



"EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS"

Fernando Lara Ortega y Victoria Ramos Barbero
Universidad de Burgos

Resumen: en este trabajo queremos explicar la intervención con reclusos drogodependientes. Analizamos los objetivos de la Institución Penitenciaria en esta materia y describimos las características de los principales programas, como son los de prevención y educación para la salud, los de reducción de riesgos y de daños, los de tratamiento de la dependencia y los de reincorporación social. La excarcelación de internos drogodependientes para cumplir su condena en un centro extrapenitenciario se inició en el Centro Penitenciario de Burgos en 1985 y continúa en la actualidad. A partir de una muestra de 120 sujetos que se beneficiaron de ser excarcelados a un centro terapéutico analizamos la eficacia de este tipo de medidas alternativas a la pena privativa de libertad.

Palabras clave: adictos a drogas, delincuencia, tratamiento penitenciario, alternativas a la pena privativa de libertad, comunidad terapéutica.

Abstract: in this paper we explain the intervention with drug addict prisoners. We analyze the objectives of the Correctional Institution in this area and we describe the characteristics of major programs, such as prevention and health education, the reduction of risks and damages, the treatment of dependence and social reintegration. The relocation of drug addict inmates into a therapeutic community outside prison started in Burgos Prison in 1985 and continues today. From a sample of 120 prisoners released a therapeutic community, we analyze the effectiveness of this alternative to imprisonment.

Key words: drug addicts, delinquency, prison treatment, alternatives to imprisonment, therapeutic communities.

INTRODUCCIÓN

Entre las personas que ingresan en prisión la drogodependencia es uno de los problemas más importantes, por su magnitud y por la gravedad de las complicaciones biopsicosociales asociadas. El ordenamiento legislativo de la intervención con las personas privadas de libertad establece que el fin de la Institución Penitenciaria es la reeducación y inserción social, utilizando los programas y técnicas de carácter psicosocial que vayan orientadas a aquellas problemáticas específicas, debiendo tener el interno con dependencia de sustancias psicoactivas la posibilidad de seguir programas de tratamiento y de atención especializada (Ministerio del Interior, 2005).



"EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS"

La optimización de las actuaciones es consecuencia del grado de compromiso de los profesionales que trabajan en los Centros Penitenciarios y de la coparticipación de los Planes sobre Drogas y sobre el Sida, Entidades y ONGs, coordinado por los miembros integrantes de los GAD (Grupo de Atención a Drogodependientes). En cada Centro Penitenciario está constituido el GAD, equipo multidisciplinar formado por profesionales penitenciarios, miembros de ONGs y de otras instituciones, que define los objetivos, la coordinación de los recursos y el seguimiento y evaluación de las intervenciones con internos drogodependientes. El GAD lleva a cabo el diseño, ejecución y evaluación de cada uno de los programas específicos (prevención, reducción de riesgos, metadona, deshabituación, etc.) (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2000).

Las intervenciones dirigidas a la población penitenciaria se estructuran en torno a tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: prevención, asistencia y reincorporación social (Circular 17/2005 IP; Ministerio del Interior, 2005; Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001; Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2000).

En este conjunto de intervenciones es muy importante motivar al recluso para que se adhiera al tratamiento. Con nuestra investigación analizamos la importancia de la motivación en el cambio de la conducta adictiva y del estilo de vida.

MÉTODO

La población en esta investigación la formaban 145 internos que a lo largo del periodo 1985 - Junio 2003 fueron propuestos para ser excarcelados del Centro Penitenciario de Burgos para cumplir una medida alternativa a la pena privativa de libertad en una Unidad Extrapenitenciaria de tratamiento de su drogodependencia.

De dicha población se extrajo una muestra de 120 sujetos a los que definitivamente el Centro Directivo de Instituciones Penitenciarias (n=109) o en su caso el Juez o Tribunal Sentenciador (n=11) les concedió esta medida alternativa.

No se seleccionaron 25 sujetos por las siguientes razones:

- Falta de datos, principalmente por traslado de su expediente a otro centro penitenciario (n=9).
- No se les concede la medida alternativa (n=16).

En el diseño de nuestra investigación distinguimos tres periodos:

- Condena anterior: sujetos que han estado en prisión cumpliendo condena en un periodo anterior a la condena base.
- Condena base: condena cumplida por los sujetos en la que son excarcelados a un centro terapéutico extrapenitenciario y a partir de su excarcelación, se realizó el seguimiento.
- Condena posterior: condena cumplida durante los años siguientes a su excarcelación por comisión de nuevos delitos.

Para el proceso de codificación propiamente dicho se diseñó una exhaustiva plantilla de introducción de datos extraídos del Protocolo y del Expediente Penitenciario. Hemos analizado las siguientes variables en relación con el tratamiento de su drogodependencia y que pasamos a definir:

- Número de intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión. Esta primera entrada puede ser en calidad de detenido, preventivo o penado¹. Se toma el criterio temporal de seis meses que es el tiempo necesario medio para conseguir cierta estabilidad en el cambio de conducta según algunas investigaciones (Girón, 1995, 2007; OEDT, 2005; Santos, 1999). Consideramos que ha habido un intento rehabilitador cuando la permanencia del sujeto en el centro de tratamiento es inferior a seis meses. En esta variable establecimos siete categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, más de cuatro y no consta².



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Número de tratamientos de deshabitación previos a la primera entrada en prisión. Esta primera entrada puede ser en calidad de detenido, preventivo o penado. Se toma el criterio temporal de seis meses que es el tiempo necesario medio para conseguir cierta estabilidad en el cambio de conducta (OEDT, 2005). Consideramos que ha habido un tratamiento de deshabitación cuando la permanencia del sujeto en el centro de tratamiento es igual o superior a seis meses. En esta variable establecimos tres categorías: cero, uno, dos y no consta.

- Número de intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión. Estos intentos rehabilitadores son anteriores a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base e iniciados fuera de la cárcel después de este primer ingreso en prisión. En esta variable establecimos ocho categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, más de cuatro, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).

- Tratamiento de deshabitación en Centro Ambulatorio³, posterior a la primera entrada en prisión. El tratamiento de deshabitación (igual o superior a seis meses) es anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).

- Tratamiento de deshabitación en Centro de Día⁴ posterior a la primera entrada en prisión. El tratamiento de deshabitación (igual o superior a seis meses) es anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).

- Tratamiento de deshabitación en Comunidad Terapéutica⁵ posterior a la primera entrada en prisión. El tratamiento de deshabitación (igual o superior a seis meses) es anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).

- Motivo de baja en el centro de tratamiento. Hace referencia al motivo de finalización de los intentos de rehabilitación y tratamientos de deshabitación, previos a la derivación a comunidad terapéutica en condena base. En esta variable establecimos siete categorías:

- Expulsión: cese obligatorio del tratamiento justificado por incumplimiento de normas. La situación más frecuente es por comportamientos de violencia física o verbal con miembros del equipo terapéutico, con otros pacientes o con familiares de los mismos (Marcos, 2001).

- Abandono voluntario: el paciente no acude a realizar el tratamiento sin avisar al centro de tal circunstancia y sin argumentar un motivo lo suficientemente importante para justificar su ausencia en las actividades del centro. El paciente no sigue las instrucciones terapéuticas y rechaza el tratamiento (Marcos, 2001; Fernández, 1989).

- Ingreso en prisión: cuando por las circunstancias judiciales del paciente, éste ha de abandonar el centro para ingresar en un recinto penitenciario, por un tiempo, que justifica la interrupción del proceso terapéutico en el centro de referencia (Marcos, 2001).

- Alta voluntaria: hace referencia a un paciente que decide no continuar el tratamiento porque considera que ya está rehabilitado pero el equipo terapéutico no está de acuerdo con esta decisión. En

**"EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS"**

este supuesto el paciente avisa al centro de tal circunstancia y se elabora la despedida con su terapeuta de referencia. Es una forma de finalizar el tratamiento mas madura que el abandono o expulsión.

- Alta terapéutica: hace referencia a una persona totalmente rehabilitada a todos los niveles (físico, psicológico, social), con un estilo de vida autónomo, socialmente adaptado y fundamentado en valores personalmente elegidos (Menéndez y Rico, 2004)⁶.

- No consta

- No procede: el sujeto no ha tenido ni intentos de rehabilitación ni tratamientos de deshabituación, es decir no ha acudido estando en libertad a un centro específico de drogas.

RESULTADOS

El análisis efectuado es de tipo descriptivo y hemos usado el paquete estadístico SSPS, versión 15,0. Describimos a continuación el resultado del análisis de las variables estudiadas

Intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión (inferior a 6 meses).

La mayoría de los sujetos el 73,3% no ha acudido antes de su primer ingreso en prisión a un centro especializado de tratamiento de su drogodependencia.

Tabla 1. Distribución según el número de intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Cero	88	73,3	73,3
	Uno	17	14,2	87,5
	Dos	9	7,5	95,0
	Tres	4	3,3	98,3
	Más de cuatro	2	1,7	100,0
	Total	120	100,0	

Tratamientos de deshabituación previos a la primera entrada en prisión (mínimo o superior a 6 meses).

Un 86,7 % de los sujetos no ha permanecido en tratamiento de deshabituación antes de su primera entrada en prisión, frente a un 13,4% que ha llevado a cabo entre uno y dos tratamientos de deshabituación antes de su primera entrada en prisión.

Tabla 2. Distribución según el número de tratamientos de deshabituación previos a la primera entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Cero	104	86,7	86,7
	Uno	14	11,7	98,3
	Dos	2	1,7	100,0
	Total	120	100,0	



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Intentos rehabilitadores, posteriores a la primera entrada en prisión y anteriores a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica, realizada durante la condena base (inferior a 6 meses).

El 41,7% de los sujetos no ha realizado ningún intento de tratamiento a su salida del primer ingreso en prisión, frente al 58,3% que después de salir de su primer ingreso en prisión han realizado entre uno y más de cuatro intentos rehabilitadores de su problemática de drogas.

Tabla 3. Distribución según el número de intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cero	48	40,0	41,7	41,7
	Uno	28	23,3	24,3	66,1
	Dos	17	14,2	14,8	80,9
	Tres	8	6,7	7,0	87,8
	Cuatro	7	5,8	6,1	93,9
	Más de cuatro	7	5,8	6,1	100,0
	Total	115	95,8	100,0	
Perdidos	No procede	5	4,2		
Total		120	100,0		

Tratamiento de deshabituación en régimen ambulatorio, posterior a la primera entrada en prisión y anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica, realizada durante la condena base (mínimo o superior a 6 meses).

Un 13,9 % de los sujetos realizaron tratamiento de deshabituación en régimen ambulatorio a su salida de su primer ingreso en prisión.

Tabla 4. Distribución según tratamiento en centro ambulatorio, anterior a la derivación extrapenitenciaria.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	99	82,5	86,1
	Si	16	13,3	13,9
	Total	115	95,8	100,0
Perdidos	No procede	5	4,2	
Total		120	100,0	

Tratamiento de deshabituación en Centro de Día, posterior a la primera entrada en prisión y anterior a la derivación extrapenitenciaria a la Comunidad Terapéutica, realizada durante la condena base (mínimo o superior a 6 meses).

Un 2,6% de los sujetos realizaron tratamiento en Centro de Día a su salida de su primer ingreso en prisión.



"EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS"

Tabla 5. Distribución según tratamiento en centro de día, anterior a la derivación extrapenitenciaria.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	112	93,3	97,4
	Sí	3	2,5	2,6
	Total	115	95,8	100,0
Perdidos	No procede	5	4,2	
Total		120	100,0	

Tratamiento de deshabitación en régimen residencial o Comunidad Terapéutica, posterior a la primera entrada en prisión y anterior a la derivación extrapenitenciaria a la Comunidad Terapéutica, realizada durante la condena base (mínimo o superior a 6 meses).

Un 31,3% de los sujetos realizaron tratamiento en Comunidad Terapéutica a su salida de su primer ingreso en prisión.

Tabla 6. Distribución según tratamiento en comunidad terapéutica, anterior a la derivación extrapenitenciaria.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	79	65,8	68,7
	Sí	36	30,0	31,3
	Total	115	95,8	100,0
Perdidos	No procede	5	4,2	
Total		120	100,0	

Motivo de baja en el centro de tratamiento.

Los tres motivos más frecuentes de interrupción del tratamiento son abandono voluntario (57,1%), seguido de ingreso en prisión (18,4%) y expulsión (16,3%). Los 21 sujetos de la categoría "no procede" son los que no han estado nunca en contacto con un centro específico de drogas, estando en libertad.

Tabla 7. Distribución según el motivo de finalización de su estancia en el centro de tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Expulsión	16	13,3	16,3
	Abandono voluntario	56	46,7	57,1
	Ingreso en prisión	18	15,0	18,4
	Alta terapéutica	3	2,5	3,1
	Alta voluntaria	5	4,2	5,1
	Total	98	81,7	100,0
Perdidos	No consta	1	,8	
	No procede	21	17,5	
	Total	22	18,3	
Total		120	100,0	



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Las variables "intentos rehabilitadores" y "tratamientos de deshabitación" se diferencian en su medida por un criterio temporal: inferior a 6 meses e igual o superior a 6 meses respectivamente. Son categorías no autoexcluyentes, es decir un sujeto puede tener cero intentos rehabilitadores y protagonizar uno o varios periodos en la variable "tratamiento de deshabitación".

Para tener una medida exacta de los sujetos que no han presentado "intentos rehabilitadores" o "tratamientos de deshabitación" antes y después de su primer ingreso en prisión hemos analizado las siguientes tablas de contingencia:

Tabla 8. Intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión por tratamientos de deshabitación previos a la primera entrada en prisión.

			Tratamientos de deshabitación previos a la primera entrada en prisión		Total
			Ningún tratamient.	Uno o dos tratamientos	
Intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión	Ningún Intento	Recuento	82	6	88
		% de Tratamientos	78,8%	37,5%	73,3%
	Uno o más intentos	Recuento	22	10	32
		% de Tratamientos	21,2%	62,5%	26,7%
Total		Recuento	104	16	120
		% de Tratamientos	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9. Intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión por tratamiento de deshabitación posterior a la primera entrada en prisión.

			Tratamiento de deshabitación posterior a la primera entrada en prisión		Total
			No	Si	
Intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión	Ningún intento	Recuento	34	14	48
		% de Tratamiento	50,7%	29,2%	41,7%
	Uno o más intentos	Recuento	33	34	67
		% de Tratamiento	49,3%	70,8%	58,3%
Total		Recuento	67	48	115
		% de Tratamiento	100,0%	100,0%	100,0%

A la excarcelación de su primer ingreso en prisión 34 sujetos no han solicitado ayuda para su problemática de drogas, lo que supone un 29,6% de la muestra total.

**"EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS"****Tabla 10. Distribución según tratamiento de deshabitación posterior a la primera entrada en prisión y anterior a la derivación extrapenitenciaria.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	67	55,8	58,3
	Sí	48	40,0	41,7
	Total	115	95,8	100,0
Perdidos	No procede	5	4,2	
Total		120	100,0	

Agrupando las distintas modalidades de tratamiento (Ambulatorio, Centro de Día y Comunidad Terapéutica) en una: tratamiento de deshabitación posterior a la primera entrada en prisión y anterior a la derivación extrapenitenciaria, obtenemos que 58,3% de los sujetos (n=67) no han estado nunca en tratamiento de deshabitación por un periodo de seis o más meses antes de ser derivados extrapenitenciariamente a Comunidad Terapéutica.

Tabla 11. Distribución según la presencia o ausencia de intentos rehabilitadores y tratamientos de deshabitación.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Cero intentos y tratamientos	21	17,5
	Uno o más intentos o tratamientos	99	82,5
	Total	120	100,0

CONCLUSIONES

Nuestro objetivo ha sido analizar la historia de tratamientos de drogodependencias antes y después de su primer ingreso en prisión, en una muestra de internos que se benefició de un tratamiento extrapenitenciario que les permitió cumplir su condena en una comunidad terapéutica, sustituyendo la pena privativa de libertad por el cumplimiento de su condena en un centro terapéutico.

El tratamiento del drogodependiente es un proceso largo y complejo, con lo que habrá quien difícilmente será capaz de iniciar y continuar tratamiento. El 68,3% de los sujetos valorados, en nuestra investigación, no ha acudido antes de su primer ingreso en prisión a un centro especializado de tratamiento de su drogodependencia. Frente al 26,7% que ha estado en tratamiento antes de su primer ingreso en prisión por tiempos cortos (inferior a 6 meses), con abandonos e interrupciones frecuentes. Sólo un 13,4% de los sujetos de la muestra ha llevado a cabo entre uno y dos tratamientos de deshabitación antes de su primera entrada en prisión durante un periodo igual o superior a 6 meses. Si tenemos en cuenta que la edad media del primer ingreso es a los 21 años, y que los sujetos a esa edad pueden estar en los primeros estadios del consumo, y por lo tanto con baja conciencia de problema, ésta podría ser una explicación aceptable a la baja demanda y adherencia al tratamiento.

Según el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (Prochaska y Prochaska, 1993; Tejero y Trujols, 1998), situaríamos a estos sujetos en un estadio de cambio de precontemplación antes de su primer ingreso en prisión, es decir los individuos no pueden ver el problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de la adicción superior a los aversivos. O en el estadio de cambio de contemplación, estadio en que los adictos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio, aún no se han comprometido a pasar a la acción.

Destacamos que después de la excarcelación de su primer ingreso en prisión, el porcentaje de sujetos que solicita ayuda por su problemática con las drogas es más alto que en el periodo temporal antes de su primer ingreso en prisión: 58,3% por periodos cortos y un 41,7% por periodos igual o superior a 6 meses. De alguna manera interpretamos que su paso por la prisión les ha hecho tener más conciencia de su problemática con las drogas.

Tejero y Trujols (1998) afirman que estos adictos que no se evalúan a sí mismos como teniendo una conducta problema que deben cambiar, si acuden a tratamiento lo hacen presionados por los demás (familia, presiones legales, etc.) y, con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca, al menos temporalmente, pueden incluso mostrar algún tipo de cambio, pero, una vez que la presión externa haya disminuido, reanudarán rápidamente su patrón de vida previo.

Para Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, (2001) los precontempladores son aquellos internos que niegan tener problemas con las drogas, o que afirman que pueden dejar el consumo cuando quieren. No aceptan tener un problema de drogodependencia. Cuando son conscientes de que tienen el problema, para salir de esta disonancia, o bien reconocen la problemática, y por lo tanto pasarán a la siguiente etapa, o enfatizan los beneficios de su estilo de vida, negando que necesiten algún tipo de ayuda.

Siguiendo a Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

Para Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, (2001) en esta etapa se hace más aguda la presencia de la ambivalencia: viven la drogodependencia como un problema que quisieran no tenerlo, pero el cambiarlo supone un elevado esfuerzo que puede o no compensar el hacerlo. Este esquema puede perdurar en el tiempo hasta casi hacerse crónico, tenemos delante al interno que lejos de prepararse para el cambio piensa insistentemente sobre el mismo. En palabras de Prochaska y Prochaska (1993) sustituyen la actuación por la acción de pensar.

Respecto al perfil motivacional de cambio del drogodependiente excarcelado a un centro terapéutico extrapenitenciario, concluimos que se encuentra en un estadio motivacional de cambio de precontemplación o contemplación, en relación al consumo de drogas y antes de su primer ingreso en prisión. Por todo ello pensamos que uno de los objetivos del tratamiento de la drogodependencia dentro de prisión es trabajar con el preso para que modifique su motivación hacia un compromiso serio con el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becoña, E. y Martín, E. (2004). Manual de Intervención en drogodependencias. Madrid: Síntesis.
- Circular 17/2005, de 15 de diciembre de 2005, sobre "Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias" (normativa de ámbito interno).
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2000). Intervención con drogodependientes en Instituciones Penitenciarias. Boletín de Instituciones penitenciarias 14, 1-13.
- Fernández, J.R. (1989). Factores que influyen en el abandono del tratamiento en politoxicómanos. Tesis doctoral consultada el 5 de diciembre de 2007 a través de http://www.cibernetia.com/tesis-es/PSICOLOGIA/PSICOFAR/MACOLOGIA/TRATAMIENTO_DE_LA_DROGADICCION/2.
- Girón, S.S. (1995). Estudio de seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años de inicia-

**"EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS"**

- do el tratamiento. Tesis doctoral consultada el 5 de diciembre de 2002 a través de http://www.cibernetia.com/tesis-es/PSICOLOGIA/PSICOFARMACOLOGIA/TRATAMIENTO_DE_LA_DROGADICION/2.
- Marcos, A. (2001). Drogodependencias y su repercusión social. Epidemiología de un grupo de drogodependientes en Programa de Mantenimiento con Metadona: factores pronósticos. En A. Terán, S. Guijo y M. Sánchez (Eds.) XII Jornadas Autonómicas de Sociodrogalcohol de Castilla y León (pp. 87-104). Pontevedra: Feito S. L.
- Menéndez, J.C. y Rico, A. (2004). Drogodependencias y justicia. Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre de Asturias. Oviedo: Gráficas Oviedo
- Ministerio del Interior (2005). Informe General 2004. Madrid: Ministerio del Interior.
- Ordenamiento Penitenciario Español (1990). Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio del Interior.
- O.E.D.T. (2005). Informe anual 2005. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas (pp.85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Santos, F.J. (1999). Intervención psicológica en personas adictas a la heroína: resultados en una comunidad terapéutica. Tesis doctoral consultada el 5 de diciembre de 2002 a través de http://www.cibernetia.com/tesis-es/PSICOLOGIA/PSICOFARMACOLOGIA/TRATAMIENTO_DE_LA_DROGADICION/2.
- Sanz, J., Comerón, J., García Murga, M.D., Longoria, B. y Tarrazo, J.M. (2001). Tratamiento de las drogodependencias en Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio del Interior.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1998). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas* (pp. 3-43). Madrid: Debate.

NOTAS

¹ La detención se produce cuando el sujeto es presunto partícipe de algún delito. No puede durar más del tiempo estrictamente necesario para la realización de averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y en todo caso, en el plazo máximo de 72 horas, el detenido deberá ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial. Si la autoridad judicial decreta prisión preventiva el sujeto seguirá retenido en prisión durante el tiempo necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos y el sujeto será considerado presuntamente inocente. Una vez desarrollado el juicio el sujeto pasa a penado si es responsable del acto delictivo (Ordenamiento Penitenciario Español, 1990).

² La etiqueta "No consta" (Nc) describe a todos aquellos sujetos que no tenemos datos en una determinada variable

³ Entre la gran variedad de recursos especializados que conforman las actuales redes de atención a las drogodependencias en nuestra investigación hemos tenido en cuenta los más significativos: centros ambulatorios, centros de día y comunidades terapéuticas.

El Centro Ambulatorio está integrado por equipos interdisciplinares, desempeñan ambulatoriamente y, por lo tanto, de no modo no residencial, una función especializada de atención a las drogodependencias mediante tareas entre las que se encuentran la evaluación, desintoxicación y deshabitación de los enfermos, así como otras actividades encaminadas a posibilitar la normalización e integración social. Estos recursos pueden mantener objetivos orientados a la abstinencia u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención. Además suelen constituirse



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

en centros de referencia territorial en nuestro país y su denominación es muy variada, aunque la más frecuente es la de Centros de Atención a las Drogodependencias (Becoña y Martín, 2004).

⁴El Centro de Día es un recurso de atención de régimen intermedio, en el sentido de que la persona, aún continuando en su entorno social y durmiendo en su casa, permanece en el centro varias horas al día, siendo por tanto la atención al usuario más intensa (media jornada) y frecuente (asistencia diaria) que el tratamiento en un centro ambulatorio (Becoña y Martín, 2004).

⁵ Las Comunidades Terapéuticas son centros residenciales que trabajan la rehabilitación en régimen de internamiento y están ubicados mayoritariamente en centros rurales. Por medio de un contexto estructurado, una reglas nítidas y la puesta en marcha de intervenciones de tipo psicosocial y educativo, propician la rehabilitación del drogodependiente, que debe participar en la vida de la comunidad durante varios meses. Aunque existen Comunidades Terapéuticas gestionadas en su totalidad por las Administraciones Públicas, lo más frecuente es que sean de gestión privada y que establezcan convenios o conciertos con las administraciones a través de los cuales se financian cierto número de plazas. Aunque siguen existiendo Comunidades Terapéuticas de muy diversa naturaleza con planteamientos y equipos humanos sin cualificación específica, las integradas en las redes públicas poseen equipos interdisciplinarios, un programa terapéutico avalado y una garantía tanto de las instalaciones como de los derechos de los usuarios (Becoña y Martín, 2004).

⁶Cuando una persona concluye el proceso completo propuesto en Proyecto Hombre, significa que cumple con los siguientes criterios:

- Abstinencia del consumo de drogas ilegales, y abstinencia o consumo responsable de drogas legales (alcohol, tabaco, etc.) en función de las características personales.
- Estilo de vida autónomo (sin ningún tipo de dependencia, sea relacional, de sustancias, o sin sustancias) y personalmente satisfactorio.
- Ausencia de actividad delictiva.
- Obtención o recuperación del empleo y mantenimiento del mismo.
- Mejora del nivel formativo y educativo.
- Relaciones familiares integradas y satisfactorias.
- Creación o mantenimiento de una red social de personas que no usan drogas y basada en actividades de tiempo libre alternativas al uso de drogas.
- Desarrollo de hábitos estables de autocuidados (deportivos, de alimentación, sanitarios, de descanso etc.).
- Recuperación y/o desarrollo de valores adaptados socialmente, y comportamiento acorde con los mismos, que redunde en una satisfacción con el estilo de vida elegido (Menéndez y Rico, 2004).

Fecha de recepción: 28 febrero 2009

Fecha de admisión: 19 marzo 2009

