

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

DROGODEPENDENCIA, PRISIONES Y TRATAMIENTO

**Una aproximación a la problemática y a la
importancia de la participación del Tercer
Sector en el tratamiento específico dentro
del Centro Penitenciario de Zuera.**

Alumna: Beatriz Ríos Ruiz

Director: Prof. Jesús García Martínez

Grupo 3

Zaragoza, septiembre de 2012



**Universidad
Zaragoza**



**Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza**

“Abrid escuelas y se cerrarán cárceles”

(Concepción Arenal)

Quiero agradecer este Trabajo, en primer lugar, a la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, ya que con ella he podido aprender todo lo que sé de la bonita profesión de Trabajo Social.

Me gustaría también mostrar mi agradecimiento tanto a los profesionales como los ex internos con los que pude mantener entrevistas, ya que sin su colaboración este Trabajo no podría haberse realizado.

No puedo olvidarme de agradecer la colaboración del Director, el profesor Jesús García Martínez. Ha mostrado en todo momento confianza en mi trabajo y esto ha hecho que su elaboración fuese mucho más tranquila y llevadera.

Y por último, a mi familia y amigos, quienes han sufrido los malos momentos y las tensiones de la investigación.

Gracias a todos.

Índice de contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	9
1. Introducción	9
1.1 Justificación y objeto del Trabajo.....	11
1.2 Objetivos de la investigación.....	15
1.3 Hipótesis de la investigación	16
2. Metodología	16
2.1 Metodología cualitativa: entrevistas en profundidad	17
2.1.1 <i>Entrevistas en profundidad a profesionales</i>	18
2.1.2 <i>Entrevistas en profundidad a ex internos del C.P. Zuera</i>	19
2.2 Metodología cuantitativa: datos y gráficos	20
2.3 Estructura del trabajo	20
I – <i>Capítulo de introducción</i>	20
II – <i>Capítulo de fundamentación</i>	21
III – <i>Capítulo de análisis de los datos obtenidos</i>	22
IV – <i>Conclusiones</i>	22
V – <i>Glosario</i>	22
II. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	23
1. Marco Conceptual: Las drogas y la drogodependencia	23
1.1 Clasificación de las drogas	24
1.2 Uso, hábito y abuso de drogas	24
1.3 Riesgos del consumo	25
1.3.1 <i>Dependencia</i>	25
1.3.2 <i>Tolerancia</i>	26
1.3.3 <i>Intoxicación</i>	26
1.4 Efectos de las drogas en los individuos.....	26
1.5 Problemas asociados al consumo.....	27
1.5.1 <i>Problemas orgánicos</i>	27
1.5.2 <i>Problemas psíquicos</i>	27
1.5.3 <i>Problemas sociales</i>	28

2. Marco Legislativo.....	29
3.1 Ámbito Europeo	29
2.2 Ámbito estatal	30
2.2.1 <i>El Código Penal: delitos relacionados con las drogas</i>	30
2.2.2 <i>La Constitución Española</i>	32
2.2.3 <i>Programas de tratamiento en prisiones</i>	33
2.2.4 <i>Actuación de ONGs</i>	35
3. Marco Teórico	37
3.1 Delincuencia y Drogodependencia.....	37
3.1.1 <i>Droga y delito, ¿una relación directa?</i>	37
3.1.2 <i>Drogodependencia y prisión. Riesgos añadidos.</i>	39
3.1.3 <i>Iniciando el consumo en prisión</i>	40
3.2 Tratamientos de drogodependencias en prisiones	40
3.2.1 <i>La importancia de actuar en prisiones</i>	40
3.2.2 <i>Un proceso de cambio</i>	42
3.2.3 <i>Modelos teóricos de intervención en drogodependencias</i>	44
3.2.4 <i>Niveles de tratamiento</i>	45
3.2.5 <i>La Comunidad Terapéutica</i>	45
3.2.6 <i>¿Hacia la recuperación?</i>	46
3.3 Trabajo Social Penitenciario y drogodependencias.....	46
3.3.1 <i>El proceso de desvinculación familiar</i>	47
3.3.2 <i>Principales funciones</i>	48
3.4 El tratamiento dentro de la realidad penitenciaria	49
3.4.1 <i>Escaso alcance del tratamiento</i>	50
III. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	53
1. Evolución del tratamiento y presencia de entidades en el C.P. Zuera.....	53
2. El problema de la droga en prisión.....	57
3. Evolución de la intervención de las ONGs en materia de tratamiento de drogodependencias dentro de la prisión.....	59
3.1 Inicios y motivación.....	59
3.2 Participación directa en el tratamiento	60
3.2.1 <i>Reuniones de equipo</i>	60
3.2.2 <i>El Consejo Social Penitenciario</i>	61

4. El tratamiento de drogodependencias en el C.P.Zuera	62
4.1 Programas actuales de tratamiento y labor de las ONGs	62
4. 1.1 <i>GAD – Grupo de Atención al Drogodependiente</i>	62
4. 1.2 <i>Módulo Terapéutico</i>	64
4. 1.3 <i>Programa de Metadona</i>	67
4. 1.4 <i>Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)</i>	67
4.2 Una cuantificación de los programas de tratamiento.....	68
4.2.1 <i>Evolución de la presencia y alcance de los programas de tratamiento</i>	68
4.2.2 <i>Internos en programas de tratamiento de drogodependencias</i>	70
3.2.2 <i>Programas de drogodependencias en relación a otros programas específicos de tratamiento</i>	72
5. La opinión de los entrevistados	76
5.1 El ingreso en un programa de tratamiento	76
5.2 Suficiencia del tratamiento	78
5.3 Efectividad del tratamiento	78
5.4 Disonancia de criterios: tratamiento vs. control	80
5.5 Desconocimiento social y presión mediática	81
IV. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	83
V. GLOSARIO.....	89
VI. REFERENCIAS	91
1. Bibliografía citada:	91
2. Bibliografía consultada:	95
3. Legislación.....	96
4. Webgrafía	97
VII. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	99
VIII. ANEXOS	101

I. INTRODUCCIÓN

1. Introducción

Las prisiones han experimentado numerosos cambios a lo largo de los últimos 25 años en relación a varios aspectos. En primer lugar, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas¹ (1)(2006) expone que se está produciendo un incremento en las tasas de encarcelamiento, lo que conlleva una alarma social y un consiguiente aumento del control; así pues, la reforma del Código Penal del año 2005 conllevó una ampliación de la duración de las penas, acompañado de un endurecimiento de los requisitos de acceso a los beneficios de tercer grado o libertad condicional.

Dado que las prisiones representan una muestra de la sociedad, también experimentan los cambios que en la sociedad se producen, como el incremento de la inmigración y del número de mujeres y jóvenes con delitos. Por ello, las prisiones deben estar preparadas y tener medios suficientes para hacer frente a estos cambios en los perfiles penitenciarios y ofrecer un tratamiento individualizado efectivo para cada uno de ellos. En el ámbito de las drogodependencias, la consolidación de la acción tratamental desarrollada tanto por los equipos de tratamiento como por entidades extrapenitenciarias, ha aumentado y fortalecido las posibilidades de la reinserción, pero dichas acciones obligan a un esfuerzo de coordinación exhaustivo.

El problema de la drogodependencia en prisión es un hecho reconocido y una situación a la cual se intenta poner solución, tanto desde Instituciones Penitenciarias como desde las entidades del tercer sector que colaboran en los programas específicos de tratamiento. Todos los programas que, desde prisiones, pretenden poner solución al tema del consumo, vienen justificados por una serie de datos objetivos (DGPNsD, 2006) los cuales no pueden ser pasados por alto:

¹ En adelante DGPNsD. Ver Glosario, pág.89 de este Trabajo.

En primer lugar, se estima que el 89.9% de la población penitenciaria española es consumidora de una ó varias sustancias tóxicas (incluyendo alcohol y tabaco) y aproximadamente el 40% es consumidor activo de sustancias ilegales. Dentro de estos porcentajes, alrededor del 75% de los internos con problemas de drogadicción se encuentran encarcelados por delitos relacionados con su consumo (los cuales serán tratados con amplitud en el capítulo II, apartado "3.1 *Delincuencia y drogodependencia*", de este Trabajo). Todas estas cifras muestran claramente que el problema de la drogadicción dentro de los centros penitenciarios es mucho mayor que el de la población en general.

En segundo lugar, a pesar de la gran cantidad de reclusos con problemas de drogodependencias, se expone que solo el 19% de ellos han recibido tratamiento específico para su adicción. Sin embargo, el 74% de aquellos que recibieron tratamiento lo consideran efectivo y exponen que han mejorado gracias a éste.

Por último, aproximadamente el 26% de los internos padecen de patologías psiquiátricas las cuales no son atendidas por especialistas. Dentro de este porcentaje se encuentran aquellos que presentan una patología dual (consumo de drogas y enfermedad mental) y que no reciben tratamiento para ninguno de los dos problemas.

Debido a la gran cantidad de internos consumidores y el poco alcance que supuestamente tiene el Tratamiento, se pretende con este Trabajo averiguar cómo es organizado el procedimiento tratamental y qué grado de efectividad y alcance tiene realmente. Dado que esta investigación se centra en el tratamiento de drogodependencias y la participación de ONGs dentro del C.P. Zuera, se considera conveniente comenzar con una pequeña presentación de esta Institución Penitenciaria, ya que las ONGs serán tratadas en profundidad en el capítulo de Desarrollo de la Investigación.

El Centro Penitenciario de Zuera²

Los Establecimientos Penitenciarios se dividen en tres tipos: establecimientos de preventivos, establecimientos de cumplimiento de penas y establecimientos especiales.

El Centro Penitenciario de Zuera es un establecimiento de cumplimiento de penas, son centros "destinados a la ejecución de las penas privativas de libertad"³. Estos centros se dividen, a su vez, centros de régimen ordinario y abierto. En el caso del C.P. Zuera, es de régimen cerrado. Con respecto a la financiación y la procedencia de los recursos gestionados por el Centro Penitenciario, "tienen la naturaleza de recursos públicos, a los que resultará de aplicación la normativa presupuestaria, contractual, contable o patrimonial vigente para las Administraciones Públicas"⁴.

El Centro Penitenciario tiene vinculación con toda España, es decir, la población reclusa que a él acude (en cualquiera de las tres calidades posibles⁵) puede pertenecer a cualquier Comunidad Autónoma. Su Centro Directivo tiene competencia para decidir, con carácter ordinario o extraordinario, la clasificación y destino de los reclusos en los distintos Establecimientos Penitenciarios; pero no tiene asumidas todas las competencias, por lo que también es necesaria la decisión tomada por el Órgano Superior, que se encuentra en Madrid.

1.1 Justificación y objeto del Trabajo

La razón que me llevó a elegir este tema de trabajo guarda relación con el periodo de prácticas durante el primer cuatrimestre de este curso académico (2011-12) en el cual tuve la oportunidad de realizar estas prácticas en el Centro Penitenciario de Zuera, una entidad totalmente desconocida para mí.

² En adelante C.P.Zuera. Ver Glosario, pág. 89 de este Trabajo

³ Ley Orgánica General Penitenciaria. Título I, art. 9.1

⁴ Reglamento Penitenciario (R.D. 190/1996). Título XII, capítulo I. Art. 292, "Naturaleza de los Recursos y Legislación Aplicable".

⁵ Calidad de detenido, de preventivo ó de penado.

Durante mis prácticas, tuve la suerte de acompañar a una trabajadora social durante su jornada diaria, realizando entrevistas a internos, rellenando historias y fichas sociales ó redactando informes.

Pero además de trabajar junto con la trabajadora social, varios profesionales del CP se involucraron con las alumnas que estábamos allí de prácticas y nos permitieron asistir a actividades ajenas al trabajo social, como salidas culturales, asistencia a una reunión del Consejo Social Penitenciario o visita al Módulo Terapéutico, entre otras. Fue a lo largo de estas actividades cuando comencé a darme cuenta de la gran cantidad de entidades del tercer sector que participan dentro de prisiones, ya que en prácticamente todas las actividades a las que asistimos se contaba con la colaboración de éstas. Por ello, en un primer momento, decidí que quería realizar el Trabajo de ese tema, del desconocimiento que se tiene en la calle de la labor de estas entidades dentro de prisiones.

Sin embargo, tras comentar el tema elegido con mi coordinador del Trabajo, el profesor Jesús García Martínez, se consideró que un Trabajo que abarcara todas y cada una de las entidades que intervienen en prisiones junto con sus funciones era muy voluminoso, por lo que decidí acotar el tema y centrarlo en una intervención específica, ya fuera salud mental, drogodependencia, etc.

Tomé la decisión de realizarlo sobre el ámbito de las drogodependencias porque, a lo largo de las entrevistas que fui realizando durante las prácticas junto con la trabajadora social, pude apreciar que gran cantidad de internos tenían un consumo activo de sustancias tóxicas. Este hecho me llamó mucho la atención, y consideré un buen tema de trabajo el tema de la presencia de drogas en prisión. Además, a lo largo de estas entrevistas, también aprecié que muchos internos se quejaban de que ellos querían ingresar en un programa de drogodependencia en la prisión y no podían debido a la escasez de plazas y recursos; también consideré oportuno estudiarlo.

Pero el factor más determinante que hizo que centrara mi Trabajo en las drogodependencias fue durante mi visita al Módulo Terapéutico, también durante las prácticas, donde conocí un aspecto de la prisión que realmente no me esperaba. Estamos hablando de un módulo en el cual los internos han de cumplir unas normas de convivencia para que no haya conflictos; un lugar donde los internos realizan actividades terapéuticas y talleres de artesanía. Fue tal el impacto que me causó ver ese módulo que decidí que la sociedad debería conocer esa parte de la prisión, de personas con voluntad de salir adelante y con altas perspectivas de éxito y reinserción.

En mi periodo de prácticas, comencé a recoger información acerca del tema, aprovechando que tenía acceso al Centro Penitenciario. Conseguí datos estadísticos acerca de los programas de tratamiento de la prisión, el número de internos beneficiados, la evolución de la presencia de ONGs en el centro, etc. Todos estos datos, combinados con una investigación cualitativa mediante entrevistas a profesionales e internos (las cuales están explicadas en el apartado 2, *"Metodología"*) han conformado la estructura y desarrollo del Trabajo.

El proceso de elaboración del trabajo no fue fácil. La primera dificultad que encontré fue en relación a la bibliografía; en un primer momento comencé a buscar referencias bibliográficas para el Trabajo, pero no encontraba ninguna investigación que se ajustara a lo que quería tratar en él. Por ello, comencé a buscar experiencias e investigaciones relativas al tratamiento de drogodependencias en bibliografía británica y estadounidense. Estos documentos me han ayudado mucho a la hora de elaborar el Trabajo y me han servido también para conocer cómo es allí el problema de drogas en prisiones.

También hubo otras dificultades relacionadas con las entrevistas, ya que la confidencialidad de los datos me impedía mantener entrevistas tanto con el personal penitenciario como con los internos. Sin embargo, desde las entidades que actúan en drogodependencias en el C.P. Zuera, que son Cruz Roja y Proyecto Hombre, se me ha facilitado mucha información útil para la

elaboración del Trabajo y los profesionales han mostrado una disposición total. Desde estas líneas afirmo que ha sido gracias a ellos por lo que he podido realizar esta investigación.

Por último, me gustaría añadir un comentario acerca de las asignaturas cursadas a lo largo del Grado de Trabajo Social. Cuando entré dentro del C.P. Zuera, no tenía ninguna base teórica ni práctica del trabajo social que se realizaba en prisiones. En ese sentido, fue algo complicado asimilar la dinámica de funcionamiento que tiene un centro tan cerrado como es II.PP. Una vez que comencé a comprender más acerca del funcionamiento y de las labores de los profesionales penitenciarios, me di cuenta de la gran complejidad que tiene el Trabajo Social Penitenciario y de la importancia de éste en la sociedad, por lo que creo que se debería, desde la Facultad de Ciencias Sociales, introducir una asignatura relativa al Trabajo social penitenciario antes del periodo de prácticas.

Durante el segundo cuatrimestre de este curso sí que pude cursar la asignatura "Trabajo Social en el ámbito de la Justicia", y la considero una de las asignaturas más importantes del grado, junto con aquellas otras optativas que abordan el trabajo social desde ámbitos específicos, como Dependencia y Trabajo Social, Inmigración ó Mediación Familiar. En mi opinión, se le debería dar más importancia a estas asignaturas ya que tratan en profundidad temas de actualidad y son, prácticamente, los ámbitos en los cuales desempeñaremos nuestro futuro trabajo como trabajadores sociales.

Como se ha dicho en líneas anteriores, en este trabajo se pretende conocer la problemática de drogas en prisiones y el tratamiento que desde allí se ofrece, centrando especialmente la atención en la labor que desempeñan las entidades del tercer sector dentro del tratamiento penitenciario.

Por tanto, el objeto del trabajo son los tratamientos de drogodependencia que se crean e impulsan desde prisión y en los cuales colaboran activamente entidades del tercer sector; sin su colaboración, la ejecución de estos programas sería de gran dificultad técnica.

1.2 Objetivos de la investigación

Los objetivos que persigue el Trabajo son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL

Conocer, en la medida de lo posible, la problemática del consumo de drogas dentro del Centro Penitenciario de Zuera, así como los programas de tratamiento de drogodependencias que en él se ofrecen y la importancia de la labor complementaria de las entidades extrapenitenciarias dentro de este tratamiento específico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Exponer la opinión de profesionales e internos acerca de la problemática de la drogodependencia en la prisión.*
- 2. Dar a conocer las entidades que actúan dentro del Centro en materia de drogodependencia, sus inicios, la evolución de sus competencias y su protagonismo actual en el equipo de tratamiento.*
- 3. Conocer a fondo los programas tratamentales en materia de drogodependencias que se llevan a cabo desde la Institución Penitenciaria e indagar acerca de la posición y funciones de las entidades del tercer sector dentro de estas intervenciones.*
- 4. Conocer la opinión del tercer sector acerca de los programas de tratamiento de la prisión, su efectividad, su alcance, su desarrollo, etc.*

1.3 Hipótesis de la investigación

En el momento en el que se comenzó a recoger bibliografía acerca del tema que se estudia en este Trabajo, surgieron una serie de hipótesis de la investigación, las cuales se pretenden confirmar ó refutar a lo largo del capítulo de desarrollo.

1. *La presencia de droga dentro de la prisión crea un gran número de conflictos entre internos, ya sean económicos, sociales, familiares, de convivencia,...*

2. *La presencia de entidades del tercer sector dentro del C.P.Zuera ha sido complicada en sus comienzos, pero actualmente se encuentra en un proceso de crecimiento continuo.*

3. *Los profesionales del tercer sector consideran que el tratamiento de drogodependencias es efectivo, y que esa efectividad es posible gracias a una buena coordinación entre el Centro Penitenciario, ONGs y los servicios extrapenitenciarios.*

2. Metodología

Dentro de este apartado de metodología se va a comentar tanto ésta como el proceso de elaboración del Trabajo y la estructura que sigue. De todos los tipos de Trabajo que se podía realizar, me he decantado por el Informe de una investigación social⁶, ya que me llama la atención el hecho de tener inquietudes acerca de un tema e ir hallando las respuestas mediante diversas técnicas de investigación hasta llegar a una conclusión. Además, hemos realizado a lo largo del Grado de Trabajo Social numerosas investigaciones de este tipo, por lo que tenía experiencia acerca de cómo hacer el Trabajo. En cuanto al proyecto de intervención y la sistematización de la experiencia me parecen también

⁶ Directrices sobre metodología y criterios de evaluación. Información general, estructura y normas de presentación, 2011-2012, aprobadas por la Comisión de Garantía de Calidad.

Trabajos muy interesantes, pero no he tenido la suerte de poder participar directamente en un proyecto social, por lo que no podría realizarlos.

Dentro de esta investigación se han utilizado datos tanto cualitativos como cuantitativos, por lo que se trata de una investigación con un enfoque mixto, esto es, “un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para responder a un planteamiento del problema” (Hernández, R., et al., 2007: 755). Se pretende, por un lado, cuantificar los programas de tratamiento dentro del C.P. de Zuera (nº de internos beneficiarios, nº de programas existentes, etc.) y completar esta información con una opinión tanto de profesionales de entidades participantes como de antiguos internos del Centro

2.1 Metodología cualitativa: entrevistas en profundidad

La investigación cualitativa ha consistido en la realización de entrevistas en profundidad a dos grupos de personas: en primer lugar, se han hecho entrevistas a los coordinadores de la actuación en materia de drogodependencias de Cruz Roja (por un lado) y de Proyecto Hombre Zaragoza (por otro lado) dentro del C.P. Zuera; en segundo lugar, se ha tenido la oportunidad de entrevistar a tres ex internos del C.P. Zuera para que aporten su visión particular acerca de la problemática que se pretende estudiar. Todos los entrevistados son considerados “observadores privilegiados” (Corbetta, 2008; p. 358), ya que disponen de una visión y participación directa dentro del tema que se pretende estudiar.

Las entrevistas han tenido un carácter cualitativo ya que no se pretende con ellas recopilar datos sobre las personas, sino también conocer su perspectiva, punto de vista e impresión del tema de drogas en prisiones. Se trata de entrevistas semiestructuradas, en las cuales se ha dispuesto de un guión con temas a tratar; no han sido entrevistas en las que las preguntas debían seguir un orden y los entrevistados debían limitarse a contestarlas, sino que eran preguntas abiertas y se podían formular en el orden que se considerara conveniente a lo largo del desarrollo de la entrevista.

2.1.1 *Entrevistas en profundidad a profesionales*

Como se ha expuesto anteriormente, la idea de este trabajo surgió a lo largo del periodo de prácticas de Trabajo Social en el C.P. Zuera, donde me sorprendió el altísimo número de entidades externas que colaboraban con la prisión. Dado que el tema de investigación son los programas de tratamiento de drogodependencias y la labor del tercer sector en ellos, se han realizado entrevistas en profundidad a los coordinadores de la actuación de estas entidades dentro de la prisión.

Soy consciente de que habría sido muy positivo realizar entrevistas a profesionales penitenciarios que trabajaran en programas de drogodependencia, pero después de mucha insistencia se concluyó que, debido a la confidencialidad que envuelve todo el ámbito penitenciario, no sería posible realizarlas. Por ello, se decidió basar el proceso investigativo en la labor de estas entidades del tercer sector que, por su parte, también participan en los programas de tratamiento de drogodependencias.

En la tabla siguiente se muestran los datos de ambos entrevistados:

Profesionales entrevistados (P.E.)				
	Nombre	Sexo	Entidad	Cargo
P.E. 1	J.M.	Hombre	Proyecto Hombre	Coordinador de la actuación de PH en prisión (C.P. Zuera y Daroca)
P.E. 2	P.	Mujer	Cruz Roja	Coordinadora de la actuación de CR en prisión (C.P. Zuera y Daroca)

Tabla 1 - Profesionales entrevistados
Elaboración propia.

Las preguntas que se les realizaron se encuentran en el apartado VII de este documento, "Anexos".

2.1.2 Entrevistas en profundidad a ex internos del C.P. Zuera

Además de las entrevistas a los profesionales, se consideró que, para exponer los problemas que crea la droga dentro del C.P., se debían ampliar los recursos e intentar contactar con algún interno, ya que ellos son los que apreciaban y vivían el problema día tras día.

En un principio, se pretendió contactar con ex internos consumidores, los cuales hubiesen realizado un programa de drogodependencias, para preguntar su visión de la presencia de drogas en prisión y la efectividad del tratamiento proporcionado desde el centro. Sin embargo, volviendo al tema de la confidencialidad, me fue imposible contactar con internos de este tipo. La razón fue que los que se encontraban en tratamiento dentro del centro estaban continuándolo internados en una entidad de fuera, por lo que seguían sujetos a la confidencialidad penitenciaria y tratamental y no se pudo acceder a ellos.

Sin embargo, sí que pude contactar con tres ex internos, los cuales están disfrutando ahora del tercer grado o la libertad condicional, que aunque no fueran consumidores, sí que habían vivido rodeados de un ambiente de consumo. Por ello, las entrevistas pretendían conocer su opinión objetiva acerca de la problemática de la droga en la prisión de Zuera.

Internos entrevistados (I.E.)				
	Sexo	Edad	Centro de Cumplimiento	Condena
I.E. 1	Hombre	34 años	Zuera	3.0.0.
I.E. 2	Hombre	52 años	Zuera	3.0.0.
I.E. 3	Mujer	33 años	Zuera	7.0.0.

Tabla 2 - Internos entrevistados
Elaboración propia.

Las preguntas en las que se basó su entrevista están recogidas en los anexos de este Trabajo.

2.2 Metodología cuantitativa: datos y gráficos

La investigación cuantitativa se ha realizado a partir de datos estadísticos relevantes para el tema tratado, los cuales han sido proporcionados por C.I.T., educador del Módulo Sociocultural del C.P. Zuera.

Estos datos fueron adquiridos a lo largo de mi estancia en prácticas dentro del Centro. Posteriormente, para la elaboración del Trabajo, se han analizado esos datos, se han seleccionado aquellos relevantes para el tema y se han elaborado una serie de tablas y gráficos que tratan de mostrar la realidad numérica de los programas de tratamiento, su evolución y su actual alcance.

2.3 Estructura del trabajo

Los capítulos desarrollados a lo largo de este Trabajo tienen la siguiente distribución:

I – Capítulo de introducción

Durante este capítulo, se comienza hablando acerca de la problemática de la drogodependencia dentro de prisiones, con datos apoyados en estudios e investigaciones que se han hecho al respecto; se pretende exponer el problema latente bajo el cual queda legitimada la actuación en el tratamiento de drogodependencias, que es el tema que aborda el Trabajo.

También se exponen algunos datos de información general acerca del C.P. Zuera, ya que es en este centro donde tienen lugar los tratamientos que se pretenden estudiar. Por otro lado, incluye también los objetivos de la investigación, así como las hipótesis que se plantearon al comienzo del proceso de investigación.

Por último, hace una alusión a la metodología empleada, que incluye una parte cualitativa y otra parte cuantitativa. Se expone cómo ha sido el proceso investigativo y cuál ha sido el resultado final, incluyendo también las dificultades encontradas para la obtención de información. Por último, dentro del apartado de metodología encontramos este apartado actual, en el cual se está presentando la estructura del Trabajo.

II – Capítulo de fundamentación

Este capítulo se encuentra dividido en tres apartados diferenciados, que son el marco conceptual, el marco legislativo y el marco teórico.

En primer lugar, dentro del marco conceptual, se ofrece una perspectiva general de la drogodependencia, los riesgos que ésta conlleva y la relación que tiene con la delincuencia.

En segundo lugar, el marco legislativo contempla normativa tanto europea como estatal, haciendo especial hincapié en esta última ya que conforma la base de la intervención en prisiones en nuestro país. También se hace hincapié en la labor de las ONGs, la evolución de su participación en los tratamientos y la normativa vigente que regula su actuación.

Por último, dentro del marco teórico se expone la supuesta relación entre drogodependencia y delito, seguido de una visión global de la necesidad de actuar en prisiones, la evolución del tratamiento de drogodependencias dentro de éstas y las bases sobre las que se sustentan los programas actuales del tratamiento. También incluye un apartado en el que se expone la importancia del Trabajo Social Penitenciario en el ámbito de las drogodependencias, en el sentido de que la familia es una de las mayores afectadas por la encarcelación de su familiar drogodependiente.

Este capítulo termina con una reflexión acerca de la realidad penitenciaria: ya que el Trabajo se centra en conocer a fondo los programas de drogodependencia en la prisión, la labor del tercer sector y la efectividad del tratamiento, se debe ubicar la investigación en el contexto penitenciario, un

lugar donde no existen recursos ni personal suficiente para alcanzar a toda la población reclusa.

III – Capítulo de análisis de los datos obtenidos

En este capítulo se exponen los datos obtenidos tras el proceso de investigación, que abordan tres temas

En primer lugar, se hace una exposición acerca de los programas de tratamiento en general y la evolución creciente de la participación de las ONGs en ello. En segundo lugar, se acotan los datos únicamente a los programas específicos de drogodependencia, exponiendo datos e información sobre ellos, el trabajo de las ONGs y los internos que se benefician de ellos; seguidamente, se realiza una comparación entre el número de beneficiarios de los programas de tratamiento en general en relación con los específicos de drogodependencia, para exponer qué proporción de internos con tratamiento específico lo tienen por consumo de drogas. Por último, se expone la opinión de los entrevistados, tanto internos como profesionales, acerca de cuestiones y dilemas que plantea la presencia de drogas en la prisión y el tratamiento de éstas.

IV – Conclusiones

En este capítulo se expone un resumen con los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación, acompañadas con unas propuestas personales de mejora que podrían impulsarse desde diversos ámbitos, tanto desde la prisión como desde las entidades extrapenitenciarias.

V – Glosario

El Trabajo también incluye un Glosario, ya que a lo largo de éste son utilizadas muchas siglas. Está compuesto por las siglas, seguido de su significado.

II. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. Marco Conceptual Las drogas y la drogodependencia

En el año 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió droga como "Toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones y es susceptible de crear dependencia, y que puede a la vez provocar tolerancia"; estamos hablando de unas sustancias que alteran el estado físico natural del individuo y cuyo consumo produce una habituación del organismo a ellas; además se debe tener presente que el cese del consumo de la sustancia puede ser causante de malestar físico y/o psíquico. A partir de esta definición, se puede deducir acertadamente que dentro de la categoría de "droga" se encuentran también los fármacos, pero nos centraremos en únicamente en el consumo de sustancias que no estén asociadas con un tratamiento o supervisión médica, sino que el individuo se las autoadministra.

Como ya sabemos, las drogas no afectan únicamente al organismo del individuo que las consume, sino que su consumo continuado va a tener consecuencias de diversa índole, incluso de carácter social y relacional. Dado que estos aspectos no se contemplan en la definición anterior, se considera conveniente relacionarla con la proporcionada por Curiel y Dominguez-Gil (2011: 57), quienes entienden como droga "cualquier sustancia que altera el estado emocional, la conciencia o la percepción, y que puede ser usada indebidamente causando un prejuicio al individuo y a la sociedad"; en esta definición ya se hace alusión a un consumo indebido y a unas consecuencias personales y sociales negativas asociadas, que son sobre las que desde el Trabajo Social y desde el Tratamiento de drogodependencias se pretende actuar.

Se concluye, pues, que las drogas no tienen consecuencias negativas únicamente sobre el individuo consumidor, sino que este consumo puede y, de hecho, afecta a terceras personas, como la familia o la red social del consumidor. Este tema se tratará en profundidad en el punto “1.5 Problemas asociados al consumo”, dentro de este mismo apartado.

1.1 Clasificación de las drogas

Curiel y Domínguez-Gil (2011: 70) afirman que “no existe una clasificación clara, objetiva y totalmente consensuada [...] sobre las drogas” y por ello existen innumerables clasificaciones según diferentes criterios, como según la naturaleza de éstas, los aspectos sociológicos en torno a su consumo (cultura, tradición, ideología, etc.) o según los efectos que éstas producen en el individuo.

Centrando la atención en la clasificación desde una perspectiva legal, Curiel y Domínguez-Gil (2011: 72) establecen una división en cuatro bloques: las “drogas institucionalizadas” son aquellas que son legales y socialmente aceptadas (como podrían ser el alcohol o el tabaco); las “drogas que son fármacos” son sustancias que cumplen la definición de droga pero que se utilizan en tratamientos terapéuticos bajo supervisión médica; las “drogas de utilización industrial”, aquellas legales para fines industriales pero que no son aptas para el consumo humano (como los inhalantes); y las “drogas clandestinas”, que son aquellas cuya posesión y venta es ilegal.

1.2 Uso, hábito y abuso de drogas

Siguiendo a Mowbray y Pulido (1994), existen tres fases o episodios en el consumo de sustancias tóxicas que llevan a una dependencia, y son el uso, el hábito y el abuso.

El uso de drogas es interpretado como un consumo que no perjudica al individuo ni a su entorno, ya que no existe un consumo frecuente y las cantidades ingeridas son pequeñas; para hablar de uso de drogas, Mowbray y Pulido (1994: 19) establecen como elementos variables la sustancia ingerida,

la frecuencia de consumo y la cantidad administrada. Este consumo esporádico difícilmente desemboca en una dependencia.

El hábito se refiere a la habituación, la cual tiene lugar cuando el individuo realiza un consumo continuado y regular de una sustancia; este comportamiento prolongado en el tiempo puede dar lugar a una dependencia. Siguiendo a Curiel y Domínguez-Gil (2011: 61), en esta fase el individuo siente deseos reales de consumir, pero el no hacerlo no le produce una ansiedad aguda ni ningún tipo de trastorno físico o psíquico importante.

Por último el abuso, como su propio nombre indica, es el uso excesivo de la sustancia tóxica; se da cuando el consumo es cotidiano y de larga duración y cuando éste produce consecuencias negativas para el individuo y su entorno. Por tanto, se considera que el individuo hace un uso inadecuado de la sustancia que se puede desglosar, según la OMS, en cuatro criterios: un uso no aprobado, peligroso, dañino y que provoca algún tipo de disfunción.

1.3 Riesgos del consumo

En términos generales, un consumo continuado de sustancias tóxicas conlleva inevitablemente dos consecuencias reales, nombradas dentro de la definición de droga proporcionada por la OMS y expuesta con anterioridad, que son la dependencia y la tolerancia.

1.3.1 Dependencia

Sánchez-Ocaña (1987: 23) entiende como *dependencia* esa necesidad de un organismo a consumir una sustancia, ya que se ha acostumbrado a ella; diferencia entre dependencia física y psicológica, aunque afirma que la línea que separa ambos conceptos no está claramente delimitada ya que, en ocasiones, una dependencia psicológica puede manifestarse con problemas físicos y viceversa. Se da cuando el sujeto ha integrado la droga en su vida de tal manera que, si dejara de consumir, padecería un síndrome de abstinencia; en este supuesto, la persona consumidora se encuentra “subordinada a la obtención de la sustancia” (Mowbray y Pulido, 1994: 22).

En sentido estricto y en concordancia con todo lo expuesto anteriormente, un dependiente no sería aquel que consume una sustancia, sino aquel que lo hace de forma abusiva y sistemática.

1.3.2 Tolerancia

Volviendo a las definiciones propuestas por Sánchez-Ocaña (1987), se entiende como *tolerancia* a la adaptación del organismo a la presencia de una sustancia como consecuencia de su consumo continuado; a raíz de esta adaptación, la dosis tiende a incrementarse para conseguir los mismos efectos que al comienzo del consumo y esto puede ocasionar una sobredosis (Gravett, S., 2000: 24).

1.3.3 Intoxicación

Se considera como sobredosis o intoxicación a cualquier episodio relacionado directamente con la ingesta reciente de una sustancia tóxica en una dosis potencialmente peligrosa. Según las reflexiones de Curiel y Domínguez-Gil (2011: 61), toda sustancia tiene la capacidad en potencia de ser tóxica para el individuo (¿qué ocurriría si nos comiéramos 20kg. de manzanas o bebiéramos 20 litros de agua?), y hace especial hincapié en la dosis. Cuando el organismo de un individuo tiene tolerancia hacia la sustancia que se consume, los efectos de ésta disminuyen, por lo que la dosis tiende a incrementarse; y es en este punto cuando se corre el riesgo de sufrir una intoxicación.

1.4 Efectos de las drogas en los individuos

Con respecto a los efectos de cada droga en las personas, no debemos olvidar que cada ser humano es un individuo único, por lo que las generalizaciones causa-efecto pueden inducir al error, y este posicionamiento está defendido por varios autores: Gravett, S. (2000: 1) afirma que los efectos de las drogas varían mucho dependiendo de cada individuo, porque existen una serie interminable de factores a tener en cuenta; considera como posibles factores variables la cantidad de sustancia ingerida, la tolerancia y

expectativas del consumidor, e incluso el entorno físico y las reacciones de otras personas que se encuentren presentes. Apoyando a Gravett, Castiella (2011: 225) expone que los efectos que cada sustancia pueda tener sobre un individuo han de ser consideradas dentro del contexto social en el que se está produciendo este consumo. Por lo tanto, no estamos hablando de un consumo aislado que afecta únicamente al individuo, sino que este consumo se debe ver desde una perspectiva comunitaria.

1.5 Problemas asociados al consumo

Además de los efectos de las drogas en los individuos, es importante destacar los problemas y riesgos asociados a un consumo activo de sustancias tóxicas. El Informe General emitido en 2010 por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) considera la drogodependencia como uno de los "factores desestabilizadores más importantes entre las personas", y establece que ésta dependencia conlleva grandes complicaciones a tres niveles diferentes: a nivel orgánico, a nivel psíquico y a nivel social.

1.5.1 Problemas orgánicos

Los "problemas orgánicos" son todos aquellos riesgos a los que se enfrentan los consumidores de sustancias tóxicas, ya sean enfermedades graves (VIH o VHC), enfermedades infecciosas (tuberculosas) o problemas cotidianos (mala salud dental, problemas dermatológicos o un estilo de vida perjudicial para el individuo).

1.5.2 Problemas psíquicos

Los "problemas psíquicos" son aquellos trastornos derivados del consumo activo de una sustancia tóxica o aquellos otros que, ya presentes previamente en el individuo, se han visto agravados debido a ese consumo. Cuando la adicción a una sustancia coexiste en un individuo con un trastorno mental grave, se habla de patología dual, la cual presenta "la necesidad de intervenciones terapéuticas integradas [...] y un abordaje a largo plazo" (Junta de Extremadura, 2007: 7). Se debe tener en cuenta el dato de que,

aproximadamente, la problemática de salud mental dentro de prisiones es del 40% (García, J., 2012).

1.5.3 Problemas sociales

Los “problemas sociales” son los más frecuentes entre consumidores ya que abarcan muchas áreas, como la educativa, la familiar, la laboral y también la legal. Un estudio (DGPNsD (1), 2006: 79) demuestra que este tipo de problemas varían de intensidad en relación a la sustancia consumida por el individuo. El estudio establece la diferencia entre inyectores y no inyectores, siendo éstos primeros los que, *a priori*, tienen más déficits en el área social: concluye que la población activa de los no inyectores es casi un 30% superior a los inyectores; por otro lado, la finalización de estudios primarios es un 5% mayor en no inyectores.

Como podemos comprobar, en general, consumir cualquier tipo de droga de forma abusiva implica un cierto nivel de riesgo y una serie de problemas asociados que van a ser muy perjudiciales para el individuo, a corto, medio y/o largo plazo. Cuando estos problemas llegan a ser de carácter legal y el individuo drogodependiente entra en una institución penitenciaria, se ponen en marcha los dispositivos tratamentales que, desde la prisión, van a tratar de solucionar ese problema en concreto que, en algunas ocasiones, es la causa de la comisión del delito por el cual el individuo se encuentra cumpliendo.

2. Marco Legislativo

3.1 Ámbito Europeo

Sin duda, el marco legislativo europeo de referencia para el tratamiento en centros penitenciarios son las Reglas Penitenciarias Europeas⁷. A lo largo de este documento, se contemplan aspectos tan básicos como la dignidad de las personas (art. 1⁸) y la conservación de los derechos que al interno no le hayan sido arrebatados por ley (art. 2⁹), no siendo la falta de medios una excusa para no actuar de forma acorde con los derechos humanos (art. 4¹⁰).

En materia de drogodependencias, encontramos el artículo 39, que establece que “las autoridades penitenciarias protegerán la salud de todos los detenidos a su cargo”. Por tanto, esta norma europea hace que recaiga sobre I.I.P.P. la provisión de un tratamiento terapéutico para aquellas personas que tienen una adicción y que desean desintoxicarse.

Por otro lado, también “se fomentará la cooperación con los servicios sociales externos y, en la medida de lo posible, la participación de la sociedad civil en la vida en prisión”. La presencia de entidades del tercer sector es, según estas normas, una pieza importante dentro de prisiones.

Además de la legislación, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud o la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (United Nations Office for Drugs and Crime) también han hecho especial hincapié en el tema de la salud dentro de prisiones y en la

⁷ “. Rec2006 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas.

⁸ “*Se respetarán los derechos humanos en el trato con toda persona privada de libertad*”. Rec2006 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas. Parte I, art. 1.

⁹ “*Las personas privadas de libertad conservan todos aquellos derechos que por ley no les hayan sido retirados por la decisión que los condena a una pena de prisión o a una detención preventiva*”. Ibídem, art. 2.

¹⁰ “*La falta de recursos no podrá justificar unas condiciones de detención que violen los derechos humanos*”. Ibídem, art. 4

necesidad de que la sociedad conozca las características especiales de la sanidad penitenciaria.

2.2 Ámbito estatal

2.2.1 *El Código Penal: delitos relacionados con las drogas*

Desde el ámbito del Código Penal, algunos de los delitos en los que los consumidores podrían incurrir serían, siguiendo a Mowbray y Pulido (1994: 143) los robos y hurtos (contra el Patrimonio), y los relacionados con el tráfico de sustancias (contra la Salud Pública), y Fernández, J.M. (2011: 79) añade a esta lista los accidentes de tráfico bajo los efectos de alguna sustancia (Contra la Seguridad Vial).

Delitos contra el Patrimonio y el Orden Socioeconómico

Estos delitos están tipificados en el Título XIII del Código Penal, que abarca desde el artículo 234 hasta el 247. La particularidad de estos delitos es que pueden presentarse de muchas formas, como en robos, hurtos, usurpaciones o extorsiones. En cualquier caso, centrando la atención en los robos y hurtos leves, que son los que a priori tienen más relación con la "delincuencia funcional" (Elzo, J., 2001: 76) de los consumidores de droga, la pena impuesta puede abarcar desde seis meses hasta tres años de prisión.

Delitos Contra la Salud Pública:

Estos delitos están recogidos en el artículo 368 de Código Penal. Las "conductas punibles" (Cuenca, 2011: 371) que se contemplan en la legislación están relacionadas con los actos de cultivo o elaboración de sustancias tóxicas, su venta o donación y su tráfico:

"Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triple del valor de la

droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al doble en los demás casos".

Código Penal, art. 368

Como vemos, el artículo hace alusión a dos supuestos: el primer caso trata de la condena impuesta para aquellos que trafican o elaboran sustancias de grave perjuicio para la salud (sustancias químicas, por ejemplo), cuya condena es de tres a seis años más el abono de una multa, y en el segundo caso se trata de sustancias de "curso común" (como podría ser el hachís) en cuyo caso la condena es de uno a tres años más el abono de una multa.

Este artículo fue modificado por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio. En este caso, la pena de prisión fue reducida, ya que en el artículo derogado mediante esta ley se especificaba una condena de tres a nueve años en el primer supuesto de tráfico, elaboración o tenencia, cuando actualmente es de tres a seis.

Delitos contra la Seguridad Vial

Este tipo de delitos están reflejados en el Capítulo IV del Código Penal, que abarca desde el artículo 379 al 385.

Desde la reforma penal del año 1967, en la cual se incluyeron por primera vez, estos delitos han variado muy poco en su planteamiento, salvo por el endurecimiento de sus penas hasta la última reforma del Código Penal con la Ley Orgánica 5/2010 (citada anteriormente). Durante las reformas de este Capítulo, se incrementaron las penas de prisión en casi un 400% (por ejemplo, el acto punible que antes tenía una pena de seis meses, con la reforma se convirtió en dos años).

En el caso de delitos de seguridad vial bajo la influencia de sustancias tóxicas, la nueva reforma especifica las cantidades de alcohol permitidas (en aire y sangre) y, a su vez, aumenta el tiempo de condena. Esto ha hecho que

cada vez más internos tengan una causa de seguridad vial bajo los efectos de las drogas, siendo un total de 1.405 casos en el año 2011 (INE).

2.2.2 La Constitución Española

El artículo 14¹¹ de la Constitución española¹² recoge la igualdad ante la ley de todos los ciudadanos. En cumplimiento de este artículo, cualquier medida encaminada a superar la drogodependencia y los diversos tratamientos deben estar al alcance de todos los ciudadanos, independientemente de su situación penal, procesal o penitenciaria.

Asimismo, el artículo 15¹³ recoge el derecho a la vida y la integridad física y moral, lo que obliga a las II.PP. a ofrecer a los drogodependientes reclusos las mismas ofertas tratamentales que existen en la red asistencial.

El artículo 25.2¹⁴ recoge que las penas privativas de libertad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social, y que los penados que se encuentren cumpliendo condena disfrutarán de los derechos de todos los ciudadanos; al igual que el artículo 14, esto significa que los drogodependientes reclusos tienen los mismos derechos que los drogodependientes que se someten a tratamiento estando en libertad.

¹¹ "Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social" – C.E., Capítulo II, art. 14.

¹² En adelante CE. Ver Glosario, pág. 89 de este documento

¹³ "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes" – C. E., Capítulo III, sección 1, art. 15.

¹⁴ "Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. [...]. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad". - C.E. Capítulo III, sección 1, art. 25.2.

2.2.3 *Programas de tratamiento en prisiones*

Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP)

Podríamos considerar esta ley la más importante, ya que “constituye el marco legal para desarrollar cualquier estrategia o programa de intervención dirigido a la consecución de la reeducación y reinserción social de internos drogodependientes”¹⁵. Esta ley también reglamenta y normativiza el artículo 25 de la CE, del cual se ha hablado en el apartado anterior.

En los artículos 36 y 37 se hace referencia a las prestaciones sanitarias de los reclusos, las cuales deberán ser equiparables en todo lo posible a las recibidas por cualquier ciudadano en libertad. Además, el artículo 37.b se refiere de forma expresa a las drogodependencias, exponiendo que debe existir en todos los centros penitenciarios una asistencia médica que incluya un espacio destinado “a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos”. Finalmente, en el artículo 66 habla de la posibilidad de organizar programas basados en los principios de Comunidad Terapéutica, pero no indica que sea obligatorio para todos los centros desarrollar este tipo de intervenciones.

Reglamento Penitenciario (RP)¹⁶

Desarrolla las normas relacionadas con la drogodependencia de los internos en Título V, Capítulo II, desde el artículo 113 al 117. El artículo 100.2¹⁷ del RP establece el principio de flexibilidad por el cual el Equipo de Tratamiento puede proponer a la Junta de Tratamiento un programa específico e individualizado que combine variables de los distintos grados de clasificación

¹⁵ Circular 17/2005, de 7 de julio, de Programas de intervención en materia de drogas en I.I.P.P.

¹⁶ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

¹⁷ “El Equipo Técnico podrá proponer a la Junta de Tratamiento que, respecto de cada penado, se adopte un modelo de ejecución en el que puedan combinarse aspectos característicos de cada uno de los mencionados grados, siempre y cuando dicha medida se fundamente en un programa específico de tratamiento que de otra forma no pueda ser ejecutado”. RP., Título IV, capítulo II, art. 100.2

penitenciaria, entre ellas, la posibilidad de salidas periódicas e incluso diarias de un interno clasificado en segundo grado para realizar un programa de tratamiento. Este aspecto se concreta todavía más en el artículo 117.1¹⁸, el cual permite a los internos clasificados en segundo grado que presenten un perfil de baja peligrosidad social y que no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, que puedan acudir regularmente a realizar un programa concreto de atención especializada a una institución extrapenitenciaria, siempre que sea necesario para su reinserción social.

En su artículo 116 establece que "todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo deseé, debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabituación". Además, añade que se podrán desarrollar programas específicos en diferentes áreas geográficas, para evitar el desarraigo social de los internos sometidos a los mismos.

Circular sobre Política Global en materia de drogas en II.PP.¹⁹

Establece que es responsabilidad de la Administración Penitenciaria definir las estrategias que hagan posible el fin primordial de reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas privativas de libertad, en el colectivo de reclusos que tienen un problema de drogodependencia. Se señala, además, que le corresponde a la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria la coordinación de los programas dirigidos a los drogodependientes en el ámbito penitenciario, armonizando y potenciando las actuaciones y respondiendo al concepto de drogodependencia como fenómeno biopsicosocial.

¹⁸ "Los internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, podrán acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social". RP., Título V, capítulo II, art. 117.1.

¹⁹ Circular 5/95, de 15 de febrero, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, sobre Política Global en materia de drogas en IIPP

Esta circular también desarrolla y concreta los programas de deshabituación y atención especializada que recoge el artículo 116 del RP, visto con anterioridad. Expone que dichos programas son de carácter preventivo, de reducción de daños y riesgos, de deshabituación y de reincorporación social. Establece las funciones del Grupo de Atención al Drogodependiente; se trata de un equipo multidisciplinar existente en cada C.P., compuesto por profesionales penitenciarios y de ONGs de diferentes perfiles profesionales. Sus funciones son la definición de objetivos, la coordinación de los recursos, la ejecución de los programas y su evaluación, la elevación de propuestas a la Junta de Tratamiento, etc. Más adelante, se desarrollarán más a fondo los objetivos y funciones de esta comisión dentro del C.P. de Zuera, así como la del resto de programas que ofrece la prisión²⁰.

Circular sobre Programas de Intervención en materia de drogas en II.PP.²¹

La circular, tomando como referencia la Circular 5/95, hace una actualización de la misma. Establece los procedimientos para la ejecución de los diversos programas de intervención, así como los equipos de trabajo para la coordinación y gestión de los mismos.

2.2.4 Actuación de ONGs.

El trabajo de las ONG en prisiones está regulado por la Instrucción 9/2009 relativa a la intervención de ONG y entidades colaboradoras en Centros Penitenciarios, Secciones Abiertas, Centros de Inserción Social y Servicios Sociales Penitenciarios. Esta Instrucción expresa que "para conseguir los objetivos que establece la normativa penitenciaria (la reinserción social y la plena integración), se precisa la colaboración de las instituciones, organismos no gubernamentales, asociaciones públicas privadas, con la Administración Penitenciaria", es decir, que se expresa claramente la necesidad de

²⁰ Ver III. Desarrollo de la Investigación, apdo. 3. "Programas actuales de tratamiento y labor de las ONGs".

²¹ Circular 17/2005, de 15 de diciembre, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, sobre Programas de Intervención en materia de drogas en IIIPP

participación de estas entidades para garantizar los servicios tratamentales de prisión.

En relación con este tema, el Reglamento Penitenciario también resalta en su artículo 3.3²² la importancia de la colaboración de Instituciones y Asociaciones públicas y privadas con la Institución Penitenciaria para que los internos tengan contacto con el exterior y reducir las consecuencias negativas de la encarcelación. Además también encontramos el capítulo VII y su único artículo, el 62, en el cual se establece el proceso por el cual una entidad puede llegar a formar parte del equipo de profesionales que actúan en prisión.

Por último, otro documento legal sobre el que se fundamenta el trabajo de entidades no lucrativas en prisiones es la Ley del Voluntariado²³.

²² “[...] la vida en prisión debe tomar como referencia la vida en libertad, reduciendo al máximo los efectos nocivos del internamiento, favoreciendo los vínculos sociales, la colaboración y participación de las entidades públicas y privadas y el acceso a las prestaciones públicas”.

²³ Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado

3. Marco Teórico

3.1 Delincuencia y Drogodependencia

3.1.1 Drogas y delito, ¿una relación directa?

Se podría decir que, en la actualidad, tanto el consumo de drogas como la delincuencia son conductas consideradas socialmente desviadas. Se expone que “aunque la droga no es la causa de la delincuencia, [...] sí que el tráfico y consumo de drogas aparecen asociados a la comisión de un gran número de delitos” (Redondo, S., 1992: 44). Muchos autores han tratado de indagar en la relación que existe entre el consumo de drogas y la comisión de delitos, y a partir de esas indagaciones se pueden extraer una serie de posicionamientos al respecto:

La primera hipótesis que se plantea al respecto es que la droga es el factor directo causante de la delincuencia. Este posicionamiento es sostenido por Wright, et al. (2010: 15) quienes plantean que el consumo de drogas está directamente relacionado con una actividad criminal y que, comparado con otros adultos, los consumidores de drogas son más propensos a ser encarcelados. En relación a esta hipótesis, Rodríguez Díaz, et al. (1997), la plantean desde una doble perspectiva:

En primer lugar, el consumo estaría relacionado con la comisión de delitos por el hecho de que el drogodependiente va a incurrir en robos y violencia para costear su consumo continuado; este dato se podría trasladar a las estadísticas ya que, según el INE (Instituto Nacional de Estadística), los dos delitos más comunes entre la población penitenciaria general son, en primer lugar, contra el patrimonio y el orden socioeconómico y, en segundo lugar, contra la salud pública y, como hemos visto anteriormente, son los dos delitos que más se asocian con un consumo de sustancias tóxicas; a esto es a lo que se conoce como “delincuencia funcional” (Elzo, J., 2001: 76). Dado el elevado precio de las drogas en el mercado, hay ocasiones en las que los individuos no pueden hacer frente económica a los gastos que ocasiona su dependencia. Este hecho, junto al síndrome de abstinencia que se padece

cuando se deja de consumir, hace que busquen cualquier medio para conseguir la sustancia, incurriendo en ocasiones en delitos de este tipo.

En segundo lugar, dentro de la primera hipótesis y siguiendo con lo expuesto por Rodríguez Díaz, et al., (1997) se propone que la droga es un factor decisivo para la comisión de delitos, sobre todo en personas que ya presentan una tendencia conflictiva; es lo que se denomina “delincuencia inducida” (Elzo, J., 2001: 76). La droga consumida es la que influye directamente sobre el individuo y sus actos y es, por tanto, un factor perjudicial pero no una causa directa del delito. Siguiendo a Cachairo (2011: 150), el factor más determinante que hace que un consumo derive en delincuencia es el tipo de droga que se consume, y lo ejemplifica afirmando que los consumidores de heroína tienden a cometer delitos contra la propiedad o que entre los consumidores de alcohol y/o cocaína predominan delitos violentos y agresiones; sin embargo, el Informe Anual del año 2003 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), establece que “los delitos relacionados con el uso indebido de drogas son, en su mayoría, no violentos y, con frecuencia, menores”. No existe, por tanto, un consenso acerca de la tipología delictiva de personas que han hecho un uso indebido de alguna sustancia.

Una segunda hipótesis establece que la comisión continuada de delitos y el desarrollo personal en un ambiente de delincuencia puede llevar a los individuos al consumo de drogas. Un estudio (Elzo, J., et al., 1996)²⁴ realizó entrevistas en profundidad a 51 ex internos consumidores para indagar sobre qué factor llega primero, si la droga o la delincuencia, y los datos que se obtuvieron corroboraban que la droga aparece dentro de un ambiente ya delincuencial, pero se le considera un elemento más de todos los que el individuo lleva ya implícitos, como la inadaptación, la marginalidad, etc.

Por último, una última hipótesis afirmaría que no existe relación causal entre droga y delito, y que cualquier asociación entre ambos conceptos es

²⁴ Citado en Stangeland, P., et al. (2004).

meramente casual. Es más, García Collantes (2011: 549) expresa que, muchas veces, la droga es utilizada como una excusa a la hora de encubrir las verdaderas causas de la delincuencia.

Observamos, por tanto, que existen posicionamientos muy diferentes con respecto a este tema. Desde un punto de vista objetivo, “los delitos relacionados con drogas ocupan el 40% de la actividad de la jurisdicción penal” (Stangeland, et al., 2004: 13) por lo que se puede corroborar una estrecha relación entre droga y delito en términos generales; pero no existe una línea claramente definida que delimita ambos conceptos.

Por ello, es conveniente tener presentes las tres hipótesis planteadas anteriormente como posibles causas en la relación delincuencia-consumo de drogas: droga causa delincuencia, delincuencia causa droga o no existe vinculación entre ambos conceptos.

3.1.2 Drogodependencia y prisión. Riesgos añadidos.

Se debe tener en cuenta que, además de todos los problemas y riesgos vistos anteriormente asociados a una drogodependencia, los individuos encarcelados han de enfrentarse a otros riesgos añadidos por el hecho de encontrarse en el medio penitenciario. Una vez que la persona consumidora es enviada a un C.P. por la comisión de un delito, va a seguir necesitando de esa sustancia debido a la dependencia que tiene de ella.

Redondo, S. (1992: 45) afirma que uno de los mayores problemas asociados al consumo de drogas en prisión es la violencia carcelaria y Gravett, S. (2000: 6) corrobora este hecho, afirmando que existen dentro de prisión actos de violencia e intimidación directamente asociados con la droga. Además de esto, el All-Party Parliamentary Drug on Misuse Group²⁵ (APPDMG) (1998: 4) expone que, en ocasiones, los internos acaban teniendo deudas con compañeros, por lo que sus familiares y amigos se pueden ver forzados a introducir drogas en el interior de prisión para saldarlas.

²⁵ **APPDMG:** Grupo parlamentario británico formado por representantes de diferentes partidos políticos que abordan el ámbito de drogodependencias.

3.1.3 Iniciando el consumo en prisión

El APPDMG, se sintió alarmado por las noticias de prensa que afirmaban que las personas que ingresaban en prisiones pasaban de consumir drogas blandas a consumir drogas duras, e incluso casos de personas que no habían consumido nunca y desarrollaron una adicción una vez internos. Por ello, decidió hacer en 1998 un estudio, citado anteriormente, en el que tomaron una muestra de población penitenciaria y les entrevistaron acerca del tema; los internos participantes afirmaban que existe un gran mercado de droga dentro de las prisiones, y este hecho, junto a la escasez de actividades constructivas, ha llevado a muchos de ellos a consumir para ocupar el tiempo libre. Además de este estudio, los datos de nuestro país (DGPNsD (2), 2006:18) muestran que del 3 al 25% de la población drogodependiente en prisiones se inicia en el consumo una vez que ha entrado preso. Sin embargo, según Fundación Atenea (2010: 190) no es común que una persona no consumidora se inicie en las drogas dentro de prisión; los internos que consumen son, generalmente, los que ya tenían una dependencia en el exterior.

Sea como fuere, la ESDIP (DGPNsD, 2006: 40) nos muestra una realidad alarmante, y es que el 79,9% de la población penitenciaria española actual son consumidores de una o varias sustancias tóxicas. Por ello, es necesario actuar desde los centros penitenciarios mediante programas destinados a paliar o tratar el consumo de drogas, así como ofrecer un seguimiento y una continuidad en el exterior.

3.2 Tratamientos de drogodependencias en prisiones

3.2.1 La importancia de actuar en prisiones

Siguiendo a las reflexiones expuestas por Otero en su obra *"Droga y delincuencia, un acercamiento a la realidad"* y recogidas por Cachairo (2011:138), se plantea que el consumo de drogas debe entenderse como "un problema social más de los que se presentan en la comunidad", y no como un problema individual sin causas ni consecuencias sociales.

En primer lugar, el primer motivo que encontramos para actuar sobre drogas en prisiones es meramente constitucional y de derecho, ya que según la legislación el objetivo del sistema penitenciario es la reinserción del individuo en la sociedad, y esta reinserción solo se consigue ofreciendo un tratamiento individual especializado que ayude a paliar o eliminar los problemas que puedan tener los internos, como es el caso de una drogodependencia. Siguiendo lo expuesto en la legislación Penitenciaria, la institución está en el deber de proporcionar los servicios necesarios para poder garantizar un tratamiento lo más exitoso e individualizado posible:

“Los servicios encargados del tratamiento se esforzarán por conocer y tratar todas las peculiaridades de personalidad y ambiente del penado que puedan ser un obstáculo para las finalidades indicadas en el artículo anterior. Para ello, deberán utilizarse, en tanto sea posible, todos los métodos de tratamiento y los medios que, respetando siempre los derechos constitucionales no afectados por la condena, puedan facilitar la obtención de dichas finalidades”.

(LOGP, Título III, art. 60)

En segundo lugar, siguiendo a Carcedo y Reviriego (2008: 29) y a Wexler, et al. (1992: 156), la importancia de actuar en prisiones sobre este tema viene dada por la gran cantidad de reclusos con problemas de drogodependencia; como se ha mencionado con anterioridad, los estudios muestran que casi un 80% del total de los reclusos en este país son consumidores de una ó varias sustancias y esta es una cifra que se estima tres veces mayor que la de consumo de drogas entre la población general, según los datos del INE.

En tercer lugar, las actuaciones sobre drogodependencias constituyen una obligación moral. Ante la existencia de un problema, lo lógico y conveniente es establecer una solución y ofrecer a los individuos los recursos necesarios para ponerle solución. Dado que el personal tratamental de II.PP.

no puede hacer frente en su totalidad a todos los programas especializados de tratamiento, cuentan con el apoyo de las entidades no lucrativas, las cuales realizan una labor específica y complementaria al C.P. e incrementan la calidad del tratamiento.

Por último, y dado que la prisión representa una muestra de la sociedad, "actuar en prisiones es actuar sobre la población en general" (DGPNSD (2), 2006: 19).

3.2.2 *Un proceso de cambio*

Como hemos visto, la población penitenciaria ha crecido considerablemente a lo largo de los últimos años, aumentando también el número de personas encarceladas por delitos relacionados con el tráfico o consumo de drogas. Esta situación implica que II.PP. debe hacer frente al problema ofreciendo un tratamiento equiparable al que se ofrece en el ámbito extrapenitenciario (Carcedo y Reviriego, 2008: 29)

Se debe considerar, siguiendo con Carcedo y Reviriego (2008), el hecho de que el ingreso en prisión puede ser un gran punto de inflexión en la trayectoria de consumo de un dependiente, lo que puede suponer que la persona tome verdadera conciencia de su situación y se produzca en ella el cambio necesario para la superación de la toxicomanía y del estilo de vida que ésta lleva implícito. El tratamiento en prisiones ofrece una oportunidad muy importante a los internos para comprometerse con un ambiente terapéutico, cuando quizás no se hubieran planteado el comenzar un tratamiento si estuvieran en el exterior. Para algunos internos, la encarcelación puede ser el primer periodo de abstinencia desde el comienzo de su consumo (Peters y May, 1992: 38) y este hecho puede hacer que el individuo se replantee su situación.

Esta "toma de conciencia" (Lledó, M.M., 2005: 78) es uno de los factores principales que se requieren para comenzar un tratamiento con posibilidad de éxito, además de la voluntariedad del individuo para ello, ya que un

drogodependiente que no esté del todo seguro de que quiere poner fin a su situación es más probable que no consiga desintoxicarse, teniendo recaídas.

Para realizar un correcto tratamiento es necesario tener en cuenta las necesidades del drogodependiente, es decir, todos aquellos factores o aspectos que necesita para que ese punto de inflexión, del que hablaban Carcedo y Reviriego, se haga efectivo.

Según Fundación Atenea (2010:198) estas necesidades son: la **necesidad de un cambio** (la persona tiene potencial para cambiar y necesita motivación para ello), **tiempo para cambiar** (ya que se va a producir en la persona una evolución muy grande), **cambio en positivo** (se trata de que la persona evolucione, no que acabe en una situación peor que la inicial), **acción para el cambio** (esto es, participar activamente en el proceso de su propio tratamiento) y, por último, **aprender para poder cambiar** (porque el cambio que supone el pasar de una drogodependencia a un estado de abstinencia continuado lleva implícito una serie de aprendizajes que derivan en un gran crecimiento personal). Este proceso de cambio es un proceso de "responsabilización y maduración personal" (Lledó, M.M. 2005: 68), por lo que los objetivos de los programas tratamentales tienen que ofrecer un acompañamiento a lo largo de todas las fases del proceso.

Muchos de los consumidores de droga van a continuar entrando en prisión inevitablemente, a pesar de la existencia de programas comunitarios en el exterior. El sistema penal puede conseguir cambios positivos con internos que han estado envueltos en delitos relacionados con las drogas, proporcionándoles consejo, guía, apoyo y orientándoles hacia programas de desintoxicación. Los estudios (Wexler, et al., 1992) demuestran que unos programas bien dirigidos pueden reducir en gran medida el consumo de drogas tanto dentro de prisión como una vez en libertad. La clave para que esto tenga éxito es mediante un personal cualificado que se proponga unos objetivos y una metodología claros. El programa de tratamiento debe tener también una buena organización y coordinación y unos objetivos claros y delimitados, sin

olvidar de la evaluación, la cual va a constituir la base de mejora continua del programa. Un programa de tratamiento debe estar siempre subordinado a los cambios que en éste se hagan encaminados a obtener unos mejores resultados y a proporcionar un mejor servicio (Tims y Leukefeld, 1992:3).

3.2.3 Modelos teóricos de intervención en drogodependencias

Gutiérrez, A. (2007: 36) recoge los cuatro tipos de modelos de referencia a la hora de actuar sobre drogodependencias, planteados por Cano:

El modelo ético-jurídico es el propio del sistema penal-procesal, y da prioridad a la sustancia consumida por el individuo y a la represión posterior que conlleva el consumo. Se podría aplicar al C.P. en el sentido de que el control regimental recurre a la prohibición de sustancias y a la sanción del individuo consumidor-infractor. Por su parte, el modelo médico-sanitario se centra principalmente en las sustancias y pretende la reducción de su consumo y el aumento del control sobre ellas, sobre todo mediante la prevención; este tratamiento es el que realizan los servicios médicos de los C.P. mediante analíticas y un control exhaustivo del individuo.

Por último, existen dos modelos más que se podría decir que van parejos en la intervención dentro de prisiones, que son el modelo psicosocial y el modelo sociocultural: El modelo psicosocial, a diferencia de los anteriores, centra la atención en el individuo consumidor, en su trayectoria de vida y en las posibles razones contextuales que le hayan podido llevar al consumo; siguiendo a du Ranquet (2007: 75), en este modelo se debe comprender el problema del interno, comprometerle en su propio tratamiento y establecer una relación terapéutica entre usuario y los profesionales del centro penitenciario.

Todo ello es apoyado por el modelo sociocultural, el cual destaca las condiciones socioeconómicas, ambientales y contextuales del ambiente del que proviene el individuo. La combinación de ambos modelos permite tener una

visión integral y global de las características de los individuos para así poder ofrecerles un tratamiento especializado y efectivo.

3.2.4 Niveles de tratamiento

Siguiendo el esquema del proceso de reinserción propuesto por Mowbray y Pulido (1994: 31), encontramos tres fases que podrían ser consideradas como objetivos generales del tratamiento en drogodependencias: el primer nivel es la desintoxicación, en la cual se pretende que el individuo deje de consumir la sustancia de la que abusaba y mantenga la abstinencia a lo largo del tiempo; el siguiente nivel es la deshabituación y en ella se pretende que el individuo comience a recuperar y desarrollar habilidades y capacidades que le permitan y faciliten la reconstrucción de una vida personal y social saludable; finalmente, la última fase del tratamiento sería la rehabilitación, durante la cual el individuo se recupera tras superar el proceso de crisis y consigue una estabilidad.

Estas tres fases del proceso, combinadas con una atención continuada (OCDD²⁶, 2006), son las claves para que el individuo pueda superar la dependencia y conseguir tomar de nuevo las riendas de su vida.

3.2.5 La Comunidad Terapéutica

La metodología de este tipo de intervención está compuesta por unos factores distintivos, los cuales son esquematizados por Jones, M. (1976) y recogidos por Fundación Atenea (2011: 17). Algunos de estos rasgos son:

- Es un centro residencial en el cual los usuarios deben permanecer la mayor parte del día, junto con los profesionales de tratamiento. Los usuarios residen en el centro, pero el personal tratamental no.
- Tiene que ser de una determinada duración, en función del tiempo o de los objetivos que se han propuesto conseguir. Un periodo demasiado largo o demasiado corto va a tener efectos negativos sobre el individuo y los profesionales y va a reducir las posibilidades de éxito del tratamiento.

²⁶ Observatorio Contra la Drogas y el Delito. Ver Glosario, pág. 89 de este documento.

- ✚ El ingreso es voluntario, en ningún momento se obliga a nadie a ingresar en el programa si no está dispuesto a ello.
- ✚ Se requiere la presencia de un equipo técnico multidisciplinar, el cual debe tener un conocimiento profundo del contexto en el que interviene y desarrollar los procedimientos necesarios para el correcto intercambio de información, para después poder tomar decisiones de forma más completa y acertada.

Todos estos aspectos serán profundizados en el análisis, ya que se pretende conocer si el tratamiento de drogodependencias que se realiza en el Módulo Terapéutico del C.P. Zuera cumple con estos principios de comunidad terapéutica.

3.2.6 ¿Hacia la recuperación?

La recuperación es posible cuando los servicios tratamentales son flexibles y actúan más allá de un objetivo simple, ya sea la abstinencia o la provisión de tratamiento médico. Desde un punto de vista crítico (Wright, et al., 2010: 55), la recuperación no debe ser únicamente vista como un estado de absoluta abstinencia, cuyo mantenimiento es, en ocasiones concretas, incompatible con una vida realmente productiva. El ingrediente verdaderamente importante para la recuperación es la filosofía positiva y el optimismo, junto con una relación continua profesional-interno. En esta relación, los internos deben ser informados de su proceso y deben también participar activamente en su proceso de rehabilitación²⁷.

3.3 Trabajo Social Penitenciario y drogodependencias.

Se ha considerado muy conveniente hablar de la importancia del Trabajo Social Penitenciario, además de por formar parte del equipo de Tratamiento, por realizar una función importante para los internos de Centros Penitenciarios.

²⁷ Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, Título III, art. 61: “Se fomentará que el interno participe en la planificación y ejecución de su tratamiento [...]”.

Dado que una de sus funciones más importantes es el contacto con la familia del interno (García, J., 2012), se expone primeramente la situación en la que se encuentran y el papel que juegan cuando su familiar drogodependiente ingresa en prisión.

3.3.1 *El proceso de desvinculación familiar*

En páginas anteriores hemos visto que, comúnmente, los drogodependientes no solo tienen un problema de consumo, sino que a raíz de éste surgen diversas problemáticas asociadas (sociales, familiares, etc.) que no afectan únicamente al individuo, sino también a los de su alrededor; y también hemos hablado de la importancia del mantenimiento de las redes sociales y la vinculación y apoyo familiar a la hora de adentrarse en un programa de rehabilitación de drogodependencias. Por supuesto, no debemos olvidar que nos encontramos en el medio penitenciario y que ello conlleva una serie de complicaciones añadidas para las familias; los trabajadores sociales deben involucrarse con ellas ya que también sufren las consecuencias de las encarcelaciones.

A menudo, las familias de los consumidores de droga que se encuentran en prisión son las víctimas silenciosas de la situación. El encarcelamiento puede desestabilizar una pareja y las relaciones familiares: "las tasas de divorcio son más altas en matrimonios en los que uno de los miembros es encarcelado" (Wright, et al., 2010: 111).

De todas formas, no solo las parejas sufren el encarcelamiento. Un estudio realizado en el Reino Unido²⁸ realizó un estudio longitudinal en el que comparaba a niños separados de su padre por encarcelamiento en los primeros 10 años de su vida con estos otros cuatro grupos: niños que no experimentaron ninguna separación de sus padres, niños separados de su padre por enfermedad o muerte, niños separados de su padre por otras razones (normalmente por divorcios) y niños cuyos padres fueron encarcelados y liberados antes de su nacimiento. Los resultados mostraron que la

²⁸ Citado en Wright, et al. (2010: 100).

separación por el encarcelamiento de uno de los padres puede conllevar a los niños problemas permanentes de interiorización de problemas y trastornos antisociales.

Las familias pueden experimentar una crisis en el momento en el que su familiar es encarcelado en “un lugar donde las notificaciones se retrasan, las visitas se restringen y los procedimientos son complicados y poco claros” para ellas (Dubois y Krogsrud, 1992). Durante el periodo de encarcelamiento, la familia debe redefinir los roles de sus miembros y al mismo tiempo encargarse de burocracia penitenciaria. Pues bien, la función del trabajador social en prisión es, en este caso, crear un canal de comunicación permanente con la familia para poder ser el nexo de unión entre ésta y el interno, ya que ésta va a tener un protagonismo especial en el proceso de rehabilitación y reinserción de su familiar.

3.3.2 Principales funciones

El artículo del Código Deontológico de la profesión de Trabajo Social más relevante dentro del desempeño de esta profesión en la prisión es que *“los trabajadores sociales deberán proporcionar la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su ayuda y asesoramiento, sin discriminaciones injustas [...]”*²⁹. El hecho de trabajar con población reclusa drogodependiente podría tener consecuencias discriminatorias, en función del tipo de delito cometido por el individuo. Es muy importante que las trabajadoras sociales dejen a un lado opiniones personales y se centren en ofrecer un buen servicio a todos los internos.

Una de las principales funciones del trabajador social penitenciario es, como se ha expuesto, el contacto con la familia del interno, ya sea mediante entrevistas o llamadas telefónicas.

²⁹ Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social. Capítulo II, art. 9

Otra de las funciones que debe realizar el Trabajador Social en prisiones consiste en llevar un seguimiento individual de cada caso mediante entrevistas personales o respuesta de instancias³⁰: principalmente de aquellos internos que solicitan o demandan la actuación de la trabajadora social o pasan por Junta por el estudio de diferentes motivos (clasificación inicial, revisión de grado, solicitud de permisos de salida, documentación nacional/extranjera, solicitudes de discapacidad/minusvalía, etc.). Además, es el encargado de informar y orientar, a aquellos internos que lo requieran, acerca de los programas de drogodependencia en la prisión.

El trabajador social no debe ser considerado como un burócrata de procedimientos y programas sino que, en este ámbito, "se le exige un componente ético inherente al trabajo social penitenciario" (García, J., 2011), derivado de la complejidad de la intervención social. Se le exige que tenga un conocimiento real y profundo de las problemáticas con las que va a intervenir y debe ser capaz de comprender los factores de los problemas que intervienen en las problemáticas específicas penitenciarias.

3.4 El tratamiento dentro de la realidad penitenciaria

Antes de entrar en el tema de la descripción y desarrollo de un tratamiento de drogodependencias desde una prisión, me gustaría exponer algunos aspectos que debemos tener presentes de aquí en adelante, ya que conforman el contexto en el que se encuentran internos y profesionales.

³⁰ Todo interno tiene derecho a formular peticiones y quejas relativas a su tratamiento o al régimen del Establecimiento ante el Director o cualquier miembro o funcionario que se encuentre en éste. Estas peticiones o quejas, se pueden formular por escrito o verbalmente; en este caso, la instancia, se trata de un soporte instrumental que refleja lo que el interno quiere solicitar. Así, el interno enviará, en este caso al trabajador social, una instancia que incluya una demanda determinada para que éste pueda mantener una entrevista con el interno lo antes posible.

3.4.1 Escaso alcance del tratamiento

Resultados de las evaluaciones (Wexler, et.al., 1992: 156) indican que el tratamiento de drogas en prisiones es efectivo, proporciona a los individuos las herramientas para su total recuperación y reduce en gran medida la recaída en el consumo y la reincidencia delictiva.

Debemos considerar que el tratamiento que se ofrece desde prisiones llega a un número muy reducido de internos. A pesar de la elevada prevalencia de consumidores de drogas en las prisiones, muchas de ellas no poseen un servicio de tratamiento adecuado. Las encuestas (Fundación Atenea, 2011: 4) muestran que solo un pequeño número de internos con problemas de drogodependencias recibieron tratamiento (Un 19% sobre el total de consumidores). Este hecho representa una “oportunidad perdida” (Peters y May, 1992: 47) de prevenir la reincidencia de un número importante de personas.

En segundo lugar, se cree oportuno hablar acerca de la situación en la que se encuentran los presos preventivos³¹: según el artículo 64 de la LOGP³², el equipo de tratamiento no puede destinar a estas personas a un programa para ellos ya que la clasificación del interno se realiza cuando la sentencia condenatoria llega al centro penitenciario, y es en ese momento cuando se realiza el diagnóstico y se propone un PIT; dado que los internos preventivos se encuentran regidos por el principio de presunción de inocencia, no pueden ser objeto de aplicación de un tratamiento.

³¹ **Preso preventivo:** Que se encuentra a la espera de juicio. No existe sentencia condenatoria. La prisión provisional es una medida cautelar.

³² *La observación de los preventivos se limitará a recoger la mayor información posible sobre cada uno de ellos a través de datos documentales y de entrevistas, y mediante la observación directa del comportamiento. Una vez recaída sentencia condenatoria, se completará la información anterior con una propuesta razonada de grado de tratamiento y de destino al tipo de establecimiento que corresponda". LOGP, Título III, art. 64*

Lo injusto de esta medida es que el preso preventivo que esté dispuesto a entrar en un programa de deshabituación y que se le considere suficientemente preparado para ello no va a poder hacerlo, teniendo que esperar a la resolución de la sentencia judicial para poder comenzar todo el proceso. Existen internos que permanecen preventivos un corto periodo de tiempo (unos meses, por ejemplo), pero según la ley de enjuiciamiento civil, esta situación se podría prolongar hasta dos años e incluso más, si las circunstancias así lo requieren. Este hecho hace que presos preventivos y condenados no tengan los mismos derechos dentro del CP.

III. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Evolución del tratamiento y presencia de entidades en el C.P. Zuera.

Anteriormente, y hasta hace algo más 30 años, la realidad penitenciaria era muy diferente a la actual, partiendo de la base de que el tratamiento penitenciario no se contemplaba en la legislación, por lo que las prisiones eran mucho más duras. Durante estos años, la labor de entidades del tercer sector dentro de prisiones era meramente asistencialista, una realidad escasa, pero presente a la vez. Pese a no tener un marco legislativo que contemplara su labor, tanto CR como PH intervenían socialmente con los internos, incluso llegando a tener algún que otro problema de acceso a la prisión:

"Anteriormente, cuando entrabas allí (en prisión) eras, no el enemigo, pero daba la sensación de que <<no pintabas nada>>. No se te permitía dar tu opinión, la visión del interno era de cumplimiento puro y duro, no se entendía que fueras allí a ayudar".

(P.E.1)

"Antes había muchísimos funcionarios que no entendían, y de hecho manifestaban, qué hacíamos allí <<perdiendo el tiempo>>. Por ejemplo, se lo decían a los voluntarios que entraban un sábado por la mañana. No lo entendía mucha gente".

(P.E.2)

Dado que la visión que se tenía de la condena de los internos era de cumplimiento de la condena en su totalidad, no se contemplaba el tratamiento, por lo que la opinión de las entidades participantes no se tenía en cuenta en ningún momento del proceso. Además, el hecho de que entraran a prisiones entidades del tercer sector para actuar sobre drogodependencias era, de

alguna forma, evidenciar por parte de I.I.P.P. que dentro de prisión existía un problema de presencia y consumo de drogas.

A partir de la creación de la LOGP, la cual introdujo el tratamiento en la normativa penitenciaria, la presencia de ONGs ha ido en aumento dentro del C.P. Zuera, y lo ha continuado haciendo hasta el momento actual. Los datos más recientes así lo demuestran:

Participación ONGs en el C.P. Zuera			
Fecha	Nº ONGs con programas esp.	Nº programas	Nº de Entidades colaboraciones puntuales
2003	7	15	4
2008	12	23	19
2011	23	38	15

Tabla 3 - Participación de ONGs en el C.P.Zuera

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia

En esta tabla se expone la evolución del protagonismo de las ONGs dentro de programas de tratamiento en general, y no solo en el ámbito de las drogodependencias, a lo largo de los años 2003, 2008 y 2012.

Los programas específicos son aquellos que abarcan un área de tratamiento concreta, como pueden ser las drogodependencias, salud mental, etc.; el apartado de programas se refiere al número total de programas de intervención tratamental que existían en el centro; por último, las colaboraciones puntuales de las entidades son aquellas intervenciones de corta duración que éstas realizan dentro del centro.

Visto gráficamente:

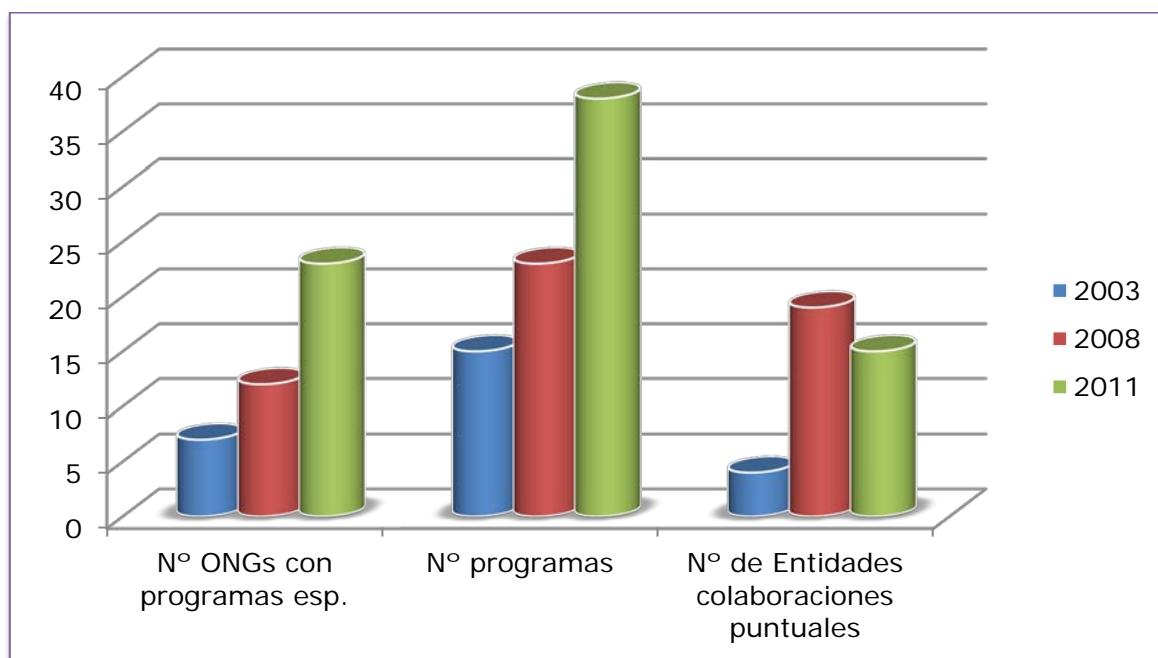


Gráfico 1 - Participación ONGs en el C.P.Zuera

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia.

Se puede comprobar, tan solo observando el gráfico, que tanto el número de ONGs que intervienen en la prisión como el número de programas de tratamiento que se les ofrecen a los internos desde la prisión ha experimentado un incremento muy acentuado a lo largo de estos años.

En primer lugar, el incremento de la participación de ONGs con programas específicos de 2008 con respecto al 2003 es del 71% (de 7 entidades colaboradoras se pasó a 12), y del 2011 al 2003 del 228%; es en este último periodo cuando el incremento es mayor, ya que la cifra se elevó en casi el doble (de 12 entidades se pasó a 23). En segundo lugar, el incremento del número de programas específicos de 2008 con respecto a 2003 es del 53% (de 15 programas a 23), y del 2011 al 2003 del 153% (de 23 a 38 programas); de nuevo, el aumento más destacado es el que se produce en el último periodo.

Con esta información, podemos afirmar que está aumentando la presencia de las ONGs dentro de prisión, pero que además lo hace cada vez a más velocidad.

Por último, el incremento del nº de entidades con colaboraciones puntuales de 2008 con respecto al 2003 es del 375%, y del 2011 al 2003 del 275%. La disminución de entidades en colaboraciones puntuales del 2011 con respecto este último periodo es debido precisamente a que han pasado de participar mediante estas colaboraciones esporádicas a intervenir con programas específicos. Comprobamos, por tanto, que han crecido tanto el número de ONGs en prisión como su protagonismo en el tratamiento penitenciario.

"Todo esto ha ido cambiando y dentro del centro hay ahora muchas personas que creen en el trabajo que están haciendo, y eso es básico".

(P.E.2)

"En la medida que el mundo penitenciario ha ido permitiendo la entrada de entidades externas, ha aumentado la permeabilidad y eso favorece la coordinación"

(P.E.1)

Los datos expuestos en este apartado 1, tanto cualitativos como cuantitativos, confirman la hipótesis de que la presencia de entidades del tercer sector dentro de este centro penitenciario ha sido complicada en sus comienzos, pero que actualmente se encuentra en un proceso de crecimiento continuo.

2. El problema de la droga en prisión

El consumo de droga existe, y es una problemática reconocida por II.PP., su personal y por los internos, siendo estos últimos los que más cercanía tienen a ella.

"En la prisión hay droga, y hay mucha droga. Si hay droga, cualquier persona que lo quiera va a poder consumir".

(P.E.1)

Hemos visto a lo largo del Marco Teórico que, según algunos estudios (APPDMG, 1998), la prisión es un entorno que favorece el consumo de droga, y que incluso provoca que personas se inicien allí en un consumo. Sin embargo, profesionales e internos coinciden en que esta última situación no suele darse nunca o casi nunca, ya que las personas que tienen problemas de consumo los tienen desde antes de ingresar en prisión.

Puede darse el caso de que un interno no haya probado nunca una sustancia y que la pruebe por primera vez en prisión; pero iniciarse en el consumo de drogas, en principio nadie.

"Todas las que fumaban plata entraban con el consumo de la calle".

(I.E.3)

Por otro lado también se expuso en ese apartado que la presencia de drogas en prisión crea muchos problemas, ya sean económicos, familiares o de convivencia. Los internos así lo manifestaban:

"La droga son todo problemas de dinero, de deudas,..."

(I.E.1)

"Droga hay mucha y alcohol también hay muchísimo. Hay también muchos consumidores. [...] La droga es muy problemática, y crea

un gran negocio; hay gente que sobrevive de lo que trapichea en prisión”.

(I.E.2)

“La presencia de droga crea muchos conflictos. A mí me molestaba mucho el caballo, pienso que es demasiado. El momento en el que el módulo estaba revolucionado era porque había caballo, de eso puedes estar segura”.

(I.E.3)

Vemos, por tanto, que la presencia de drogas, además de crear conflictos y problemas entre internos, es también una forma de ganarse la vida para algunos de ellos.

Los datos expuestos en este apartado 2 confirman la hipótesis de que la presencia de droga dentro de la prisión crea un gran número de conflictos entre internos. Asimismo, cumple el objetivo de conocer, en la medida de lo posible, la problemática del consumo de drogas dentro del Centro Penitenciario.

3. Evolución de la intervención de las ONGs en materia de tratamiento de drogodependencias dentro de la prisión.

Como hemos visto anteriormente, dentro del C.P. Zuera actúan muchas entidades con tratamientos específicos, y en el tema de drogodependencias son dos las que intervienen: PH y CR.

3.1 Inicios y motivación

Teniendo en cuenta los riesgos asociados al consumo de drogas en los individuos y considerando sus consecuencias dentro del medio penitenciario, queda más que legitimada la intervención para su tratamiento dentro de las prisiones; pero en el apartado anterior hemos podido comprobar que, a pesar de no tener un marco legal que justificara su trabajo en prisión en sus inicios, ambas entidades decidieron que tenían que intervenir allí:

“Entramos en la prisión fundamentalmente porque el porcentaje de consumo de drogas dentro de la prisión es elevadísimo, unas 4 ó 5 veces más que la población general. Entonces nosotros, siendo una entidad realiza su trabajo con drogodependientes, entendíamos como necesario y obligatorio estar allí”.

(P.E.1)

“Desconozco el motivo concreto, pero serían por razones humanitarias. Antes, el tratamiento no existía, por lo que allí estaban un poco dejados de la sociedad. No existía la figura del educador, de la trabajadora social... Sería por estas razones.”

(P.E.2)

Comprobamos, por tanto, que ambas entidades coinciden en que tenían un sentimiento de obligación moral y funcional que les hizo entrar en este mundo penitenciario, tan complejo en sus inicios.

En un lugar donde el tratamiento no existía, y donde la presencia de drogas era algo real, estas entidades dedicaron su tiempo y esfuerzo en ofrecer a los internos un apoyo asistencialista pero moral, y una oportunidad de tratamiento en el exterior, una vez que hubieran cumplido su condena:

"Era ir allí (a prisión), coger una demanda y, a lo sumo, prepararlos y animarlos para que, cuando terminaran la condena, siguieran el tratamiento fuera".

(P.E.1)

Estas entidades han ido abandonando competencias en materia de tratamiento de drogodependencias en la medida en que la prisión las ha ido haciendo suyas; ya que la prisión es una institución pública, en la cual se encuentran internos los usuarios, se considera que debería ser la propia prisión la que impulsara programas de tratamiento para aquellos que los necesiten:

"Nosotros hemos ido saliendo (de las competencias), porque no vamos a complicar un servicio que entendemos que tiene que estar desarrollado por lo público."

(P.E.1)

3.2 Participación directa en el tratamiento

3.2.1 Reuniones de equipo

Como hemos visto, hasta la puesta en vigor de la LOGP en la que se incluía el tratamiento en prisiones, las entidades del tercer sector no podían dar su opinión profesional acerca de los internos; hoy en día, tienen gran protagonismo dentro de las decisiones tratamentales, ya que forman parte del equipo de tratamiento y acuden a las reuniones en las que se toman decisiones en forma de propuesta sobre los internos, para que sean planteados en la reunión del equipo técnico y en la Junta de Tratamiento.

"En Zuera, participamos en el equipo de tratamiento, que se reúne los miércoles, para controlar y hacer un seguimiento de los internos".

(P.E.1)

3.2.2 El Consejo Social Penitenciario

Es una reunión en la que las entidades colaboradoras de la prisión intentan unificar dirección y objetivos a su intervención con los programas. Se trata, en muchas ocasiones, de establecer las necesidades prioritarias que se manifiestan entre los internos para poder ofrecer una respuesta y poner solución.

Estas reuniones son semestrales y este hecho, según los representantes de las entidades, hace difícil el trabajo en red de las entidades y la viabilidad de un proyecto común.

"A veces, las reuniones son demasiado formales y poco operativas, pero hay muy buen ambiente entre todos".

(P.E.1)

La información reflejada en este apartado 2 hace que quede cumplido el objetivo de la investigación de dar a conocer las entidades que actúan dentro del Centro en materia de drogodependencia, sus inicios, la evolución de sus competencias y su protagonismo actual en el equipo de tratamiento.

4. El tratamiento de drogodependencias en el C.P.Zuera

Todos los programas de tratamiento de drogodependencias que se ofrecen son creados e impulsados por la propia prisión. En ese sentido, se debe tener en cuenta que las entidades del tercer sector son entidades complementarias, que desempeñan labores complementarias.

4.1 Programas actuales de tratamiento y labor de las ONGs

4.1.1 GAD – *Grupo de Atención al Drogodependiente*

El GAD es un Programa multidisciplinar dirigido a la prevención y el tratamiento de internos con problemas de drogadicción. Tiene una larga trayectoria en el centro y se lleva trabajando en él desde finales de los años 80. Según el Catálogo de Programas y Actividades del C.P. de Zuera (2011)³³, la aportación de profesionales de entidades como CR y PH no solo han enriquecido el proyecto de manera notable, sino que lo han consolidado como el más importante de los existentes en el centro.

Objetivos generales

Según el CPA (2011), los objetivos generales que tiene el equipo técnico GAD son lograr que la entrada en prisión del drogodependiente suponga el inicio o continuidad de tratamiento y deshabituación, realizar una intervención en los problemas específicos y generales que afectan a los drogodependientes e impulsar, en aquellos drogodependientes cuyas condiciones lo permitan, la derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena.

Desarrollo del programa

Según el CPA, el proceso por el cual un interno accede al programa GAD es el siguiente: en primer lugar, se realiza una valoración inicial del caso; seguidamente, tiene lugar una fase psicosocial, en la que se da de alta al interno en el GAD; por último, se produce una derivación a los recursos extrapenitenciarios, con los cuales ha de existir un alto grado de coordinación

³³ En adelante CPA. Ver Glosario, pág. 89 de este documento.

para asegurar la efectividad del tratamiento. Existen unos criterios de selección y baja del programa, que tienen relación directa con la motivación y la abstinencia de aquellos que en él participan.

Tanto CR como PH colaboran durante todo el proceso ya que forma parte de este equipo técnico, cuyo proceso se inicia cuando el interno del CP y es recibido por el educador y la trabajadora social de ingresos; dependiendo de la problemática que pueda tener el interno, se le presentan los programas disponibles, y a partir de ahí él decide. Si un interno decide entrar en este programa, lo debe solicitar mediante instancia; entonces, uno de los psicólogos del centro va a verle, y este psicólogo en concreto pertenece a CR. Ambas entidades realizan su labor tanto en el módulo terapéutico como en el módulo 12, el pre-GAD³⁴, que es un módulo puente al terapéutico.

“Es una labor de seguimiento de largo plazo; un interno lo solicita y comienza un periodo de atención individual y grupal en su propio módulo con analíticas, se les hace firmar un contrato y, si la cosa va bien, acaba entrando en el Módulo Terapéutico”.

(P.E.1)

Si interpretamos la frase meticulosamente y la ubicamos dentro del contexto en el que nos encontramos, que en la prisión hay una presencia real de drogas, vemos que el interno que está comenzando a desintoxicarse se va a quedar en el mismo módulo en el que estaba. Este factor tiene un nivel de riesgo elevado, ya que la fase de desintoxicación es muy dura, y el interno va a estar, probablemente, dentro de un ambiente de consumo, el cual puede incitarle a recaer. Por tanto, ¿qué se hace en estos casos?

³⁴ **Pre-GAD:** Programa puente al GAD que se realiza en el Módulo 12. es un programa de preparación y capacitación personal para la entrada al Módulo Terapéutico: *“Responden a demandas de diferentes módulos, hacen grupos con esas personas y trabajan en la línea de que si la persona va bien, lo acabarán metiendo en el módulo terapéutico y después al programa externo que proceda”* (Entrevistado 1)

“Si la persona está en el mismo módulo y las analíticas están yendo bien, se le intenta sacar del módulo lo antes posible y llevarlo al terapéutico, ya que queda demostrado que esa persona quiere de verdad el tratamiento y está motivada, y que tenerlo más tiempo en el módulo es someterle a un gran peligro”.

(P.E.2)

Como vemos, la prioridad en este momento es que el interno salga del módulo en el que se encontraba para pasar a un ambiente más terapéutico y, en cierto modo, seguro. Según la normativa penitenciaria, el interno debe mostrar suficiente iniciativa y motivación para realizar el tratamiento de deshabituación, y el hecho de que se mantenga abstinentemente dentro de un módulo común, en el cual hay drogas, hace que quede más que demostrado que la persona está motivada para el cambio y que tiene posibilidades muy reales de recuperación.

4.1.2 Módulo Terapéutico³⁵

Es la fase más determinante en todo el proceso del régimen cerrado. En ella, la intervención terapéutica se hace cada vez más intensa a través de un Programa Individual de Tratamiento (PIT), incorporado en el funcionamiento y contando con los recursos propios del Módulo.

Objetivos

Los objetivos que persigue el MT son preparar al interno para una adecuada derivación extrapenitenciaria, establecer una buena coordinación con dispositivos exteriores para facilitar la derivación, realizar en todo momento una tarea de prevención y mantener un seguimiento y evaluación del diseño individual de tratamiento.

³⁵ En adelante MT. Ver Glosario, pág. 89 de este Trabajo.

Componentes del equipo GAD en el Módulo Terapéutico:

El Equipo Técnico del GAD no solo lo forman profesionales del Centro Penitenciario, sino que desde hace muchos años, y como hemos ido viendo a lo largo del Trabajo, se cuenta con la colaboración de instituciones y programas complementarios del exterior

Según el CPA, en el equipo GAD del módulo terapéutico trabajan un total de 12 profesionales de tratamiento, de los cuales cinco pertenecen a entidades del tercer sector (PH y CR); este equipo está compuesto por tres psicólogos del centro, un psicólogo de CR, un educador del módulo, una Trabajadora Social del Módulo, una maestra de CR, tres terapeutas de PH, un funcionario de vigilancia del módulo terapéutico y un médico.

En esta gráfica se puede apreciar visualmente la parte proporcional de personal procedente de ONGs en relación con los profesionales del CP.

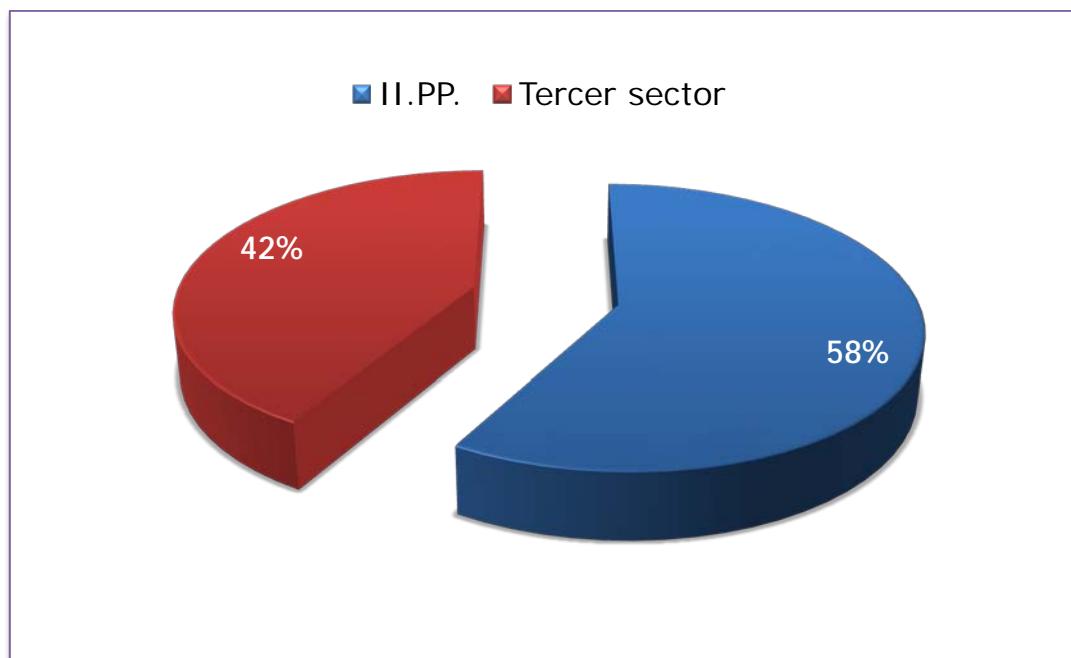


Gráfico 2 - Procedencia del personal tratamental en el MT
Fuente: C.P.Zuera. Elaboración propia.

Teniendo en cuenta en todo momento que todos los programas son creados e impulsados por el C.P. y que las ONGs tienen el papel de colaboradoras, vemos que en el caso del MT, la presencia de personal tratamental procedente de estas entidades es del 42%, casi el mismo número que el de profesionales de II.PP. Este hecho muestra claramente que el CP depende en gran medida de las entidades del tercer sector para poder desarrollar este programa de tratamiento.

Normas de permanencia

“Las expulsiones del MT tienen que ver con consumos durante permisos, o alguna pelea en el módulo, pero es raro ya que el MT es muy tranquilo”.

(P.E.1)

Por tanto, las normas de permanencia tienen que ver tanto con la abstinencia como con la buena convivencia. Las expulsiones del módulo son algo muy puntual, no es habitual y en ocasiones tampoco es definitivo: si un interno ha metido la pata en algo, se puede aplicar la sanción de la expulsión para que recapacite, y en unos días se vuelve a estudiar la situación en la reunión del equipo de tratamiento.

Además, los internos de este módulo realizan una reunión semanal en la que debaten y solucionan los posibles problemas que hayan surgido en el módulo, en ese sentido hay mucha comunicación.

Funcionamiento

El programa cuenta con una serie de actividades y talleres que funcionan de manera autónoma: marquetería, electricidad, pirograbado, encuadernación, cerámica, dibujo, música, etc. Algunos talleres los imparten funcionarios o educadores y otros los propios internos.

Las reuniones del personal de este módulo son semanales y en ella se hacen valoraciones, seguimiento de casos y propuestas individuales, que posteriormente son elevadas para su aprobación en la Junta de Tratamiento.

Jornadas de Puertas Abiertas:

Dada la importancia que tiene la vinculación y apoyo familiar en el proceso de recuperación de drogodependencias, cada año, en primavera y en otoño, se lleva a cabo uno de los momentos más importantes para los internos del Módulo Terapéutico y sus familias. Durante esta jornada, las familias de los internos visitan a sus hijos, padres, hermanos y cónyuges, pero en el interior del Centro. En esta actividad participan, además de los internos y sus familias, todos los profesionales del equipo GAD y funcionarios de vigilancia.

Tiene una tremenda carga emocional para todos, ya sean internos, funcionarios o colaboradores, pero son las familias las especialmente afectadas ya que pueden ver dónde están sus familiares, qué hacen y con quién, etc. El valor terapéutico de la actividad es claramente enorme.

4.1.3 Programa de Metadona

Básicamente está destinado a aquellos internos que ingresan en prisión y que ya están incluidos en algún programa de metadona en el exterior, ya sea en Sanidad, CR, etc.; el programa está supervisado y controlado por los servicios médicos del centro. Uno de los objetivos es, en función de las características, evolución y actitud de cada interno, ir suprimiendo la dosis de ingesta de manera paulatina con el fin de plantear su inclusión en el GAD.

4.1.4 Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)

Este programa está organizado y ejecutado por los servicios médicos del centro; consiste en facilitar el intercambio de jeringuillas usadas por otras nuevas, dentro de la más absoluta confidencialidad y con el objetivo de evitar situaciones de contagio del VIH Sida.

4.2 Una cuantificación de los programas de tratamiento

Se ha creído conveniente realizar este apartado, con la intención de proporcionar datos cuantitativos a la investigación, los cuales exponen la realidad de forma real y no teórica.

4.2.1 Evolución de la presencia y alcance de los programas de tratamiento

Esta tabla muestra la evolución, a lo largo de los años 2003, 2008 y 2011, del número de programas de tratamiento y, como consecuencia, los internos que se benefician de ello:

Fecha	Nº de Programas Esp. De Tratamiento	Nº de Internos participantes
dic-03	5	460
dic-08	14	1140
jun-11	16	1300

Tabla 4 - Evolución del nº de programas y de internos beneficiarios

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia

El nº de programas específicos de tratamiento se refiere al número de programas especializados en los cuales los internos podían participar. A su lado, la segunda columna muestra el número de internos que se encontraban realizando algún tipo de tratamiento. Partiendo de la base de que dentro del C.P. Zuera residen alrededor de 1800 presos, podemos apreciar que el tratamiento especializado tiene alcance, pero no el suficiente. Vemos que, a fecha de junio de 2011, la envergadura y alcance de los programas especializados de tratamiento deja fuera a, aproximadamente, 500 personas.

Dejando a un lado el hecho de que hay internos que rechazan voluntariamente el tratamiento, existe un problema real de falta de medios debido a la masificación de las prisiones. No existe personal tratamental suficiente para cubrir todas las áreas que se presentan problemáticas en el

mando penitenciario; pero este tema será tratado con más profundidad en el apartado siguiente, "5. La opinión de los entrevistados".

Si vemos gráficamente el crecimiento tanto de los programas de tratamiento (por un lado) como del número de internos beneficiados (por otro lado), comprobamos que mantienen un crecimiento directamente proporcional; esto es, a más programas de tratamiento, más internos beneficiados.

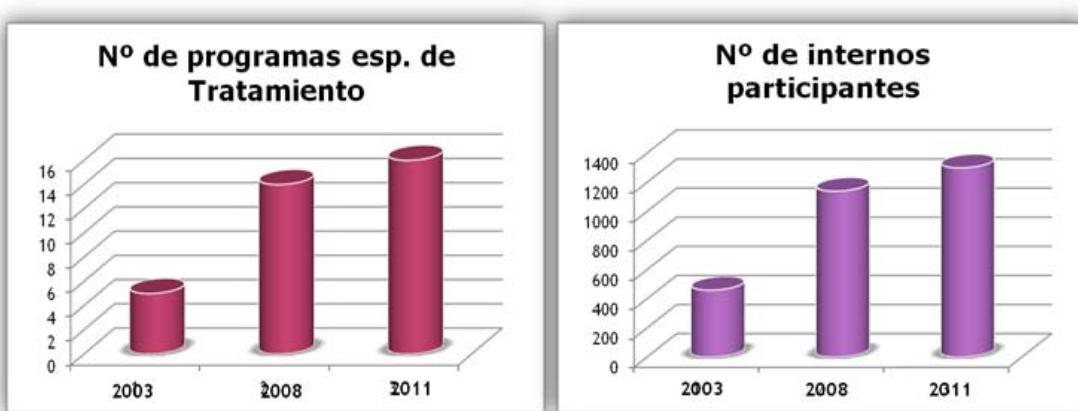


Gráfico 3 - Evolución del nº de programas y de internos beneficiarios

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia

El gráfico muestra de forma muy clara el gran crecimiento que se produce durante el periodo 2003 a 2008 en ambas gráficas; por otro lado, el crecimiento en el segundo periodo es menor, pero sigue aumentando, y lo seguirá haciendo en los próximos años. Valorando la relación directa que existe entre nº de programas y nº de internos beneficiados, parece lógico pensar que, si los programas aumentan en los próximos años, el nº internos que reciban programas de tratamiento también será mayor, por lo que el alcance de los programas podría llegar a abarcar a toda la población reclusa del centro que lo deseé.

4.2.2 Internos en programas de tratamiento de drogodependencias

Una vez que se han cuantificado los programas de tratamiento específico de forma general, vamos a centrar la atención en el ámbito que nos ocupa, que son las drogodependencias.

Como hemos visto en el apartado anterior ("4.1, Programas actuales de tratamiento y labor de las ONGs"), hay cuatro programas específicos en materia de drogas dentro del C.P. Zuera, que son el GAD, el MT, el Programa de Metadona y el PIJ. En la gráfica que se incluye a continuación se muestra la evolución del número de internos en cada uno de ellos.

Programa	2003	2008	2011
P.I.J. (Programa de Intercambio de Jeringuillas)	100	96	27
GAD Hombres y Mujeres	30	100	100
Módulo Terapéutico	45	90	70
Programa de Metadona	260	128	107

Tabla 5 - Internos en programas de tto. de drogodependencias

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia

En la tabla podemos apreciar que, frente a los 1.800 reclusos que alberga el C.P de Zuera y las altas tasas de drogadicción que hay en la prisión, el número de beneficiarios de los programas es muy reducido, ya que ninguno de ellos supera los 150 beneficiarios, a excepción del programa de Metadona durante el año 2003. Esto hace que mucha gente con un problema de consumo quede fuera del alcance de este tratamiento.

Visto gráficamente:

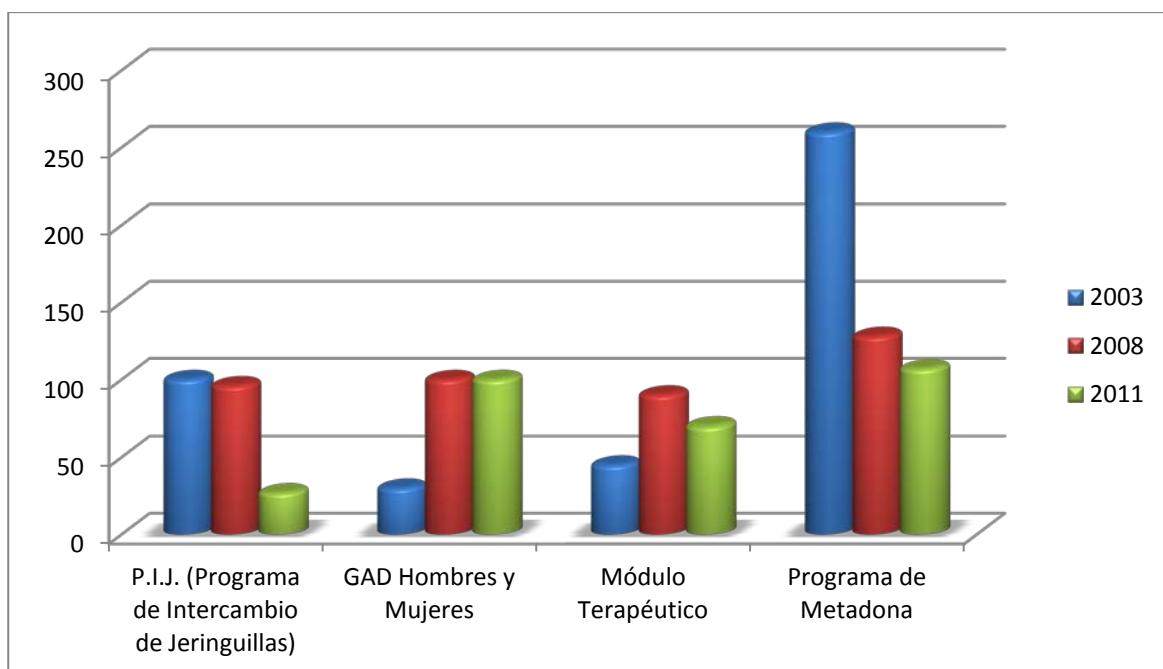


Gráfico 4 - Internos en programas de tto. de drogodependencias

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia

Centrando la atención en el programa GAD (al cual pueden acceder tanto hombres como mujeres), comprobamos que se incrementó mucho durante el primer periodo y cuyo crecimiento se ha mantenido a lo largo de los otros dos.

Por otro lado, el Módulo Terapéutico es el único que no mantiene un crecimiento o un descenso progresivo, sino que ha crecido en el segundo periodo con respecto al segundo, pero ha disminuido el tercero con respecto al segundo. No se trata de una disminución muy notable, pero dada la gran envergadura de la problemática del consumo y el poco alcance del tratamiento se considera un factor negativo que se haya producido un descenso en el número de beneficiarios.

Pero lo que más llama la atención de toda la gráfica es la gran cantidad de internos que se beneficiaban, en el año 2003, del programa de Metadona, y la drástica disminución de éste en el segundo periodo y su mantenimiento en el tercero. Como hemos visto, el programa de Metadona es llevado a cabo por los servicios médicos del Centro y consiste en la provisión de esta mediación a personas que se encuentren en proceso de desintoxicación de la heroína. De

esta disminución en el número de internos se puede concluir que han podido pasar dos cosas: la primera, que ha disminuido el número de personas que reciben tratamiento de este tipo; o la segunda, que el número de consumidores de heroína está disminuyendo tanto en la calle como en prisiones.

Todo ello se puede contrastar con los datos que muestra el programa PIJ, el cual experimenta un descenso muy acentuado en el último periodo, también parece indicar que la cantidad de consumidores de heroína por vía parenteral ha disminuido a lo largo de estos años.

Por tanto, concluimos de este apartado que se ha producido, en general, un incremento de beneficiarios de programas tratamentales y un descenso de los programas que nada tienen que ver con el ámbito de la intervención social. Se podría decir que está pasando de un asistencialismo a un tratamiento social individualizado.

3.2.2 Programas de drogodependencias en relación a otros programas específicos de tratamiento

A pesar del insuficiente alcance del tratamiento de drogodependencias, se ha podido comprobar que estos programas ocupan gran parte de los servicios tratamentales que se ofrecen desde prisión.

En el gráfico que se muestra a continuación, podemos comprobar que el número de beneficiarios de programas relacionados con la drogodependencia supera, en muchos casos, al número de internos de otros programas de tratamiento.

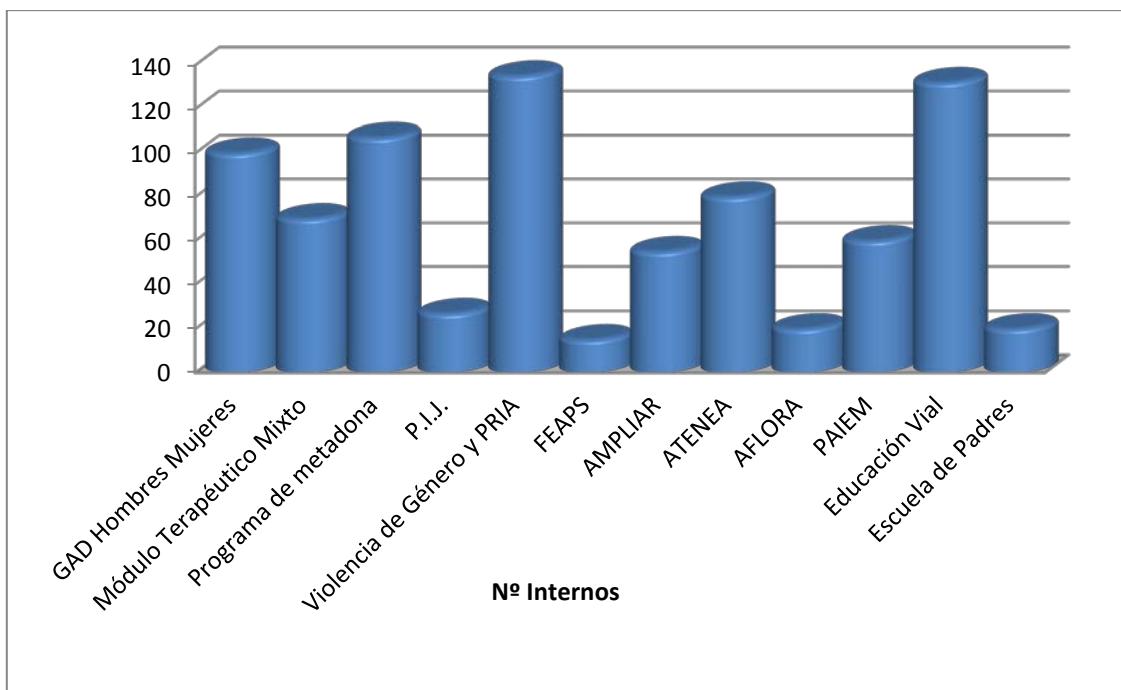


Gráfico 5 - Programas de tto. de drogodependencias en relación con otros programas específicos

Fuente: C.P.Zuera. Elaboración propia.

Siendo las cuatro primeras columnas los tratamientos de drogodependencias, podemos apreciar que son los programas que mayor número de internos albergan con respecto a otros programas. Por ejemplo, vemos que tanto el programa de Metadona como el GAD son los programas que más internos tienen, precedidos del programa de violencia de género y PRIA ó el programa de Seguridad Vial.

Por tanto, a pesar de que podemos considerar que estos programas de drogodependencias tienen poco alcance en relación a la población reclusa con problemas de consumo, sí que se considera que albergan muchos más beneficiarios que el resto de programas de otros tratamientos específicos.

Visto de forma numérica:

Programa	Nº de Internos
Internos en programas de drogodependencias	304
Internos en otros programas de tto.	517

Tabla 6 - Internos beneficiarios de programas de tratamiento.
Drogodependencia frente a otros.

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia

Unificando los datos en dos apartados, vemos claramente el alcance de los programas de tratamiento de drogodependencias en relación con el resto de programas específicos de tratamiento, y se comprueba que el ámbito de las drogodependencias es en el que más internos participan. Este dato, visto gráficamente, se traduce en que un 37% de los internos del C.P. Zuera que se encuentran en tratamiento, lo hacen de drogodependencia. Esta es una proporción importante que nos indica que, teniendo en cuenta las carencias de personal y de recursos que sufre el C.P., el tratamiento de drogas se encuentra en una posición privilegiada:



Gráfico 6 - Porcentaje internos en programas de drogas en relación con otros programas

Fuente: C.P. Zuera. Elaboración propia.

Mediante los datos expuestos en este apartado se ha pretendido hacer una reflexión acerca del alcance del tratamiento de drogodependencias, pero sin perder de vista el contexto en el que nos encontramos, un lugar donde el tratamiento tiene carencias de recursos y personal y en el cual, hasta hace 30 años, no contemplaba la posibilidad de tratamiento.

Las cifras muestran que la implicación de IIPP y de las entidades del tercer sector está en aumento, y si las cifras continúan en crecimiento, podrían darse mejoras notables en los tratamientos y tener, a la vez, más índice de éxito y menos casos de reincidencia.

Lo expuesto en este apartado 3 hace que se cumpla el objetivo propuesto al comienzo de la investigación, de conocer a fondo los programas tratamentales en materia de drogodependencias que se llevan a cabo desde la Institución Penitenciaria e indagar acerca de la posición y funciones de las entidades del tercer sector dentro de estas intervenciones.

5. La opinión de los entrevistados

Después de conocer a fondo los programas de drogodependencia que se impulsan desde la prisión y el trabajo de las entidades en ellos, se ha creído conveniente dedicar un apartado a la visión que éstas tienen acerca del tratamiento, dando respuesta a una serie de cuestiones que guardan relación con aspectos como su efectividad, su alcance o sus dificultades

5.1 El ingreso en un programa de tratamiento

Hemos visto que dentro de las normas de la comunidad terapéutica encontramos la voluntariedad del ingreso en el tratamiento. Este factor también está recogido en el Reglamento Penitenciario en su artículo 116.2³⁶, el cual establece que el programa GAD tiene que ser de acceso voluntario y que el interno que lo realice no recibirá por ello beneficios penitenciarios.

Esto es lo que dice la ley; sin embargo, existe una visión colectiva en la prisión que indica todo lo contrario. Tras realizar las entrevistas con los tres ex internos de la prisión, se ha comprobado que todos creían que las personas que ingresaban en estos tratamientos lo hacían para adquirir beneficios penitenciarios y conseguir antes la libertad:

“Pocas personas quieren solucionar su problema de verdad”

(I.E. 1)

“La principal razón por la que la gente ingresa en un programa de drogas es por conseguir la libertad, porque piensan que van a salir antes”.

(I.E. 2)

³⁶ “La Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones debidamente acreditadas, realizará en los Centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten”. R.P. Capítulo II, art. 116.2

Por tanto, la pregunta que surge a partir de esto es, ¿conocen las entidades que actúan en estos programas la supuesta realidad? La respuesta es, por supuesto, sí. Tanto CR como PH manifestaron que eran conscientes del hecho de que, en ocasiones, los internos solicitan el ingreso en estos programas movidos por una motivación distinta a la que se debería:

“Hay gente que decide hacer un tratamiento, aunque en ocasiones pueda ser para acogerse a los beneficios que pueda obtener con ello”.

(P.E.1)

“Muchas veces, la motivación de los internos es un poco utilitarista, pero es comprensible”.

(P.E.2)

Por otro lado, ambos profesionales coinciden en la idea de que, aunque la persona se ha planteado el tratamiento por un motivo de este tipo, por lo menos se lo ha planteado, cuando quizás en la calle no lo habrían contemplado en ningún momento.

Sin embargo, y aquí entramos en el problema de la masificación y la escasez de recursos humanos de tratamiento, el MT tiene plazas limitadas, por lo que el proceso de selección que realiza el psicólogo del GAD es fundamental para elegir a aquellos internos que tengan una motivación real y una perspectiva de éxito. Los internos, por su parte, también son conscientes de esta situación:

“El tema terapéutico allí es muy difícil, hay muy poco personal y es muy difícil hacer un plan individualizado para cada persona,...no hay gente, no hay medios”.

(I.E.2)

5.2 Suficiencia del tratamiento

Además de la masificación de las prisiones, debemos tener en cuenta que el personal de tratamiento es muy bajo en comparación con el personal de vigilancia (un 20% frente a un 80%) (García, J., 2012). Este hecho hace que el tratamiento especializado de drogodependencias llegue a muchos menos internos de los que debería; esta situación es reconocida por los profesionales, quienes afirman que el tratamiento que se ofrece tendría que ser más amplio tanto en servicios como en personal:

"Se debería profundizar un poco más en lo que ya se está haciendo, más dotación de personal,... básicamente, que arriesguen más desde prisión".

(P.E.1)

"Para empezar, se debería tener un equipo más amplio, sobre todo de psicólogos, ya que el número de éstos es muy reducido y en segundo lugar, debería creer todo el mundo en el tratamiento; aunque creo que esto tendría que ser el primer paso".

(P.E.2)

Si interpretamos la primera frase, podemos concluir que, si se debe profundizar más en lo que se está haciendo, es porque lo que se está haciendo actualmente está teniendo resultados positivos; por tanto se quiere saber si los profesionales opinan que el tratamiento es efectivo.

5.3 Efectividad del tratamiento

A pesar de la insuficiencia y poco alcance del tratamiento de drogodependencias, sí que es cierto que, para las personas que disfrutan de él, tiene un alto índice de éxito. Los profesionales así lo afirman:

"En mi opinión, sí es efectivo; hay gente que sale a la calle y es totalmente capaz de retomar su vida laboral, familiar, etc. Podría decirse que, en muchos casos, hay reinserción total".

(P.E.2)

Sin embargo, los criterios de efectividad de un tratamiento de drogodependencias han cambiado mucho en los últimos años. Anteriormente, se hablaba de efectividad cuando la persona dejaba de consumir completamente y se mantenía abstemio. Como criterio de éxito se entiende que es el más importante; sin embargo, este concepto ha evolucionado, y ahora podemos hablar de un abanico de criterios de efectividad que varían de una persona a otra, es decir, criterios que son individualizados y ajustados a las capacidades de cada individuo:

"A veces cuando trabajas con casos de bajo umbral, que es gente muy castigada, con una trayectoria de consumo muy larga y con varias entradas en prisión, pedirles que no consuman es condenarle tanto a él como a los profesionales al fracaso y a la frustración".

(P.E.1)

Además de estos criterios, se debe considerar que un tratamiento que va a ser continuado en el exterior una vez que los usuarios hayan salido del C.P. requiere de una coordinación eficaz entre la prisión, las entidades participantes y los Servicios Sociales extrapenitenciarios. Si no existiera buena coordinación, los programas no serían constantes y quedarían incompletos. Tras conocer la opinión de los profesionales, se afirma que la coordinación que existe es muy buena, y que la institución penitenciaria les facilita su labor dentro de la prisión:

"Existe, definitivamente, muy buena coordinación"

(P.E.2)

5.4 Disonancia de criterios: tratamiento vs. control

Anteriormente, las dificultades tenían que ver con la mera entrada a la prisión, pero ahora lo facilitan mucho. En este momento existen problemas de criterios, porque los criterios de intervención que tienen ambas entidades son únicamente terapéuticos, pero en prisión hay criterios terapéuticos pero también penales o legales, y a veces no coinciden.

“Nosotros podemos entender que una persona está preparada para realizar un programa y que lo puede hacer fuera, pero ellos entienden que no, que por la peligrosidad <<o por lo que sea>> no lo puede hacer”.

(P.E. 1)

Dado que estas entidades son, como hemos visto, complementarias a II.PP., deben seguir las normas que regulan el trabajo en prisiones; además, según la normativa penitenciaria vigente, en una situación en la que confluya un conflicto de criterios, siempre se le dará más peso a la seguridad que al tratamiento, por lo que a veces las entidades no realizan su trabajo tal y como les gustaría:

“Pienso siempre que CR está muy bien aceptada allí, pero que no es nuestra casa, tenemos que acatar unas normas, que son también lógicas; y lo que nunca haré será poner al interno en contra del Centro, por lo que en ocasiones acabas boicoteando tus propios programas”.

(P.E.2)

La prisión está basada en principios de seguridad, y el hecho de que no “arriesguen” con los internos es muy comprensible. Hablamos ahora del concepto social y la presión mediática que existe hacia el tema de prisiones.

5.5 Desconocimiento social y presión mediática

Según los entrevistados, existe un desconocimiento social muy profundo sobre el sistema penitenciario:

"Tendemos a hablar de lo que no conocemos. La sociedad vive de espaldas a las prisiones, y si no, mira donde están; están en medio del campo, y no precisamente porque sea bucólico".

(P.E.2)

El desconocimiento produce un rechazo, y el rechazo lleva al aislamiento. Esto crea una sensación de inseguridad en la sociedad, la cual piensa que en las prisiones hay únicamente gente muy peligrosa; además, los medios de comunicación no hacen más fácil la situación, ya que solo reflejan en sus noticias sucesos negativos:

"Cuando hay una salida terapéutica y vamos de visita a algún lugar, si no pasa nada, no se va a enterar nadie más de los que lo sabemos; si pasa algo, se va a enterar toda España de que el "preso número <<tal>> se ha escapado en la salida terapéutica <<tal>> bajo la responsabilidad de <<tal>>".

(P.E.2)

"Nosotros continuamente nos podemos "arriesgar" con alguien, pero en prisión no están para muchos riesgos porque como luego salga mal, y ese salir mal signifique que la persona haya hecho algo muy grave, los medios de comunicación entrarían a degüello".

(P.E.1)

Es curioso cómo se deforma la información, ya que dentro del C.P. Zuera se realizan toda una serie de actividades y programas de reinserción, así como salidas terapéuticas al exterior, actividades culturales ó charlas, entre otras muchas cosas; y sin embargo, la población no lo sabe (o no lo quiere saber) y

todo ello, directa o indirectamente, hace que los internos vean cada vez más reducidas sus posibilidades de salir al exterior.

“Este tipo de situaciones hace que cualquier permiso o cualquier medida de este tipo haya que mirarla con mucho cuidado”.

(P.E.1)

Este apartado confirma la hipótesis de que los profesionales del tercer sector consideran que el tratamiento de drogodependencias es efectivo, y que esa efectividad es posible gracias a una buena coordinación entre el Centro Penitenciario, ONGs y los servicios extrapenitenciarios.

IV. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A continuación, se exponen las conclusiones que se extraen de este Trabajo, acompañadas algunas de ellas por propuestas de actuación dirigidas a mejorar el tratamiento de drogodependencias en la prisión y aumentar su eficacia y alcance.

1. Conclusiones

1. En primer lugar, y en relación a la presencia de entidades del tercer sector dentro de prisión, se concluye que ésta ha experimentado un aumento espectacular, sobre todo a lo largo de los últimos 10 años; pero todos los comienzos son difíciles. Si existe actualmente tanta presencia de entidades dentro de la prisión es porque, antes de que la legislación penitenciaria contemplara el tratamiento, fueron ellas las que dedicaron su tiempo y esfuerzo a realizar una labor que no era respaldada por la mayoría. Gracias a esta dedicación, hoy en día las prisiones se encuentran relativamente abiertas a recursos externos y la participación y protagonismo del personal ajeno a la I.P. es cada vez mayor.

2. Al comienzo de la investigación, se propone conocer la problemática de la droga en prisión. Analizando los datos, tanto cualitativos como cuantitativos, se puede afirmar que, dentro de la prisión de Zuera, la drogadicción es una problemática real y latente. Esta drogodependencia de muchos no solo tiene consecuencias negativas para ellos mismos (salud, delincuencia, problemáticas sociales y familiares, etc.) sino que crea en la prisión un ambiente de violencia e inseguridad entre internos (ya sean o no consumidores) y este hecho repercute directamente en la convivencia y vida diaria de los diferentes módulos.

Pero ante la cuestión de si es la prisión un elemento favorecedor de consumo, se concluye que sí, pero "a medias". Sí que favorece el consumo en el sentido de que el excesivo tiempo libre y el cúmulo de problemas que pueden tener los internos hace que muchos de ellos consuman para ocupar su tiempo libre; pero un aspecto recalcado por todos los entrevistados (tanto internos como profesionales) es que la prisión no es el factor que desencadena el consumo en una persona abstemia, sino que la persona ya venía con un consumo del exterior, que muchas veces está estrechamente relacionado con su delito (delincuencia funcional).

3. En el primer apartado de este capítulo hemos hablado de la participación de las entidades del tercer sector a nivel general, es decir, se hablaba de todas las entidades que colaboran en los programas específicos de tratamiento que ofrece la prisión (ya sea salud mental, seguridad vial, etc.). En este caso, nos centraremos en el tema que nos ocupa, que es el tratamiento de drogodependencias y las entidades que en él intervienen.

Se concluye que ambas entidades comenzaron su labor dentro de prisión por motivos humanitarios. Los entrevistados afirman que la intervención que han ido ofreciendo ha cambiado mucho desde que comenzaron hasta la actualidad, siendo anteriormente una atención meramente asistencialista y escasa, cuya evolución ha derivado en el seguimiento y tratamiento individualizado de cada uno de los internos.

Por otra parte, la aceptación de las entidades es casi total dentro del Centro Penitenciario, ya que afirman los entrevistados que existe mucha gente que trabaja allí que cree realmente en el trabajo que se está haciendo; una vez que existe apoyo por parte de II.PP., la labor de las ONGs ha sido cada vez más intenso y más fácil.

Una vez que II.PP. fue adquiriendo competencias en tratamientos de drogodependencia, las entidades han ido abandonándolas, ya que consideran que este tratamiento dentro de prisión debe estar fundamentalmente realizado por la administración pública.

4. Actualmente, la prisión ofrece cuatro programas específicos que abordan el problema de la drogodependencia, que son el Módulo Terapéutico, el GAD, el PIJ y el programa de metadona.

La labor de las ONGs se centra mayoritariamente en el GAD y en el MT, siendo estas un elemento colaborador y anexo a la prisión. Dada la gran cantidad de personal ajeno a II.PP. que participa en estos programas, y el escaso personal tratamental que posee la prisión, se concluye que estos programas no podrían ser llevados a cabo únicamente por la institución, sino que es la colaboración de las entidades externas la que permite que puedan llevarse a cabo. Tras la investigación, se ha comprobado que la prisión considera que la participación de estas entidades dentro de los programas de tratamiento no solo los ha favorecido, sino que también los han enriquecido y han permitido que se desarrolle de la forma en que lo hacen.

Se ha producido, en general, un incremento de internos beneficiarios de programas tratamentales (GAD y MT) y un descenso en los programas que nada tienen que ver con el ámbito de la intervención y tratamiento social (programa de metadona y PIJ). Se podría concluir que se está pasando de un asistencialismo a un tratamiento social individualizado.

5. Lamentablemente, la investigación ha concluido que el tratamiento, si bien tiene altos índices de efectividad, no es ni mucho menos suficiente dada la gran cantidad de internos con problemas de drogodependencia.

Tanto los profesionales entrevistados como los ex internos son conscientes de que la prisión no dispone de los medios necesarios (ya sean personales, materiales, recursos, etc.) para poder ofrecer un tratamiento efectivo a la mayoría de población reclusa drogodependiente.

Sin embargo, a pesar de que podemos considerar que estos programas de drogodependencias tienen poco alcance en relación a la población reclusa con problemas de consumo, sí que se concluye que albergan muchos más beneficiarios que el resto de programas de otros tratamientos específicos, es decir, que los beneficiarios de programas de drogodependencias es de un 37%

en relación al 63% de los beneficiarios del resto de programas juntos. Esto indica que, a pesar del corto alcance, la problemática de la drogadicción tiene un protagonismo especial dentro del C.P. Zuera.

6. Con respecto a la relación entre número de programas de tratamiento y número de beneficiarios, ha quedado demostrado que mantienen una relación directamente proporcional. Dado que los programas de tratamiento han experimentado un aumento considerable en los últimos 10 años, también ha aumentado notablemente el alcance de este tratamiento siendo cada vez más internos los que se benefician de ello.

7. Por último, se concluye que la presión mediática hace que las prisiones no puedan arriesgarse con los internos, y esto repercute directamente en su bienestar. Así, los beneficios penitenciarios son cada vez más difíciles de conseguir, ya que los criterios de acceso son progresivamente más duros.

2. Propuestas de actuación:

1. Si es cierto que la presencia de personal procedente de entidades del tercer sector hace que aumente el alcance de tratamiento (a más personal, más recursos y, por tanto, más beneficiarios) se debería favorecer, por parte de la prisión, la entrada de más profesionales para poder facilitar el acceso a mayor número de internos. Por otra parte, también considero que sería positivo que, desde las entidades externas, se crearan más intervenciones y se enviaran más profesionales para trabajar en prisión. Si ambas propuestas tuvieran lugar, el número de beneficiarios de programas de drogodependencia sería mucho mayor.

2. En el Trabajo ha quedado demostrado que el número de programas de tratamiento y el número de beneficiarios de ellos es directamente proporcional, es decir, a más programas más internos participan. Por tanto, creo que la propuesta más lógica en este caso sería que por parte de II.PP. se crearan muchos más programas de tratamiento para que así el alcance de éste fuera cada vez mayor. Pero para ello se necesita más personal tratamental de la institución y más colaboración de entidades del tercer sector.

3. En el Trabajo se ha concluido que los familiares de los internos no reciben asistencia personalizada, sino que solo disponen del Trabajador Social para preguntar dudas, buscar soluciones a los problemas derivados del encarcelamiento del familiar y para obtener información general. Por su parte, las entidades del tercer sector tampoco trabajan con la familia, ya que es la parcela que corresponde al TS penitenciario y que, como hemos dicho antes, no se pueden solapar competencias. Esto hace que la familia del interno esté desprotegida y vulnerable, ya que no reciben una atención acorde con las circunstancias que se ven obligadas a vivir, cambio de roles familiares, laborales, problemas económicos y sociales, etc. En mi opinión, se debería promover desde el TS penitenciario la inclusión de programas de "tratamiento" -destinados a las familias, en los cuales éstas pudieran expresar sus problemas e inquietudes y, a su vez, relacionarse con personas que se encuentran en la misma situación.

Creo que no es fácil tener un familiar encarcelado y verte completamente solo y desamparado en esa nueva situación, por lo que considero que estas terapias familiares hacen mucha falta.

4. Considerando la alta presión mediática que envuelve todo el ámbito penitenciario, creo que sería conveniente que la sociedad conociera las prisiones realmente, que éstas se abrieran y dieran a conocer todas las actividades, programas y recursos culturales que ofrecen, así como incidir siempre en los resultados positivos más que en los negativos. Si la sociedad conociera más en profundidad las prisiones, se eliminarían muchos estereotipos y prejuicios hacia las cárceles y los internos, por lo que II.PP. estaría más integrada en la sociedad y no tendría que estar continuamente escondiéndose de la opinión social y los medios de comunicación. Por otro lado, la sociedad también debe cambiar su perspectiva y mostrarse abierta a la información que se daría desde las prisiones. Por supuesto, para que esta situación tenga lugar queda todavía mucho camino por recorrer y muchas paredes que derribar.

V. GLOSARIO

En este apartado se encuentran las siglas utilizadas a lo largo del Trabajo junto a su significado:

APPDMG	All-Party Parliamentary on Drug Misuse Group
CP	Centro Penitenciario.
CPA	Catálogo de Programas y Actividades del Centro Penitenciario de Zuera.
CR	Cruz Roja.
DGPNsD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
GAD	Grupo de Atención al Drogodependiente.
ESDIP	Encuesta Estatal sobre Salud y consumo de drogas en Instituciones Penitenciarias.
II.PP.	Instituciones Penitenciarias.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
LOGP	Ley Orgánica General Penitenciaria.
MT	Módulo Terapéutico.
OCDD	Observatorio Contra la Drogas y el Delito.
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito
PH	Proyecto Hombre.
PIT	Programa Individualizado de Tratamiento.
PNsD	Plan Nacional sobre Drogas.
PNsS	Plan Nacional sobre el Sida.
RP	Reglamento Penitenciario.
SGIP	Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
VHB	Virus de la Hepatitis B.
VHC	Virus de la Hepatitis C.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

VI. REFERENCIAS

1. Bibliografía citada:

ABELLÁN ALBERTOS, A., 2011, " Drogas y prisión" en VV.AA., "Manual de lucha contra la droga". Navarra, editorial Aranzadi. Pp. 901-934

All-Party Parliamentary on Drug Misuse Group, 1998, "Prisons and Drug Misuse". United Kingdom, House of Lords. Pp. 1-4. Recuperado en línea, abril del 2012, en Portal DrugScope.

(http://www.drugscopec.org.uk/Resources/Drugscopec/Documents/PDF/Policy/APPG_Prisons_and_drugs_misuse.pdf)

CACHAIRO CALERO, J., 2011, "Entorno social y conductas relacionadas con la drogadicción" en VV.AA., "Manual de lucha contra la droga". Navarra, editorial Aranzadi. Pp. 129-151.

CARCEDO GONZÁLEZ, R. J. y REVIRIEGO PICÓN, F., "Reincisión, derechos y tratamiento en los centros penitenciarios". Colección Psicología, Salamanca, Ediciones Amarú.

CASTIELLA LAFUENTE, F., 2011, "Las drogas, un punto de vista personal" en VV.AA., "Manual de lucha contra la droga". Navarra, editorial Aranzadi. Pp. 211-250

CORBETTA, P., 2007, "Metodología y técnicas de investigación social". Madrid, edita McGrow Hill.

CURIEL LÓPEZ DE AZCARATE, A.M. y DOMÍNGUEZ-GIL GONZÁLEZ, M., 2011, "Concepto y tipos de drogas. Terminología en drogas y psicofármaco" en VV.AA., "Manual de lucha contra la droga". Navarra, editorial Aranzadi. Pp. 57-75.

CUENCA RUIZ, A., 2011, "Delitos contra la salud pública" en VV.AA., "Manual de lucha contra la droga". Navarra, editorial Aranzadi. Pp. 367-389.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1), 2006, "Encuesta estatal sobre salud y consumo de drogas entre la población penitenciaria" (ESDIP). Madrid, edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado en línea, marzo de 2012 en PNsD.msc.com (<http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf>)

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2), 2006, "Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios". Madrid, edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado en línea, marzo de 2012, en <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/publica/pdf/IntervCCPP.pdf>

DUBOIS, B. y KROGSRUD, K., 1992, "Social Work, an empowering profession". United States of America, PEARSON Education.

ELZO, J., 2001. "Drogas y violencia juvenil" en VV.AA., "Drogas y drogadicción: un enfoque social y preventivo", Col. Humanidades nº 61. Murcia, Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha. Pp. 75-90.

FERNÁNDEZ MARTÍN, J.M., 2011, "Aspectos médico legales del consumo de tóxicos" en VV.AA., "Manual de lucha contra la droga". Navarra, editorial Aranzadi. Pp. 77-96

Fundación ATENEA, 2010, "La metodología de la comunidad terapéutica". Edita Fundación Atenea. Recuperado en línea, abril de 2012 en el portal FundaciónAtenea.com. (<http://fundacionatenea.org/htp://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2011/03/LA-METODOLOG%C3%8DA-DE-LA-COMUNIDAD-TERAPEUTICA.pdf>)

Fundación ATENEA, 2011 "Prisiones, drogas y exclusión social". Edita Fundación Atenea. Recuperado en línea, abril de 2012 en el portal Boletín Tokata.

(<http://boletintokata.files.wordpress.com/2011/09/prisionesdrogasexclusic3b3nsocial.pdf>)

GARCÍA COLLANTES, A., 2011, "Aspectos criminológicos en la lucha contra las drogas" en VV.AA., "Manual de lucha contra la droga". Navarra, editorial Aranzadi. Pp. 539-555

GARCÍA MARTÍNEZ, Jesús, 2012, Apuntes de clase de la asignatura "Trabajo Social en el ámbito de la Justicia". Universidad de Zaragoza.

GUTIERREZ RESA, A., 2007, "Drogodependencias y Trabajo Social". Madrid, Ediciones Académicas.

GRAVETT, S., 2000, "Drugs in prison. A Practitioner's Guide to Penal Policy and Practice". London-New York, ed. CONTINNUM.

Junta de Extremadura, 2007, "Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual". Extremadura, edita Servicio Extremeño de Salud y Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud.

LLEDÓ, M.M., 2005, "Población drogodependiente penalizada" en VV.AA.: "Servicios Sociales y cárcel. Alternativas a la actual cultura punitiva". Vitoria, Ed. Salhaketa. Pp. 67-80.

MOWBRAY RUIZ, R. y PULIDO IZQUIERDO, M., 1994, "Manual práctico para familiares de drogodependientes", Madrid, edita Fundación CREFAT.

Observatorio contra la Droga y el Delito, 2003, "Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas". Manual sobre el Tratamiento de abuso de drogas. Nueva York, edita Naciones Unidas. Recuperado en línea, mayo de 2012, en Unodc.org

(http://www.unodc.org/docs/treatment/Investing_S.pdf)

PETERS, R. H. y MAY II, R., 1992, "Drug treatment in prisons and jails" en VV.AA., "Drug abuse treatment in prisons and jails" Research, monograph series 118. Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services. Pp. 38-50

REDONDO, S., 1992, "Evaluar e intervenir en las prisiones. Análisis de conducta aplicado". Barcelona, ed. Universitas-30, PPU.

RODRÍGUEZ DÍAZ, F. J., PAÍNO QUESADA, S. G., HERRERO DÍAZ, F. J. Y GONZÁLEZ CUEVAS, L. M., 1997, "Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria", *Revista Psicothema*, Vol. 9, nº 3. Universidad de Oviedo y Universidad de La Coruña. Pp 587-598. Recup. en línea, mayo 2012, portal Psicothema. (<http://www.psicothema.com/pdf/129.pdf>)

SÁNCHEZ-OCAÑA, R., 1987, "Las drogas, un problema de todos", col. Tablero. Madrid, edita Instituto de Estudios Económicos.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2010, "Informe General 2010", Madrid, Ministerio del Interior. Recup. el en línea, marzo de 2012, en Interior.Gob.es (<http://www.interior.gob.es/file/55/55820/55820.pdf>)

STANGELAND, P., GARCÍA, S., VALDIVIA, M.D., CEREZO, A.I., PRIETO, A.M., SOTO, S., GARCÍA, O. Y GARCÍA, E., 2004, "Las drogas en la delincuencia". Valencia, edita Tirant lo Blanch.

WEXLER, H. K., FALKIN, G. P., LIPTON, D. S. y ROSEMBLUM, A. B., 1992, "Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment" en VV.AA., "Drug abuse treatment in prisons and jails" Research, monograph series 118. Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services. Pp. 1-7.

WRIGHT, N., MARTEAU, D. y PALMER, J.: "The Offender and Drug Treatment. Making it work across prisons and wider secure environments", 2010. Leeds, United Kingdom, Wright Health Publishing.

2. Bibliografía consultada:

ADINT, V., 1995, "Drugs and prison". *The drug abuse prevention library*. New York, Rosen Publishing Group.

BROWN, B.S., 1992, "Program models" en VV.AA., "Drug abuse treatment in prisons and jails" Research, monograph series 118. Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services. Pp. 31-37

Coordinadora de ONGs que Intervienen en Drogodependencias, 1996, "Drogodependencias en el ámbito penitenciario". Madrid, edita Coordinadora de ONGs, patrocina Plan Nacional sobre Drogas.

ELGER, B.S., 2009, "Prison life: Television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison". International Journal of Law and Psychiatry, Elsevier Ltd. Consultado en línea, marzo de 2012, en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19201470>.

FLETCHER, B.W. y TIMS, F.M., 1992, "Methodological issues: Drug abuse treatment in prisons and jails" en VV.AA., "Drug abuse treatment in prisons and jails" Research, monograph series 118. Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services. Pp. 246-270.

GREGRICH, J., 1992, "Management of the Drug-abusing offender" en VV.AA., "Drug abuse treatment in prisons and jails" Research, monograph series 118. Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services. Pp.211-231

HERNANDEZ SAMPERI, R., FERNANDEZ-COLLADO, C., y BAPTISTA LUCIO, P., 2007, "Metodología de la investigación". México, ed. McGraw Hill.

MORENO S., R. - VERA REMARTÍNEZ, E. - GARCÍA GUERRERO, J., PLANELLES RAMOS, M.V., 2008, "Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera", *Revista Española*

de *Sanidad Penitenciaria* vol. 10, Barcelona. Pp. 41-47. Recup. en línea, marzo de 2012, en <http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v10n2/original2.pdf>

3. Legislación

Circular 5/95, de 15 de febrero, de la DGIP sobre Política Global de actuación en materia de drogas en IIPP. Consultado en línea, febrero de 2012, en PNsD.msc.com (<http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/legisla/pdf/c48.pdf>)

Circular 17/2005, de 7 de julio, "Programas de intervención en materia de drogas en II.PP.". Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP), Ministerio del Interior. Consultado en línea, Julio de 2012 en acaip.info (http://www.acaip.info/info/circulares/2005_17.pdf)

Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social

Constitución Española de 1978. Consultado en línea, febrero de 2012, en Noticias.Juridicas.com. (http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html)

Instrucción 9/2009, de 17 de noviembre, de Intervención de organizaciones no gubernamentales, asociaciones entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario. Consultado en línea, febrero de 2012, en [InstituciónPenitenciaria.es. \(http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/INSTRUCCION_9-2009.pdf\)](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/INSTRUCCION_9-2009.pdf)

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Consultado en línea, febrero de 2012, en portal Noticias.Juridicas.com (http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo1-1979.html)

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Consultado en línea, febrero de 2012, en portal

Noticias.Juridicas.com. (http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/rd190-1996.html)

Recomendación (2006) del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas. Traducción: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, Dto. de Justicia, Generalitat de Catalunya, abril 2010. Consultado en línea, febrero 2012, en (http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/SC_5_024_10_cast.pdf)

4. Webgrafía

INE.es – Web del Instituto Nacional de Estadística.

InstituciónPenitenciaria.es – Web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, Gobierno de España.

UNODC.org – United Nations Office on Drugs and Crime.

VII. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

1. Índice de gráficos

Gráfico 1 - Participación ONGs en el C.P.Zuera.....	55
Gráfico 2 - Procedencia del personal tratamental en el MT	65
Gráfico 3 - Evolución del nº de programas y de internos beneficiarios	69
Gráfico 4 - Internos en programas de tto. de drogodependencias	71
Gráfico 5 - Programas de tto. de drogodependencias en relación con otros programas específicos	73
Gráfico 6 - Porcentaje internos en programas de drogas en relación con otros programas	74

2. Índice de tablas

Tabla 1 - Profesionales entrevistados.....	18
Tabla 2 - Internos entrevistados	19
Tabla 3 - Participación de ONGs en el C.P.Zuera.....	54
Tabla 4 - Evolución del nº de programas y de internos beneficiarios.....	68
Tabla 5 - Internos en programas de tto. de drogodependencias.....	70
Tabla 6 - Internos beneficiarios de programas de tratamiento. Drogodependencia frente a otros.	74

