 16 de enero).
- Ministerio de Sanidad- Plan Naciones de Drogas (25 de enero 2022). “*El Plan de acción sobre adicciones 2021-24 se centrará en la prevención y reducción de los daños asociados a sustancias*”. [Conferencia escrita]. La Moncloa. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA\\_2021-24\\_aprobado.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf) (Fecha de consulta: 8 de marzo).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (2008), “*Drogodependencias y prisión: Situación de las cárceles Españolas. Estudio sobre la situación de las personas con problemas de drogas en prisión*”. (Informe: nº2096). Recuperado de: [https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1582110901\\_estudio\\_prisiones\\_ii.pdf](https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1582110901_estudio_prisiones_ii.pdf) (Fecha de consulta: 10 septiembre).
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (2016), “*Encuesta sobre salud y consumo en internados en instituciones penitenciarias*”. ESDIP (Informe 2016). Recuperado

de:<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf> (Fecha de consulta 16 de noviembre).

Ministerio del Interior (2023, febrero). *23 centros penitenciarios contarán con unidad canina propia para prevenir la introducción y el consumo de droga en prisión*. Recuperado de: <https://www.interior.gob.es/opencms/es/detalle/articulo/23-centros-penitenciarios-contaran-con-unidad-canina-propia-para-prevenir-la-introduccion-y-el-consumo-de-droga-en-prision/> (Fecha de consulta: 13 de enero).

Ministerio del Interior (8 de abril de 2022), “*Grande- Marlaska destaca en Cuenca que la ocupación de las prisiones españolas está nueve puntos por debajo de la media europea*”. La Moncloa. Recuperado de: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/interior/Paginas/2022/080422-marlaskaprisiones.aspx#:~:text=El%20ministro%20ha%20destacado%20ante,los%2046.300%22%2C%20ha%20indicado> (Fecha de consulta: 16 de noviembre).

Molero Jurado, M. del M., Pérez Fuentes, M. del C., Gázquez Linares, J. J., & Barragán Martín, A. B. (2017). “*Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias*”. *Atención Familiar*, 24(2) Recuperado de: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.2.59151> (Fecha de consulta: 1 diciembre).

Moreno. P (2000). “*Psychosocial intervention with drug addicts in prison. description and results of a programme*”. Colegio Oficial de Psicólogos, Spain. 4 (1); 64-74. Recuperado de: <http://www.psychologyinspain.com/content/reprints/2000/6.pdf> (Fecha de consulta: 8 septiembre).

Muñoz, J (30 diciembre de 2019). “*Una campaña en las prisiones para prevenir la entrada de drogas*”. Diario de Sevilla. Recuperado de: [https://www.diariodesevilla.es/juzgado\\_de\\_guardia/actualidad/campana-prisiones-prevenir-entrada-drogas\\_0\\_1423357851.html](https://www.diariodesevilla.es/juzgado_de_guardia/actualidad/campana-prisiones-prevenir-entrada-drogas_0_1423357851.html) (Fecha de consulta: 12 de enero).

Muñoz. J (2014), “*Responsabilidad penal del drogodependiente*”. *Ciencia Penal y Criminología*, (03), 1-27. Recuperado de: <http://criminnet.ugr.es/recpc/16/recpc16-03.pdf> (Fecha de consulta: 14 de febrero).

National Institute on Drug Abuse (2020). “*¿La marihuana es adictiva?*”. Recuperado de: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/la-marihuana-es-adictiva> (Fecha de consulta: 12 de marzo).

National Institute on Drug Abuse. (2023, marzo). *Las benzodiazepinas y los opioides*. Recuperado de: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/opioides/las-benzodiazepinas-y-los-opioides> (Fecha de consulta: 1 marzo).

Negrero, L. Pérez. M (2019). “*Intervención y tratamiento de delincuentes en prisión y medidas alternativas*”. Madrid: Editorial Síntesis.

Observatorio Español de las drogas y adicciones (2020), Informe 2020. “*Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*”. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf> (fecha de consulta: 1 septiembre).

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). “Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias”. [Conjunto de datos]. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022\\_ESDIP\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf) (Fecha de consulta: 20 de febrero).

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. “*Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*”. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf> (Fecha de consulta: 14 de enero).

OMS (2022), “*Conceptos fundamentales en drogodependencia*”. Recuperado de: <https://www.who.int/es> (Fecha de consulta: 30 agosto).

Pastor, M (2020). “*La validez de la figura del criminólogo en el ámbito penitenciario*”. Revista de Criminología, Psicología y Ley. (4), 118-176. Recuperado de: [https://crispiley.usal.es/wp-content/uploads/sites/46/2021/12/118-176\\_Pastor\\_Bardisa\\_Mari%CC%81a.\\_La\\_validez\\_de\\_la\\_figura\\_del\\_crimino%CC%81logo.pdf](https://crispiley.usal.es/wp-content/uploads/sites/46/2021/12/118-176_Pastor_Bardisa_Mari%CC%81a._La_validez_de_la_figura_del_crimino%CC%81logo.pdf) (Fecha de consulta: 20 febrero).

Pérez. M (2021). “*Programa de tratamiento en prisiones*”. Tratamiento e intervención con delincuentes. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid (Fecha de consulta: 18 de febrero).

Proyecto Hombre Horizonte (2019). El desarrollo de la dependencia a sustancias. Recuperado de: <https://horizonteprojectohombremarbella.org/el-desarrollo-de-la-dependencia-a-sustancias/> (Fecha de consulta: 3 de enero).

RAE (2019), Diccionario de la Real Academia Española, 23ª, Recuperado de: <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7134/Trabajo%20CONCEPTOS%20GENERALES.doc?sequence=4> (Fecha de consulta: 30 agosto).

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Boletín Oficial del Estado. Núm. 40, de 15 de febrero de 1996. Recuperado de:

- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307> (Fecha de consulta: 1 de enero).
- Rodríguez, J.L (2013). “*La importancia de la intervención con familias en la recuperación de la adicción a las drogas*”. Proyecto Hombre, (46), 31-41. Recuperado de: <https://summa.upsa.es/high.raw?id=0000031325&name=00000001.original.pdf> (Fecha de consulta: 13 de marzo).
- Rodríguez. R (1996), “*Derechos y deberes de los internos*”. Universidad de Córdoba, 3(4); 111-116. Recuperado de: [https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/7187/dyo3y4\\_rodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/7187/dyo3y4_rodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Fecha de consulta: 22 de diciembre).
- Ruiz. M (2018), “La evolución de la población reclusa española en los últimos 30 años: una explicación integral”. ADPCP , 71; Pág. 404- 490. Recuperado de: [https://www.boe.es/biblioteca\\_juridica/anuarios\\_derecho/abrir\\_pdf.php?id=ANU-P-2018-10040300490](https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-P-2018-10040300490) (Fecha de consulta: 15 septiembre).
- Ruiz. M. Santibáñez. R(2014). “Prisión, drogas y educación social”. Revista de Intervención Socioeducativa, 57; pág. 118-135. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/278607/368839> (Fecha de consulta: 10 septiembre).
- Santamaría J. Chait. L (2004), “*Drogadicción y delincuencia. Perspectiva desde una prisión*”. Adicciones, 16 (3); 207- 217. Recuperado de: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/402/402> (Fecha de consulta: 6 septiembre).
- Secretaría de Instituciones Penitenciarias- ACAIP (2014). “*Organización y funcionamiento de las unidades terapéuticas-educativas*. Madrid: Ministerio del Interior. P. 1-23. Recuperado de: <https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2018/10/3555.pdf> (Fecha de consulta: 10 noviembre).
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2020). Informe General 2020 (Informe N° 14). Ministerio del Interior- Gobierno de España. Recuperado de: [https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe\\_General\\_IIPP\\_2020\\_12615039X.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2020_12615039X.pdf) (Fecha de consulta: 9 de marzo).
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2021). Informe General 2021(N° 15). Ministerio del Interior- Gobierno de España. Recuperado de: <https://www.interior.gob.es/opencms/es/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/> (Fecha de consulta: 27 de febrero).

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias- Ministerio del Interior (2023, febrero). Programas específicos de intervención. Recuperado de: <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/reeducacion-y-reinsercion-social/programas-especificos-de-intervencion/drogodependencia> (Fecha de consulta: 7 de febrero).

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras toxicomanías (2019). “*Guía de consenso para el buen uso de las benzodiazepinas*”. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Socidrogalcohol.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf) (Fecha de consulta: 4 de marzo).

Subdirección general sanidad penitenciaria (2002). “*Intercambio de Jeringuillas en el medio penitenciario. Programa Marco*”. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Recuperado de: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/actividadesEnPrisiones/docs/programaMarco.pdf> (Fecha de consulta: 4 de febrero).

UNAD (2018), “*Posicionamiento de UNAD en materia de Adicciones y Justicia Penal*”, Recuperado de: <https://www.unad.org/wp-content/uploads/2021/04/posicionamiento-adjp-2018-UNAD.pdf> (Fecha de consulta: 10 septiembre).

UNAD (Unión de Asociaciones y entidades de atención al drogodependiente), (s.f). “*Drogodependencias y Prisión: Situación de las cárceles españolas. Estudio sobre la situación de las personas con problemas de drogas en prisión*” (Archivo nº 1582110901). Recuperado de: [https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1582110901\\_estudio\\_prisiones\\_ii.pdf](https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1582110901_estudio_prisiones_ii.pdf) (Fecha de consulta: 13 de enero).

UNAD. (23 de febrero). “*Las drogodependencias y otras adicciones en el sistema penitenciario Español. Una ventana hacia un futuro justo e igualitario*”. [Discurso presencial]. Conferencia de la red de atención a las adicciones. Madrid.

UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito) (2018). “*Terminología e información sobre drogas*”. Vol. 3, 1- 71. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology\\_and\\_Information\\_on\\_Drugs\\_S\\_3rd\\_Edition.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_S_3rd_Edition.pdf) (Fecha de consulta: 16 de octubre).

Vega, P. Szerman. N, Romero, C, et al (2015). *Libro Blanco. Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*. Fundación Patología Dual SEPD. Recuperado de: <https://patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf> (Fecha de consulta: 15 de marzo).

ZAPATA, M. A. (2009), “La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas”. Revista CES Psicología, 2 (2): 86-94.

## 17. ANEXOS:

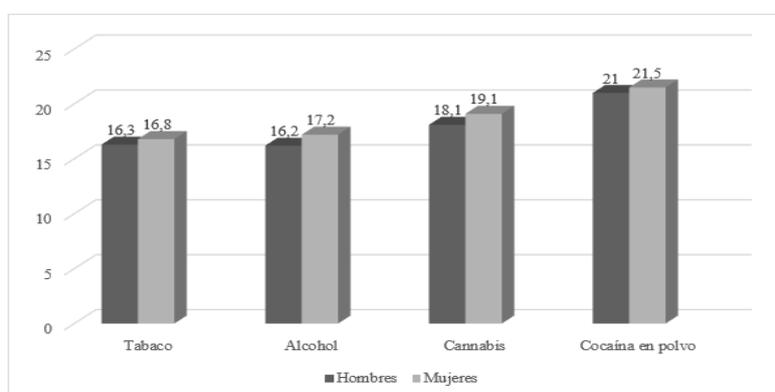
### Conceptos importantes:

<b>Drogo dependencia:</b>	“Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, caracterizado por: 1. Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. 2. Tendencia a incrementar la dosis. 3. Dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga. 4. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”. (OMS, 1964; 2).
<b>Instituciones penitenciarias:</b>	La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias es el Sistema establecido por el Ministerio del Interior encargado de la administración y cumplimiento de las penas y medidas generadas en sentencias judiciales (Ministerio del Interior 2020).  “Tienen como finalidad primordial la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados” ( <b>Ley nº 239. art. 1, 1979</b> ).
<b>Programa de intervención:</b>	“Es un conjunto articulado de actividades aplicadas a un proceso para el logro o mejoramiento de una práctica conceptual o técnica” (Freiria y Feld, 2005; 244).
<b>Tratamiento:</b>	El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados.  1. “El tratamiento pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la ley penal, así como de subvenir a sus necesidades. A tal fin se

	<i>procurará, en la medida de lo posible desarrollar en ellos una actitud de respeto a sí mismos y de responsabilidad individual y social con respecto a su familia, al prójimo y a la sociedad en general”. (Ley nº 239. art. 59, 1979).</i>
<b>Legislación penitenciaria:</b>	<i>“Conjunto de normas reguladoras de la vida en prisión para conseguir una convivencia ordenada y pacífica. Está orientado a conseguir la detención y custodia de los reclusos y garantizar el éxito del tratamiento respecto de los penados y los sometidos a medidas penales” (Ley nº 239. art. 3, 1979).</i>

**Figura 1**

*Edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas en población de 14-64 años según el sexo.*



**Fuente:** Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). (P.34)

**Nota:** El gráfico representa la edad media de cada uno de los sexos en relación al inicio del consumo de sustancias psicoactivas de sujetos entre los 15 y 64 años, según datos recogidos en 2019-2020 por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones 2021 (p. 34). Elaboración propia.

**Figura 2:**

*Crecimiento esperado de consumidores en función de la sustancia*

- Alcohol (1.900 a 2.300.000)
- Cocaína (60.000 a 80.000)
- Heroína (80.000 a 125.000)

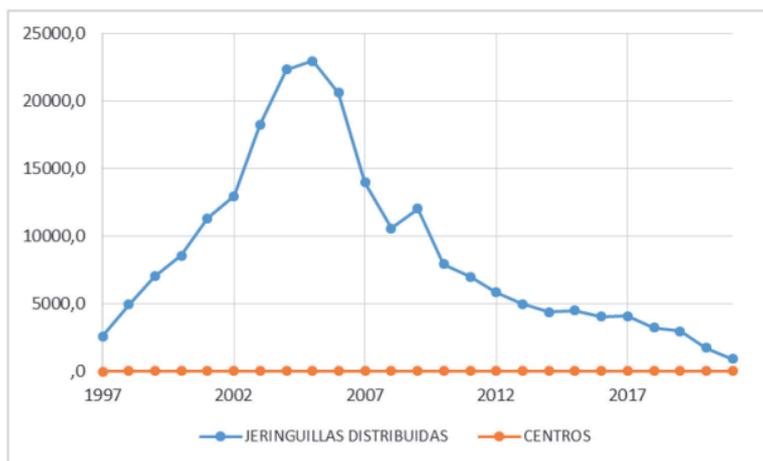
- Anfetaminas (350.000 a 500.000)
- Inhalables (18.000 a 21.000)
- Cannabis (1.200.00 a 1.800.000)

**Fuente:** Plan Nacional de Drogas (1985) (P.19)

**Nota:** Se muestran los datos aportados por el Plan Nacional de Drogas de 1985 sobre la estimación media de consumidores en función de la sustancia. (p.19). Fuente original.

**Figura 3:**

*Evolución del número de usuarios de los PIJS en prisión desde su implementación*

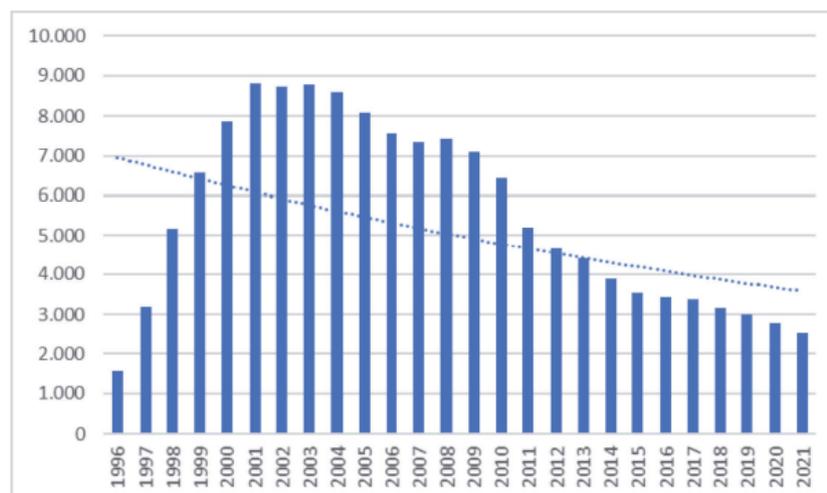


**Fuente:** Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Informe 2021 (P.240)

**Nota:** La gráfica representa la evolución producida sobre los programas de intercambio de jeringuillas en el ámbito penitenciario español, desde 1997 hasta 2021, según los datos mostrados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en su Informe 2021 (p. 240). Fuente original.

**Figura 4:**

*Evolución del número de internos con tratamiento diario con metadona a 31 de diciembre del 2021*

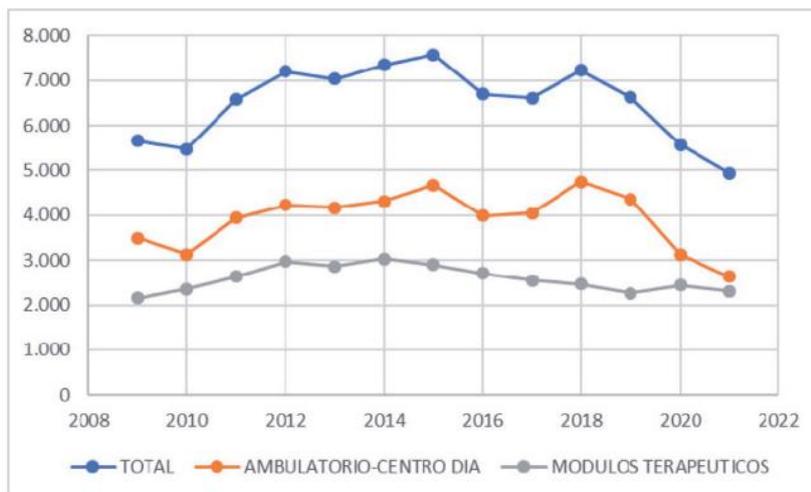


**Fuente:** Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Informe 2021 (P. 242).

**Nota:** La gráfica representa la evolución del número de internos (mujeres y hombres) adscritos al programa de tratamiento con metadona y que reciben su dosis diaria, desde 1996 hasta 2021, según los datos mostrados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en su Informe 2021 (p. 242). Fuente Original.

**Figura 5:**

*Evolución de los modelos del Programa de Deshabitación desde el 2008 hasta el 2021.*



**Fuente:** Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Informe 2021 (P. 245)

**Nota:** La gráfica representa la evolución del modelo ambulatorio- centro de día y el modelo de módulos terapéuticos desde el 2008 hasta el 2021 en relación al número de internos que participan en ellos, según los datos aportados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en su Informe 2021 (p.245). Fuente original.

**Figura 6:**

*Derivaciones realizadas a distintos dispositivos comunitarios en el año 2021.*



**Fuente:** Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Informe 2021 (P.247)

**Nota:** La gráfica representa las derivaciones llevadas a cabo durante el 2021 en los diferentes centros penitenciarios del territorio Español (a excepción de los datos relativos a la Comunidad Autónoma del País Vasco), a los diferentes recursos comunitarios, según datos aportados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en su Informe 2021 (p.247). Elaboración propia.

**FIGURA 7:**

*Circunstancias que versan sobre el sujeto consumidor tras su salida de prisión*

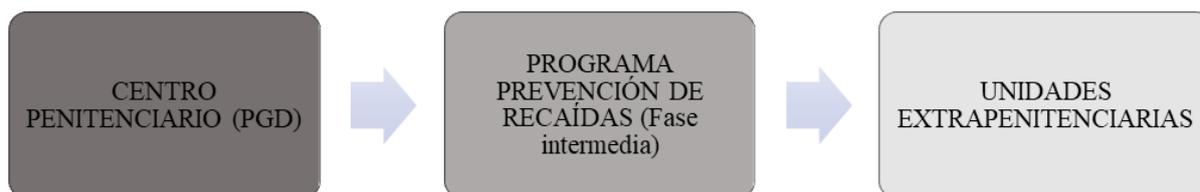
<b>SUJETO DROGODEPENDIENTE ABSTINENTE</b>	<b>Estado emocional negativo</b> (ej. Ansiedad, aburrimiento)	Continuidad de la abstinencia.
		Consumo inicial
	<b>Conflictos interpersonales</b> (ej. Problemas ámbito social)	Continuidad de la abstinencia.
		Consumo inicial
	<b>Presión social</b> (ej. Consumo de sustancias)	Continuidad de la abstinencia.
		Consumo inicial

**Fuente:** Elaboración propia

**Nota:** La tabla representa las situaciones a las que el interno se puede exponer en el momento de su salida en relación con la continuidad de la abstinencia conseguida dentro de prisiones, siendo estos elementos tanto individuales como sociales. Las alternativas a tomar principalmente son la continuidad de su proceso de deshabitación o recaída en un consumo.

**FIGURA 8:**

*Proceso hasta la plena reinserción social y recuperación de la adicción*



**Fuente:** Elaboración propia.

**Nota:** La tabla muestra el proceso que se pretende llevar a cabo en relación con la propuesta planteada, siendo esta una fase intermedia entre el ámbito penitenciario y las Unidades Extrapenitenciarias para los internos del Programa General de Drogodependencias (PGD) que hayan pagado su responsabilidad penal.

### **ENTREVISTA I:**

Selección de preguntas de la entrevista estructurada realizada el día 4 de Octubre de 2022 de manera online, a M.<sup>a</sup> C., Tutora del Módulo UTE del Centro Penitenciario Madrid VI.

**P1: Me gustaría saber ¿Cuál es el desempeño de sus funciones dentro del módulo?**

P2: Básicamente mi desempeño dentro del módulo es tutorizar las actividades de los internos con una finalidad terapéutica, como ya has visto, de talleres como carpintería, patronaje, etc. También realizamos talleres grupales y dinámicas para buscar una convivencia correcta dentro del módulo. En los casos en los que se produzca algún conflicto y ellos mismos, entre el representante del grupo y los implicados, no puedan o no sepan solucionarlo, a través de nosotros, hacemos una reunión con el módulo y se explican las pautas de convivencia y la necesidad inmediata de solucionar el problema.

Es fundamental por parte de nuestro trabajo, conocer a los internos que ingresan en este módulo especial, al que no todos tienen acceso, por lo que se necesita saber si su perfil es acorde, antes de entrar, al grupo, o en el caso de estar una vez dentro, si su comportamiento es adecuado.

Y por último, asistir como has participado tú, en todas las reuniones del Equipo Técnico en el caso de necesitar tomar alguna decisión o hacer partícipes al grupo de alguna noticia que suceda y su toma de decisión.

**P1: ¿Cuál es la periodicidad de las reuniones entre profesionales que participan?**

P2: Por lo general, se tiene que hacer de manera establecida, una al mes. Sin embargo, nosotros desarrollamos aproximadamente dos o tres reuniones mensuales, y de manera extraordinaria se pueden, hasta una o dos más, dependiendo de la necesidad de consensuar alguna circunstancia como permisos, pruebas de toxicológicos, conflictos, sanciones, etc.

**P1: ¿Existe una buena comunicación entre las disciplinas integradas (psicólogos, trabajadores sociales, educadores, juristas) dentro del módulo?**

P2: En general sí, aunque la diversidad de trabajo y el desarrollo de cada uno de los integrantes

del equipo técnico, no es exclusivamente para este módulo, contamos con 8 más. La escasez de profesionales hace el trabajo difícil y largo a veces porque la implicación de algunos de esos profesionales en atender las necesidades del módulo no es la misma.

**P1: ¿Qué nivel de éxito tiene el programa/ Unidad? (alto/ bajo) (ha variado...)**

P2: Pues podríamos decir que ha tenido un nivel de éxito muy alto desde el momento en el que se desarrolló, hasta a ir variando, dependiendo de las circunstancias y número de internos. Si que es verdad, que con los pocos profesionales que hay en el centro, el trabajo se hace algo más difícil debido a la cantidad de información y documentación que nos aportan cada día.

Durante el año, hay momentos en los que los profesionales son escasos y eso implica no poder estar encima de ellos, ofreciéndoles todo tipo de talleres o citas para hablar con todos ellos. El número ha aumentado bastante y al final, como profesional te toca atender a 50 internos en un solo día.

Además, el perfil del interno que ahora hay en el módulo ha variado con respecto a años anteriores, pero sí que es cierto que son personas elegidas por la implicación y motivación que tienen por alcanzar una vida adecuada.

**P1: ¿Qué papel desempeñan los propios internos en su proceso de cambio o adaptación dentro del módulo?**

P2: Tienen un papel activo puesto que se comprometen a seguir las normas que el módulo terapéutico conlleva. Al fin y al cabo, como se les dice, ellos son su motor de cambio, nosotros estamos aquí para ayudarles y no para hacerles las cosas.

La adaptación siempre ha sido buena... El interno que da la bienvenida al módulo es una persona implicada y cercana, con la necesidad de apoyar a los que llegan de nuevas, enseñándoles cómo funciona, los horarios que siguen, los talleres en los que puede participar y en los casos de que el interno quiera salir porque no se siente tranquilo o no encaja, se solicita un cambio de módulo de manera inmediata, para que otra persona que quiera y lo necesite, pueda acceder.

**P1: ¿Existe un perfil aproximado de integrantes en la Unidad?**

P2: Específicamente no, los funcionarios de seguridad forman parte de él de forma voluntaria y los demás atendemos a la normativa y según el Reglamento Penitenciario, y casi también por

elección personal.

Si te refieres al perfil de interno, no existe uno específico pero en su gran mayoría lo que aquí están son personas con circunstancias específicas y con características de vulnerabilidad como personas mayores que cumplen condena, como aquellos menores de 21 años o sin apoyo social fuera. Todo aquel que quiera permanecer en este módulo podrá solicitarlo a través de una instancia y después se estudia si encaja o no.

**P1: Muchas gracias por haber participado a través de esta entrevista en mi proyecto. Toda información recogida en este audio, será transcrita.**

### **ENTREVISTA II:**

Entrevista semiestructurada realizada el día 4 de Noviembre de 2022, a H. S, “Ex Drogodependiente y Expresidiario en los años 80 y 90”.

**P1: Me gustaría conocer el contexto de la prisión en la que usted estuvo durante los años 80 - 90 desde una perspectiva de interno.**

P2: He estado en varias prisiones de Madrid y Ceuta y el contexto durante los años 80 y 90, porque tuve varias entradas, fue el mismo. El descontrol y la violencia era nuestro pan de cada día... Ahí mandaba la ley del preso sobre los funcionarios, con la Ley de la fuerza y la manipulación. La violencia estaba asegurada, teníamos que saber con quién sí y con quien no, pero siempre pasaba algo, si no era en la cocina, era en el tigre como llamaban a los baños cuando iba a pasar algo. Sobre todo las peleas eran producidas por a ver quién conseguía el poder sobre otros para mandarlos y tenerlos como “esclavos”. Las drogas, como se conoce, eran otro de los motivos.

Que me acuerde de más... (pausa), la falta de seguridad por parte de los funcionarios era una ventaja para los que estábamos dentro. No se atrevían a entrar si no eran entre 4 o 5, siempre estaba uno o dos dentro de las garitas y ni se enteraban de lo que pasaba.

**P1: Por lo que me dices, la inseguridad y la violencia era el clima que se vivía dentro de la prisión. Además la droga era una fuente de conflicto entre los internos. ¿Podría usted explicarme cómo se producía su entrada y cómo se trataba con ello?**

P2: No se trataba para empezar. El tratamiento era individual y no comenzó hasta principios de los noventa o finales, no recuerdo exactamente, pero solo nos llevaban al médico para que

nos echara un vistazo rápido de si habíamos tenido alguna herida o lesión producida por el consumo, pero nada más. Por lo que te digo que el tratamiento era individual, nos manteníamos nosotros mismos, cada uno hacía lo que podía, pero otros no pudieron, hasta que hubo metadona en los 90, que eso supuso un gran cambio. Antes de esto muchos murieron por sobredosis o enfermedades como las que ya sabemos, sida y demás, pero todo era culpa de la forma en la que se hacía, éramos tontos, nos faltaba información de lo que esto producía y los riesgos de la mala higiene.

Me preguntabas qué ¿cómo entraba? Todo el mundo lo sabía e incluso a veces cuándo, pero no se hacía nada. Sobre todo a través de las comunicaciones con las familias, vis a vis, en la ropa de lavandería, por la cocina e incluso por los propios funcionarios que eran amenazados o comprados, ofreciéndoles más dinero de la miseria que ganaban para la situación en la que estaban.

Durante esos años, era raro que alguien no consumiera, casi todos lo hacíamos por supervivencia o por vicio de fuera. Esto producía muchas peleas y muertes por ajustes de cuentas, por no pagar, por no vender, por no querer compartir... yo lo he vivido y vives con miedo aunque no se diga. Date cuenta también que se introducían cuchillos , navajas además de droga porque era insostenible, tenías que cuidarte las espaldas hasta de tus “amigos”.

**P1: ¿Ese consumo era habitual, es decir, siempre teníais dosis suficientes?**

P2: Que va... por eso lo que te digo de peleas y muertes. Mataban por una papelina, que ahora lo piensas y es una barbaridad pero en el momento no. Era un vicio y en el momento que no había suficiente, se revolucionaba el corral. Había muchas clases de drogas como hachís, alcohol que se hacía dentro, heroína... pero en pocas cantidades. O tenías dinero, o pedías prestado o las ibas a pasar canutas.

**P1: ¿Las leyes eran eficaces?**

P2: Depende de quien fuera creo yo. El proceso lo pasábamos todos hasta aislamiento, ya ahí dependiendo de quien te tratara y fueras, era diferente. Ahí incluso te pasaban droga, era más difícil pero seguía habiendo. Si no había, eran días muy malos en los que tenías que estar encerrado en una celda, salías poco tiempo al patio y encima con el mono...un infierno. Contestando a tu pregunta, las leyes estaban, éramos sancionados como ahora, pero el trato era diferente.

**P1: ¿Notaste cambios de un ingreso a otro, con respecto a los años?**

P2: La vuelta a mi segundo ingreso fue otra cosa. Una vez que España entró a la Unión Europea, se pusieron mayor exigencias en el control, nuevas tecnologías, más información acerca de las drogas que fue fundamental para la actualidad, dieron más dinero para prisiones, el tratamiento más directo y nuevos programas y ocupaciones, talleres educativos... (pausa), aumento de los controles de todo tipo, menos violencia...

Se ve que las formas de consumo han cambiado de años atrás y el campo de las drogas ha aumentado, ahora he escuchado que hay pastillas nuevas y todo, pero todo mierda\* que te mata a la larga. Cuánto hubiera deseado yo saber todo lo que sé ahora y lo mal que lo he pasado después.

**P1: Muchas gracias por haber participado a través de esta entrevista en mi proyecto. Toda información recogida en este audio, será transcrita sin revelar su identidad.**

### **ENTREVISTA III:**

Entrevista Estructurada realizada el día 22 de Diciembre de 2022, a un Funcionario del Centro Penitenciario Madrid II.

**P1: ¿Me podría explicar cuál es su ejercicio como Funcionario de Prisiones en relación a las formas en las que se rige la actividad de la comunicación de los internos y la importancia que tiene esta sobre la entrada de sustancias psicoactivas al Centro Penitenciario?**

P2: La tipología de comunicación de los internos es diversa, desde las propias comunicaciones telefónicas a través de las cabinas individuales o aquellas que son por cristales con la familia o los abogados. Estas se producen en un módulo especial, lejos del resto, donde además se dan los “vis a vis” o visitas íntimas para aquellos que no tienen permisos de salida establecidos y pueden solicitarlo una vez al mes. Esas son las comunicaciones principales.

En cuanto a la entrada de drogas, pues mayormente se produce en los “vis a vis”, en la que los propios familiares son los portadores evidentemente, aunque se produce un control de las pertenencias de estos. Como funcionarios debemos saber a través de mecanismos como detección de metales y los controles de bolsos y paquetes, que no porten nada. Se lleva a cabo controles y registros de estos no tan “intensamente” como con los internos. Al final, como con muchas acciones que aparecen en el reglamento de los centros, atentan o disminuyen la

protección de los derechos fundamentales que tienen. Los cacheos de nudos integrales están acabando por no ser utilizados porque muchos internos se acogen a su derecho a la intimidad y no se les puede obligar, atentan contra sus derechos humanos, que eso se los saben muy bien. En el caso de sospechas fundadas y una orden por parte del juzgado de vigilancia, se podrá optar por la utilización de nuevos mecanismos como Rayos X para su detección.

En el caso de que se sepa que los familiares portan algo o se le ha pillado al interno algo, se le puede denegar la entrada al centro a ese familiar de hasta 6 meses y evidentemente está cometiendo un delito contra la salud, que ya ahí se encarga otro equipo, pero el interno es sancionado y se le prohíben todo tipo de comunicaciones con esa persona.

**P1: ¿Son efectivos los métodos para su detección en internos?**

P2: La exploración radiológica es la técnica a la que más se está recurriendo después de conseguir una orden del juzgado para llevar a cabo tales acciones. Creo recordar que se incorporó después del Plan de drogas en aquellos casos con indicios, pero sí que es verdad que tarda un poco en ser llevada a cabo. Desde mi experiencia, puedo decir que 2 de cada 3 internos que portan algún tipo de sustancia, mayormente metida en su cuerpo, son detectados, entonces sí creo que tiene una gran efectividad.

Una vez que al interno se le detecta la sustancia, se le lleva a una celda de aislamiento y se espera a que este lo expulse para su posterior sanción.

**P1: ¿Se da algún tipo de comunicación con los internos que no sea directa, es decir, por comunicación escrita?**

P2: Sí claro, las que se producen por carta o paquetería, es otra de las formas usuales en la entrada de droga a prisiones. Desde el Departamento de comunicaciones se encargan de recoger, clasificar y escanear cada uno de los paquetes que los internos reciben, porque hemos llegado a encontrar miles de cosas que no te podrías imaginar. Cada paquete tiene un registro en el Libro de quien es el que lo envía y quien lo recibe, para en el caso de detectar algo, saber quién era el propietario. Algunas veces el propio escáner no tiene la fiabilidad exacta porque ves desde paquetes con envoltorios que no permiten ver verdaderamente lo que hay dentro o incluso no ver nada y sospechar que la ropa puede estar impregnada con alguna sustancia. Esto tiene una baja efectividad, en este tipo de casos.

Por eso, en muchas prisiones de manera aleatoria la policía utiliza perros para su detección y

esto sí que es eficaz 100%, pero aleatoria como dije.

**P1: ¿Se siguen utilizando las técnicas de lanzamiento como antes?**

P2: Pues considero que depende mucho de la localización de la prisión, en el caso de Madrid II, al estar al lado de un paseo de bicicletas, donde mucha gente transita, alguna vez nos hemos encontrado pelotas de tenis con móviles o droga, e incluso el lanzamiento de Drones dirigidos, pero por ejemplo, en tu caso de Madrid VI al estar alejada y ser el perímetro mucho más grande, se complica más la cosa, pero sí se sigue dando.

**P1: Muchas gracias por haber participado a través de esta entrevista en mi proyecto. Toda información recogida en este audio, será transcrita.**

#### **ENTREVISTA IV:**

Entrevista semiestructurada realizada el día 30 de enero de 2023, al Director del Instituto de Estudios de las Adicciones- CEU:

**P1: ¿El abuso de sustancias debe de ser tratado como una enfermedad o un trastorno mental?**

P2: Dentro de las enfermedades psiquiátricas hay varias clasificaciones como ya sabes, la internacional, Psiquiatras Americanos, y esta última es la más conocida, el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). La cuarta edición de este manual, establece una degradación que hablaba de abuso y dependencia, pero en su última revisión desapareció y se estableció el “trastorno por uso de sustancias”. Este trastorno, me parece que en el texto que te mandé, habla de esto. Esto ahora es considerado como una enfermedad psiquiátrica producida por sustancias, entonces es una enfermedad, se llama trastorno pero está dentro de las enfermedades psiquiátricas.

Dentro de estas se clasifican aquellas como, trastorno por uso o consumo de alcohol, trastorno por uso de opiáceos, trastorno por uso de cocaína.... hay distintas y cada una se considera una enfermedad digamos, que así diferente pero todas dentro de la misma filosofía. Entonces hay una serie de criterios diagnósticos, hay una escala que aparece en el texto que te mandé, un poco, en donde vienen estos criterios. Según la puntuación sea más alta o más baja, se considera más grave o menos grave, pero la enfermedad como tal es “trastorno de uso de alcohol, opiáceos, etc. Que luego en muchas ocasiones cursa con algún otro trastorno mental, entonces se habla que existe una patología dual.

La patología dual es un trastorno por uso de sustancias, junto con otro trastorno psiquiátrico, como por ejemplo, depresión y un trastorno por uso de opioides. Casi siempre van juntos. Eso sería una patología dual.

En conclusión, aunque se trate de enfermedad o trastorno, viene a ser lo mismo, porque como ya he dicho entra dentro una de otra.

**P1: ¿Cómo se produce el abuso de estas sustancias? Según la bibliografía leída existen varias fases, primero el contacto con la droga, después el inicio de los primeros consumos y luego de manera más gradual, pero ¿Se debe hablar de etapas, o no en todos los sujetos que consumen se dan todas ellas?**

P2: Si se suelen dar las etapas frecuentemente. La naturaleza del trastorno es diferente de una personas a otras, eso está claro. Hay gente que transita directamente de un consumo puntual, a ya un tema adictivo, y otros que no, que llevan consumiendo durante mucho tiempo pero lo pueden dejar, diciendo así, con cierta facilidad, en el caso de algunas drogas, otras es más difícil como en el caso de la heroína, eso sí que no, pero con otras drogas pasa. Pero vamos, en general hay un patrón que se generaliza bastante de consumo, de que es un consumo esporádico, que luego empieza a ser crónico y que luego te viene un trastorno adictivo. El trastorno adictivo se produce ya cuando el individuo pone como prioridad el consumo ante cualquier otra cosa, es decir, que para él es su prioridad y abandona familia, amigos... y tiene problemas de abstinencia cuando deja de consumir. Entonces, normalmente eso es una cosa que va del consumo esporádico al consumo un poquito más frecuente, al consumo crónico y a la adicción. Eso ocurre siempre.

Pero, cada una de las etapas, es muy diferente según las personas y también la sustancia, porque por ejemplo, la heroína es una sustancia que intrínsecamente es muy adictiva. En las adicciones hay tres factores: la propia sustancia, la personalidad del sujeto y el ambiente, entonces estas tres interactúan, pero claro, hay algunas sustancias que tienen más propiedades adictivas, como la heroína como te dije y genera mucha, lo que llamamos, “dependencia física”, es decir, cuando tu ya dejas de consumir y entras en abstinencia y tienes un montón de síntomas físicos, sudas, convulsiones, diarrea...

Sin embargo hay otras que no, como por ejemplo, la cocaína tampoco produce tanta dependencia física. La gente que interrumpe el consumo suele tener mucha ansiedad etc, pero no tiene por ejemplo calambres o convulsiones o tiene menos. Al final, cada sustancia tiene su

propio perfil y las más adictivas son entre otros, los opioides porque aparte de generar esa dependencia psicológica, digámoslo así, produce mucha dependencia física. Si deja de consumir, de manera inmediata tiene que volver a consumir porque entras en abstinencia, el “mono”.

Otras no lo son en absoluto. Se habla mucho de los alucinógenos, que apenas son adictivos. La gente puede dejarlos sin demasiado problema, no producen dependencia física ni tampoco psicológica, dejan de consumirlos y no tienen demasiado problema. Entonces cada sustancia tiene su propio perfil

**P1: ¿Una persona que lleva consumiendo cocaína 20 años y una que lleva consumiendo heroína menos tiempo, existe una mayor dependencia en la que lleva muchas más tiempo, o la heroína sigue teniendo una mayor influencia?**

P2: En cuanto a dependencia de tipo físico como te digo, casi siempre tiene más poder adictivo la heroína. Normalmente correlaciona el tiempo consumiendo y la droga, pero dependiendo de esta, no sé si me explico. Te pongo un ejemplo, hay personas que tienen un consumo muy prolongado durante muchos años, pero que de repente te dice, no solo hablando de dependencia, sino de adicciones, que la dependencia es una parte de la adicción pero no todo... “pues lo dejo” y lo hace, y te dejan alucinando porque cómo es posible que durante todo el tiempo que lleva lo hace, pero lo hacen con alguna droga. Si esta sustancia es la heroína... es muy difícil, y no lo puede hacer de golpe, necesita un tratamiento de desintoxicación porque como lo deje va a tener un mono impresionante.

Las sustancias tienen un perfil propio y los opiáceos son los menos manejables, los que más dependencia producen con menos consumos, más abstinencia producen y los más adictivos.

**P1: ¿Cuál es la percepción como profesional de la materia sobre el consumo que se da en los adolescentes ahora? ¿Se tiende a minimizar el problema al ser desarrollado a largo plazo si se da un consumo continuado?**

P2: Claro, eso es lo que ponemos en el libro que has estado leyendo, el tema del consumo en adolescencia, incluso todavía peor en la infancia, es que interfiere con la maduración del cerebro al hablar de sustancias psicoactivas, entonces durante la adolescencia siguen existiendo procesos de maduración del cerebro y ocurre una alteración de maduración que luego va a poder dar lugar mucho después a otros trastorno psiquiátricos, que no solo en temas adictivos, sino a problemas de ansiedad, depresión u otros enfermedades mentales.

Es una época especialmente vulnerable para que se produzcan estas cosas, porque cuando uno ya es adulto, se tiene “la cabeza más amueblada”, no hay tanta posibilidad de interferir con el funcionamiento básico del cerebro. Es más fácil recuperar algunos trastornos. Te recomiendo un video del NIDA (National Institute of Drug Abuse), donde hablan sobre la adolescencia, y ponen un ejemplo muy visual. Es como si tú alteras el orden de las teclas de un piano. Para que funcione, tienes que tener las teclas en su sitio, construirlo poniendo una tecla aquí, otra allí... pero si durante el proceso de construcción del piano, alteras las teclas, que es lo que hacen las drogas en el proceso de formación, ¿Quién luego toca eso? Insisto que se ha visto sobre todo, los que trabajamos a nivel experimental en modelos animales, si que se ve que cuando tu das a los animales en un periodo equivalente a la adolescencia humana, drogas a ratones o ratas, luego tienen comportamientos aberrantes, comportamiento extraños.

Van en distintas direcciones, pero una de las cosas es que aumenta la vulnerabilidad adictiva. Si les pones una droga a los animales, ellos mismos se la van a autoadministrar antes que los otros. Te hacen muy vulnerable a la patología psiquiátrica, entonces ese es el peligro y el hecho de que se justifique que se esté dando tanta caña con el consumo de drogas en los adolescentes.

**P1: Muchas gracias por haber participado a través de esta entrevista en mi proyecto. Toda información recogida en este audio, será transcrita.**

### **ENTREVISTA V:**

Entrevista semiestructurada realizada el día 6 de febrero de 2023, a la psicóloga de la “Unidad de Atención al Drogodependiente en Instituciones Penitenciarias” Punto Omega.

**P1: Acercarme un poco a la realidad en la que se estructura y se compone el Centro Penitenciario Madrid IV- Navacarnero en relación con la unidad de drogodependencias y cuál es el objetivo que pretende alcanzar el programa de drogodependencias desarrollado allí.**

P2: Cuando yo entré era más todo bajo la estructura UTE en el módulo 3, y anteriormente seguíamos en el módulo 3 pero la gente que estaba solo en programa y antes de pasar al programa pasaban al 4, tenían la obligación de esperar. Con la pandemia, cambio de subdirección de tratamiento el psicólogo penitenciario que creó y diseñó este programa se jubiló y bueno al final la subdirección y la persona que cogió la coordinación por parte del centro penitenciario quisieron darle otra vuelta. Nos meten en el 2 con el contexto de una

prisión en que es un módulo de semirespeto y no solo hubo gente de programa.

Se cierra el 3 y 4 porque una de las grandes razones es que en todas las prisiones existe baja capacidad de personal e interior, encima en Navalcarnero son gente ya cercana a las jubilaciones, segundas actividades y demás... Entonces son dos módulos que no tenían casi funcionarios, entonces deciden cerrarlo y organizar plantilla y nos meten allí. Entonces, una vez ya instalados, tuvimos que reelaborar ese programa más estilo UTE de veintitantos años, ya a una cosa entre módulo de respeto, con convivencia con gente de programa y que no.... que al final lo que se pretende es que sea un tratamiento como si estuvieran en un CAID. Tienen contacto con la sociedad y tienen contacto con gente que pueden consumir o no, y así están un poco ellos...

**P1: Me parece curioso porque en el Centro que yo estuve se divide diferente, allí existen dos módulos específicos con internos que van o han ido al programa (PRE-UTE y UTE), y ni tampoco están en módulos de respeto, sino que conviven en otro espacio separado con sus normas de convivencia.**

P2: Claro, o sea aquí los módulos de respeto con el 9-10 y 2, el 8 es talleres, que aquí en Navalcarnero también hay uno específico de talleres de trabajo, 5-6-7 son los más conflictivos y el 1, se está convirtiendo en una cosa rara, es entre un PRE o un POST programa, porque desentendiendo de los motivos de salida del programa, los meramente terapéuticos, intentamos que vayan al 1, para bueno, tenerlos más cerca porque compartimos unidades y las juntas de tratamiento son las mismas, por lo que allí los tenemos un poco más vigilados que si acaban en un 7 o un 5. Hay otros motivos de salida del programa que de hecho van al 7... entonces motivos regimentales pues no pueden tener partes, no pueden tener faltas de respeto y demás, y por eso suelen ir al 7 o al de procedencia porque claro... nos cierran el 3 y 4 por falta de funcionarios y demás, y también es verdad que por la pandemia, los ingresos de penados se reducen bastante, pero eso ya no es así, entonces pasamos de tener en aquel entonces unos 700 internos y ahora rondamos los 900 y pico.

**P1: El repunte tras la pandemia ha sido evidenciado en la subida del número de delitos y de nuevos internos. En mi estancia en la prisión, me comentaron que se había aumentado hasta casi 100 internos más.**

P2: Aquí en Navalcarnero, está diseñada para tener un interno por celda cuando se construyó hace muchos años, porque es una de las más viejitas... y hubo un repunte, no me acuerdo en

qué año, que al final tuvieron que meter a dos en cada celda. Y más ahora, que hay dos módulos cerrados, falta de personal, están llegando una cantidad de internos solicitando el programa...

Nosotros contamos con 80 plazas en principio, las tenemos en 60, pero vamos a hacer una entrada de 15 ahora, se hacen cada dos meses. Antes de entrar en programa, se hace la selección junto con la psicóloga de prisión. Ella nos hace el primer cribado, por así decirlo, cuando el interno echa la instancia, se mira que no tenga partes, tiempos de condena... y luego ya cuando estamos montando el grupo, nos lo pasan a mi compañero y a mí que somos los psicólogos que hacemos las entrevistas de evaluación. Vamos viendo el momento terapéutico en el que están, los motivos por los que quieren venir, y hacemos una selección. Esos que seleccionamos dependiendo de las plazas, ha habido entradas de veintitantas personas, porque veníamos del 3 salimos para el 2 con 23 internos en programa. Entre que no venían los internos, no había penados, los penados que venían ya venían con condenas muy distintas de las de hace 15 años, ya la tipología delictiva cambia, los tiempos de condena cambian... Antes los criterios de inclusión en programa era condena no superiores a 5 años a la total y mínimo tenían que tener 9 meses para poder entrar.

Y eso lo tuvimos que cambiar, porque hubo un momento en el que venía muchísima gente con condenas de 4-5 meses e incluso venían ya con tratamiento fuera, del algún CAID o CAD y claro, terminaban ahí 4- 5 meses pero en un módulo ordinario sin recibir ningún tipo de tratamiento, ni el que estaba recibiendo fuera... Entonces llegamos a acuerdos y se reestructuró el programa con todos los profesionales, para intentar que esas personas pudieran entrar. Y ahora esto ha pegado un boom, y hay mucha gente que quiere entrar a programa pero no tenemos plazas. Las plazas están pensadas en que al final la atención psicológica y social sea de calidad, nuestro programa está diseñado en que tienen que tener grupos terapéuticos con los psicólogos de hora y media todas las semanas, pero es que a parte tienen toda la atención individual que requieran. Desde el momento que pueden bajar a las 9:30 estamos con ellos hasta que se suben otra vez, en el patio, sala, despacho... en donde haga falta.

**P1: ¿No existe un espacio que os proporciona el centro para hacer talleres, reuniones...?**

P2: Si, todo el módulo 2 es nuestro, con todos los espacios que tiene. Dentro de este tienen el patio, la sala donde ellos ven la televisión, y luego ya en la primera planta está la escuela del módulo, el despacho médico, un despacho para nosotras acondicionado. Y luego en la segunda planta, están los despachos del equipo técnico. Eso lo compartimos con la junta de tratamiento, la educadora, trabajadora social, psicóloga... Pero cuando tenemos grupo, pues en la escuela

del módulo, cuando tengo citas individuales y son cosas que requieren de una intimidad, pues al despacho, pero muchas veces hablamos con ellos en el patio y nos ponemos hablar con ellos mientras tomamos café y se les pregunta cómo está la familia, y cuéntame... Porque claro, no todos los perfiles se pueden trabajar de la misma manera.

A ver, hay perfiles mucho más cómodos, más acostumbrados a sentarse y ponerse a hablar contigo y hay otros que no, que son más suspicaces, que presentan más persistencia, te los tiene que ganar de otra manera, encima claro cómo somos un ente que está por en medio de todo, estamos entre la junta técnica de tratamiento y luego ellos, en medio estamos nosotros. Estamos con ellos, vivimos con ellos, les comunicamos todo, llamamos a la familia, cuando tiene los vis a vis bajamos con ellos para conocer a la familia, hacemos mucho trabajo familiar.

Ahora mismo estamos dos psicólogos a jornada completa, yo como coordinadora. También dos trabajadores sociales a jornada completa. Nuestra compañera del taller ocupacional y luego nuestro propio técnico de laboratorio. Él recoge las analíticas y las analiza también aquí porque tenemos máquina propia. No es como en otros lados que son tiras reactivas, porque eso dan muchos falsos positivos y demás... y la técnica que hacemos nosotros con nuestra máquina es la misma que hacemos en toxicología. Con lo cual el margen de error entre una y otra es meramente ínfimo porque claro, los datos los necesitamos bastante cuantitativos.

Nos da las analíticas a los psicólogos, que somos los que comunicamos los positivos a la persona y nos da el número específico de lo que ha salido. Con eso vamos mirando, a diferencia de los CAID's también nos dejan enseñar los restos de haber consumido algo, los márgenes legales para decir que alguien ha consumido o no están estipulados, entonces mi compañero los tiene marcados. Cocaína tanto, benzos tanto, cannabis tanto y opi tanto... son las cuatro sustancias a lo que lo pasamos y ahora desde hace ya un tiempo, estamos metiendo el alcohol en orina, pero solo en las personas que tienen diagnosticado alcoholismo y en los regresos de permisos. Se intentó que fuera dentro, porque nuestras analíticas son ordinarias, son a lo largo de toda la semana, de manera aleatoria, por sorpresa... y demás. El encargado tiene que ver que el interno deja la muestra y que sale del interno y no interfiere porque es motivo de expulsión.

En el caso de que haya habido algún consumo pero no ha pasado el límite, nosotros nos pone restos bajos, medios o altos y ya nosotros podemos o no comunicárselo al interno. Ahí ya decidimos en función del interno que sea. Muchos te piden que se lo digas para ir controlando más o menos en cuanto tiempo se pueden ir, el que puedo consumir, cuanta cantidad... se les

da las dosis justas de lejía para limpiar la celda, porque algunos lo toman para eliminarlo... entonces es complicado. Entonces yo por eso no soy muy partidaria de contarlo en algunos casos.

Y luego, los restos, sobre todo en regreso de permiso, nos suelen indicar más que consumo que han estado manipulando, entonces a lo mejor han podido meter algo, preparando algo... o por ahí la sustancia la han tenido cerca. Al final eso terapéuticamente lo tienes que trabajar porque son situaciones de riesgo.

**P1: El objetivo, como cualquier otro, es el de reducir el consumo o erradicarlo, pero ¿Tiene algún otro objetivo más específico?**

P2: Pues a ver, ellos evidentemente lo instrumentalizan un montón para conseguir los permisos, porque a diferencia creo de Atenea o Proyecto Hombre, no sé si se pronuncia por los pasos por junta, nosotros damos información a la junta que no es decisiva. Yo puedo emitir un informe favorable y ellos pueden hacer lo que quiera con él, toman decisiones con la información que tienen, entonces sí que es verdad que muchos vienen intentando conseguir los permisos, porque saben que es más fácil conseguir unos grados. Va muy mezclado con las ganancias penitenciarias secundarias y te lo van tapando un poco con el “no, yo quiero dejarlo”.

Nosotros lo que intentamos es, primero establecer una buena calidad de vida el tiempo que estén aquí en prisión. No es lo mismo vivir en un 5-2 o un 7. Que tengan opciones para poder a lo mejor si no es ahora, en otro momento, que tengan algo de información y que cuando salgan, tengan la información de dónde pedir ayuda. También trabajamos muchísimo la motivación, intentando reconstruir esa motivación meramente extrínseca en una intrínseca, y luego, es verdad que en algunos casos hay que hacer mucho reducción del daño porque es mucho tiempo de consumo... ya te digo, el perfil ha cambiado bastante. Que puedan adquirir habilidades meramente de la vida cotidiana, la toma de decisiones, comunicación, asertividad, resolución de conflictos que no sea agresivo. Al final tiene muchas cosas que ver con el consumo, pero no es eso.

Intentamos trabajar, porque al final es el conjunto de todo, lo que le lleva muchas veces a las personas a meterse en estas situaciones, a parte de sus dinámicas familiares que las hay tremendas y mis compañeras las trabajadoras sociales tienen que hacer trabajo familiar, prácticamente día sí día también.

Asunción de responsabilidades en todo, paternas, laborales, de autocuidado, higiene... porque

claro al estar en un módulo de respeto, la higiene es super importante en uno mismo y en el entorno. No pueden tener el trimestre más de tres negativos, y si se les pone (los funcionarios) es la expulsión del módulo de respeto y si eres del programa de drogas, te vas igual también. Al final también nos interfiere a nosotros, e intentamos trabajar todo lo que podemos igual, evidentemente no con todo el mundo se puede trabajar igual.

Hacemos una planificación, cuando ellos entran en programa firman el contrato terapéutico y les damos el PAI, (Plan de atención individualizado). Nada más entrar se le ponen unos objetivos generales y luego, los intentamos revisar primero a los tres meses y después cada 6 meses, en coordinación con la trabajadora social, el psicólogo, y educadora, marcamos objetivos nuevos terapéuticos. Siempre intentamos que todos hagan y finalicen la escuela de salud. La prevención para nosotros es súper importante, ya que es verdad que ya no se utiliza la jeringuilla, pero recoge cualquier práctica sexual. Es una población que utiliza mucho las sustancias en ese contexto.

Como te he dicho antes de entrar, los preseleccionados tienen que hacer un grupo de motivación, con 5 sesiones a lo largo de un mes, lunes y martes y se les contará cuál es la dinámica del módulo 2 al ser de respeto. La primera explicamos la dinámica del programa, las dudas que tengan, lo de las analíticas... todo y luego 3 sesiones hacemos una escuela de salud pura y dura, sexualidad, métodos anticonceptivos, ETS... todo lo que tenga que ver, sea con VIH o sin ella. También a lo largo de estar en programa, las trabajadoras sociales hacen una planificación del permiso, ocio y tiempo libre, alejado del mundo del consumo, restablecer relaciones sanas fuera del consumo y de la delincuencia... siempre tenemos que revisar si han mantenido relaciones sexuales sin han utilizado protección, si es la misma pareja, sin han recurrido a la prostitución... etc.

Por así decirlo, podríamos decir que el nivel 0 es el de admisión a través de instancia pero ya cribadas, luego nos iríamos a un nivel 1 que sería el grupo de motivación, con entrevistas y selección y empezamos esa escuela de salud, que todavía esta fase sigue siendo selectiva, es decir, cuando entran en motivación no son alta en programa todavía, depende de la actitud de este ante las clases, o ellos mismos rechazan, sobre todo por el tema de los permisos.

Ahora te lo explico lo de los permisos... que tienen un periodo de observación que no pueden disfrutar de los permisos hasta que no cumplan la observación dentro del programa. Y ya terminada la motivación y todos contentos, se hace el cambio al módulo 2. Firman el contrato de módulo de respeto con la comisión de acogida y luego con nosotros el contrato terapéutico.

Y ahí ya es cuando le damos el PAI, su planning con las actividades del programa, quién es su psicóloga, trabajadora social. Una vez esto, los otros dos meses siguientes siguen formando parte de la observación. Si está todo bien, sin positivos y demás, y tienen permisos del juez o de la audiencia o de quién sea, los podrían fichar y salir de permiso.

Hay muchos que cuando se enteran de eso, echan la instancia comunicándote que dejan de ir.

**P1: La entrada en el programa es de manera voluntaria, pero una vez que entra en el módulo de ingresos, la trabajadora social le orienta a qué programas puede dirigirse...**

P2: Claro, la trabajadora social en su entrevista le orienta o bien al programa de drogas o cualquier otro programa específico. Aquí en Navalcarnero, hay programa de violencia de género y agresión sexual. Si tiene que ver con el delito y demás, les van orientando a través del PIT con esos programas y ya nos los derivan para cuando haya una entrada, ir a por ellos. Aquí es muy dado a que la gente quiere hacer otras cosas como trabajar y entre los equipos muchas veces el mero desconocimiento, dan trabajo y ya claro, no quieren venir a los programas.

Si en el PIT aparece el programa de Drogas u otro, tarde o temprano tienen que venir porque si no, la junta no les va a dar nada. Ya te digo, que es sobre todo el que me den algo, sabes...

**P1: El tipo de programa que se realiza allí lo desconozco. Se que en Fundación Atenea es más trabajo grupal. ¿Existen diferencias?**

P2: La diferencia de Atenea, Proyecto hombre y demás es que hacemos muchísima atención individual, muchísima, a demanda, programadas, cuando ellos las necesitan. “oye que no me encuentro bien” vale que te pasa “pues que me han ofrecido en el patio... porque aquí hay droga.

Hay mucha gente que ha pasado por proyecto hombre y demás y ellos salen con una sensación, como no tienen tiempo de salidas, los programas si tienen tiempo establecidos, el de motivación tiene un mes, y una vez que firman el contrato entran en el nivel 2, el nivel 2 dura un año a 18 meses. ¿Por qué se puede alargar a 18 meses? Porque dentro de ese año, en los últimos 6 meses, si hay un positivo en alguna analítica, se le alargaría a los 6 meses porque necesitamos esos 6 meses de abstinencia, para pasar a nivel 3.

Que eso se da bien, sin problemas, pues el interno pasa al nivel 3, todo dentro del módulo 2 sigue igual, pero lo que pasa es que ya estás en el nivel 3 que son 6 meses.

**P1: ¿Entonces la estimación total del programa?**

P2: Pues de 18 a 24 meses.

**P1: En el caso de que un interno tenga una condena menor ¿Cómo se gestiona el programa? porque no lo finaliza...**

P2: Se va. Desde el programa, llegaría hasta donde llegaría y si se va por libertades condicionales o terceros grados desde el programa tienen que salir condicionados a tratamiento. Se les gestiona las citas con el CAID de referencia, del CIS o demás al que vayan.

Y las libertades totales, no están obligadas, pero siempre se recomienda. A ellos les interesa mucho las suspensiones de condena. El tratamiento de un CAID no es de esta misma intensidad. Les dan sus citas, pueden hablar con la psicóloga o la trabajadora social, controles analíticos, pero no son todos los días, si no es de forma más puntual. Todos se los recomendamos. Intentamos hacer que cambien el chip y por lo menos siga de alguna manera porque la gente sale muy desbocada.

Cuando son condenas más cortas, se van derivados o no, si son totales. Y cuando son condenas muy muy largas, y la junta no les ha dado nada, entonces no ha habido progresión de grado ni nada, es una derivación interna, pero ya se va con el alta terapéutica en programa porque ha hecho los plazos del programa y ahí sí o sí, se va a un 9 o un 10. Se intenta que toda la calidad de vida que ha conseguido, las habilidades, el contexto sea un poco más facilitador que en un 5 o un 7. Entonces se suelen ir al 9 o 10 que son de respeto más exigentes que en el 2, en cuanto a respeto y también intentamos que vayan con un puesto de trabajo, eso siempre coordinado con el educador, con la gente de los trabajos, talleres.... para que no estén todo el día en el patio sin hacer nada.

**P1: Desde el Ministerio del Interior, se han establecido diferentes programas específicos, como podrían ser el de jeringuillas, abstinencia y deshabituación... ¿En su Centro se realizan alguno de ellos? ¿Cómo se trabaja en ellos?**

P2: No. El programa de jeringuillas, creo que aquí nunca se ha hecho. Está metadona, sigue estando, aunque cada vez hay menos internos que lo requieran. Pero el nuestro es un programa de deshabituación libre de drogas. ¿Eso qué quiere decir? Pues que un interno que está en metadona no puede venir al programa. Tendría que hacer primero junto con los servicios médicos, que esa es otra de las cosas que se están haciendo a raíz de la pandemia, por esta falta

de internos y de no poder levantar lo que era la UAD, pura y dura, y al final ser profesionales especialistas y específicos en tratamiento de drogas, pues le ofrecimos al centro penitenciario colaborar de alguna manera con esos pacientes que están en metadona. Entonces con los que están en metadona también intervenimos pero fuera del módulo. No vienen al módulo 2, pero les hacemos alguna orientación, apoyo o ayuda psicológica y de trabajo social, sin pisar las funciones de los profesionales. Como hemos dicho no tiene nada de vinculante con ninguna junta, ni con sus causas, no pueden pedir suspensiones porque nosotros vayamos a verlos ni mucho menos, si no que el interno quiera hacer un decalaje y lo está pasando mal, pues vamos a verle.

O aquellos que están en metadona y al final se van a ir a la calle y no han querido dejar metadona, pero quieren ir al CAID o al CAD, nosotras siempre, las derivaciones a los recursos de drogas, salen desde aquí, no las hacen en tratamiento.

Luego hubo una orden interna de un programa específico de sobredosis, los RASUPSI, en los que ahí, estaba protocolizado las intervenciones que tienen que tener los internos que han sufrido algún tipo de sobredosis que no intoxicación... que ahí es donde entra el conflicto muchas veces los criterios y tendría que ir el médico, la psicóloga, etc. para hacer un mero seguimiento y al final también lo hacemos nosotros.

Es la diferencia con otras fundaciones, porque en el grupo se trabajan algunas cosas pero luego al final es una intervención individualizada de alta intensidad, ya te digo de lunes a viernes por las mañanas y por las tardes, estamos con ellos. No es que baje un día para ver a este, no, tengo o no tenga a alguien para ver, siempre bajo y me pongo hablar con todos. Te ven y te demandan.

Siempre hacemos la revisión de los permisos y la planificación de los mismos, valoramos situaciones de riesgo, un montón de cosas. Hacemos muchísima intervención individual, psicológica y social. Las trabajadoras sociales a parte tiene un grupo, cuando el interno está a seis meses de la libertad total, o ya la junta les ha dado permisos, le metemos en los cursos de preparación para la libertad.

**P1: ¿Es la última fase del tratamiento?**

P2: No. Está se puede dar tanto en el nivel dos, como en el nivel tres. Esto va a depender de si tiene permisos de salida de la junta o le quedan menos de 6 meses para salir a la calle, va dentro por esos tiempos, nada más y pueden estar en el nivel dos o en el nivel tres.

Luego aparte, tienen dos horas a la semana taller ocupacional de hora y media cada sesión, como un taller pre-laboral en el que se tienen que hacer responsables de ciertos materiales, y desarrollo de habilidades.

Como te comentaba antes, somos libre de drogas pero nuestro problema son los benzos, la medicación pautada. El interno que la tiene pautada, tú no se la puedes quitar. De hecho, nosotros ahí no podemos interferir, como debe de ser. Nuestra orientación es que siempre que se pueda, se vaya quitando la medicación, pero siempre que se pueda. Porque ellos son muy listos, quien tiene medicación pautada y no se la quiere tomar, pues la vende y como son muy listos, el que la tiene pautada y sabe que lo tiene así, se toma los suyos, los del otro, los del otro y demás y van los lunes, los miércoles y viernes hasta arriba. Lunes, miércoles y viernes porque es cuando les dan los lotes. Esto vale mucho dinero y hay mucha extorsión de gente que se aprovecha de otros para que pidan en enfermería y luego me la das. Entonces esto de los benzos es uno de nuestros grandes problemas, porque no puedes hacer nada.

Pasas una analítica y te dan positivo a benzos, automáticamente se van a los servicios médicos a cotejar si las tiene pautadas o no y no puedes asegurar si es solo su medicación o la de otros. La estimación del positivo no podemos inferir que sea más o menos de su medicación como con las otras.

Otro de los problemas que también trabajamos es la adherencia terapéutica, es decir, si x persona te ha puesto x tratamiento con esta pauta, tienes que hacerlo así, porque aquí son muy dados a dar la medicación por la mañana del lunes y martes y llega el lunes y se la comen entera. Incluso hay gente que tienen toma de mediación presencial, que la enfermera o quien sea, en el momento que se la dan en la cabina tiene que ver que se la toma y enseñarle tal, y no se la toman. Se la esconden, entonces como ya es medicación chupada vale tanto, sino tanto...

**P1: ¿La intervención que tienes como profesional es además de un acompañamiento el desarrollo de otras actividades fuera de tu área de trabajo?**

P2: Si. Al final la gente que nos dedicamos a esto pero desde el ámbito meramente social, tercer sector, asociación pura y dura, yo siempre lo digo, nos cuesta mucho decir que no a muchas cosas. Y este tipo de población es verdad que es muy demandante, en muchos sentidos y a nosotros se nos parte el alma en muchas cosas.

Con lo típico de... ahora hace un frío tremendo, haces limpieza en casa de ropa y encuentras unos guantes y se lo das a la persona que no tiene recursos. Además a lo largo de todo el año,

nosotros tradicionalmente, hacemos en junio, julio y en diciembre, hacemos jornadas culturales. En una semana se paraliza todo, no hay grupos, hay atención individual si hay requerimiento y demás, pero se suspende todo y se hacen actividades a lo largo del día, entonces nosotros proponemos, un día a talleres para hacer calendarios, pulseras, y luego actividades lúdicas como música para que escuchen otro tipo de música, actuaciones de magia, scape room y se rompe ahí la dinámica, torneos donde deciden a lo que quieren jugar, casi siempre se decide a lo que quieren jugar... y luego hacemos unos regalos y el viernes lo dejamos para la entrega de trofeos y luego hacemos una fiesta. Llevamos comida de la calle, bebida de la calle, en invierno llevamos chocolate con churros, colabora cocina incluso el centro penitenciario nos aporta algo de dinero.... los trofeos intentamos que sean cosas que necesiten, en invierno ropa de abrigo... yo me tengo que ir a comprar, y a por lo que sea.

Al final es intentar ayudar en todo lo que se pueda, siempre y cuando la prisión nos de permiso.

Esta filosofía del programa con otros, la relación es totalmente distinta. Para cualquier proceso terapéutico ya sean drogas o lo que sea, como psicóloga yo necesito un vínculo... Si no llego a vincular, todo lo que quiera trabajar será un fracaso, un camino muy corto. Con lo cual, este método te permite mucho más vincular tu con ellos y ellos contigo. Es una fuente de información que no en todos los casos vale. Partimos de una población penitenciaria que suele ser muy egocéntrica... Eso es así y si le añades la drogodependencia, puede llevar a ser muy frustrante porque la incidencia de probabilidad de éxito a veces es muy pequeña.

Pero yo te digo, eso en este programa o en el que sea, es por el mero contexto de la población diana a la que va. No es lo mismo trabajar drogas fuera en un centro privado (te hablo como psicóloga), que aquí. Aunque tengas algo de motivación interna, es extrínseca.

A los que trabajamos aquí nos gusta lo difícil porque hay algunos que te ponen más a prueba, más taleguero, el que te va a buscar las vueltas, que luego encima en ese que ves que hay un mínimo cambio, me doy por satisfecha.

**P1: ¿Qué nivel de éxito tiene el programa que desarrolláis? ¿Se considera, dentro de la prisión de Navalcarnero, uno de los programas más importantes por el nivel de logros obtenidos, a diferencia de otros que también se desarrollan?**

P2: Claro, es que la pregunta sería, ¿Cómo medimos el nivel de éxito en un programa específico o en otro? ¿En excarcelaciones, por ejemplo? Todos van a salir...

**P1: Por ejemplo, la reducción del consumo podría ser. O sea, reducir la conducta que es llevada a cabo, en el caso de consumo, pues la deshabitación, en caso de violencia puede ser el mero hecho de ver cambio en su comportamiento...**

P2: Si cogemos solamente el porcentaje de positivos y negativos en las analíticas anuales, el porcentaje de éxito del programa, según los datos recogidos por mí el 2022 lo hemos cerrado casi con un 95% de analíticas negativas. Teniendo en cuenta que los porcentajes de analíticas positivas, objetivamente tenemos que contar aquellas analíticas positivas, que aunque sea de medicación pautada, objetivamente eso es un positivo. Es justificada porque tiene una medicación, pero objetivamente ha pasado el corte, por los motivos que sea y eso lo contabilizamos como positivo.

Yo creo que nunca hemos pasado del 5% de positivos. Hay que tener en cuenta que tienen muchas analíticas... Ahora claro, cuando éramos solo el 3 y el 4, lo de los positivos y demás se cambió porque nuestra filosofía a diferencia de otros, entendemos que la recaída, forma parte del proceso, y entonces contemplamos que la recaída se pueda dar en algún momento, más tarde o más temprano. La recaída en sí misma no es solamente consumir, no es solamente el error, sino que es el proceso que empieza mucho antes pero que no eres consciente. Entonces antes tenían muchísimas analíticas, había más dinero, había x internos, y podría tener hasta 5 consumos alternos. Luego eso se cambió y demás, y ahora es dos consecutivos y dos alternos, dependiendo de las analíticas que tengan porque se fueron reduciendo, pero podríamos tener analíticas de todos, todas las semanas. Y se podría hacer a todos las sustancias que tenemos, no es lo mismo que las tiras reactivas que tienen anfetaminas, metadona...

**P1: Las sustancias que se manejan desde laboratorio, ¿Son las más consumidas en esta prisión, o han ido apareciendo otras nuevas a lo largo del tiempo?**

P2: Sí, son esas. Hubo una oleada que todavía no sabemos muy bien si llegó a entrar aquí del todo o no, de esta sustancia que es rosa, ahora mismo no me acuerdo como se llamaba...(tusi), lo metían en las páginas de los libros. Aquí creemos que no llegó a entrar en sí, lo que se da más bien es el hacer su propio alcohol, los benzos... poca gente consume otras cosas.

**P1: ¿Qué ausencias percibes en el programa a la hora de su desarrollo? (recursos humanos, más investigación sobre el tipo de tratamiento...)**

P2: Aquí sería fenomenal que los controles de seguridad fueran más habituales, más exhaustivos, que el perro viniera más, una mayor concienciación de las familias no siendo

partícipes de introducir ciertas cosas y demás.

También antes había otra compañera que se encargaba de talleres, bueno... a parte de la UAD, también nos encargamos del CIS y al final se tuvo que prescindir de ella y mira que solo era media jornada y nos hemos tenido que ampliar a hacer más cosas y quitas de la intervención. Sería fenomenal que hubiese más personal, más medios, que hubiese más conciencia de todos los entes que forman parte de todo esto, lo que supone venir a un programa de drogas... como ya sabes tú has estado y esto es como una pequeña ciudad, con pequeñas islas y unos no quieren que otros se metan en lo suyo, pero al final todos nos necesitamos.

El señor que lo gestionó a mi parecer no fue adecuado porque nosotros éramos como un ente apartados de todos, no podíamos hablar con la junta de tratamiento, no se hacía un seguimiento del interno que se iba fuera del programa, ahora ya si podemos hacerlo porque ya seguridad lo entiende. Si tu intervienes con una persona y sale, allá donde vaya se va a encontrar otra realidad totalmente distinta, cero apoyo... pues qué mínimo que pueda ir a verle. Antes no podíamos salir del módulo 3, pues hombre un poco más de conciencia, de recursos, entidades o de dinero en sí mismo, y personal cualificado muy importante.

Yo empecé aquí de voluntaria y mírame ahora. El trabajo de voluntariado hasta cierto punto está bien, vale, nos podemos beneficiar todos de ellos, pero ya cuando tienen esas implicaciones en el bienestar de la persona, como las penitenciarías, no se les puede dejar a los voluntarios.

Es verdad que este es un contexto, una casa o institución super arcaica, muy anticuada en un montón de cosas como transmisión de información, aquí seguimos con papel y boli para los expedientes con todo lo que conlleva la privacidad, los archivos... y cuando quieres hacer algo tienes que ir a tal persona, y luego pedir permiso a no sé quién y tal... me tiro 3 horas para hacer algo que en la calle es más sencillo. Es como que todo se dificulta más y mira que aquí en la cárcel los tiempos van de otra manera como para que encima todo sea más lento.

Desde el programa existe mucha efectividad para dar respuesta, no es como cuando el interno te tiene que mandar una instancia, pasa un mes y no tiene respuesta... no no, aquí es "pim pum pam y fuera, hecho". Existen también conflictos, no en sí pero que los internos intentan por todos los medios que yo como profesional haga algo que no me corresponde, y muchas veces hay que decirles que eso a la trabajadora social o al educador, por ejemplo.

**P1: Claro, se pretende evitar el intrusismo profesional.**

P2: Exacto, no es lo mismo una trabajadora social del centro que otra del programa de drogas. Pues igual que mi función como psicóloga en el programa de drogas, no tiene nada que ver con la que hace la psicóloga penitenciaria. Yo me tengo que limitar a lo mío.

**P1: Desde tu opinión como profesional...¿Crees que existen contradicciones entre el sistema penitenciario y la sociedad a la hora de reinsertar a los drogodependientes una vez que salen y realizan el programa?**

P2: Desde mi opinión ¿No? La legislación dice que los sistemas penitenciarios tendrían que ser a la vez castigador, pero a su vez reintegrador. No debemos basarnos en los meros castigos, en las contingencias, aunque eso tiene un porqué evidentemente, no puedes tratar a una persona como si no hubiese cometido ningún delito, no te van a recompensar. Pero tampoco hay que quedarse ahí. Se intenta proyectar hacia un futuro distinto de dónde vienen, alternativas nuevas... Es muy difícil porque aquí la gente se contagia de sus sinergias.

Si yo estoy intentado hacer eso y todos los que me rodean no lo hacen, al final entro en el juego.

El sistema necesita que creamos en ellos, que tengamos visión, motivación, ganas... y eso es lo que le transmitimos con nuestro trabajo. Si yo no creo en eso, quién me va a dar el dinero para poder hacerlo. Todos necesitamos de todos, aunque mis objetivos son diferentes de otros que pueden estar por esta casa.

**P1: Exacto, si tú como profesional no le transmites al interno esa posibilidad de cambio donde apoyarse, al final es un tiempo que no van a estar bien porque no tienen esa necesidad y motivación de querer salir porque no tienen apoyos.**

P2: Ni internos y mucho menos externos una vez que salen. Hay gente super joven que nadie ha dado un duro por ellos, y es más ellos mismos refuerzan esa idea. Da igual que tengas 22 o 50 años, ya no es lo que hayas vivido, si no lo que te queda por vivir. Lo quieres vivir igual, ese es el cambio fácil, tienes que hacer todo lo contrario, pero si tampoco le das opciones... Falta mucho refuerzo positivo, un gracias, que bien lo has hecho, o lo que sea.

En la mayoría de las ocasiones no sé ni quiero saber que has hecho, eso ya te han condenado, mi función es aguantarte a ti ahora, yo puedo ayudarte a tomar decisiones, pero la decisión final la tienes tú.

En el ámbito de las drogodependencias hay situaciones muy difíciles, vienen del trapicheo, del consumo, del tráfico... viene de su propia dinámica familiar, su familia es la que se dedica a

ello, su hermano es consumidor y su padre, primos... y le dices tu que tiene que salir de todo eso, pero claro ¿Cómo lo va a poder hacer?

**P1: La variable familiar tiene muchas implicaciones en el propio proceso, tanto de consumo como de desintoxicación.**

P2: Claro, es dependiendo de qué tipo de variable sea, para tener en cuenta. Eso es como cuando se echan parejas consumidoras y ahí entra el tema del amor, los hijos, la familia... ya pero como ella tenga una recaída te arrastra. Luego este afán de salvación porque yo ahora estoy muy bien y puedo y ella está fatal, hay que ser consciente de la realidad que engloba al consumo y deshabitación de las drogas, pero el contexto en sí mismo no favorece.

**P1: Con todo ello, ¿Consideramos la prisión el lugar más adecuado para el proceso de rehabilitación en el consumo de drogas?**

P2: Lo considero muy necesario, porque hay mucha gente que entra sin haber consumido y aquí se engancha, o gente que están enganchados a unas sustancias y se enganchan a otras. Hay muchísimos de ellos que nunca han probado la heroína y aquí si lo hacen. Fíjate si los dejamos tirados de la mano una vez dentro.

No todo el mundo lo entiende también he de decir. Mucha gente piensa que todo es más fácil, que no tienen problemas, que no entienden como aquí se pueden enganchar a otra cosa. Pues precisamente por eso, porque no tienen a su familia, el apoyo, el aburrimiento, el contexto de tensión y son personas que no controlan la impulsividad... prefieren llevar un ciego de la leche y ya pasará la condena.

También intentamos trabajar el enganche hacia otras cosas cuando dejan de consumir, empiezan a comer un montón, un montón y acaban por engordar mucho. He tenido gente que casi no podía ni respirar, no hace otra cosa que no sea comer bollos y bollos. Salimos andando por el patio, media hora al día mientras hablas con él. Rebajan mucho más, dejan de estar alerta porque no asocian el estar en el despacho con esta me va a sacar toda la información posible.

Son muy suspicaces en ese sentido, y ya olvídate si tienen algún trastorno mental.

**P1: ¿En el caso de padecer algún trastorno y es una persona drogodependiente, como se trata? Desde el centro donde tuve las prácticas, se que existe un módulo de enfermería y que algunos son derivados allí, en función del tipo de trastorno que tenga y si puede desenvolverse en su entorno de manera adecuada.**

P2: Si tenemos módulo de enfermería, pero no todos los internos que están diagnosticados están allí. Hay unos que si o si, ya no solo por trastorno mental, sino discapacidad física porque tienen por ejemplo ascensor, pero hay muchos con trastorno que están en el 1, en programa tenemos alguno.

Suelen tener trastorno límite de la personalidad, bipolaridad, tenemos algún esquizofrénico, hemos tenido TDAH y sin diagnosticar... y ellos suelen convivir, o sea, si pueden tener una vida medianamente normalizada, están en módulos ordinarios y no en enfermería.

**P1: Muchas gracias por haber participado a través de esta entrevista en mi proyecto. Toda información recogida en este audio, será transcrita.**

### **ENTREVISTA VI:**

Entrevista semiestructurada realizada el día 15 de febrero de 2023, a la Abogada perteneciente a la Comisión Jurídica de la Federación Enlace (Andalucía).

**P1: ¿Cuál es el objetivo que se pretende conseguir con el desarrollo de estos programas sobre drogas en los Centros Penitenciarios?**

P2: Bueno, los programas básicamente, lo que intentan es no solamente la reducción del daño porque sustancias hay en prisión, sino también ir cada vez que la persona que ha estado en la calle y nunca ha tenido contacto con un tratamiento de adicciones pueda tenerlo y que poco a poco vaya abandonando las alternativas para reinsertarse a la sociedad.

**P1: Según el Plan Nacional de Drogas de España, hay varios programas específicos que se desarrollan en el territorio, pero como profesional ¿Realmente crees que se desarrollan todos dentro de prisión, o prima alguno más sobre otros?**

P2: Hay por ejemplo Centros Penitenciarios en los que no hay una unidad terapéutica, es decir, no existe la UTE como tal, entonces deja mucho que desear en ese sentido. Aquí en Andalucía, funciona muy bien porque está sincronizado con la Junta de Andalucía a través de un programa que se llama SIPADAN, entonces el médico de prisión tiene un programa propio y luego la Junta con el Centro Provincial de Drogodependencia, tiene también un servicio de este tipo... ¿Qué pasa? que en muchas ocasiones el centro, sus médicos tienen tan pocos recursos que no pueden llevar paralelamente dos programas a la vez, entonces el interno entra preso y dice que está en metadona y eso es lo mejor que funciona en toda Andalucía porque automáticamente esa persona pasa a derivarse a prisión y el médico le da la dosis que en ese programa

informático de la Junta, viene si estaba a 40 la pauta o 50 o 60, entonces el médico empieza, pero esa persona puede llevarse un tiempo en prisión e ir reduciendo.

Paralelamente, el médico de prisión o los servicios médicos no apuntan esa rebaja o aumento de la dosis en el programa de la Junta de Andalucía y cuando sale la persona en libertad, vuelve a un Centro Ambulatorio dentro del tratamiento de drogodependencia y no está actualizada la base de datos, entonces es ahí donde falla un poco el programa de metadona, con sustitutivos y demás. Por lo demás, es el programa que mejor funciona en todas las prisiones. Es automático, en el momento que la persona entra en programa metadona, lo comprueban. Ahora bien, partiendo de la base de que aproximadamente el 70-80% de las personas que están presas tienen problemas de drogodependencia, debería de haber un equipo terapéutico en cada una de las prisiones, o un módulo terapéutico. Hay prisiones que no las hay y luego hay otras en las que sí, pero las plazas son muy reducidas y al mínimo problema que tengas, te expulsan. Luego otro inconveniente que también tienen, imagínate una persona que entra en prisión y tiene esa problemática de adicciones, consume dentro etc, hasta que toma conciencia. Cuando toma conciencia, ya empieza a estar mejor, consigue un trabajo y le consiguen un taller productivo y le proponen irse a una unidad terapéutica, una UTE o un módulo terapéutico, pero eso está en otra parte de la prisión. ¿Qué pasa? que tienen que renunciar al taller productivo, que están dados de alta en la seguridad social y tienen una nómina para poderse ir a la Unidad Terapéutica porque no quieren mezclar módulos unos con otros. Entonces es raro, salvo en algún módulo de los que hay mixtos, mixto me refiero no porque haya mujeres, lo hubo aquí en Sevilla en su día, pero ahora no y salen al psiquiátrico penitenciario a trabajar, pero en muy pocos casos, siempre normalmente tienen que renunciar.

Luego el programa de jeringuillas, pues no en todos los centros lo hay porque realmente es un tema que ya se va dejando en abandono precisamente porque el consumo se hace por otra vía y no por la de antes, entiendes... bueno eso programa normalmente no lo hay en todos los centros penitenciarios, y el denominador común es “falta de recursos materiales y humanos”.

**P1: En el caso de Andalucía... si no hubiese plazas en un módulo UTE, ¿Cabe la posibilidad de que sea trasladado a otra prisión que sí la tenga para su mejor tratamiento?**

P2: Bueno... puede, claro, si lo solicita, pero hay varios inconvenientes. Uno, el desarraigo con tu familia, te vas a otra prisión. En Sevilla hay varias, está Sevilla II, que está en medio de la nada, no está ni en un pueblo ni en otro, a unos 45 min de la capital. Luego está otra que está a

unos 20 minutos más o menos, que es Sevilla I y dentro está el Psiquiátrico Penitenciario, y luego está la prisión de mujeres de Alcalá de Guadaíra, el CIS y la Unidad de Madres. El Psiquiátrico aunque esté dentro es independiente, porque cuenta con su propio RPT y todo.

Tenemos una buena representación... pero a ello, es muy complicado el traslado de una prisión a otra, primero dependiendo de las plazas que haya, la mayoría de la gente, el Centro Directivo de Madrid es la que determina dónde te vas o donde no te vas. Aquí sí hay módulos terapéuticos, tanto en Sevilla I como en Sevilla II, pero el problema que hay es que no hay sanitarios suficientes, no hay psicólogos suficientes, no hay psiquiatras suficientes... entonces bueno, muchas veces las terapias en general, lo que es la sanidad penitenciaria metiendo el tema de adicciones y el tratamiento también, se ha ido reconduciendo de un punto de tratamental a uno farmacológico y muchas veces te médico y ya va siendo. Luego también hay mucha gente que no quiere ir a Sevilla II, porque está muy lejos de la casa, la mayoría tienen escasos ingresos y no tienen posibilidades porque no hay autobuses.

Hay muy pocas plazas en los módulos UTE o PRE-UTE, entonces realmente no hay mucho y luego también, por ejemplo aquí también en Sevilla I tenemos ahora un problema, es que están de obra, entonces todo el módulo de cumplimiento está cerrado y se han trasladado a otras prisiones o a preventivos o al módulo mixto. Antes, en la unidad de cumplimiento, llegaron a abrir el que le llaman PRE-UTE, un módulo terapéutico con menos exigencias, pero con esa dinámica.

**P1: ¿Existe un proceso hasta llegar el módulo UTE en Andalucía?**

P2: No, no tienen por qué. Pueden pasar directamente. Y aquí lo que tenemos también bueno pero que se está perdiendo un poco en Andalucía, es que el Centro provincial de drogodependencia, que no tiene nada que ver con prisión, entra a los centros penitenciario hacer parte de los tratamientos, médicos, psicólogos, trabajadores sociales... y muchos derivan para que el ja junta de tratamiento les den un 3º grado y luego se vayan a una comunidad terapéutica en el exterior, a terminar su parte última de condena con el 182. Lo que pasa, es que volvemos otra vez a lo mismo, el tema de recursos, esto lo lleva la diputación, hay un convenio con la junta de Andalucía, no hay dinero y cada vez hay menos profesionales que están entrando allí.

Y luego, pues estamos también presentes en los grupos de apoyo a drogodependientes, que son unas reuniones que se hacen mensualmente en cada centro penitenciario, se llaman GAP concretamente.

**P1: ¿Existe una duración determinada sobre los programas?**

P2: Yo los que conozco que entran en UTE, se quedan ahí básicamente hasta que se van con un 182 o son expulsados por una sanción disciplinaria o una falta, pero no es que estoy en UTE, ya he terminado el tratamiento y te mando a un módulo normalizado... no, normalmente no.

Para entrar, me comentaban una cosa, lo que pasa es que muchos centros penitenciarios quieren convertirse enteros. El de Alcalá de Guadaíra se ha convertido entero de respeto, pero hay otros como el de Sevilla I que se quiere convertir todo de respeto y ese paso intermedio que tu comentas, en muchas ocasiones lo hacen pasando por un módulo de respeto, que tienen que seguir una norma y tal y al entrar tienen que firmar un acuerdo o contrato de compromiso, de no consumo y de otras cosas.

**P1: Me comentaba una de las profesionales a las que he entrevistado, que algunos programas sí que tienen duración estimada, siendo aproximadamente de 18 meses o un año, pero sin que se produjera su salida del módulo UTE hasta el final de la condena o las circunstancias que se dieran...**

**Bueno, una vez hablado de los inconvenientes que percibes sobre el programa, ¿Qué ventajas son las que observa frente a los programas que se ofrecen fuera del ámbito penitenciario?**

P2: Bueno como ventaja en comparación con las entidades sociales de fuera en las que podemos entrar... la posibilidad de cumplir parte última de la condena en una comunidad terapéutica en el exterior y poder pasar a ese tercer grado y ese cumplimiento, es básicamente lo que buscan todos. Normalmente, estando en la comunidad terapéutica, le dan la libertad condicional, que bueno ahora con la libertad condicional reformada no a todo el mundo le interesa, es preferible estudiarlo bien, porque muchas veces te puedes meter en una historia que no es interesante.

**P1: ¿Considera una ventaja el hecho de que una persona que tenga una condena, pueda acceder a esos recursos y fuera no haya tenido la posibilidad o no haya querido acceder?**

P2: Hay mucha gente que es verdad que hasta que no toca fondo en ese sentido, de entrar en prisión... bueno como escuchaste en la conferencia, ahora ha salido la encuesta donde decían que había un porcentaje de población penitenciaria que nunca había tenido acceso a esos servicios.

Si que es verdad que aquí en Andalucía, lo que yo toco también, porque soy la abogada también

del Centro Provincial de Drogodependencias de aquí de Sevilla, tenemos un programa jurídico que somos 9 personas y lo coordinamos junto con el de Huelva, entonces conocemos un poco esa dinámica. Si que es verdad que hay muchas derivaciones a esos centros ambulatorios, en Córdoba están metidos dentro del sistema de salud Andaluz, entonces van al ambulatorio que vamos todos, pues hay otra puerta y ven al médico de adicciones y se comunican mucho. Es más bien es porque no quiero que por falta de.

**P1: Existe un mayor porcentaje de rechazo por parte del sujeto que imposibilidad de los recursos para hacer frente a ello.**

P2: Aquí si tienes bueno en cuanto a la red de Andalucía en cuanto a las adicciones es que no todo el mundo tiene que pasar por un centro cerrado, sino que puedes hacerlo voluntario, y no necesitas una plaza específica para una comunidad terapéutica cerrada sino que puedes ir a un tratamiento cada mes, dos meses, lo que sea. Ya es cuestión de él, porque luego te van a hacer controles, pero también se parte de la base de que una recaída es parte del tratamiento que no te van a echar o expulsar, hombre ya si vienes de una comunidad terapéutica de un permiso en varias ocasiones con positivos, pues evidentemente, hay mucha gente esperando entrar a esa oportunidad.

La que es tratamiento ambulatorio realmente no tiene tanta ventaja si no es para esa mínima parte de población penitenciaria que nunca en la calle ha tenido acceso a un tratamiento de drogodependencia, yo lo que propugno y nuestra entidad también es que personas que han cometido delito a causa de su drogodependencia, su tratamiento no es un centro penitenciario para que cumplan su pena privativa de libertad, sino es otra alternativa.

**P1: Por lo tanto, no considera la prisión como un lugar adecuado para el proceso de rehabilitación.**

P2: No, para el tratamiento de adicciones no, porque además muchas veces va unido a patologías mentales, entonces y aunque no lo fuera también, no hay recursos y mientras en la calle si, tu tienes trabajador social, un psicólogo, psiquiatra, médico... en lo que es el organigrama del centro provincial de drogodependencia que está en toda Andalucía, hasta en pueblos y todos. Hay un centro ambulatorio a la vuelta de la esquina, que sí que faltan recursos pero no es lo mismo.

Nosotros siempre buscamos alternativas a la prisión, al cumplimiento alternativo de esas penas privativas pues con un tratamiento adecuado para las personas. Intentamos sensibilizar y

concienciar mucho a todos los operadores jurídicos, porque los jueces cuando vas a hablar con ellos para que te den una posible suspensión, te dicen “ si se va a poner mucho mejor”, si o no y luego después todos sabemos que hay muchas sustancias en prisión, que se pueden conseguir mucho más fácil.

Y luego también la problemática de mezclarlas con sustancias legales prescritas por los médicos. Están dando lugar a muchas sobredosis, como por ejemplo las benzodiazepinas.

**P1: Creo que todo se engloba bajo una misma mirada, la ausencia de recursos suficientes.**

P2: Claro, porque si yo llega un puente y como no tengo médicos suficientes, le doy en un bolsita al que tiene recetado de viernes a lunes, pues luego yo después pues a saber, las reparto o las vendo... Aquí en Sevilla I se está llevando a cabo, como en otros centros penitenciarios un protocolo de reparto de medicación y la verdad que está resultando bastante interesante porque bueno, se custodia la medicación hasta el interno y se ve como se lo toma.

En Andalucía la metadona se la toman en presencia del enfermero, lo diluyen y se lo toman y el vaso no se lo pueden llevar, porque pueden que queden restos, lo mezclen... pero ya está, el resto las bolsitas.

**P1: ¿Es este programa uno de los más importantes, a la hora de conseguir la reinserción, frente a otros como por ejemplo el programa de agresores sexuales?**

P2: Hombre, yo creo que sí sobre todo por el número de población que está afectada por problemáticas de adicciones básicamente, y luego después mirando también las estadísticas de los delitos que se cometen son la mayoría son contra el patrimonio y muchos son derivados precisamente por este tema que tú aboradas, esa adicción de raíz. Evidentemente la problemática luego delincencial cuando te reinserte va a ser mucho mejor porque si vuelves otra vez a la misma historia tú vas a necesitar sustancias, vas a necesitar y al final pues vas a tener lo que tienes.

La reinserción evidentemente de una población tan amplia, va a ser mucho más efectiva este tipo de tratamiento sobre todo porque va muy guiado, pues con “tú tomas sustancias”, eso va unido a una espiral de delincuencia.

**P1: ¿Como profesional, modifica algún aspecto del programa general de drogas?**

P2: Por supuesto dotarlo y que haya en todos los centros Penitenciarios no sólo un módulo,

sino muchos más, y más posibilidades evidentemente. Luego que a nivel, hay muchas prisiones que las entidades sociales son muy importantes, nosotros por ejemplo, los recursos no llegan a todos desde prisión, aquí Sevilla por ejemplo la entidad que yo estoy, que es la Federación Provincial liberación, a parte también de la Federación enlace con el programa del Centro Provincial de Drogodependencia, tenemos talleres de prevención de recaídas, de sobredosis, talleres de patología dual, de preparación en la vida libertad... Todos estos programas y todos estos talleres son complementarios a esos programas de Instituciones Penitenciarias. Entonces el fomento de ese tejido asociativo entrando y trabajando de la mano de Instituciones Penitenciarias, hay algunos centros en los que da gusto trabajar y otros en los que dependiendo del personal que tenga, la colaboración y esa complementariedad que debería haber entre un programa institucional y uno asociativo no existe y hay mucho rechazo.

Fomentar sobre todo que si ellos no pueden llegar a donde llegan, que haya por lo menos más recursos en la medida de lo posible públicos y más coordinación con el tejido asociativo que puede echarle una mano en ese aspecto. Es fundamental, en los consensos sociales penitenciarios, las reuniones que se hacen semestralmente, normalmente en todos los centros penitenciarios donde participa todo ese tejido asociativo que interviene en prisión y en algunos da gusto trabajar, por lo que te digo que van de la mano y en otros, para hacer cualquier cosa, es un mundo y no te dejan.

Pero básicamente, más recursos, más apoyo, más colaboración y más cooperación y alternativas al cumplimiento en un centro penitenciario ordinario a las personas con problemática adicciones, que básicamente al final, verás que no son grandes delincuentes, te quiero decir, que no han cometido delitos graves pero sí que es verdad que se le acumulan uno detrás de otro y a lo mejor una persona puede cumplir un montón de años, pero a lo mejor esa persona cuando tuvo sus primeros delitos le hubiesen dado una alternativa de otro tipo, pues a lo mejor no hubiese llegado a cumplir los veinte delitos de hurto o de robo.

Pero bueno, una vez que estamos en prisión, pues más dotación, más plazas, más recursos humanos, materiales y más control de las sustancias. No se puede criminalizar solo a las familias, porque también entra por otro sitio, vamos que hay gente condenada por eso... ahora van a poner no se si has visto el programa en 23 centros penitenciarios el protocolo canino. Van a implantarlo más estable en esos centros, porque al final es una responsabilidad de la administración pública, que como va a entrar drogas en un módulo UTE...

**P1: Muchas gracias por haber participado a través de esta entrevista en mi proyecto.**

**Toda información recogida en este audio, será transcrita.**

### **ENTREVISTA VII:**

Entrevista semiestructurada realizada el día 1 de marzo de 2023, a las dos profesionales del GID (trabajadora social y psicóloga) de la Fundación Atenea (C.P Madrid VI- Aranjuez). La entrevista no podrá ser transcrita, debido a la imposibilidad en la introducción de material electrónico dentro de la prisión. A continuación se reflejarán los contenidos principales de los que se han hablado:

**P1: ¿Qué pilares fundamentales sigue la Fundación a la hora de actuar en los centros penitenciarios?**

El programa que se desarrolla principalmente en Aranjuez, va dirigido no hacia la propia sustancia ilegal, sino a la parte tratamental de reducción de daños, prevención de recaídas y el proceso de cambio en cuanto a actitudes y pensamientos de consumo. Estas recaídas no significan que sean un fracaso y se tenga que volver a empezar todo el programa o se les expulse.

**P1: ¿Cómo funciona el Programa Ariadna en la prisión de Aranjuez? (estructura, forma de intervención, nº profesionales, nº internos, sesiones, duración...)**

El programa consta de 40 plazas, divididas en aquellas que se dan para aquellas personas que tienen una suspensión de condena por los juzgados y el resto de internos. Actualmente las sesiones están conformadas aproximadamente de 10-15 internos por cada profesional. Por problemas de personal, las sesiones se intentan hacer a la semana de manera grupal, e individual en el momento que estos lo soliciten o una vez dentro del programa.

Me hacen llegar el malentendido que tienen muchos de ellos acerca de los programas de drogas como únicamente aquellos que dan beneficios para la obtención de terceros grados, permisos, etc.

El Programa Ariadna tiene una duración aproximada de 2 años, diferenciado en diferentes fases por las que suelen pasar todos los internos que tienen condenas más largas, ya que algunos de ellos lo dejan por la mitad y no se produce su desarrollo de manera “completa y eficaz”. La primera fase es la de iniciación intrapenitenciaria para aquellos que están arriba en la lista de espera. Posteriormente, la fase de reducción de daño donde el objetivo se centra en la obtención de cambios en el estilo de vida. El interno es el agente de cambio con motivación. Son

conscientes de que durante esta primera fase muchos de ellos siguen consumiendo y no por ello son expulsados, sino que es tenido en cuenta como proceso hacia el cambio final.

La tercera fase es la denominada de mantenimiento, cuya duración es de unos 6 meses. Y al finalizar este se produciría un seguimiento de esa abstinencia completa.

También por otro lado, actuamos tanto con las familias de estos internos vía telefónica con el objetivo de hacerles partícipes del cambio. Conocer las habilidades sociales y las implicación que tienen ellos (favorables o no) en las salidas de los internos, es decir, si son un agente de cambio prosocial o es donde reside el principal problema. Uno de los principales problemas que tienen tanto las familias como los internos es la visión que se establece sobre los propios profesionales, visto como “salvadores” y los únicos capaces de ayudar al interno.

Las mujeres del centro también tienen la capacidad de participar en este tipo de programas y cuya dirección va más asociada hacia el propio empoderamiento ya que muchas de ellas están en prisión por consumo derivado de una pareja que les obligaba o les incitaba a ello.

**P1: ¿Qué tipo de sesiones son impartidas? (Musicoterapia, percepción de sí mismos...)**

Las sesiones están divididas principalmente en dos áreas. Aquellas que son más para la salud, impartidas por la trabajadora social y cuyas actividades mayormente son dirigidas hacia la concienciación de que son las drogas y que es lo que les ha derivado llegar hasta ahí, además de los diferentes cambios físicos y psicológicos por los que han pasado.

Por otro lado, las sesiones impartidas por la psicóloga de la fundación, son aquellas que trabajan la parte de la autoestima, reducción de conflictos, cuáles han sido las consecuencias de sus conductas hasta la actualidad, asunción de responsabilidad... pero me hace hincapié en que el enfoque no tiene que estar únicamente centrado en las consecuencias, sino en las causas que les han llevado a tomar ese rumbo de vida, para así poder evitarlas en un futuro o reducirlas en su propio contexto. Estas además son impartidas tanto a nivel individual como grupal. Es muy importante la parte grupal, por el mero hecho de tener apoyo por parte de otros internos, que aunque sus acciones hayan sido distintas, los motivos o causas son los mismos vividos de diferente manera.

**P1: ¿Percibe alguna ventaja e inconveniente acerca del programa a la hora de intervenir con perfiles específicos de drogadicción?**

El programa tiene la posibilidad de acceder a todo interno con dependencia a alguna sustancias

ya que la intervención es general, a través de talleres donde se fomente la reducción de daños del sujeto y la posibilidad de su modificación hacia una reinserción social. Otra de las ventajas que más se observan, es la posibilidad de realizar un trabajo multidisciplinar de manera diaria entre el propio centro y la fundación. Tienen salidas fuera del centro, generando un ambiente más humanizado donde se les puede observar en otro ambiente y actuar sobre ello, con un trato diferente al de un profesional del propio centro.

Sin embargo, uno de los inconvenientes que me establecen es la ausencia de profesional cualificado dentro de la asociación, con posibilidad de acceder al centro e impartir las sesiones. Anteriormente (en verano cuando yo hice las prácticas allí), habían contratado una educadora social con la cual contaban para el desarrollo de más sesiones y aceleración del proceso de reparación. Sin embargo, la subvención fue desestimada y tuvieron que prescindir de ella. La ausencia de más profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, etc, provocan que no se pueda llegar a las competencias finales del programa. Otra de las desventajas es la enorme lista de espera a la que se tienen que enfrentar los internos hasta su entrada en el programa, haciendo así, que su tiempo dentro tengan cada vez menos acceso al cambio.

**P1: ¿Tiene alguna peculiaridad en comparación con el resto de programas que se desarrollan por parte de otras ONGs u organizaciones?**

Una de las peculiaridades principales es el acceso de mujeres con dependencias dentro de prisión y con menores a su cargo dentro. Con ellas no siempre existe la posibilidad de intervención ya que priorizan la maternidad por encima de su propia adicción. También se facilita que tengan acceso a recursos tanto dentro como fuera para el trato de su empoderamiento como mujeres y ayudas para el ejercicio de sus labores como madre de un menor de 3 años.

**P1: Una vez que finalizan el programa... ¿Existen derivaciones por parte de la fundación a otros recursos dentro y fuera del centro?**

Una vez finalizado el programa y conseguido ese mantenimiento durante 6 meses, son derivados a recursos de empleo dentro de prisión, como el Programa EPYCO (entrenamiento personal y competencial), dirigido hacia la mejora de las competencias para el empleo.

Fuera del centro, desde la fundación se tiene la posibilidad de acceder a recursos de alojamiento para aquellos con ausencia de vínculos sociales y arraigo social. Los CAD/ CAID son otra alternativa a la que son dirigidos una vez producida su salida, para que se produzca el

seguimiento oportuno. La Junta de Tratamiento es la encargada de derivar a los internos a los Centros de Inserción Social (CIS).

**P1: ¿Qué nivel de éxito tiene el programa? (cómo es medido...)**

Es muy difícil medir el nivel de éxito del programa. Dentro del proceso se producen recaídas que podrían ser observados como aspectos negativos, pero que en sí dentro del programa están contemplados. Por otro lado, la reducción del consumo puede ser uno de los indicadores de éxito o incluso el cambio comportamental de los individuos una vez que comienzan el programa hasta que lo finalizan.

**P1: ¿Considera que los programas de adicciones de las cárceles deberían concentrarse en función de las sustancias (programa de heroína, programa de cocaína, programa de hachís...) o deberían tratarse las adicciones a nivel general?**

Al final, las motivaciones y las causas que llevan a un interno a consumir son las mismas pero derribando a diferentes consecuencias tanto en aspectos familiares, como sociales, entonces, el trato categorizado de las sustancias no mejora o favorece una mejor intervención. Se trabaja al final lo mismo. Además, tenemos que tener en cuenta, que en la mayoría de ellos el policonsumo es evidente.

**P1: ¿Cuál es la percepción que tenéis acerca de los programas principales que existen en el ámbito penitenciario sobre drogas? (Jeringuillas, metadona, deshabituación...)**

La mayoría de los internos que acuden al programa, tienen medicación pautada como las benzodicepinas o la metadona, entonces es considerado como una parte fundamental para el proceso de mantenimiento y cambio del interno. Ellas, más a nivel social y psicológico y el equipo sanitario más asistencial.

Si que es verdad que la mayoría de los pacientes que ahora están en metadona tiene dosis muy reducidas, al contrario de las pastillas... muchos dependen de estas y se intenta reducir poco a poco su dependencia a ellas.

**P1: ¿Los consideras importantes y complementarios a la hora de llevar a cabo vuestra actuación?**

Son fundamentales, al final cada uno de ellos aborda el problema desde una visión diferente, pero a la vez complementaria de otra.

**P1: ¿Existe participación en la toma de decisiones sobre el interno drogodependiente?**

Toma de decisión, como puede hacerlo el equipo médico, no. Si que es verdad, que poco a poco la figura de la entidad va teniendo un mayor espacio de actuación y colaboración en reuniones. En el momento en el que un interno drogodependiente, necesita o se le vaya a dar una salida, ellas como profesionales que tratan con él, remiten un informe “no vinculante”, pero que a la hora de los profesionales de tomar una decisión, valoran y tienen en cuenta dicho informe.

La única participación que han tenido de manera directa, era cuando en el M04 “consumo” se hacían reuniones de equipo, a la hora de resolver conflictos o implementar alguna actividad dentro de este, sin embargo ya no se dan estas por escasez de personal.

**P1: ¿Considera la figura del criminólogo importante a la hora de intervenir en los centros penitenciarios en materia de drogas?**

*“Todo perfil que sea de lo social, es un buen profesional para la Fundación. Podéis aportar visiones que nosotras como profesionales de un área específica no podemos con respecto a la vinculación que puede existir entre el perfil drogodependiente y el perfil delictivo” (Transcripción literal).*

**P1: Para concluir... ¿Cree que existen contradicciones entre el sistema penitenciario y la sociedad a la hora de reinsertar un interno drogodependiente?**

Existe una imagen muy estigmatizada de lo que es una prisión y de que la gente que está ahí son “despojos” humanos que han cometido un delito y que no van a poder ser acogidos en la sociedad de nuevo. Existe una enorme alarma social donde la etiqueta de ex- carcelario conlleva a una marginalización plena dentro de la sociedad.

Al final lo que hay dentro de una prisión es la realidad en la que vivimos pero concentrada en un mismo espacio. Cualquiera, podríamos estar aquí por haber tomado malas decisiones o haber hecho cosas de las que al final, te acabas por arrepentir. La implicación de la sociedad en este ámbito es más bien nulo, viven aislados del resto y la cuestión es que después es necesario una mayor implicación en su reinsertión social, porque la dificultad viene desde el exterior. Es importante conocer el espacio para poder comprender su realidad y crear medidas o una mayor concienciación de su posible reintegración. Una cosa que yo les comentaba antes... El voluntariado es una pieza fundamental para el cambio de la percepción social, la participación de colegios, de entidades, ONGs... *“¿Cómo vamos a luchar desde aquí, si el*

*problema está en la gente de fuera?”* Se necesita un trabajo comunitario, implementación de mayores recursos, más profesionales... todo por un cambio y una salida de donde algún día se metieron.

**P1: Muchas gracias por haber participado a través de esta entrevista en mi proyecto. Toda información recogida en este audio, será transcrita.**