

REJAS QUE NO ENCIERRAN EL VICIO.

“Adicciones, control social y rehabilitación de personas reclusas”



UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS.

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL.

AUTORA: ESTHER TORRES MUÑOZ

TUTORA: CARMEN MENESES FALCÓN

MAYO 2026.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	6
2.1. General:	6
2.2 Específicos:	6
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	7
4. METODOLOGÍA.	7
5. MARCO TEORICO.	8
5.1. SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL EN LA ACTUALIDAD.	8
5.1.1. PRISIONES EN ESPAÑA.	8
5.1.2. PERFIL DE LA POBLACIÓN RECLUSA.	11
5.1.3. REPERCUSIÓN DE LA CONDUCTA DE CONSUMO EN PRISIÓN	14
5.2. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO “RESPUESTA DEL SISTEMA PENITECIARIO”.	17
5.2.1 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON DROCODEPENDIENTES.	17
5.3. TRABAJO SOCIAL PENITENCIARIO.	24
5.3.1. DISTRIBUCIÓN/ORGANIZACIÓN.	24
5.3.2. FUNCIONES DEL/ LA TRABAJADOR/A SOCIAL.	24
5.4. PARTICIPACIÓN DENTRO DE UN ÓRGANO COLEGIADO.	28
5.5. CONSEJO SOCIAL PENITENCIARIO.	29
6. ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES.	30
7. CONCLUSIONES	33
8. BIBLIOGRAFÍA.	36
9. ANEXOS.	41

Resumen:

Este Trabajo de Fin de Grado analiza la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en los centros penitenciarios españoles y su impacto en el mandato constitucional de reeducación y reinserción social. A través de una metodología cualitativa que combina la revisión bibliográfica sistemática con entrevistas a profesionales de entidades especializadas, se realiza una aproximación a los programas de tratamiento, desde los modelos de reducción de daños hasta las intervenciones orientadas a la abstinencia en Módulos Terapéuticos y UTEs.

El estudio destaca como hallazgo principal la dependencia técnica del sistema hacia el Tercer Sector (ONGSs como Fundación Atenea, Fundación Manantial, Punto Omega, EPYV y proyecto Hombre), cuyo personal representa una parte sustancial de los efectivos tratamientos y garantiza la continuidad asistencial necesaria para evitar la reincidencia tras la libertad.

Finalmente, se evalúan medidas transversales recientes, como la creación de Unidades Caninas Penitenciarias para la reducción de la oferta, y se propone un modelo de intervención integrador que incorpore la justicia restaurativa y la transformación digital (proyecto ATENEA) para mejorar la calidad de vida y la inclusión social de la población reclusa drogodependiente.

Palabras claves: Centros penitenciarios, drogodependencia, reinserción social, trabajo social, ONGs, reducción de daños, personas drogodependientes, prisión, consumo.

Abstract:

This Final Degree Project provides a comprehensive analysis of drug addiction within the Spanish prisión system and its impact on the constitutional mandate for reeducation and social reintegration. Employing a qualitative methodology that integrates a systematic literature review with interviews from specialized professionals, the study assesses the effectiveness of current intervention programs, ranging from harm reduction models to abstinence-oriented treatments in Therapeutic Units and UTEs.

The research highlights the systemic reliance on the Third Sector (NGOs such as Atenea foundation, Manantial Foundation, Punto Omega, EPYV y Proyecto Hombre), whose specialized staff constitutes a significant portion of treatment teams and ensures the continuity of care essential to preventing recidivism upon release.

Furthermore, the paper evaluates recent crosscutting measures, such as the implementation of Penitentiary Canines Units to reduce drug supply, and proposes an integrated intervention model. This model advocates for the inclusion of restorative justice principles and digital transformation projects (like ATENEA) to enhance the quality of life and social inclusion for drug-dependent inmates.

Keywords: penitentiary centers, drug addiction, social reintegration, social work, NGOs, harm reduction, people with drug addiction, prison, consumption.

1. INTRODUCCIÓN

El fenómeno del consumo de drogas constituye una de las problemáticas más complejas para la sociedad en general y para el sistema penitenciario en particular, siendo estos espacios de reinserción social y rehabilitación, enfrentan dificultades y desafíos constantes: la continuidad del tráfico y consumo de sustancias psicoactivas entre los reclusos/as. Este impacto no solo incide en la salud mental y física de los presos, sino que obstaculiza los procesos de convivencia, readaptación y tratamiento, creando un entorno de exclusión que se extiende tras el periodo de la condena.

Los datos del Plan Nacional sobre Drogas (2022) indican que el 75,1 % de los internos ha consumido drogas ilegales alguna vez en su vida en libertad. El 58,9 % lo hizo el último año y el 53,5% el último mes antes de ingresar en prisión. Dentro del centro penitenciario un 16,8% declaró consumir drogas en los últimos 30 días. Las sustancias más habituales son el cannabis, cocaína, heroína y benzodíacepinas.

El abordaje de esta problemática dentro del ámbito penitenciario cuenta con un respaldo legal, basado en el mandato constitucional, específicamente en el artículo 25.2 que indica que las penas de privación de libertad deben orientarse hacia la reinserción social y reeducación. Se sustenta en la Ley Orgánica General Penitenciaria (LO 1/1979), en el Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996), en la I-9 / 2014 “Organización y funcionamiento de las Unidades Terapéutico-Educativas (UTE) “, en la estrategia Nacional sobre Adicciones 2021- 2024, en el Plan de Acción sobre Adicciones 2022-2026 de la Comunidad de Madrid y en las pautas del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2023).

Todas estas normativas establecen la obligación de garantizar en el medio penitenciario derecho a la salud, igual acceso a programas de tratamientos y coordinación con la red de salud pública. Se interviene bajo ciertos principios de confidencialidad, integralidad, continuidad asistencial y voluntariedad.

Diferentes estudios coinciden que el consumo de sustancias dentro de la cárcel se origina por la interacción de dinámicas psicosociales y problemas estructurales. Entre los diferentes factores más relevantes se sitúan; la falta de apoyo social, baja autoestima, desestructuración familiar, marginalidad y dificultad de afrontamiento ante la privación de libertad. A todo esto, se

le suma ciertas condiciones del entorno penitenciario, como la violencia, rutina carcelaria, hacinamiento, carencia de atención a la salud mental y programas de ocio, etc. Actúan como factores de riesgo favoreciendo el consumo y también la dificultad del abandono de sustancias. En cuanto a este contexto las sustancias psicoactivas pueden convertirse en un método de evasión o de adaptación ante un entorno negativo y deshumanizador.

Desde el punto de vista del Trabajo Social, el consumo problemático de sustancias en el ámbito penitenciario exige un enfoque integral que verifique tanto las estructuras sociales que la sostienen como las causas personales. El / la Trabajador/a social desarrolla un papel fundamental en la valoración de las necesidades de cada individuo, la mediación familiar, intervención psicosocial y coordinación con recursos existentes para asegurar la continuidad de los procesos de reinserción y rehabilitación. Su rol no solo interviene en la adicción, sino que promueve cambios en las condiciones de vida, en las oportunidades de integración y en las dinámicas institucionales.

El presente TFG persigue conocer; factores individuales, institucionales, recursos y la problemática de la población drogodependiente en un medio “coercitivo” como es la prisión, para identificar si los programas de intervención y los recursos sociales a disposición son efectivos, así como el papel de las/los trabajadoras/es sociales en el acompañamiento de las personas internas. Se espera recabar la información relevante que pudiese emplearse para mejorar posibles estrategias de rehabilitación y reinserción social, convirtiendo las prisiones en entornos terapéuticos más atractivos y motivacionales para la población reclusa.

2. OBJETIVOS

2.1. General:

Analizar la influencia del consumo de drogas en la población penitenciaria y conocer la utilidad de las intervenciones para la rehabilitación y reinserción social de los internos.

2.2 Específicos:

Identificar los factores personales de los reclusos que contribuyen a agravar o mantener la problemática del consumo de drogas en el entorno penitenciario.

Determinar los recursos sociales y programas disponibles en los centros penitenciarios para el tratamiento de la drogodependencia y su efecto en la reducción del consumo y la reiteración.

Descubrir el papel que desempeña el medio penitenciario en la aparición, mantenimiento o superación de la conducta adictiva de la población interna.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cómo inciden los aspectos personales (autoestima, impulsividad, motivación por el cambio, problemática de salud mental, etc.) del interno consumidor en su proceso de recuperación?
- ¿En qué medida influye en el proceso de recuperación de un consumidor de drogas que cumple condena el disponer de red de apoyo en el exterior?
- ¿Cómo contribuyen los programas de tratamiento de drogodependientes en prisión a la reinserción social del penado?
- ¿Existen cauces de coordinación entre los recursos penitenciarios y extrapenitenciarios en la intervención con drogodependientes que cumplen condena? ¿Cómo repercute esta coordinación o no abandono del consumo de drogas?
- ¿Qué rol desempeña el/la Trabajador/a social en un centro penitenciario con población que presenta problemática de adicciones?
- ¿Qué factores del medio penitenciario (convivencia, normas, rutinas, recursos, actividades, etc.) favorecen o entorpecen el proceso de deshabituación de drogas del interno?

4. METODOLOGÍA.

La metodología propuesta para el Trabajo de Fin de Grado se basará en una revisión bibliográfica y en entrevistas a cinco trabajadores /as sociales de asociaciones o fundaciones especializadas en el ámbito de adicciones y reinserción social.

En primer lugar, se realizará una revisión bibliográfica enfocado en el consumo de drogas en prisión, el papel del /la trabajador /a social y los factores asociados al consumo. La información se obtendrá de estudio documental (programas y proyectos de las distintas entidades que intervienen en este ámbito), citas, revistas científicas, libros, páginas web, etc. con el fin de recopilar todos los datos necesarios para completar el trabajo.

Por último, se realizarán las entrevistas a cinco trabajadores /as sociales de las asociaciones, fundaciones, etc. vinculadas a este ámbito (ámbito penitenciario y drogodependencia). Estas entrevistas ayudarán a concretar en profundidad el rol del trabajador/a social en la reinserción y rehabilitación de las personas consumidoras y así poder extraer información que apoye el presente trabajo.

Al finalizar, se analizarán los datos recopilados en las distintas fuentes empleadas que faciliten posibles estrategias de mejora en la intervención con drogodependientes en los centros penitenciarios.

5. MARCO TEORICO.

5.1. SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL EN LA ACTUALIDAD.

5.1.1. PRISIONES EN ESPAÑA.

Según el **Ministerio del Interior (2010)**, en las últimas décadas, el sistema penitenciario español ha desarrollado una transformación profunda, vinculada con los cambios sociales que ha vivido el país. La aprobación de la **Constitución Española de 1978** supuso un punto de inflexión, inspirando reformas significativas en la legislación penal, en el tratamiento de los penados y en las condiciones de las prisiones. A lo largo de los últimos años, se han realizado esfuerzos importantes para solventar aquellas carencias estructurales del sistema, mejorar las instalaciones y reorganizar la gestión penitenciaria con el objetivo de mejorar los recursos humanos y materiales disponibles.

Ese proceso, no solo busca mejorar las condiciones de los centros, también busca generar espacios en las prisiones que favorezcan la convivencia y el desarrollo de los internos. Comprender los retos y logros del sistema penitenciario español ayuda a valorar la complejidad de su objetivo principal en el que se busca convertir a la persona que ha infringido la ley en ciudadanos que puedan reintegrarse plenamente en la sociedad, respetando a justicia y la sanción impuesta.

El sistema penitenciario español se fundamenta en el **art. 25.2 de la Constitución Española**, en el que se establece que las medidas de seguridad y las penas privativas de libertad se orientan hacia la reeducación y la reinserción social. Este mandato sitúa la reinserción social como elemento esencial del sistema.

Asimismo, se prohíbe expresamente los trabajos forzosos y se asegura que el penado conserve los derechos fundamentales expresados en la Constitución, excepto en casos específicamente limitados por lo que establece en la sentencia condenatoria, el propósito de la pena y la legislación penitenciaria.

Las normativas de este mandato vienen dadas en la **Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP)** que desarrolla la norma básica del Derecho Penitenciario moderno. Esta se complementa con el **Reglamento Penitenciario**, que desarrolla reglamentariamente su contenido y otras reformas del **Código Penal**.

El **estatuto jurídico del interno reglado por la LOGP y el Reglamento Penitenciario** garantiza a las personas privadas de libertad a los derechos y deberes. Bajo el marco de la **Constitución Española** y la **Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP)**, la Administración tiene como obligación asegurar los derechos de los internos.

Dichos derechos fundamentales se detallan en el **art. 4 del RP**, en la que se debe respetar la personalidad de los internos son discriminación. Se distinguen el derecho a la integridad y salud, la institución penitenciaria asegura la integridad y salud de los internos quedando prohibido cualquier rotura, malos tratos de obra o palabra o la imposición excesivamente estricta de las normas. El derecho a la dignidad e identidad, todo penado tiene el derecho de ser identificado por su propio nombre, así como condición de recluso no sea divulgada a terceros, así se garantiza su dignidad e intimidad personal. Relaciones con el exterior, es un derecho fundamental para el proceso de reinserción social, en este caso el penado tiene derecho a mantener comunicaciones orales, por videoconferencia o telefónicas y a recibir visitas personales e íntimas de familiares y allegados, así como la concesión de salidas temporales como herramienta para promover una reincorporación progresiva a la sociedad. Por último, el derecho de acceso a la cultura y a la educación reglada, incluso cursar una formación universitaria junto la UNED, gestionado por la Entidad Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo (TPFE), al pleno desarrollo de su personalidad y al ejercicio de actividades laborales remuneradas con cobertura y beneficios correspondientes de la Seguridad Social.

El **art. 5 del RP** establece los deberes que aseguran el éxito del tratamiento y la estabilidad del sistema. Los principales deberes que se deben cumplir son la colaboración y convivencia, es importante y exigente una colaboración activa en el cumplimiento de la pena y se debe mantener un comportamiento solidario para una convivencia ordenada dentro de la institución. El respeto a la Autoridad la persona interna debe cumplir las normas del régimen interior y tener una actitud de respeto y consideración hacia los funcionarios, trabajadores, autoridades y otros reclusos, tanto

dentro como fuera de la prisión. Es obligatorio mantener una higiene adecuada y cuidados personal, así como un uso responsable de las instalaciones y recursos materiales disponibles. El interno tiene la obligación de participar en las actividades educativas, laborales y formativas dada por los equipos profesionales en función de sus necesidades, con el objetivo de preparar su futura vida en libertad, es decir, el deber en la participación en la reinserción. El incumplimiento de los deberes conlleva diversas consecuencias disciplinarias y administrativas, regresión de grado por comportamiento negativo o incumplimiento de las normas, clasificación en primer grado (régimen cerrado) a penados con conducta violeta o inadaptación, restricción del régimen de vida por malo comportamiento y limitan las cuotas de libertad y beneficios de los que gozaba anteriormente en otro grado. Tanto la actividad sancionadora y disciplinaria está bajo control de los Jueces de Vigilancia Penitenciaria, ya que tienen las capacidades de salvaguardar los derechos de los reclusos y asegurar el cumplimiento de la pena.

El sistema penitenciario español se establece como un subsistema autónomo del Derecho Penal, como principios específicos y con un claro enfoque en la protección de los derechos.

Este sistema persigue una doble finalidad: Cumplimiento efectivo de la pena impuesta y custodia del interno y la rehabilitación y reinserción social de la persona privada de libertad. Esto reclama un equilibrio entre la resocialización y la seguridad.

El cumplimiento de las penas se organiza por un sistema progresivo dividido en diferentes Grados de Tratamiento; se encuentra el Primer Grado en el que el régimen es cerrado, destinado a penados considerados peligrosos o que no se adaptan al régimen ordinario, a continuación el Segundo Grado con régimen ordinario donde se encuentra la mayor parte de la población reclusa, seguidamente el Tercer Grado de régimen de semilibertad o abierto, donde se establece una mayor flexibilidad y orientado a la reintegración social y, por último, la Libertad Condicional, etapa final del cumplimiento de la pena, en la que el penado se encuentra en libertad, pero sujeto al cumplimiento de reglas de conducta establecidas.

La asignación de cada grado es revisable periódicamente, permitiendo una evolución gradual en función del comportamiento del penado y la participación en los programas de tratamiento.

El Tratamiento constituye un conjunto de actividades de naturaleza formativa, cultural, deportiva y/o laboral, dirigidas al desarrollo de las capacidades sociales del interno; es decir, no se limita a una pura atención asistencial.

Las instituciones cuentan con varias infraestructuras diseñadas bajo una tipología modular, esto facilita la convivencia y la seguridad. No solo existen Centros Ordinarios (Centros – Tipo) establecimientos de grandes dimensiones, previstos para acoger una población superior a 800 internos y disponen de más de 10 módulos o departamentos residenciales de Régimen Cerrado o Régimen Especial, también se dividen en; Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, destinados a personas penadas diagnosticadas con trastornos mentales, estas personas son inimputables por trastornos mentales graves, que carecen de comprensión sobre la ilicitud de la conducta, se trata de centros de dimensiones medias, que no responden a la estructura del Centro–Tipo. Centros de Inserción Social (CIS), estos centros van dirigidos a personas internas en régimen abierto o con penas alternativas, son centros de pequeñas dimensiones con una población inferior a los 350 internos/as y Unidades de Madres, estas unidades permiten a las internas vivir con sus hijos menores de tres años en el entorno adecuado para su desarrollo.

La organización de los centros penitenciarios se basa en equipos multidisciplinares que abarcan la realidad del interno desde diferentes perspectivas. Este equipo está formado por juristas, estos realizan la valoración jurídica para la programación del dicho tratamiento, psicólogos, estos profesionales identifican las carencias comportamentales y se responsabilizan de implementar los programas terapéuticos, los educadores, asumen tareas de acompañamiento integral de los penados, dinamizando las actividades formativas y culturales y promoviendo la adecuada convivencia entre los reclusos, los trabajadores sociales intervienen con el interno y familia, atendiendo a las necesidades de ellos y estableciendo los cauces de coordinación con los recursos externos o comunitarios que favorecen el proceso de reinserción del penado.

Mencionar, por último, el papel que en todo este proceso desempeña el funcionario de vigilancia, que garantiza la seguridad y el correcto funcionamiento del centro, aun que pertenece al área regimental, es imprescindible su labor para el logro del Tratamiento.

5.1.2. PERFIL DE LA POBLACIÓN RECLUSA.

El sistema Penitenciario español ha experimentado una fase de ascenso que rompe la estabilidad y el moderado descenso tras las reformas penales de la última década.

Según datos de Europa Pres (2026) y ES diario (2026), España finalizó el ejercicio de 2025 con un total de 62.522 personas reclusas, lo que significa un aumento de 3.196% reclusos en solo un año y el incremento porcentual del 5,39%. Este aumento se considera una tendencia consolidada: desde el mínimo alcanzado en 2021, con 55.097 internos en plena pandemia, el sistema ha registrado un crecimiento acumulado superior a 7.000 personas en tan solo cuatro años.

Al cierre del 2025, la distribución territorial refleja que 51.559 internos se encontraban en los 80 centros gestionados por la secretaria general de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Por su parte, Cataluña contabilizó 9.186 personas privadas de libertad, mientras que el País vasco registró 1.777. En cuanto a centros concretos, Sevilla I, tuvo un crecimiento en términos absolutos con 292 internos más, mientras que en Monterroso (Lugo) registró el mayor crecimiento porcentual, ya que incrementó su población un 51%.

Este elevado volumen poblacional sitúa a España como el cuarto país de la Unión Europea con mayor número de internos, esto no se debe a un aumento real de la delincuencia sino la extrema dureza del sistema penas y las sucesivas reformas legislativas que han provocado un alargamiento de las condenas (Ruiz-Morales, 2018)

Este repunte pone de manifiesto una crisis de infraestructura, ya que la década de descenso (2010-2021) la Administración optó por cerrar módulos de forma sistemática ante la falta de personal, perdiendo la oportunidad de consolidar el mandato de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) respecto al modelo de un interno por celda (ESdiario, 2026; Europa Press, 2026). Actualmente, la falta de asistencia obliga a que la excepción de compartir celda se convierta en norma, dificultando los itinerarios de reinserción (ESdiario,2026).

El perfil criminológico más habitual se caracteriza por un bajo nivel educativo, una elevada prevalencia de drogodependencias y una presencia relevante de población extranjera. Específicamente, una parte importante de la población reclusa presenta rasgos de analfabetismo funcional y carece de cualificación profesional o habilidades sociales básicas, factores que alimentan una espiral de marginación previa al ingreso (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), 2014).

La población reclusa en España presenta una notable desigualdad de género, con un predominio masculino. De acuerdo con las estadísticas oficiales del **Ministerio del Interior (2025)**, correspondientes al cierre de 2024, del total de 59.226 personas internas, 55.103 eran hombres (93,04 %) y 4.123 mujeres (6,96 %). Desde una visión comparativa, España se sitúa entre los países europeos con una mayor proporción de mujeres en prisión, teniendo en cuenta que la media europea se sitúa generalmente entre el 4% y le 6%.

Existen notables diferencias en el perfil delictivo según el sexo, los delitos mayoritarios de los hombres están vinculados a la propiedad (robos), mientras que en las mujeres predomina el grupo condenado por delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), destacando un número

relevante de mujeres extranjeras con condenas de larga duración. En este colectivo femenino, la interseccionalidad juega un papel crítico: por ejemplo, se estima que el 25% de las reclusas españolas pertenecen a la etnia gitana, de las cuales el 60% cumple condena por delitos contra la salud pública, evidenciando una representación vinculada con la exclusión social (Delegación del Gobierno para el plan Nacional sobre Drogas (PNSD), 2006).

Para entender el perfil de la mujer en prisión, no basta con el análisis cuantitativo de su edad o tipología delictiva; es importante incorporar una perspectiva de género que explique las desigualdades estructurales que atraviesan su estancia en el sistema penitenciario.

A diferencia de los hombres, las mujeres reclusas enfrentan una doble discriminación: por un lado, la transgresión de la ley penal y, por otro, la ruptura de las normas sociales y roles de género tradicionalmente impuestos. (Valera López, 2023). El castigo femenino ha tenido un fuerte componente moral y espiritual buscando “corregir” a la mujer para devolver a su rol doméstico de servidumbre (Valera López, 2023).

Aunque las mujeres representan una minoría, el sistema ha sido diseñado por y para hombres. Al disponer a menudo de un único módulo en centros mixtos, se obliga a la convivencia de perfiles muy diversos (preventivas, condenadas, jóvenes, mayores o enfermas mentales) en un mismo espacio, lo que dificulta el tratamiento individualizado y aumenta la conflictividad. La escasez de centros específicos para mujeres provoca que muchas cumplan condena lejos de su entorno familiar, lo que desestructura los vínculos afectivos y dificulta la reinserción.

La necesidad de un enfoque de género transversal se justifica por los perfiles específicos de la mujer penada; se estima que el 88,4 % de las mujeres presas han sufrido alguna forma de violencia de género, física o sexual a lo largo de su vida (Cruells et al., 2005, citado en sGIP, 2010). La prevalencia de trastornos mentales es significativamente mayor en mujeres que en hombres, existiendo además un mayor riesgo de conductas suicidas por crisis interpersonales o traumas previos (Guisasola Lerma, 2025). El ingreso en prisión genera un mayor impacto de desarraigo y culpabilidad en las mujeres, quienes suelen ser las principales cuidadoras de sus hijos/as (SGIP, 2010).

El perfil de la mujer interna está profundamente marcado por sus cargas familiares. La lejanía geográfica no es solo una barrera física, sino, una carga psicológica derivada de los roles de cuidado socialmente asignados, lo que genera sentimiento de culpa por la imposibilidad de ejercer la maternidad de forma presencial (Valera López, 2023).

La drogodependencia constituye una problemática especialmente marcada en las prisiones españolas, donde afecta a un elevado porcentaje de personas internas, muchas de ellas procedentes de contextos de exclusión social. De acuerdo con el **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2025)**, la sanidad penitenciaria desempeña un papel clave como vía de acceso e inicio de tratamientos para los trastornos por consumo de sustancias. Para abordar esta realidad, las prisiones cuentan con módulos Terapéuticos, concebidos como espacios libres de drogas para facilitar el cambio de hábitos y la posterior continuación del tratamiento en recursos comunitarios, una vez finalizada la estancia en la institución penitenciaria.

A pesar del esfuerzo tratamental, los datos de la Encuesta ESDIP 2022 revelan que dos de cada diez personas internas han consumido alguna droga dentro de la prisión en los últimos treinta días (SGIP, 2004). Para aliviar disponibilidad de sustancias que obstaculizan los programas de abstinencia, la Instrucción 7/2024 ha formalizado la creación de Unidades Caninas Penitenciarias, cuyo fin es reducir la oferta y mejorar el clima social para proteger la integridad física y psíquica de los reclusos (SGIP, 2024).

La atención a la salud mental y a las adicciones atraviesa una situación crítica por la escasez de profesionales. En la actualidad más del 72 % de las plazas de médico en las prisiones permanecen sin cubrir. Esto genera una situación de alarma si se tiene en cuenta que más de 30% de las personas internas precisan tratamiento psiquiátrico. Sin esta supervisión, los centros penitenciarios se están convirtiendo en espacios de concentración de patologías mentales sin tratamiento. A ello, se le suma el abandono del modelo de “un interno por celda” debido al hacinamiento, lo que aumenta la tensión ambiental y los incidentes violentos en la convivencia.

Esta crisis sanitaria impacta directamente en la seguridad; el abuso de sustancias como las benzodiazepinas sin prescripción o la metadona, sumando a la falta de atención psiquiátrica, se asocia a un riesgo de conducta suicida hasta veinte veces superior al de la población general (Bascones Pérez- Fragero & Ollero Perán, 2020). Además, la falta de seguimiento especializado contribuye al fenómeno de la “puerta giratoria”, donde el 83% de los internos con antecedentes de consumo inyectado recaen en los primeros tres meses tras recuperar la libertad debido a la ausencia de una continuidad asistencial efectiva (Stewart et al., 2021).

5.1.3. REPERCUSIÓN DE LA CONDUCTA DE CONSUMO EN PRISIÓN.

La conducta de consumo de sustancias psicoactivas en el medio penitenciario español constituye una de las problemáticas más críticas y complejas, afectando a un porcentaje que oscila entre el 30% y el 50 % de la población reclusa (Mínguez Baute, 2017). Esta conducta no debe

interpretarse como un hecho puntual o aislado, sino como un fenómeno con consecuencias sistemáticas que impactan en la salud orgánica, rendimiento cognitivo, seguridad institucional y el éxito del mandato constitucional de reinserción social.

La repercusión más inmediata del consumo, especialmente cuando se realiza mediante uso de drogas por vía parenteral (mediante inyección), es la elevada incidencia de enfermedades de transmisión hemática. Como indica Miguel- Arias et al. (2017), el intercambio de jeringuillas en contextos con escasas condiciones higiénicas favorece la transmisión del VIH y de la Hepatitis C. Las cifras resultan especialmente preocupantes: en investigaciones sobre fallecimiento por reacción aguda a drogas en prisiones, se ha identificado una prevalencia de seropositividad frente al VIH del 56,8% entre las personas internas fallecidas, frente al 31,5% registrado en la población no reclusa (Miguel-Arias et al., 2017). Del mismo modo, se ha señalado que el consumo inyectado constituye un obstáculo que dificulta la correcta inmunización efectiva frente a virus como la Hepatitis B, principalmente por la escasa adherencia a los calendarios de vacunación dentro del ámbito penitenciario (Matesanz Herraiz, 2025).

El abuso crónico de sustancias, incluyendo el uso de extensivo de psicofármacos como las benzodiacepinas y la metadona, genera un deterioro cognitivo significativo. Moreno Ramos (20215) descarta que los internos con trastornos de adicción presentan déficits notables en la memoria verbal, la velocidad de procesamiento de información y la flexibilidad cognitiva. Esta alteración neuropsicológica se traduce en una mayor impulsividad y una baja tolerancia a la frustración, lo que dificulta la participación efectiva en los programas de tratamiento (Moreno Ramos, 2015).

Asimismo, el consumo se encuentra vinculado tanto a la patología dual como al riesgo autolítico. Varios estudios en el ámbito penitenciario dicen que existe una relación directa entre los antecedentes de consumo y la planificación de intentos suicidas, registrándose tasas de ideación de hasta el 3,91% entre jóvenes consumidores privados de libertad (Santana-Campas et al., 2020). Al profundizar en este riesgo los datos de la encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población interna [ESDIP) revelan que el 32,2 % de la población penitenciaria ha manifestado haber tenido ideas de suicidio en algún momento de su vida, con un porcentaje significativo en mujeres (38,7%), en comparación con los hombres (31,8 %), siendo estas ideas más frecuentes dentro de centro penitenciario que en libertad (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2022). En cuanto a las tentativas, el 19,9 % de los internos reconoce haber intentado quitarse la vida alguna vez, y entre la población que refiere haber tenido ideas suicidas el 61,7 % llegó a realizar un intento de suicidio (ODEA, 2022). El suicidio se identifica como una de las causas de muerte más comunes en el entorno penitenciario, encontrándose rasgos de sustancias psicoactivas en el 25 % de los informes toxicológicos de los fallecidos (Matesanz

Herraiz, 2025). Además, se destaca que las muertes por suicidio representan el 11,3 % de total de fallecimientos en las cárceles españolas, existiendo una correlación entre las conductas suicidas y las muertes por sobredosis (Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía [APDHA], 2013).

La presencia de drogas actúa como un elemento que intensifica la conflictividad y la violencia en el entorno penitenciario. Aunque algunas sustancias se utilicen como vía de escape frente a la rutina carcelaria, la escasez o interrupción en su acceso incrementa la irritabilidad y conductas hostiles (Ríos Ruiz, 2012). Esta situación se ve agravada debido a las deudas que algunos internos contraen para obtener sustancias, lo que genera un clima de coacciones, amenazas y agresiones que repercuten tanto en la población reclusa como en el personal de vigilancia (Redondo, 1992, como se citó en Ríos Ruiz, 2012). La conducta de consumo demanda una atención médica intensiva que el sistema actual es incapaz de proveer de forma adecuada por la escasez de médicos en el ámbito penitenciario.

La repercusión del consumo no se limita al entorno penitenciario, sino que se prolonga más allá de la excarcelación. La falta de continuidad asistencial tras la puesta en libertad genera un fenómeno de “puerta giratoria”: el 83% de los exproisioneros con antecedente de consumo por vía inyectada retoman el consumo en los tres primeros meses de libertad, lo que incrementa de forma significativa el riesgo de sobredosis mortales y la probabilidad de reingreso en prisión (Stewart et al., 2021).

A esta compleja realidad se suma el impacto de la patología dual, que se estima que afecta cerca del 70% de los internos con trastornos por uso de sustancias, quienes presentan de forma simultánea o secuencial otros trastornos mentales graves (Bascones Pérez- Fragero & Ollero Perán, 2020). Esta coexistencia dificulta la gestión regimental, ya que los síntomas psiquiátricos, por el abuso de drogas, elevan el riesgo de conductas suicidas hasta veinte veces por encima de la población en general (Harris & Barraclough, 1997, citado en Bascones Pérez-Fragero y Ollero Perán, 2020).

Desde una mirada de seguridad y control, la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, como los cannabis pides sintéticos, representa un desafío adicional. Estas sustancias son frecuentemente indetectables en los controles de analíticas rutinarios, tienen un bajo coste y una potencia química superior, por lo que provoca reacciones agudas imprevisibles y brotes psíquicos difíciles de manejar para un personal sanitario (European Unión Drugs Agency, 2022). Según la Instrucción 7/2024 de la Secretaría general de Instituciones Penitenciarias (SGIP), la introducción y tráfico de estas sustancias en el interior no solo afecta a la salud, sino que altera gravemente la “vida regimental”, impidiendo el desarrollo normal de los programas de tratamiento y degradando el clima social necesario para poder tener una buena convivencia (SGIP, 2024).

Es determinante señalar que la conducta de consumo actúa como un potente motor de reincidencia. Los internos consumidores tienen una probabilidad de delinquir entre tres y cuatro veces superior a los no consumidores, convirtiéndose en una población dinámica que satura el sistema de justicia penal (Bennett etc al., 2008). Por lo tanto, la repercusión del consumo en prisión pasa los muros de la institución: representa un fracaso sistémico que perpetua la exclusión social, incrementa los costes públicos en salud y seguridad, y obstaculiza el itinerario de normalización del individuo, quien se ve atrapado en una marginalidad, droga y reclusión (Marin Serrano etc al., 2021; Ríos Ruiz, ,2012).

5.2. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO “RESPUESTA DEL SISTEMA PENITENCIARIO”.

5.2.1 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON DROCODEPENDIENTES.

La intervención con personas drogodependientes en el sistema penitenciario se fundamenta en el mandato del **art. 25.2 de la Constitución Española**, que establece que las penas deben orientarse hacia la reeducación y reinserción social. En este contexto, la superación de la adicción se considera un paso previo esencial para alcanzar dichos objetivos (Bascones Pérez-Fragero & Ollero Perán, 2020). El marco regulador principal es la **I 3/2011**, en el que se establece el “**Plan de Intervención General en materia de drogas en la institución Penitenciaria**” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2024).

La responsabilidad de implementar estos programas corresponde al **Grupo de Atención al Drogodependientes (GAP)**, un equipo Multidisciplinar que se encarga de coordinar la intervención de profesionales penitenciario junto con entidades del tercer sector (Plan nacional sobre Drogas, 2006; ríos Ruiz, 2012). Según el PNSD (2006), el sistema español se organiza como un itinerario terapéutico integral compuesto por distintos niveles de intervención:

➤ **Programas de Reducción de Daños y Riesgos.**

- Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) se fundamentan en la sustitución de opiáceos mediante la administración controlada de metadona. No obstante, su eficacia clínica depende no solo de la dispensación de la sustancia, sino también de la incorporación de un acompañamiento psicosocial intensivo que favorezca la estabilidad y el proceso de rehabilitación (Ball & Ross, 1991 citados en PNSD, 2006). Estudios indican que la metadona reduce de forma

significativa el riesgo de consumo por vía parenteral y reduce la mortalidad tras la excarcelación (OEDT, 2022).

- Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ): es definido como una intervención básica y esencial de salud pública, respaldada por la Organización Mundial de la Salud, cuyo propósito es frenar la transmisión de las hepatitis y VIH (lasDrogas.info, 2026). Esta medida se posiciona como una de las estrategias más eficaces para prevenir infecciones entre personas internas que consumen droga por vía inyectada (lasDrogas.info, 2026).

➤ **Programas Orientados a la Abstinencia.** Dirigidos a internos con alta motivación de cambio y se desarrollan principalmente en dos modalidades.

- Módulos Terapéuticos y Unidades Terapéuticas y Educativas (UTE) constituyen espacios residenciales dentro de las prisiones diseñados para mantenerse al margen de la subcultura carcelaria y de la presencia o influencia de las drogas (SGIP, 2014). Según señalan Bascones Pérez-Fragero y Ollero Perán (2020), las UTEs aplican principios de comunidades terapéuticas, fomentando la implicación activa y la responsabilidad personal de las personas internas en su propio proceso de rehabilitación. Investigaciones en la UTE del centro penitenciario de Villabona indican que las personas que completan el programa presentan una tasa de reincidencia de solo el 16%, lo que evidencia el impacto positivo de estas intervenciones en los procesos de reinserción social (Rodríguez et al., 2014).
- Programas Ambulatorios, estos consisten en intervenciones Terapéuticas tanto de forma grupal como individual para internos que permanecen en módulos ordinarios, permitiendo acceder a tratamiento sin necesidad de integrarse en recursos residenciales específicos (PNSD,2006; Ríos Ruiz, 2012).

➤ **Prevención y Educación para la Salud.**

- Intervenciones diseñadas para mejorar la información sobre sustancias y sus efectos, fomentar estilos de vida saludables y proporcionar habilidades que faciliten la inserción social y el bienestar mental de los internos (Fundaneed, 2024). Estos programas se ejecutan mediante talleres psico-educativos que

abordan la prevención de adicciones y el papel activo del recluso en el cuidado de su propia salud mental (Fundaneed, 2024).

Además de las intervenciones específicas en drogodependencias, el sistema cuenta con **otros programas transversales** que facilitan la motivación inicial, la estabilidad emocional durante la condena y la transición final hacia la libertad.

➤ **Programas de acogida motivación al tratamiento.**

- Representa el primer contacto de la persona interna con los equipos de tratamiento y de sanidad tras su ingreso en prisión. En esta fase, se realiza una evaluación de sus características personales y necesidades, con el fin de diseñar el Modelo Individualizado de Intervención o Tratamiento (PIT). El objetivo principal que se persigue es asegurar la continuidad de posibles tratamientos iniciados con anterioridad y fomentar la motivación del interno para que, de forma voluntaria, participen en los programas específicos de deshabitación (PNSD, 2006). El programa se desarrolla mediante entrevistas diagnósticas en las que se ofrece información detallada acerca de los requisitos de acceso y de los beneficios asociados a cada uno de los programas disponibles.

➤ **Programa de carácter lúdico recreativo.**

- Estas actividades sirven de apoyo y complemento a las terapias de drogodependencias. Son fundamentales para relajar tensiones dentro de la institución penitenciaria ya que es un entorno donde el paso del tiempo se percibe como muy lento y compartir la monotonía que a menudo induce al consumo (PNSD, 2006; Ríos Ruiz, 2012). Incluyen varios programas, como los socioculturales (talleres de teatro, pintura, radio, etc. y programas deportivos para fomentar valores de superación, respeto y hábitos de vida saludable, ofreciendo una alternativa pro-social al ocio vinculado a las drogas (PNSD, 2006).

➤ **Programa de preparación para la vida en libertad.**

- Dirigido a reclusos que se encuentran en el último tramo de su condena (normalmente entre 9 y 12 meses antes de la libertad). Este programa tiene como finalidad facilitar la vuelta a la comunidad y asegurar la continuidad asistencial para evitar recaídas post-penitenciarias. Se centra especialmente en la búsqueda de formación, habilidades sociales, empleo y derivación a recursos comunitarios

como centros de día o comunidades terapéuticas extra-penitenciarias (PNSD, 2006).

➤ **Medidas de reducción de la oferta: Las Unidades Caninas.**

- La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), formaliza la creación de las Unidades Caninas Penitenciarias mediante la Instrucción 7/2024 de 19 de diciembre, como una medida de apoyo indispensable para que el resto de los programas tarta mentales funcionen en un entorno seguro. Estas unidades responden a la gravedad de la problemática de las drogas en las prisiones. Según los datos recogidos en la Encuesta ESDIP 2022, dos de cada diez reclusos han consumido drogas ilegales en los últimos treinta años en prisión (GIP,2024). Esto actúa como un factor que genera graves complicaciones psíquicas, físicas y sociales, afectando directamente a la convivencia.

- La I 7/2024 destaca que el control y la reducción de la entrada de sustancias estupefacientes mediante el empleo de unidades Caninas contribuyen de manera significativa al correcto funcionamiento de los programas de tratamiento en el ámbito penitenciario. Este impacto positivo se manifiesta en diversos aspectos. La presencia de estas unidades genera un efecto preventivo, ya que dificulta la entrada de drogas tanto a través de visitas como de los propios internos. La reducción del tráfico de sustancias tóxicas contribuye a la preservación de la salud de la población reclusa. La menos circulación de drogas implica una disminución de situaciones de riesgo, como intoxicaciones o sobredosis. Por último, la detección temprana de sustancias por parte de las unidades contribuye a crear un entorno terapéutico más seguro. El límite de tráfico de sustancias y las dinámicas relacionadas con deudas o conflictos entre los reclusos, se reducen los episodios de violencia dentro de las cárceles. Esto afecta positivamente ya que permite que las personas internas que están en programas de abstinencia puedan desarrollar su proceso de tratamiento en un entorno más estable y libre de presiones (SGIP, 2024).

Es importante destacar los programas de intervención específica con mujeres. La intervención tratamental con mujeres en el sistema penitenciario español se fundamenta en el mandato constitucional del art. 25.2, que orienta las penas hacia la reeducación y reinserción social, y en el principio de igualdad recogido en el art. 3 de la LOGP (Guisasola Lerma, 2025;

Motos Buendía, 2017). A pesar de estas bases legales, la realidad penitenciaria femenina presenta una especial vulnerabilidad.

Se destacan el Programa de Acciones para la igualdad y la creación del Departamento de Igualdad en 2022, que coordinen intervenciones integrales dirigidas a fomentar la autonomía, el empoderamiento y superación de las secuelas de maltrato (Guisasola Lerma, 2025; SGIP, 2010).

Se destacan el programa de intervención con mujeres, por el elevado número de mujeres drogodependientes que han sufrido abuso sexuales o violencia es imprescindible trabajar en el trauma, de forma paralela o previa al programa de deshabitación. Por ellos se permite que mujeres en tratamiento de drogas participen en programas como **Ser mujer. eS**, este programa constituye la herramienta más relevante para la población femenina. El objetivo del programa es reducir la vulnerabilidad de las internas mediante el fortalecimiento de la autoestima, identidad de género y habilidades sociales. A través de una metodología grupal en sesiones, en la que se trabajan ara que la mujer pase a ser un agente de cambio de su propia vida, abordando sobretodo la violencia sufrida (Guisasola Lerma, 2025; SGIP, 2010). La **Terapia de Aceptación y Compromiso**, implementada en centros como Villabona, esta terapia ayuda a reducir la psicopatología asociada al consumo y mejora la flexibilidad psicológica de las internas. También existe una iniciativa del Centro Penitenciario Madrid I Mujeres, donde las internas en rehabilitación trabajan sus patrones de consumo vinculados a las violencias sufridas mediante la escritura y el empoderamiento, gracias a la Fundación Atenea, llamada **Revista “Las guerreras de Atenea”**. Se encuentran espacios residenciales libres de la subcultura carcelaria donde las mujeres tienen una alta participación y se fomenta la responsabilidad personal en el proceso de deshabitación, estos espacios son los **módulos de respeto y Unidades Terapéuticas y Educativas**. Y por último mencionar que para las mujeres también existen los **Programas de Reducción de Daños**, en o que incluye programa de Mantenimiento con Metadona y Programas de Intercambio de Jeringuillas, orientados a estabilizar la salud y prevenir enfermedades infecciosas garantizando en todo momento el anonimato de la usuaria (Motos Buendía, 2017; SGIP, 2024).

5.2.2 COORDINACIÓN CON ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

La intervención relacionada con drogodependencias en el sistema penitenciario español se articula por un modelo de gestión compartida, en el que la colaboración con entidades del Tercer Sector resulta importante para cumplir el mandato constitucional de reeducación y reinserción social. Esta colaboración permite que la institución penitenciaria no funcione como un espacio cerrado y aislado, sino que mantenga una conexión constante con la comunidad exterior. Con esto, se favorece la continuidad asistencial, ya que es clave para prevenir recaídas en el consumo de sustancias y reducir el riesgo de reincidencia una vez que la persona recupera la libertad.

La prisión cuenta con el **Grupo de Atención al Drogodependientes (GAP)**, un equipo multidisciplinar presente en los centros penitenciarios, tienen el objetivo de organizar esta cooperación con las entidades no gubernamentales. GAP coordina las actuaciones de carácter preventivo, terapéutico y de reinserción social dirigidas a las personas privadas de libertad con problemas de adicción. Diversas entidades especializadas desarrollan programas específicos orientados a la intervención con población reclusa drogodependiente.

Entre ellas destaca **Proyecto Hombre**, esta organización tiene una larga trayectoria en el tratamiento de adicciones que gestiona módulos o comunidades terapéuticos dentro de algunos centros penitenciarios. Su intervención se basa en la creación de entornos estructurados y libres de drogas, se trabaja de forma intensiva en la modificación de hábitos, la asunción de responsabilidades personales y prevención de recaídas. Los profesionales de esta entidad en determinados módulos terapéuticos son significativos, lo que se puede ver la importancia del apoyo del Tercer Sector para sostener programas de tratamiento de alta intensidad. Su intervención se ha adaptado a los cambios en los perfiles de consumo, ampliando su enfoque tradicional centrado en la heroína hacia el abordaje del poli consumo de sustancias como cannabis y cocaína, así como otras relacionadas con las tecnologías o juegos.

Otra entidad importante es la **Fundación Atenea**, que aporta una perspectiva basada en la investigación aplicada sobre los procesos de exclusión social asociados con las adicciones. El relevante trabajo de esta fundación ha dado visión a la influencia de factores sociales y de género en la drogodependencia dentro del ámbito penitenciario. Algunos estudios han manifestado que las mujeres en prisión con problemas de adicción presentan situaciones familiares, sociales y económicas especialmente complejas. En cuanto a la intervención, Atenea desarrolla programas de carácter ambulatorio que incluyen entrevistas individuales de valoración, acompañamiento social y orientación sociolaboral para penados que no participan en módulos de tratamiento. Colabora en iniciativas encaminadas a la reinserción social que unen procesos de deshabituación con formación y actividades socioeducativas.

La **Asociación Punto Omega**, por su parte, cuenta con una gran presencia en programas de atención directa a personas internas con drogodependencias. Se centra especialmente en el apoyo psicosocial dentro de los Programas de Mantenimiento con Metadona, mediante la gestión de unidades de atención a drogodependientes en algunas instituciones penitenciarias. Estas unidades realizan un seguimiento continuo de los internos con dependencia de opiáceos y completamente el tratamiento farmacológico con intervenciones psicoeducativas destinadas a fortalecer la motivación hacia el cambio y fomentar la autonomía personal de recuperación.

La **Fundación Manantial** desempeña un papel importante en la atención a personas con patología dual, es decir, aquellas que presentan simultáneamente trastornos de salud mental y problemas de adicción. Este perfil constituye un porcentaje significativo de la población penitenciaria requiere intervenciones especializadas. Manantial desarrolla programas dirigidos a mejorar el acceso a recursos de tratamientos adaptados, especialmente en caso de mujeres con trastornos mentales en prisión. Por otra parte, facilita alternativas residenciales temporales para penados que necesitan acreditar un domicilio estable para acceder a permisos penitenciarios o libertad condicional. Estas viviendas contribuyen a evitar el retorno inmediato a entornos sociales asociados al consumo de drogas. La fundación colabora con programas institucionales de atención integral a personas con enfermedad mental en instituciones penitenciarias.

Finalmente, la **Asociación EPYV** centra su intervención en la fase de transición hacia la libertad. Con los programas de apoyo y acompañamiento, EPYV desarrolla talleres motivacionales dentro de los centros penitenciarios y proporciona apoyo a internos que carecen de una red familiar o social sólida. En muchos casos, actúa como una asociación de referencia para facilitar el acceso a permisos de salida o recursos de acogida temporal. Gestiona viviendas y espacios residenciales que ofrecen un entorno seguro durante los primeros meses tras la puesta en libertad, un periodo vulnerable en el que el riesgo de recaídas es elevado.

En conjunto, la cooperación entre la administración penitencia y estas entidades del Tercer Sector contribuye a consolidar un modelo de intervención que va más allá del enfoque exclusivamente punitivo. Su participación permite reforzar el carácter asistencial terapéutico y restaurativo del sistema penitenciario, garantizando la continuidad de los procesos de tratamiento y facilitando la conexión entre los recursos existentes dentro de la prisión los disponibles en la comunidad. De esta manera, se favorece la construcción de itinerarios de reinserción que incrementan las posibilidades de recuperación personal y de integración social de las personas que han cumplido una pena privada de libertad.

5.3. TRABAJO SOCIAL PENITENCIARIO.

5.3.1. DISTRIBUCIÓN/ORGANIZACIÓN.

En virtud de la **I. 2/2018** *“El trabajo social en Instituciones Penitenciarias es un trabajo especializado, que deberá dirigirse a la consecución de los fines descritos, respecto a las personas que cumplen penas privativas de libertad, de las sometidas a medidas penales alternativas, o de las personas que se encuentren en situación de prisión preventiva”*

Los profesionales que forman parte de los Servicios Sociales penitenciarios son los/as trabajadores/as sociales, titulados en Grado de Trabajo Social y empleados públicos (personal laboral). Se diferencian en:

Trabajador social, profesional que presta sus servicios tanto en el interior como en el exterior del Establecimiento.

Coordinador de Trabajo Social, profesional con idéntica cualificación responsable de la coordinación del departamento de Trabajo Social.

5.3.2. FUNCIONES DEL/ LA TRABAJADOR/A SOCIAL.

Los Servicios Sociales Penitenciarios, se configuran como un servicio social especializado cuyo objetivo principal es promover la integración social de las personas privadas de libertad o sujetas a medidas alternativas, a las penas privativas de libertad. Asimismo, persiguen disminuir los daños producidos en estos y en sus familias mediante mecanismos de protección y orientación que permitan paliar las dificultades iniciales, los problemas sociales añadidos, sin que exista discriminación por su situación penal y/o Penitenciaria.

El reglamento penitenciario en su **Capítulo II “Acción Social Penitenciaria”**, en el **artículo 227** recoge el objetivo referido.

En la **circular 21/95 TP “Ordenación y funcionamiento de los Servicios Sociales Penitenciarios”** se recogen como funciones las siguientes:

- Prestar asistencia social a toda persona que ingresa en prisión.

- Atender las demandas y carencias sociales que presenten los internos, los liberados condicionales y las familias de unos y otros.
- Coordinarse con los servicios sociales de las restantes Administraciones Públicas y con las instituciones públicas y privadas, para facilitar la obtención de las prestaciones sociales que necesiten los internos, los liberados condicionales y sus familias.
- Facilitarla documentación pública a los internos que carezcan de ella.
- Obtener los recursos necesarios para que los internos que lo precisen puedan seguir tratamientos específicos en el exterior, o cumplir su libertad condicional en centros de acogida cuando así lo requieran.
- Elaborar los planes individuales de intervención de los liberados condicionales.
- Efectuar el seguimiento de los liberados condicionales.
- Mantener informados de la situación social de los internos, liberados condicionales y sus familias, a los responsables penitenciarios y, cuando lo demanden, a las autoridades judiciales.
- Cualquiera otra función que se determine como necesaria para llevar a cabo la asistencia e integración social de los penados, los liberados y sus familias, así como para el control de la ejecución de las sentencias judiciales que no supongan la sola privación de libertad.

Reseñar que en la **instrucción 2/ 2018 del Servicio y Gestión de Penas y Medidas Alternativas** se contempla el “Manual de Procedimiento de Trabajo Social en Instituciones Penitenciarias” (este manual modifica a la instrucción 15/2005 por no dar esta normativa respuestas a las necesidades actuales). Que pretende facilitar la labor desempeñada por los trabajadores sociales, según los diferentes ámbitos de actuación en la Administración penitenciaria.

En este manual se detallan:

1. Atención en Medio Ordinando- cerrado.

- 1.1. Ingreso en Medio Ordinario- Cerrado.
- 1.2. Atención al interno durante su estancia en prisión.
- 1.3. Atención a familias de internos.
- 1.4. Atención social a madres con hijos.
- 1.5. Gestión documentación.
- 1.6. Programas de la secretaria general de instituciones Penitenciarias (es aquí donde se centraría nuestra participación en el grupo de atención al drogodependiente (GAD)).

- 1.7. Informes y equipos técnicos (en este apartado la trabajadora social participa en las reuniones del equipo técnico y junta de tratamiento, es decir, participación en un órgano colegiado).
- 1.8. Colaboración con los recursos sociales comunitarios /Administraciones públicas (responsabilidad asumida fundamentalmente por la coordinadora de trabajo social).
- 1.9. Prestaciones y Acción Social Penitenciaria.

2. Atención en Centros de Inserción Social (CIS) y Secciones Abiertas (SA).

- 2.1. Ingreso medio abierto
- 2.2. Atención al residente mediante su estancia en Centros de Inserción Social (CIS) / Secciones Abiertas (SA).
- 2.3. Atención a familias de residentes.
- 2.4. Gestión de documentación.
- 2.5. Programas de la secretaría general de instituciones Penitenciarias.
- 2.6. Informes y equipos técnico (participación de la Trabajadora social en órgano colegiado).
- 2.7. Colaboración con los recursos sociales comunitarios (responsabilidad asumida fundamentalmente por la coordinadora de trabajo social).

3. Atención en Libertad Condicional.

- 3.1. Fase de elaboración del expediente.
- 3.2. Fase de ejecución del expediente

4. Atención en Penas y Medidas Alternativas

- 4.1 Actuaciones en suspensiones de condena (Plan Individual de intervención y Seguimiento).
 - 4.1.2. Fase de ejecución y Seguimiento.
- 4.2. Atención a penas de Trabajo en Beneficios de la Comunidad (TBC).
 - 4.2.1. Fase inicial.
 - 4.2.2. Fase de ejecución y Seguimiento.
- 4.3. Talleres, Programas y búsqueda de recursos.

5. Atención en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP).

- 5.1. Ingreso en Hospital Psiquiátrico Penitenciario
- 5.2. Atención a la persona internada durante su estancia en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario.
- 5.3. Atención a las familias de personas internadas.
- 5.4. Gestión documentación.
- 5.5. Programas de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- 5.6. Informes y Equipo Multidisciplinar.
- 5.7. Colaboración con n los recursos sociales comunitarios / Administraciones Publicas.
- 5.8. Prestaciones y Acción Social Penitenciaria.

6. Gestión Departamento de Trabajo Social (se establecen las funciones fundamentales del coordinador/a de Trabajo social).

Observaciones: En cada uno de estos apartados se agrupan las actividades propias del /la trabajador/a social y /o del coordinador del Trabajo Social.

Para finalizar, detallaremos las **funciones que el/ la trabajador/a social desempeñaría** en un **programa específico de drogas**, las cuales se estructuran en cuatro áreas:

- I.** Recabar información sobre la trayectoria del consumo de drogas:
 - 1.1. Contexto familiar y socioambiental, así como elementos individuales y medioambientales que contribuyen al mantenimiento del consumo de sustancias.
- II.** Valoración de la situación actual tanto del drogodependiente como del entorno familiar hacia el tratamiento:
 - 2.1. Motivación hacia el cambio por parte del penado e implicación familiar en la resolución del problema.
- III.** Identificar los elementos del entorno social que pueden incidir en el proceso de recuperación:
 - 3.1. Problemáticas sociales asociadas al consumo, así como el impacto de los grupos de iguales, voluntariado o asociaciones.
- IV.** Valoración del caso, gestión y coordinación con los servicios sociales oportunos.

5.4. PARTICIPACIÓN DENTRO DE UN ÓRGANO COLEGIADO.

El/ la trabajador/a social, junto con otros profesionales de la institución penitenciaria, como psicólogos/as, juristas, educadores/as, personal médico, auxiliar técnico sanitarios, etc., forman parte de los **Equipos Técnicos** y la **Junta de Tratamiento**. En este sentido, participa activamente en los **órganos colegiados** que constituyen el **área tratamental del centro penitenciario**, cuyo objetivo fundamental es la **reeducación y reinserción social de los penados**.

Esta participación se encuentra regulada en el **Reglamento Penitenciario** exactamente en la **Sección 2, “Junta de Tratamiento y Equipos Técnicos”**, comprendida entre los **artículos 272 y 275**.

Por su parte, el **área regimental** constituye el conjunto de normas o medidas que persiguen la consecución de una convivencia ordenada y pacífica, que permiten alcanzar el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento y la **retención y custodia** de los reclusos, según se establece en el **artículo 73 del Reglamento Penitenciario**.

Dentro de la Junta de Tratamiento el/la trabajador/a social aporta una perspectiva única centrada en el entorno socio familiar y los recursos externos del interno. Su intervención es perceptiva para la toma de decisiones relativas a la clasificación inicial del grado, revisiones semestrales y la concesión de permisos de salida, actuando como nexo entre la vida intramuros y la realidad social del penado. Según señala Ríos Ruiz (2012), la información proporcionada por este profesional permite matizar las decisiones regimentales bajo una óptica tratamental, especialmente en casos de drogodependencia donde la red de apoyo exterior es determinante para el éxito de la reinserción.

En el seno de los Equipos Técnicos, la labor del/la Trabajador/a social se materializa en la formulación y seguimiento del Programa Individualizado de Tratamiento (PIT). En este espacio, colabora en la identificación de carencias sociales y en el diseño de un itinerario terapéutico que puede incluir la derivación a programas específicos de adicciones o salud mental. Esta función se extiende al Grupo de Atención al Drogodependiente (GAD), órgano colegiado de carácter técnico donde el/la trabajador/a social coordina con entidades del Tercer Sector el seguimiento biopsicosocial del interno, garantizando que los procesos de deshabitación cuenten con la necesaria continuidad asistencial fuera de la prisión.

Asimismo, su participación en estos órganos es fundamental para sustentar informes sociales que son remitidos al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. Estos documentos evalúan la idoneidad de medidas como el tercer grado bajo el art. 182 del Reglamento Penitenciario o la libertad condicional, donde la acreditación de un domicilio estable y entorno libre de drogas es requisito indispensable. En la última instancia, la presencia del profesional del Trabajo Social en los órganos colegiados humaniza la institución, promoviendo que la seguridad regimetal no sea un fin en sí mismos, sino un soporte para la transformación pro-social del individuo.

5.5. CONSEJO SOCIAL PENITENCIARIO.

Se trata de un órgano regulado por **Orden INT/3191/2008, 4 de noviembre, de creación del Consejo Social Penitenciario y de los Consejos Sociales Penitenciarios y Locales** (última modificación 23 de octubre del 2014), que permite ampliar las vías de participación social y la elaboración de planes de mejora, constituyendo una significación especial en el medio penitenciario.

Este órgano consultivo, integra a representantes de la administración penitenciaria, ONG y Entidades sociales, tiene como función primordial la labor consultiva de coordinación entre las mismas; así como, promover la participación, a través de reuniones con carácter periódico.

En la normativa mencionada, también se recoge que en cada uno de los establecimientos penitenciarios y centro de inserción social se constituirán Consejos Sociales penitenciarios de ámbito local, las labores de coordinación adquieren un papel fundamental desde un enfoque funcional, concediendo la posibilidad de que la totalidad de entidades y organizaciones no gubernamentales permanezcan representadas.

El Consejo Social presenta una estructura paritaria: administración penitenciaria (representada por director o subdirectores, etc.) y ONG- entidades colaboradoras (representadas por sus profesionales de referencia). Que tiene como funciones primordiales, labor consultiva de coordinación y promover la participación, a través de reuniones con carácter periódico.

Dentro de la operativa práctica, el Consejo Social funciona como el foro donde las entidades colaboradoras intentan unificar la dirección y los objetivos de sus respectivas intervenciones. En estas sesiones, se debaten y establecen las necesidades prioritarias detectadas entre la población reclusa – especialmente drogodependientes – para articular respuestas

conjuntas. Según señala la investigación de Ríos Ruiz (2012), estas reuniones permiten que la “mirada externa” de las ONGs tengan el fácil acceso a la institución, humanizando el sistema y reforzando el clima social y motivacional del centro.

Este órgano es, por tanto, el principal instrumento de apertura de la “Institución total” hacia la comunidad. A través de él, se coordinan más de mil programas de intervención anuales a nivel nacional, ejecutados por organizaciones y voluntarios. No obstante, algunos profesionales del Tercer Sector han señalado limitaciones en su funcionamiento, apuntando que la periodicidad semestral de las reuniones locales puede dificultar en ocasiones el trabajo en red y la viabilidad de proyectos comunes que requieren una agilidad operativa mayor.

La consolidación del Consejo Social Penitenciario garantiza que la reeduación y reinserción social no dependan exclusivamente de los recursos públicos, sino que sea una responsabilidad compartida con la sociedad civil organizada. Para el Trabajo Social, este espacio es importante, ya que permite coordinar el itinerario asistencial del interno desde el ingreso hasta la salida, así, asegurando que la red de apoyo exterior esté plenamente alineada con los objetivos tratamentales definidos por la Junta de Tratamiento.

6. ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES.

Partiendo de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales de las entidades no gubernamentales, especializadas en el ámbito de adicciones y reinserción social, como; Proyecto Hombre, Fundación Atenea, Asociación Punto Omega, Fundación Manantial y Asociación EPYV, se realiza un análisis sobre las experiencias de estas trabajadoras sociales profesionales para poder complementar el presente trabajo.

La participación de estas profesionales resulta indispensable para el sistema, ya que aportan una “mirada externa” y humanizan el proceso terapéutico, por estas entidades trabajan en numerosas prisiones españolas como Soto del Real, Alcalá Meco, hospitales penitenciarios, Centro penitenciario Madrid IV- Navacarnero, Madrid VI en Aranjuez, etc.

La intervención con personas drogodependientes en prisión es un proceso complejo donde confluyen factores individuales, programas técnicos y la propia instrucción. Tal como se observa en las entrevistas, el éxito de la rehabilitación no depende de un solo factor, sino de la interacción entre la voluntad de la persona interna y el apoyo que este recibe.

De la información recogida en las distintas entrevistas realizadas varias entidades consideran que el éxito de la intervención se centra más en el individuo y en la motivación de este hacia el tratamiento y el cambio en su estilo de vida que, en el propio contenido de los programas de intervención. Otros profesionales, consideran que los programas desarrollados en el medio (prisión) constituyen el elemento principal en el logro del abandono del consumo o reducción de este (por la proximidad al penado, la intervención individual y continua y las posibles repercusiones en la situación penitenciaria del penado (refuerzo positivo)). *“Es fundamental que el interno tenga motivación propia para poder comenzar el proceso terapéutico y participar en la medida de lo posible en todo tipo de formación, talleres y actividades.”* (Asociación punto Omega).

Esto se refleja en la importancia que las/os profesionales dan a la autoestima, señalando que el consumo suele estar conectado a sentimientos de fracaso e incapacidad que el trabajo social debe ayudar a deshacer. La labor del Trabajador/a social se define como acompañamiento constante y escucha activa que permite que el interno ponga en orden su cabeza y confíe en su propia capacidad de cambio.

La estancia en prisión ayuda a restablecer rutinas saludables que el drogodependiente había perdido en su estilo de vida, asociado al consumo; horarios, aseo, ciclo de sueño, normas de convivencia, alimentación, vinculación con recursos sanitarios, educativos y de ocio, entre otros.

La información de las profesionales, confirman que la prisión puede ser un espacio terapéutico por que obliga al individuo a “parar” una situación que le estaba destruyendo y que no podía poner el freno en libertad, aportándole una estructura y orden necesarios para la estabilidad inicial. No obstante, esta estructura positiva choca con la mayor barrera del medio: la presencia de sustancias.

Hay profesionales entrevistados que consideran que el fácil acceso a las sustancias constituye un obstáculo en la recuperación o abandono de la conducta adictiva, según dice la Trabajadora Social de Punto Omega: *“Son varios los factores que obstaculizan este proceso, pero para mí, el más importante es el acceso a sustancia dentro del propio centro donde además se recurre a ellas para paliar los efectos de la privación de libertad y el escaso contacto familiar y social”*, otros, sin embargo, valoran que este hecho puede convertirse en un instrumento terapéutico como autocontrol del penado, tanto en el acceso a la sustancia y rechazo a la oferta de la misma.

Algunas entrevistadas destacan que el acceso en drogas dentro del centro es la dificultad más grave, ya que mucho de ellos recurren a ellas para combatir el aislamiento y la falta de contacto familiar. Esto implica que se debe trabajar en fortalecer la red de apoyo del interno, para así, evitar que busque llenar vacíos emocionales mediante el consumo.

El propio ingreso en prisión supone una suspensión inicial de consumo, unido a la motivación por el abandono de sustancias y de estilo de vida asociados al mismo, así como, los recursos terapéuticos que la propia institución ofrece, lo cual constituye un espacio de oportunidad para la solución de esta problemática.

Programas como la UAD (Unidad de Atención al Drogodependiente) son valorados positivamente por ofrecer la intervención diaria, multidisciplinar y directa, que incluye desde talleres de habilidades sociales hasta técnicas de relajación y preparación para la vida en libertad.

Otras interpretaciones sobre esta realidad, recogidas de las entrevistas realizadas, valoran que, el acceso a la sustancia, la permanencia prolongada en este medio, la escasa motivación del interno y el carecer de una red de apoyo sólida, pueden contribuir al mantenimiento en el consumo de drogas en el interior y desvincularse de los recursos que se les ofrecen. *“Aun que ese parón inicialmente es bueno, si se alarga mucho en el tiempo viene muy mal, ya que entrar en esa apatía, como te decía antes, entonces ya no encuentran la motivación”* (Fundación Atenea).

Finalmente, las profesionales advierten que un entorno como la cárcel, falta de motivación y la dureza de aplicación de normas pueden conducir a la apatía y al acomodamiento, interponiéndose al proceso de reinserción. El papel del trabajador/a social es fundamental no solo dentro del centro, sino como en el exterior a la hora de cuando salga cuenta con el sostén necesario para mantener los logros alcanzados. *“Por lo que pienso que esa parte prolongada en el tiempo es mala, la gente que tienen penas de muchos años es como que se acomodan, llega un momento en el que no tienen que preocuparse de muchas cosas”* (Fundación Atenea).

7. CONCLUSIONES

Los resultados confirman que el éxito de la recuperación no depende solo de los programas técnicos, sino de la reconstrucción de la identidad y la autoestima del interno. Se ha identificado que la población reclusa llega con trayectorias vitales armadas por el fracaso escolar, social y familiar, lo que genera un sentimiento de incapacidad y falta de fortalezas que bloquea cualquier intento de cambio. Para sobrevivir al entorno hostil y deshumanizador de la institución, los internos adoptan una fachada de “malotes” o dureza extrema, una máscara que en realidad oculta una fragilidad emocional y una necesidad de validación que solo puede abordarse mediante un acompañamiento social basado en la escucha activa y la ausencia de juicios.

Asimismo, se concluye que disponer de una **red de apoyo familiar o social sólida en el exterior contribuye en un cien por cien al éxito de la recuperación**. Esta red es determinante porque permite al interno “empezar de cero” y alejarse de entornos de amistades vinculados a la delincuencia. Por el contrario, la soledad, el aburrimiento y la monotonía dentro de las instituciones son los principales detonantes de las recaídas, ya que interno recurre a la sustancia para paliar el aislamiento y la falta de contacto social, utilizando la droga como un método de evasión ante un entorno negativo.

La investigación destaca una **situación de vulnerabilidad estructural alarmante** en el sistema, caracterizada por una escasez de profesionales donde más del 72% de las plazas de médicos permanecen sin cubrir. Esto convierte a las prisiones en “depósitos de patologías” donde la falta de seguimiento psiquiátrico eleva el riesgo de conductas suicidas hasta veinte veces por encima de la población general. En este contexto, el **Tercer Sector** (ONGs como Proyecto Hombre, Fundación Atenea o Punto Omega) se revela como el **verdadero sostén del sistema tratamental**. Estas entidades no solo cubren el vacío asistencial, sino que garantizan la continuidad de los cuidados tras la excarcelación, ofreciendo recursos habitacionales y apoyo social indispensable para evitar recaídas.

En cuanto a la efectividad, las **Unidades Terapéutico-Educativas**, demuestran ser el recurso más exitoso. Además, se valora también la necesidad de los Programas de Reducción de daños, como el Mantenimiento con Metadona y el Intercambio de Jeringuillas. Finalmente, la creación de las **Unidades Caninas Penitenciarias** se define como una medida necesaria para reducir la oferta de drogas y permitir que los programas de tratamiento se desarrollen en un clima social más seguro y estable

El entorno penitenciario ejerce una **dualidad contradictoria** que marca el proceso adictivo. Por un lado, la prisión funciona como un “parón” terapéutico que salva vidas. Al ingresar, el individuo se ve obligado a detener la vida tan destructiva que tenía en libertad, permitiendo recuperar rutinas básicas de higiene, sueño y alimentación, además de vincularse a recursos sanitarios estables.

Sin embargo, esta estructura choca con la **rigidez de la “institución total”**. La burocracia y el enfoque en la seguridad (área regimental) a menudo ignoran los ritmos humanos de recuperación, imponiendo protocolos que pueden derivar en una **apatía y desmotivación** profunda si el internamiento se prolonga sin metas claras. El fácil acceso a sustancias dentro del centro sigue siendo la barrera más grave, ya que muchos internos inician o mantienen su consumo para combatir el estrés de la privación de libertad.

Para cumplir con el mandato del art. **25.2 de la Constitución Española** es imperativo que la institución deje de ser un espacio de custodia y se adapte al ritmo de la persona y no a la inversa. Desde la perspectiva del **Trabajo Social**, la conclusión es clara: nuestra intervención es el puente entre la institución y la comunidad. El profesional del trabajo social en prisiones no debe limitarse a funciones administrativas; su valor reside en el acompañamiento integral y en la capacidad de “encajar las piezas” de vidas que a menudo llegan marcadas por el estigma, fracaso escolar y la marginalidad. La escucha activa y la ausencia de juicio se han identificado como herramientas claves para generar una alianza terapéutica en un medio tan difícil y rígido como es la cárcel.

Como cierre de esta investigación, es importante recordar que este trabajo no es solo una descripción de la realidad penitenciaria, sino una llamada ética a la acción desde el Trabajo Social. La prisión, puede mantener el cuerpo encerrado, pero este estudio demuestra que no es capaz por sí sola de curar la voluntad ni de reconstruir una vida dañada por la adicción. La reinserción no ocurre con el paso del tiempo en prisión; es un proceso que necesita relaciones humanas, escucha sin juicios y la capacidad de ver a la persona más allá del delito.

Mirando hacia el futuro, la transformación del sistema penitenciario exige no solo más recursos humanos y sanitarios para paliar la alarmante carencia de personal, sino un cambio de paradigma hacia un modelo más integrador y restaurativo. La incorporación de herramientas digitales y programas que fomenten la autonomía debe ser la norma y no la excepción.

En definitiva, el éxito de la intervención no debería medirse únicamente por el cumplimiento de una condena, sino por la capacidad de devolver a la sociedad una persona que ha recuperado su dignidad y su sentido de pertenencia. Solo cuando logremos que la institución

se adapte al ritmo de la persona, se está cumpliendo lo que realmente significa el mandato constitucional de reinserción. El Trabajo Social en prisiones trata de recordar que, a pesar de las sombras y las rejas, el potencial de cambio permanece intacto en cada individuo, esperando una oportunidad real para ser ejercido en libertad.

8. BIBLIOGRAFÍA.

Archidiócesis de Madrid. (2018, 12 de junio). *Entre Pinto y Valdemoro y la diócesis de Getafe forman a personas para trabajar como voluntarias en prisiones*. Recuperado el 6 de marzo de 2026, de <https://www.archimadrid.org/index.php/oficina-de-informacion/noticias-madrid/entre-pinto-y-valdemoro-y-la-diocesis-de-getafe-forman-a-personas-para-trabajar-como-voluntarias-en-prisiones>

Asociación Bienestar y Desarrollo. (2026). *ATENEA es un servicio que contribuye a la transformación digital y tecnología de los servicios sociales*. Recuperado el 6 de marzo de 2026, de <https://abd.org/programes/atenea/>

Asociación Entre Pinto y Valdemoro. (2026). *¿Quiénes somos y qué hacemos? Proyecto “vivir sin cadenas”*. Recuperado el 6 de marzo de 2026, de <http://www.asociacionepyv.es>

Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía. (2013). *Informe muertes por sobredosis en prisión*. Delegación de Sevilla. Recuperado el 20 de abril de 2026, de https://www.apdha.org/media/Muertes_prision_sevilla_230513.pdf

Asociación Punto Omega. (2024). *Propósito, misión, visión y valores*. Recuperado el 6 de marzo de 2026, de <http://www.puntomega.es>

Ayuntamiento de Madrid. (s. f.). *Plan de Adicciones 2022-2026*.

Recuperado el 1 de octubre de 2025, de <https://transparencia.madrid.es/portales/transparencia/es/Organizacion/Planes-y-memorias/Planes/Plan-de-Adicciones-2022-2026/?vgnextoid=d8784dac5aa12810VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=d869508929a56510VgnVCM1000008a4a900aRCRD>

Boletín Oficial del Estado. (1996, 15 de febrero). *Ley 17/1996, de 15 de febrero, de regulación del cannabis*. Recuperado el 3 de octubre de 2025, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307>

Boletín Oficial del Estado. (1979, 26 de diciembre). *Ley 14/1979, de 26 de diciembre, sobre medidas en materia de drogodependencia*. Recuperado el 3 de octubre de 2025, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-23708>

Bascones Pérez- Fragero, A., & Ollero Perán, J. E. (2020). *Justicia restaurativa y tratamiento de drogodependencias en el sistema penitenciario español: Una investigación aplicada para generar una propuesta de intervención integradora*. Recuperado el 12 de diciembre de 2025, de https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Justicia_restaurativa_y_tratamiento_de_drogodependencias_en_el_sistema_penitenciario_espanol_126210468.pdf

Carmona, Y. L., & Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (1), 29. Recuperado el 5 de octubre de 2025, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>

Casado, M. (2026, 15 de marzo). De la heroína a las adicciones digitales: 35 años de Proyecto Hombre en Burgos. *El Correo de Burgos*. Recuperado el 10 de abril de 2026, de <https://www.elcorreodeburgos.com/burgos/260315/241747/heroína-adicciones-digitales-35-años-proyecto-hombre-burgos.html>

Comunidad de Madrid. (s. f.). *Prevención de adicciones*. Recuperado el 1 de Octubre de 2025, de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevencion-adicciones#:~:text=%E2%80%8BSeg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial,%2C%20gen%C3%A9ticos%2C%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2026). *Actuar es posible. Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 10 de abril de 2026, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/IntervCCPP.pdf>

Díaz Gómez, A. (s. f.). *Manual de derecho penitenciario*. Proyecto Prisiones. Recuperado el 1 de octubre de 2025, de <https://www.proyectoprisiones.es/manualderechopenitenciario/regimenpenitenciario/>

Fundación Atenea. (2024). *Nuestros proyectos en drogas y adicciones*. Recuperado el 6 de Marzo de 2026, de <https://fundacionatenea.org/drogas-y-adicciones-2/>

Fundación Manantial. (2024). *Apoyamos a las personas en su proceso de reinserción social*. Recuperado el 6 de Marzo de 2026, de <https://www.fundacionmanantial.org/servicios-de-salud-mental/ambito-penitenciario/>

Fundaneed. (2024, 29 de mayo). *Programas de prevención de consumo de drogas y educación para la salud mental en centros penitenciarios*. Recuperado el 29 de abril de 2026, de <https://fundaneed.es/programa-de-prevencion-y-educacion-para-la-salud-centros-penitenciarios/>

Guisasola Lerma, C. (2025). *Una revisión del tratamiento penitenciario como instrumento del proceso de reinserción. La necesaria atención al enfoque de género*. Recuperado el 26 de abril de 2026, de <https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2025/10/Unarevisiondeltratamientopenitenciaricomoinstrumentodelprocesoderreinsercion.Lanecesariaatencionalenfoquedegenero-1.pdf>

las drogas.info (2026, 24 de febrero). *La OMS publica un guía par a ampliar los programas de intercambio de jeringuillas y frenar el VIH y la hepatitis*.

Recuperado el 28 de abril de 2026, de <https://lasdrogas.info/noticias/guia-ampliar-programas-intercambio-jeringuillas/>

Lujan, C. (2026, 29 de enero). *La población reclusa repunta hasta los 62.522 presos en 2025y los sindicatos alertan del “colapso” en las cárceles*. *Europa Press*.

Recuperado el 10 de Diciembre de 2025, de <https://www.europapress.es/nacional/noticia-poblacion-reclusa-repunta-62522-presos-2025-sindicatos-alertan-colapso-carceles-20260129132004.html>

Macías, C. S. (2025, 19 de abril). *¿Cuáles son las drogas que más entran en prisiones españolas y cómo lo hacen?* *La Razón*. Recuperado el 13 de octubre de 2025, de https://www.larazon.es/espana/cuales-son-drogas-que-mas-entran-prisiones-espanolas-como-hacen_2025041967ffe0e5a1a8a90001ad8890.html#:~:text=Entre%20las%20drogas%20m%C3%A1s%20incautadas,ellos%20en%20formato%20de%20pastillas%2C

Matesanz Herraiz, A. (2025). *Impacto del consumo de sustancias ilegales en personas privadas de libertad* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Recuperado el 6 de enero de 2026, de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/78463>

Medline Plus. (2025, 19 de mayo). *Consumo de drogas y la adicción*. Recuperado el 3 de octubre de 2025, de <https://medlineplus.gov/spanish/druguseandaddiction.html>

Ministerio del Interior. (2025). *Evolución de la población reclusa*.

10 de Diciembre de 2025, de <https://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU39/pdf/sec71.pdf>

Motos Buendía, E. (2017). *El tratamiento penitenciario y los programas de intervención dentro del centro penitenciario*. Recuperado el 4 de marzo de 2026, de <https://ficip.es/wp-content/uploads/2017/06/Motos-Buend%C3%ADa.-Comunicaci%C3%B3n.pdf>

Observatorio Español de las drogas y las Adicciones. (2022). *Encuesta sobre la salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias*. Ministerio de Sanidad.

Recuperado el 9 de octubre de 2025, de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_E_SDIIP_Informe.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). *Indicadores clave sobre drogas y adicciones, 2025*. Ministerio de Sanidad. Recuperado el 8 de enero de 2026, de https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/2025_Boletin_PNSD_Indicadores_Clave.pdf

Proyecto Hombre Madrid. (2024). *40 años a tu lado. Memoria de actividad 2024*. Recuperado el 6 de marzo de 2026, de <https://www.proyctohombremadrid.org/wp-content/uploads/2025/10/Proyecto-Hombre-Madrid--Memoria-de-actividad-2024.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas. (s. f.). *Observatorio Europeo de drogas y toxicomanías*.

Recuperado el 3 de octubre de 2025, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/observatorio/home.htm>

Plan Nacional Sobre Drogas. (2021). *Plan de acción sobre adicciones. 2021-2024*. Ministerio de Sanidad.

Recuperado el 3 de octubre de 2025, de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_ aprobado.pdf

Ríos Ruiz, B. (2012). *Drogodependencia, prisiones y tratamiento: Una aproximación a la implantación de la participación del Tercer Sector en el Centro Penitenciario de Zuera*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. Recuperado el 26 de febrero de 2026, de <https://zaguan.unizar.es/record/9035/files/TAZ-TFG-2012-639.pdf>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *El sistema penitenciario español*. Ministerio del Interior. Recuperado el 6 de diciembre de 2025, de <https://prisionesformacion.com/wp-content/uploads/el-sistema-penitenciario-espanol.pdf>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2024, 19 de diciembre). *Instrucción 7/2024: Unidades caninas Penitenciarias*. Ministerio del Interior. Recuperado el 4 de marzo de 2026, de <https://atip.es/wp-content/uploads/2025/03/I-7-2024-Unidades-caninas-penitenciarias-con-anexos.pdf>

Universidad Internacional de La Rioja. (2022, 1 de septiembre). El rol del trabajador social en instituciones penitenciarias. *UNIR Revista*.

Recuperado el 6 de octubre de 2025, de [https://www.unir.net/revista/ciencias-sociales/trabajador-social-instituciones-penitenciarias/#:~:text=Funciones%20del%20trabajador%20social%20en%20centros%20penite](https://www.unir.net/revista/ciencias-sociales/trabajador-social-instituciones-penitenciarias/#:~:text=Funciones%20del%20trabajador%20social%20en%20centros%20penitenciarios,provincia%20donde%20se%20ubica%20el%20centro%20penitenciario)

9. ANEXOS.

Se han realizado entrevistas a cinco trabajadores /as sociales de las asociaciones, fundaciones, etc. vinculadas a este ámbito (ámbito penitenciario y drogodependencia). Estas entrevistas han ayudado a concretar en profundidad el rol del trabajador/a social en la reinserción y rehabilitación de las personas consumidoras y así poder extraer información que apoye el presente trabajo.

Se ha seleccionado a este colectivo, por considerar que pueden aportar a este TFG una perspectiva diferente de intervención social, al no participar en la toma de decisiones en su trayectoria penitenciaria (permisos de salidas, sanciones, libertad condicional, etc.) Reseñar que no forman parte de la Junta de Tratamiento al no ser trabajadores de la Institución, por pertenecer a entidades extra penitenciarias (ONG, fundaciones, etc.)

Se considera que el vínculo profesional que estos/as trabajadores/as sociales establecen con el penado es más sólido que el generado con los profesionales del centro. Ello contribuiría al logro de una intervención más exitosa.

Se ha elegido para el Anexo una entrevista (ATENEA) de las cinco realizadas al ser la más completa, por lo cual ha ayudado a la investigación de este trabajo.

ENTREVISTA:

ÁREA PERSONAL /FAMILIAR

1. **¿Cómo influyen los factores personales (autoestima, motivación, salud mental etc.) en el proceso de recuperación (abandono del consumo de drogas)? ¿Cuál de estos factores serían para ti el más determinante en dicho proceso?**

“Todos esos factores son determinantes para el proceso de recuperación, porque esos factores influyen en el momento en que una persona comenzó a consumir. El consumo de drogas depende de una serie de carencias personales y la falta de fortalezas personales ante las dificultades, lo que provoca que las personas se vengán abajo ante los problemas.

Entre los factores que has mencionado, considero que la autoestima es un factor de los más importantes para el proceso de recuperación. En la experiencia que yo tengo trabajando con jóvenes, puedo ver que la autoestima suele estar en niveles muy bajos, porque la vida de una persona que consume drogas suele estar llena de fracasos y recaídas en las que ellos luego tienen

un sentimiento de incapacidad. Además de que el consumo aleja a la persona de su familia y genera problemas por ejemplo en el trabajo, y todo esto va haciendo que se sientan cada vez peor consigo mismos.

La motivación cuando una persona está en el proceso de recuperación creo que la tiene y creo que toda la gente que consume drogas quiere realmente no consumir drogas, es una vida muy complicada de mucho sufrimiento y dolor, pero al final hay una creencia muy errónea sobre ellos mismos y muy negativa.

Con los chicos con los que trabajo intentan ir de fuertes, de malotes, pero en realidad son muy frágiles, y eso es un factor clave tanto en el inicio del consumo como en su recuperación.”

2. ¿En qué medida contribuye disponer de una red apoyo (familiar o social) en el proceso de recuperación de la población drogodependiente?

“Contribuye en un cien por cien. Muchas veces prácticamente siempre, cuando una persona quiere abandonar el consumo tiene que dar un giro en su vida y tiene que empezar de cero en muchas facetas de su vida, muchas en relación con los amigos, sobre todo porque muchas veces el entorno que tienen de amistades es consumidor, es un entorno con mucha delincuencia, etc. Entonces, incluso a veces con la familia empezar de cero es más difícil, pero al igual esa red de apoyo puede ser la perdición, también puede ser la salvación; de hecho, es una de las razones por las que hay recaídas o dejar de consumir. En relación con las amistades, se encuentran luego un poco solos a la hora de dejar de consumir, entonces en ocasiones al final, aunque saben que ese entorno les viene mal pues vuelven a ese entorno, ya que la soledad es un factor muy importante que lleva a muchas recaídas, porque no aguantan estar solos, el aburrimiento también, entonces todo eso al final hace que recurran a la red que conocen y muchas veces esa red es una red bastante mala.

Contribuye al cien por cien la red de apoyo, tanto para bien como para mal. Cuando una persona está en proceso de recuperación es muy importante precisamente ayudarle a tejer una red de apoyos, porque muchos parten de una red muy escasa o poco positiva, una de las prioridades para mi siendo Trabajadora social es ayudarles a generar una red de apoyo nueva en relación sobre todo a la parte social, que puedan tener también un recurso con profesionales donde puedan recurrir donde puedan hablar, expresar sus emociones, etc.”

ÁREA PROFESIONAL DEL TRBAJO SOCIAL

3. ¿Podrías describirme brevemente en qué consiste tu labor como Trabajador/a social en el ámbito penitenciario?

“La labor más importante para mí es el acompañamiento, acompañar, ahí vas viendo que necesidades tiene esa persona, que dificultades, que es lo que te va pidiendo. Muchas veces un trabajador social es como que queremos saber qué es lo que necesita la persona, que le viene bien, etc. Creo que la función principal de un trabajador social ya sea en cualquier ámbito es la del acompañamiento, sobre todo estar ahí con la persona y escucharle y en función de eso hacer también una conjetura, ir viendo en que puedes echarle una mano.

Es importante generar espacios para que ellos puedan hablar, entonces es importante escuchar, esto es lo principal. Después las labores van desde buscarles esa red de apoyo, sobre todo a internos que van a salir, esa motivación, buscarles los recursos necesarios, como el ocio, documentación (DNI), etc.

Lo bueno que tenemos del trabajo social es que tenemos una mente amplia, ya que tenemos que tener en cuenta esa parte familiar, esa parte social, la parte personal e ir ayudando un poco también a ir encajando esas piezas.

Algunas veces es muy difícil sostener lo que te dicen, van a contar historias muy complicadas y te van a contar situaciones de vida muy difíciles y eso lo tenemos que escuchar como profesionales y tienes que respetarlo, sostenerlo y no juzgarlo.”

4. ¿Cuál consideras que es la función más determinante del trabajador social en la atención a personas privadas de libertad con problemática de adicciones?

“En un contexto penitenciario la escucha es lo que más abunda, los internos pocas veces tienen un espacio para hablar con alguien y expresar lo que sienten, es lo más importante. Y con esto se puede como hacer el puzle por así decirlo, para poder establecer objetivos y esto ayuda a encaminar la intervención con los presos.”

5. ¿Podrías indicar cual es la mayor barrera con la que te has encontrado a la hora de realizar tu labor como profesional en este ámbito?

“La mayor barrera es la parte institucional, por ejemplo, en internos en lo que yo veo que sería muy positivo para ellos salir de permiso o tener tercer grado y empezar a organizar su vida fuera, a ese proceso de reinserción. La mayor barrera es que este en una institución muy complicada, muy rígida, es difícil esa situación.”

6. ¿Qué técnicas de motivación (fomentar la autonomía, celebrar pequeños logros, uso de refuerzos positivos, escucha reflexiva, etc.) empleas para provocar el cambio en la población con la que trabajas favoreciendo así el proceso de superación de la adicción?

“No te sabría decir, yo, al igual que hay personas muy teóricas, yo soy poco teórica, yo te diría que tiro un poco de sentido común y de lo que me dice de que esa persona pueda llegar a necesitar. Lo más importante es hacerles ver que no siempre se equivocan, que son válidos, que tienen capacidad para poder superar la situación, son las tareas más importantes que podemos hacer. Al final, el empedramiento se basa en que la persona confíe en que puede hacerlo, eso es una de las prioridades, el hecho en que ellos confíen en sí mismos y que vayan cambiando un poco la idea que tienen de ellos mismos, ya que al final es una idea de bastante fracaso. Otras de las herramientas es ayudar a reflexionar y poder tener un espacio para que ellos puedan pensar, favorecer un espacio en el que ellos se sientan seguros para que puedan hablar en voz alta y puedan pensar y quedar ir poniendo su cabeza en orden.”

7. ¿Qué cauces de coordinación mantienes con los profesionales de los distintos ámbitos (área regimental / tratamental) del medio penitenciario?

“Los equipos de tratamiento se reúnen y tienen la junta de tratamiento, ahí se valora a las personas internas y si hay algún problema o pase cualquier cosa, por ejemplo, una revisión de grado o los permisos, se habla con los otros profesionales para crear un plan de trabajo para que puedan pasar a otra fase, por ejemplo, de búsqueda de empleo. Sobre todo, con quien más hablamos, es con el equipo de tratamiento para plantear objetivos en relación con el interno, pero también se habla mucho con los funcionarios de interior, que son los que están con los internos y son los que mejor conocen al interno, y ellos observan y te explican lo que pasa a cada persona privada de libertad, por lo que la mayor interacción es con los funcionarios de interior.
“

ÁREA AMBIENTAL

8. Por tu experiencia, ¿qué programas terapéuticos (programas libres de drogas, programas de mantenimiento con metadona, etc.) en materia de drogodependencia resultan más exitosos en prisión?

“No habría un programa estrella, al igual que hay diferentes programas, hay diferentes personas, por lo que no todo el mundo está en la misma disposición todo el rato. Hay personas que ni son capaz de adaptarse algún programa o les supone un esfuerzo muy grande, por lo que creo que exitoso va a ser en función de si tu das espacio al interno que necesita en el programa, es decir creo que el programa se tiene que adaptar al interno y no el interno al programa. El éxito en un programa va a ser en el momento que tu escuches a

una persona y en función de eso establezcas unos objetivos a partir de sus necesidades de lo que realmente te está pidiendo la persona, el éxito está ahí, en poder escucharlos, el poder plantear algo, el respeto hacia el ritmo de una persona, etc. No puedes imponer de alguna manera un ritmo que esa persona no puede llevar, se trata de ir poco a poco y luego ajustar esos programas a lo que pueden soportar los internos.”

9. ¿Qué elementos del entorno penitenciario (rutinas, normas, convivencia, disponibilidad de sustancias, acceso a profesionales, etc.) crees que contribuyen u obstaculizan el proceso de recuperación del adicto?

“Son la ayuda profesional , creo que es mejorable, las cosas que hacemos en prisión es muy mejorable, el acceso a sustancias tampoco ayuda, de hecho hay veces que el interno te dice que hay drogas que han empezado a consumir en prisión, al final la prisión es un entorno que no es motivador, es un entorno gris, con normas, entonces luchar contra esa rutina es muy difícil hay internos que lo consiguen y están activos, colaboran y están motivados, pero la mayoría entran en esa rutina de apatía, desmotivación, entonces al final entran en un bucle.”

10. Para concluir, ¿consideras que una persona con problemática de drogodependencia dispone de oportunidades en el medio penitenciario? Es decir, ¿la prisión puede constituir un espacio terapéutico para el drogodependiente?

“Si y no, hay internos que si no hubiesen entrado a prisión estarían muertos o estarían tan desequilibrados que estarían internos en un psiquiátrico, entonces sí creo que es un espacio terapéutico en sentido de que les obliga a parar una situación de las que ellos n eran capaces, y les da una estructura, en la que pueden tener un poco de orden en su vida, esa parte sí que creo que es terapéutica, esa parte del parar una situación en la que ellos eran incapaces de parar. Aun que ese parón inicialmente es bueno, si se alarga mucho en el tiempo viene muy mal, ya que entrar en esa apatía, como te decía antes, entonces es como ya no encuentran la motivación, por lo que pienso que esa parte prolongada en el tiempo es mala, por la gente que tienen penas de muchos años, es como que se acomodan, llega un momento en el que no tienen que preocuparse de muchas cosas y luego pienso que el espacio terapéutico se da cuando hay una parte terapéutica, aunque creo que en las prisiones esa parte es insuficiente. “