

ESPACIO ABIERTO

Intervención psicosocial con personas drogodependientes en un contexto penitenciario. Descripción y resultados de un programa

Psychosocial intervention with drug addicts in penitentiary environment. Program's description and results

M.ª del Pilar MORENO JIMÉNEZ

Dpto de Psicología Social y de la Personalidad. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

RESUMEN

Las drogodependencias y la delincuencia común pueden aparecer de forma separada, sin embargo, frecuentemente aparecen juntas, especialmente para adictos con escasos recursos económicos. Para esta población existe otro riesgo: la entrada en prisión. Este artículo, parte principal de la investigación realizada como tesis doctoral, se centra en esos tres temas; se trata de una investigación paralela a una intervención con personas drogodependientes en el contexto penitenciario. Se plantean tres objetivos que hacen referencia al diseño, ejecución y evaluación de los cambios producidos por la intervención llevada a cabo. El programa realizado para la deshabitación de drogas considera el problema desde el punto de vista de la salud del adicto, considerando la salud como un concepto global. Con un enfoque biopsicosocial de las drogodependencias, los objetivos planteados son progresivos y para el logro de los últimos es necesaria la colaboración de recursos comunitarios y exteriores.

En el programa han participado un total de 64 presos adictos, separados en cinco grupos consecutivos, durante cinco meses de intervención con cada grupo, lo que ha supuesto un total de tres años de intervención en el centro penitenciario. Los datos reflejan que tras la realización del programa, sólo el 4,7% de los participantes siguen consumiendo drogas. En el seguimiento realizado a los tres meses de la finalización, el 26% sigue abstinerente.

PALABRAS CLAVE

Drogodependencias, institución penitenciaria, población reclusa, intervención psicosocial.

ABSTRACT

Drug addiction and delinquency can be separated but however frequently they appear together, especially for addicts with scarce economic resources. There is another risk for this

type of people: entering prison. This article, principal section of a doctoral thesis, focuses on these 3 topics: it deals a parallel research to an intervention with drug addicts in a penitentiary environment. These 3 aims make reference to the design, the execution and evaluation of the changes produced by the intervention carried out. The program for leaving off the addiction considers the problem from the point of view of the addict's health, where the health is considered in a general conception. With a biopsychosocial view of drug addictions, the objectives are progressive and to fulfil the aims, the collaboration of the community and exterior resources are necessary.

A total number of 64 addicts have participated in the program, separated in five groups for 5 months of intervention in the penitentiary. The data shows that after the program only 4.7% of participants continues consuming drugs. In the following done after 3 months, a 26% continues abstinent.

KEY WORDS

Drug addiction, prison, prisoner, psychosocial intervention.

1. INTRODUCCIÓN

Una de las asignaturas pendientes que aún tienen las ciencias sociales en general, y la Psicología en particular, es la rehabilitación e incorporación social de los delincuentes que entran en prisión. La tarea es difícil, y más aún cuando se trata de personas insertadas en ambientes marginales y con problemas de drogodependencias. En este contexto es donde se ubica la intervención realizada en un centro penitenciario de jóvenes. Una intervención dirigida principalmente a diseñar y ejecutar un programa de deshabitación a las drogodependencias, con la posterior evaluación de los cambios producidos en la población a lo largo del tratamiento.

El encuadre teórico del programa se centra en considerar las drogodependencias y la delincuencia como conductas multideterminadas (causadas por factores diversos). Asimismo, el modelo de drogodependencias que se tiene en cuenta durante la intervención es un modelo biopsicosocial, donde se trabaja con factores biológicos, psicológicos y sociales.

El tratamiento penitenciario ha de ser amplio y en diversas áreas: normativa,

asistencial, formativo cultural, laboral, terapéutica, con objetivos diversos y próximos, con fines últimos como la convivencia en prisión y mayor capacitación de los internos para vivir sin cometer delitos. Los programas de intervención en drogodependencias añaden al tratamiento penitenciario el objetivo de capacitar a los internos para vivir sin drogas. Son muchos los factores que propician el consumo de drogas en prisión: la situación de institución cerrada, controladora y prohibitiva propicia las opciones *de huida* que alteran el comportamiento y la percepción; se consume para transgredir lo normativo y la realidad del encierro; confluyen, en un medio cerrado, personas con historias diversas, relacionadas con el tráfico y consumo de drogas que se encuentran en una institución sin voluntad para la recuperación; existen carencias estructurales y superpoblación en los establecimientos; por otra parte, el tráfico para el consumo de drogas, cuyo valor de uso y de cambio es elevado, supone un beneficio económico en el interior de los centros. El programa interviene, de forma implícita, sobre las consecuencias del internamiento. Los objetivos del programa se centran en el problema de las drogodependencias, sin

embargo, en la población participante este problema está en interacción con la situación de internamiento, por lo que la intervención que se realice en un sentido está íntimamente relacionada con el otro aspecto.

Los objetivos relacionados con el internamiento penitenciario se basan en romper la rutina y vida monótona de la población reclusa que participa en el tratamiento, así como disminuir los efectos negativos del internamiento: inactividad, pensamiento egocéntrico, ansiedad, agresividad, subcultura carcelaria (lenguaje, normas implícitas, valores propios), falta de responsabilidad, aislamiento, soledad. El programa respeta las condiciones generales o características ideales de actuación que recomiendan otros autores (González, 1988; Megías, 1990, 1991; Redondo y Garrido, 1991). Se considera lo siguiente:

a) No deben crearse espacios terapéuticos diferenciados, dentro de una institución penitenciaria, para los presos con problemas de drogodependencias. Esto supondría sobremarginación y artificialidad del ambiente. b) Flexibilidad de objetivos: diversificados, parcelados, buscando metas accesibles para cada preso. Esto supone buscar un equilibrio entre la ideología de los recursos comunitarios y la realidad institucional. c) El recurso para la rehabilitación de drogodependientes presos no debe ser excesivamente especializado, ya que eso supondría una limitación del número de personas que acudirían, una estructura rígida delimita, también rígidamente, la población que acude a ella. d) No es posible la intervención en instituciones penitenciarias si éstas no la viven como propia, puesto que no permiten que se trabaje al margen de ellas. Hay que aceptar las limitaciones y dificultades trabajando en su espacio y con sus medios.

Actualmente, se opta por fórmulas de intervención amplias, que no se basan estrictamente en el problema de drogas o

de delincuencia, ya que como venimos insistiendo, no se trata de un problema aislado que padece una persona, sino que las drogodependencias y cometer actos delictivos suponen un estilo de vida que cubre todas las áreas del individuo. Es por ello, que las fórmulas sugeridas por la *Educación para la Salud* están siendo consideradas en gran medida, ya que trata al sujeto como un todo donde el objetivo es la salud global. Se pretende una persona más eficaz en su trato consigo mismo y con los demás, que cambie su medio mediante vías legítimas. Se pasa de un modelo médico y clínico a un modelo educativo, se busca la competencia psicossocial en vez de la curación.

Algunos puntos comunes entre nuestra intervención y otras recientemente realizadas son los siguientes: 1) Se interviene en áreas con las que coinciden otros programas. Por ejemplo, en Perú, con tratamiento cognitivo conductual, se tienen en cuenta siete áreas: consumo de drogas, uso del tiempo libre, conducta laboral, conducta social, conducta de autoorganización, resolución de problemas, modificación de ideas irracionales (Navarro, Arevalo, Yupanqui, 1987; Navarro, Yupanqui, Geng, 1992). 2) En el área preventiva y sanitaria, uno de nuestros objetivos ha sido el aprendizaje de hábitos para la prevención del contagio de enfermedades infecciosas, basada en la adquisición de información sobre el SIDA, la hepatitis, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual. Del mismo modo, se informa de las conductas de riesgo y la forma de prevenir el contagio. Por ejemplo, se ofrece información sobre el riesgo de VIH sin provocar un miedo exagerado que lleve a la conducta contraria a la deseada. Se ha comprobado que la autopercepción del riesgo de VIH durante el internamiento influye en la disminución del consumo por vía intravenosa y en el intercambio de jeringuillas: a mayor autopercepción del riesgo, menos conductas de riesgo (Power, Marcova, McKee, 1992). Se han encontra-

do variables predictoras del contagio de VIH: historia de ETS, actividad sexual, uso de drogas por vía intravenosa (Goodman, Berecochea, 1994; Millstein, Mosicki, Broering, 1994). Esto refleja la relación entre diferentes variables e implica la necesidad de que las intervenciones sean globales y actúen en diferentes frentes, tal como se hace en la presente investigación. 3) En el programa se incluye el aprendizaje de hábitos de autocuidado e higiene personal. La intervención para aumentar la higiene personal se ha llevado a cabo en otras prisiones, en España (Redondo, Pérez, Agudo, Roca y Azpiazu, 1990) y Escocia (Power y Beveridge, 1990), observándose la influencia de esta variable con otras conductas como el estrés, la autoestima o el comportamiento general del preso. 4) En diversos estudios se recomienda la realización de técnicas de relajación como estrategia para afrontar los estresores del encarcelamiento (Fogel, 1993; Harris, 1993). 5) Se reconoce la importancia del lenguaje utilizado durante la intervención, se intenta disminuir el argot delincuenciales y evitar que se comuniquen con lenguaje carcelario, usual en el interior de una prisión y de otros ambientes marginales. Recientemente se ha realizado una intervención con presos estadounidenses en la que el lenguaje, como reflejo del sistema de valores y creencias, se convierte en elemento formal del proceso de tratamiento. Los resultados muestran un cambio en la forma de pensar y actuar de los reclusos, de forma consistente a los objetivos del programa y a las normas de la sociedad convencional (Nielsen y Scarpitti, 1995).

Objetivos del programa

En las intervenciones dirigidas a los drogodependientes, desde la Psicología u otras ciencias sociales, se plantea que los profesionales deben enseñar formas de conducta y de pensamiento que aumente en los adictos la calidad de vida. El trata-

miento que proponemos sería un estilo de actuación que trata de asimilar el mayor número posible de actividades dentro de la institución. No tratándose de una actividad superpuesta a lo diario de la prisión, sino un programa integrado en la dinámica del centro penitenciario. Basándonos en los objetivos expuestos por otros autores (Milán, 1987; Berrocal, 1990; González de Audicana, 1988; Contreras e Izquierdo, 1989; CRUZ ROJA en Madrid II; Redondo, 1989; Redondo y Garrido, 1991), el objetivo general que se pretende con nuestra intervención es aumentar los recursos personales de los presos, a nivel conductual, cognitivo y afectivo, al mismo tiempo que se disminuyen las conductas negativas, tanto delictivas como adictivas.

Concretamente, los objetivos que nos planteamos son los siguientes:

1. Eliminar la dependencia física y lograr mejoras parciales en relación a su consumo. Conseguir abstinencias parciales, el cambio en la vía de administración (dejar de consumir por vía intravenosa, pasando a fumar o esnifar la droga), disminución de dosis.

2. Educar al individuo para que, siendo o no drogodependiente, adquiera y mantenga hábitos saludables: hábitos que eviten el contagio de enfermedades, mejoras en la alimentación y la higiene.

3. Favorecer la continuidad de los programas realizados en la prisión y su generalización en la comunidad. Facilitar salidas de la cárcel, integrar instituciones de la comunidad en la prisión. Establecer una relación con el exterior para cuando el preso salga.

4. Desarrollar características personales que favorezcan el no consumo de drogas y la búsqueda de otras alternativas: autocontrol, autoestima, toma de decisiones, no automarginación, sentido de la responsabilidad.

5. Lograr que el individuo tenga mayor competencia psicosocial, siendo eficaz en la relación con los demás. Aumentar sus recursos y disminuir sus conductas negativas, dotar al individuo de habilidades sociales que le permitan una inclusión normalizada en su ambiente, con comportamientos socialmente aceptados.

6. Conseguir que el drogodependiente lo sea el menor tiempo posible, llegando a adquirir un nuevo estilo de vida en el que no hay lugar para el consumo de drogas.

Con los objetivos expuestos, se acepta la posibilidad de ir logrando metas parciales y concretas, por lo que se consideran tres niveles de objetivos a conseguir con el programa que, gráficamente, son los siguientes:

Recursos humanos

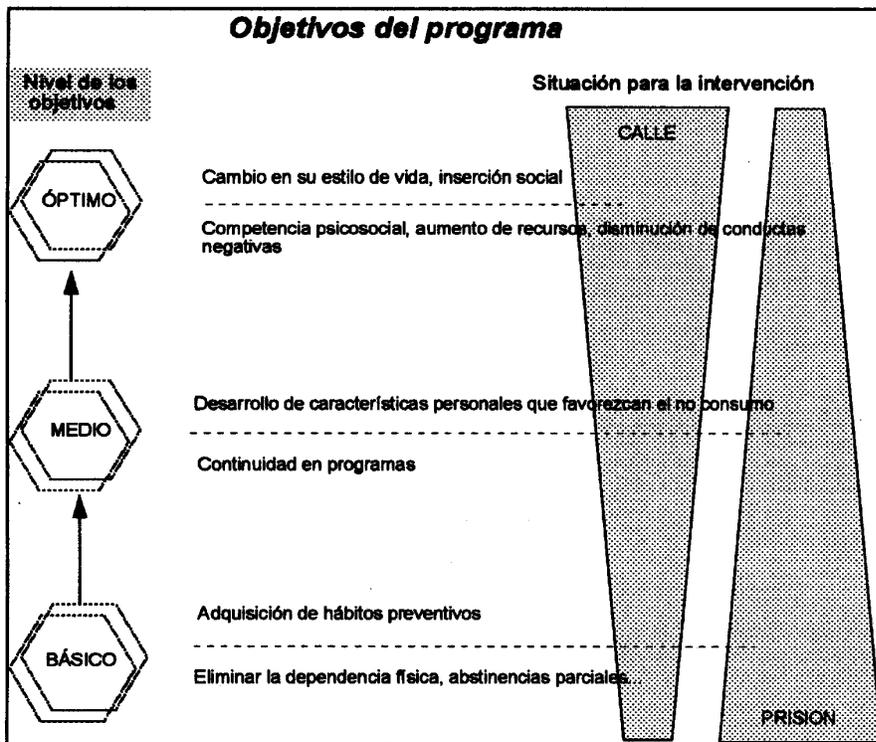
El equipo profesional que ha participado en el programa está formado por una psicóloga, una educadora y el equipo médico del centro.

Áreas de intervención

Para el diseño del programa del presente trabajo y la actual exposición del mismo, se ha desglosado la totalidad de éste en tres áreas que se encuentran unidas y mezcladas en la ejecución práctica del programa. Las áreas han sido las siguientes:

a) sanitaria y preventiva, se ocupa tanto de los aspectos de desintoxicación y deshabituación física, como de todo lo relacionado con la adquisición de hábitos preventivos y de autocuidado,

FIGURA 1
Objetivos del programa



b) específica de drogas, trata de los temas relacionados directamente con el consumo de droga: información sobre las diferentes sustancias, información sobre los mecanismos de aprendizaje que intervienen en la adicción, conocimiento de los recursos comunitarios para la deshabituación, etc.,

c) psicosocial, se refiere a la intervención en diferentes ámbitos personales e interpersonales del recluso.

La intervención utiliza tratamiento farmacológico en algunos casos, grupos de información, técnicas cognitivo-conductuales y dinámicas de grupo, toda la intervención es grupal, en forma de Centro de Día y con orientación comunitaria.

El marco de la intervención

Las principales características del centro penitenciario objeto del presente estudio

se centran en las peculiaridades respecto a otras prisiones: existencia de césped, piscinas y módulos, así como actividades formativas y culturales que son menos frecuentes en las macrocárceles.

La población reclusa está formada por hombres y mujeres, de 16 a 25 años, que se encuentran separados.

El dato más llamativo es el aumento progresivo del número de presos en el centro, lo que ha empeorado considerablemente las condiciones de la población y la posibilidad de intervención educativa con los internos. Se ha pasado de 408 presos (187 mujeres y 221 hombres) en junio de 1992 a 684 en agosto de 1994 (282 mujeres y 402 hombres).

Con el crecimiento del número de reclusos en una cárcel diseñada para la mitad de los que conviven al finalizar nuestra investigación, las condiciones generales

FIGURA 2
Áreas de Intervención

Área Preventiva y Sanitaria	Desintoxicación Deshabituación (naltrexona) Controles analíticos Prevención de enfermedades infecciosas Prevención embarazos no deseados Higiene y autocuidado
Área de drogas	Drogadicción como conducta Consecuencias de las drogodependencias Características de cada droga Consecuencias psicosociales
Área psicosocial	Información y coordinación de recursos comunitarios Autoconocimiento y dinámicas de grupo Grupos de discusión terapéutica Relajación Habilidades sociales y competencia psicosocial Desarrollo de la autocrítica Solución de problemas Aumento de la autoestima Apoyo social-ayuda mutua

empeoran: higiene, problemas de hacinamiento, estrés. Recordemos que uno de los problemas fundamentales de las instituciones penitenciarias en la actualidad es el hacinamiento, factor que afectará directamente a las condiciones físicas: alimentación, espacio, higiene... lo que influye en aspectos importantes como el contagio de enfermedades, la calidad de la alimentación, la higiene del centro, la falta de intimidad personal (hacinamiento psicológico), menos recursos para cada preso, etc. El hacinamiento es un mal grave y endémico en casi todas las cárceles, constituyendo uno de los factores más nocivos para la personalidad del preso y para la convivencia en el centro. Según una investigación (Cox, Paulus y McCain, 1984) se sabe que las prisiones con elevado número de internos presentan una proporción mayor de muertes violentas, suicidios, infracciones disciplinarias y comportamientos psicopatológicos. Las celdas dobles, triples y los dormitorios colectivos provocan efectos negativos en cuanto a infracciones disciplinarias y las reacciones de ansiedad, miedo y agresividad.

Otro dato importante es la existencia de muchos presos preventivos, aún no penados, un 23.7% de los varones y un 10% de las mujeres. Se trata de un problema general del ámbito jurídico que se repite en todas las prisiones. Esto perjudica la intervención con gran parte de los reclusos debido a que los preventivos, que no tienen una sentencia y condena firme, desconocen el tiempo que deberán permanecer en reclusión y si van a ser trasladados a otros centros una vez penados. Por todas estas características las intervenciones o programas realizados en prisión generalmente se ocupan sólo de los presos que tienen sentencia firme, con el fin de no comenzar intervenciones que posiblemente deberán abandonar por traslado o salida en libertad.

En los datos recogidos se observa que los delitos más frecuentes de la población reclusa son los de robo y contra la salud

pública (tráfico de drogas). Asimismo, nuestros datos confirman el escaso número de delitos no tradicionales: contra la Administración Pública, delitos de funcionarios públicos, etc.

2. MÉTODO:

Muestra:

Los presos drogodependientes que deseaban participar en el programa de deshabituación lo solicitaban en la consulta médica del centro. Posteriormente, entre las peticiones, se elegían al azar los miembros para cada grupo. Desde noviembre de 1992 hasta noviembre de 1994, se ha intervenido en 5 grupos de 11 a 14 personas. De esta forma, la población es de 64 sujetos, 13 mujeres y 51 hombres, es decir, el 20.3% son mujeres y el 79.7% hombres.

Las características de la población que participa en el programa de deshabituación de drogas ofrecen un perfil de personas jóvenes con 21.8 años de edad media, principalmente solteros, varones, con escasa formación académica y laboral. En las características familiares, la media de hermanos es de 5.2, lo que supone un elevado número de miembros en las familias. Pertenecen a clase social baja o clase baja asalariada el 26.5 y el 56% respectivamente.

Técnicas e instrumentos para la valoración:

Las técnicas que se utilizan para la valoración del programa, son las siguientes:

1. *Cuestionario 1: Nivel de Información sobre Drogas*, recoge el nivel de información que poseen los participantes, se ha utilizado en base a la importancia que los autores conceden a las creencias, estereotipos o ideas erróneas que los adictos

posean respecto a las diferentes sustancias. Incluye variables sobre el alcohol, tabaco, heroína, cocaína y drogas en general. El cuestionario ha sido formulado a partir de uno perteneciente al Plan Regional de drogas de la Comunidad de Madrid. Este cuestionario se ha valorado de 0 a 27 puntos, de forma que la puntuación 0 indica el mínimo conocimiento en el tema de drogas y la acumulación de ideas erróneas respecto al consumo. La puntuación 27 manifiesta que el participante tiene un buen conocimiento respecto a las drogas u otras ideas relacionadas.

2. *Cuestionario 2*, realizado por la investigadora, es una entrevista estandarizada, autoadministrada y respondida de forma escrita e individual por cada participante. En él se recogen aspectos descriptivos relacionados con la adicción de los participantes y las cuestiones más importantes tratadas durante la intervención. En estas últimas se buscan las diferencias producidas después del programa. Consta de tres partes, la primera es utilizada para obtener datos descriptivos, la segunda, y la que nos interesa en este estudio, se refiere a los posibles cambios producidos después de la realización del programa. La tercera y última parte se ha utilizado para detectar diferencias en algunas variables en situaciones de libertad y de internamiento (Moreno Jiménez, 1999).

A continuación sólo se describe la segunda parte, dejando el resto para incorporarlo en los otros estudios. Esta segunda parte del cuestionario contiene 35 preguntas referidas a las diferentes variables que se intentan cambiar con la ejecución del programa. Los cuestionarios han sido respondidos el segundo día y después de unos cinco meses de participación en el programa, de este modo se han comparado los cambios producidos a lo largo del tratamiento.

3. *Análisis de orina*: Se han realizado analíticas de orina para detectar el consumo de opiáceos y cocaína. Las analíticas

se llevaban acabo periódicamente sin intervalo fijo de realización para evitar posibles fraudes o controles por parte de los internos de los grupos. El responsable de estos análisis ha sido el equipo médico-sanitario de la prisión.

Diseño de la investigación:

La duración del programa para cada grupo ha sido de 5 meses aproximadamente, con tres sesiones semanales. Cada sesión oscila entre una hora y media y dos horas y media, según la participación de los asistentes o la necesidad de más tiempo.

Cuando el investigador desea sacar sus investigaciones del laboratorio para trasladarlas a la situación natural, se puede introducir algo similar al diseño experimental para la recopilación de datos aunque se carezca de control total sobre la programación de estímulos experimentales. Este es el caso del diseño de ciclo institucional recurrente, una estrategia para la investigación recomendada por Campbell y Stanley (1973) para las situaciones en las que se presenta de forma cíclica a cada grupo de participantes un aspecto concreto de un proceso institucional. En situaciones donde la intervención sea global o compleja, probablemente el diseño de ciclo institucional recurrente ofrece la mejor solución entre los diseños alternativos. Por esta razón, para analizar los cambios producidos en cada grupo después de cinco meses de intervención se ha utilizado un diseño de ciclo institucional recurrente. Se han comparado los resultados obtenidos en las diferentes variables antes y después del programa para cada uno de los cinco grupos. La formación e intervención de cada grupo ha sido consecutiva en el tiempo, por ello se ha utilizado cada grupo como control del inmediatamente anterior.

El esquema básico del diseño, en nuestro caso, es el siguiente:

FIGURA 3
Diseño de investigación

	M1		M2		M3		M4		M5		M6
Grupo 1	00	X	01								
Grupo 2			02	X	03						
Grupo 3					04	X	05				
Grupo 4							06	X	07		
Grupo 5									08	X	09

Este diseño combina los enfoques longitudinal y transversal que pueden utilizarse en la investigación. Se realiza, por un lado, un diseño pretest-postest de un grupo (por ejemplo las mediciones 02-03); y por otro lado se realiza una comparación con un grupo estático: un grupo que ha experimentado X se compara con otro que no lo ha hecho, siendo un diseño de dos grupos equivalentes sin pretest (es el caso de la comparación 03-04). Las siglas M1-M6 indican los diferentes momentos de medición realizados durante la intervención del total de grupos. Para el contraste se han utilizado pruebas no paramétricas ya que se trata de una muestra no grande, y no se cumplen para todas las variables los supuestos de normalidad e igualdad de varianzas, requisitos para los contrastes paramétricos. En el caso que nos ocupa se trata de datos medidos o analizados a nivel ordinal o nominal.

3. RESULTADOS

Dada la extensión del estudio y la cantidad de variables, sólo se exponen los resultados de los cambios estadísticamente significativos.

1. Nivel de información sobre drogas

A través del cuestionario 1, los resultados muestran que al iniciar el programa la

puntuación media de todos los grupos es de 18.3, aumentando a 22.6 después de cinco meses de intervención. Se aprecia que el cambio en esta variable se produce en todos los grupos.

Con el cuestionario 2 también se aprecia un aumento del conocimiento de conceptos relacionados con las drogas y su deshabituación: adulteración, receptores, naltrexona, metadona y sobredosis. El cambio, estadísticamente significativo, muestra como los participantes han asimilado el significado de conceptos que se utilizan frecuentemente en el tratamiento médico, como son los conceptos de naltrexona, receptores y metadona. En el caso de la metadona se han corregido creencias erróneas y miedos infundados. Del mismo modo se han cambiado estereotipos y errores sobre conceptos utilizados por ellos, como la adulteración o sobredosis, que frecuentemente eran confundidos entre sí, o identificados como muerte sin conocer su significado.

2. Prevención de contagio de enfermedades en prisión

En la intervención realizada dentro de la prisión se compara el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas como el SIDA o la hepatitis, al comienzo del programa y a los cinco meses después del mismo. Para evaluar el riesgo de contagio de

TABLA 1
Cuestionario 1: Nivel de información sobre drogas

Momento de medición	1	2	3	4	5	6	Wilcoxon
Grupo 1 n = 5	m = 17.2	m = 21					z = -1.82 p = 0.06
Grupo 2 n = 6		m = 17.3	m = 23.5				z = -2.20 p = 0.02
Grupo 3 n = 9			m = 20	m = 22.8			z = -2.20 p = 0.02
Grupo 4 n = 8				m = 18	m = 22.8		z = -2.52 p = 0.01
Grupo 5 n = 8					m = 18.2	m = 22.5	z = -2.19 p = 0.02
difer intergrup.: U Mann Whitney		z = -2.77 p = 0.00	z = -2.89 p = 0.00	z = -2.52 p = 0.01	z = -2.75 p = 0.00		todos: z = -4.82 p = 0.00

TABLA 2
Cuestionario 2: Nivel de conocimiento en 5 conceptos relacionados con las drogodependencias (valores de 0 a 5)

Momento de medición	1	2	3	4	5	6	Wilcoxon
Grupo 1 n = 5	m = 2.4 mdn = 2	m = 4.4 mdn = 4					z = -1.82 p = 0.06
Grupo 2 n = 6		m = 1.5 mdn = 1.5	m = 4.3 mdn = 5				z = -2.20 p = 0.02
Grupo 3 n = 9			m = 1.8 mdn = 2	m = 4.5 mdn = 5			z = -2.66 p = 0.00
Grupo 4 n = 8				m = 1.5 mdn = 1	m = 4.2 mdn = 4.5		z = -2.20 p = 0.02
Grupo 5 n = 8					m = 1.7 mdn = 1.5	m = 4 mdn = 4	z = -2.36 p = 0.01
difer intergrup.: U Mann Whitney		z = -2.82 p = 0.00	z = -3.04 p = 0.00	z = -3.36 p = 0.00	z = -3.11 p = 0.00		

enfermedades infecciosas se han considerado cuatro conductas (uso de cepillo de dientes, uso de cuchillas de afeitar, utilización de jeringuillas y uso de preservativo en las relaciones sexuales) y la infor-

mación que poseen respecto a la forma de contagio de SIDA. No existe riesgo con el uso de cepillos de dientes. Parece que en nuestra cultura está generalizado el uso personal y no compartido de cepillos de

dientes. Tampoco es frecuente el riesgo por compartir maquinillas de afeitar, ya que se aprecia que sólo un participante tiene alguna conducta de riesgo que desaparece con el programa. El riesgo aumenta con el uso de jeringuillas y la no utilización de preservativos. Varios participantes dicen no usar jeringuillas en el consumo de drogas, lo que significa que consumen a través de vías no intravenosas (esnifada o fumada); esto es para 13 sujetos antes del tratamiento y 14 después. Respecto a las personas que sí usan de jeringuillas dentro de la prisión, se aprecia una pequeña disminución del riesgo después de la intervención. El hecho de que este cambio no sea estadísticamente significativo creemos que se debe a que la intervención para disminuir el riesgo de contagio se ha basado en la información y cambio de actitudes, sin ir acompañada de la facilitación para adquirir nuevas jeringuillas o intercambiar las suyas por otras sin usar. La última conducta considerada de riesgo para el contagio de enfermedades infecciosas es el no uso de preservativos en las relaciones sexuales. A lo largo del programa se ha apreciado que el no uso de preservativo ha sido y es lo habitual en las relaciones que mantenían en la calle o que mantienen al entrar en prisión. Es generalizado el prejuicio en su uso, y el rechazo de la mayoría de los participantes a utilizarlo.

Respecto a nuestra intervención, lo más destacable es, por una parte, el comienzo de relaciones sexuales con el uso de preservativo y, por otra, el mantenimiento de riesgo (un preso) o no (dos presos) en las relaciones ya establecidas antes del programa. Por último, se aprecia un buen conocimiento de las formas de contagio de SIDA, y esto era esperable si se tiene en cuenta que la información sobre el SIDA es frecuente tanto en campañas de prevención en las instituciones penitenciarias como a través de los medios de comunicación social, especialmente en televisión.

3. Prevención de embarazos no deseados

Para valorar la prevención de embarazos no deseados se ha tenido en cuenta tanto el conocimiento como el uso de los diferentes métodos anticonceptivos que existen. Durante la intervención se han presentado todos los métodos anticonceptivos que se utilizan: métodos definitivos, preservativos, pastillas anticonceptivas, coito interrumpido, métodos del ritmo y la temperatura, espermicidas, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU). Según las directrices del Ministerio de Sanidad y el de Asuntos sociales, algunos de ellos no son realmente métodos anticonceptivos por carecer de las garantías suficientes. Las variables de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos se han evaluado a través de una pregunta abierta sobre los métodos anticonceptivos que conocen, y otra pregunta referida a los métodos anticonceptivos que usarían si tuviesen relaciones sexuales. Esta última pregunta se realiza en forma hipotética, puesto que la mayoría de los participante carecen de estas relaciones durante su estancia en prisión. El conocimiento de diferentes métodos anticonceptivos se ha valorado de 1 (mínimo) a 6 (máximo). De esta forma, se observa que en todos los grupos, a los cinco meses de programa, aumenta considerablemente dicho conocimiento.

Respecto al uso de métodos, se aprecian varios aspectos: nadie usaría, en la pareja, el DIU, ni el método basado en la temperatura basal; en todos los grupos aumenta el número de personas que usarían el coito interruptus en sus relaciones; asimismo se aprecia un aumento en todos los grupos en relación a otros métodos anticonceptivos: espermicidas, diafragmas, etc.; apenas existen cambios en relación al uso de pastillas, donde las frecuencias son bajas, y al uso de preservativos, donde se observan frecuencias altas.

TABLA 3
Conocimiento de métodos anticonceptivos. Diferencias apreciadas en distintos momentos de la intervención

Momento de medición	1	2	3	4	5	6	Wilcoxon
Grupo 1 n = 5	m = 2 mdn = 1	m = 4.8 mdn = 4					z = -1.82 p = 0.06
Grupo 2 n = 6		m = 2.8 mdn = 3	m = 5.2 mdn = 6				z = -1.82 p = 0.06
Grupo 3 n = 9			m = 2 mdn = 2	m = 4.7 mdn = 5			z = -2.36 p = 0.01
Grupo 4 n = 8				m = 2.1 mdn = 2	m = 4.7 mdn = 4		z = -2.52 p = 0.01
Grupo 5 n = 8					m = 3 mdn = 3	m = 5.3 mdn = 6	z = -1.82 p = 0.06
difer intergrup.: U Mann Whitney		z = -2.12 p = 0.03	z = -2.84 p = 0.00	z = -3.24 p = 0.00	z = -2.29 p = 0.02		

4. Hábitos de higiene y autocuidado

Como hábitos de higiene se han considerado la ducha diaria, la utilización de varios productos para el aseo personal y las frecuencias con que se lavan las manos y los dientes al día. De esta

forma, la puntuación máxima posible es un 4 y la mínima un 0. En la tabla 3 se aprecian las puntuaciones medias obtenidas en los distintos grupos, así como las diferencias significativas que se han producido después de cinco meses de intervención.

TABLA 4
Adquisición de hábitos de higiene

Momento de medición	1	2	3	4	5	6	Wilcoxon
Grupo 1 n = 5	m = 1.6 mdn = 2	m = 2.8 mdn = 3					z = -2.02 p = 0.04
Grupo 2 n = 6		m = 1.33 mdn = 1	m = 2.6 mdn = 3				z = -2.02 p = 0.04
Grupo 3 n = 9			m = 1.66 mdn = 2	m = 2.5 mdn = 3			z = -1.82 p = 0.06
Grupo 4 n = 8				m = 1.3 mdn = 1	m = 2.7 mdn = 3		z = -2.52 p = 0.01
Grupo 5 n = 8					m = 1.7 mdn = 3	m = 3.3 mdn = 3	z = -2.52 p = 0.01
difer intergrup.: U Mann Whitney		z = -2.70 p = 0.00	z = -2.07 p = 0.03	z = -2.39 p = 0.01	z = -2.68 p = 0.00		

5. Conocimiento de programas y recursos comunitarios (pregunta 32)

Con la intervención realizada se pretende el inicio de un proceso de deshabitación, un proceso que en la mayoría de los casos, deberá continuar cuando el preso salga en libertad. Por ello, se considera fundamental para la deshabitación la entrada en un programa de rehabilitación de alguno de los recursos existentes en la comunidad. Para esto, evidentemente, se requiere el conocimiento previo de los mismos. Durante la intervención se ha informado de los diferentes recursos sociales que existen en la ciudad, posteriormente se han valorado las diferencias respecto al comienzo del programa. La media del número de centros de rehabilitación que conocen aumenta en los cinco grupos, sólo en el cuarto aparecen diferencias estadísticamente significativas.

6. Valoración del programa realizado

Para valorar el programa realizado se realizan dos preguntas de cuatro alternativas. Los participantes se reparten entre las dos respuestas más positivas: *Estoy muy contento, creo que me ha servido de mucho* (47.2% de los participantes) o *Algunas cosas me han servido* (52%). Se aprecia que ningún participante tiene una opinión negativa del programa. Los resultados de la pregunta anterior se ratifican cuando los participantes expresan el deseo de continuar en el programa varias veces a la semana (88.9%).

7. Personas en tratamiento de naltrexona

En el programa que se lleva a cabo, el tratamiento con naltrexona era explicado y ofrecido a los participantes que, volunta-

TABLA 5
Intención de consumo en libertad, (m = media).
1 = no consumo 2 = dudas 3 = Sí consumo

Momento de medición	1	2	3	4	5	6	Wilcoxon
Grupo 1 n = 5	m = 22.2	m = 1					z = -1.82 p = 0.06
Grupo 2 n = 6		m = 2	m = 1				z = -1.82 p = 0.06
Grupo 3 n = 9			m = 2.1	m = 1.2			z = -1.94 p = 0.05
Grupo 4 n = 8				m = 2.1	m = 1		z = -2.20 p = 0.02
Grupo 5 n = 8					m = 2.1	m = 1.2	z = -1.78 p = 0.07
difer intergrup.: U Mann Whitney		z = -2.12 p = 0.03	z = 2.72 p = 0.00	z = -2.33 p = 0.01	z = -2.91 p = 0.00		todos: z = -4.18 p = 0.00

riamente, pedían su consumo si así lo deseaban. En la tabla siguiente se expone, para cada grupo, el número de participantes en tratamiento de naltrexona durante cada mes de programa y durante el seguimiento, después de tres meses de la finalización del programa.

Se observa lo siguiente: en primer lugar, las personas que se encuentran en tratamiento de naltrexona no consumen heroína ni cocaína y, por otro lado, tampoco abandonan el programa. En segundo lugar, cuando se han producido bajas en el tratamiento de naltrexona, ha sido por los efectos secundarios que producían en esas personas. Se trata de tres personas de los grupos 2, 4 y 5, que por padecer problemas hepáticos, tuvieron que abandonar este medicamento. Por último, señalar que en los datos recogidos tres meses después de haber finalizado el programa, el número de personas que sigue en tratamiento de naltrexona ha disminuido considerablemente. Se pasa de 14 personas en el quinto mes de programa a sólo 3 personas después de tres meses. Esto aporta un dato interesante: la medicación de naltrexona carece de sentido si no va acompañado de una intervención psicosocial.

8. Resultados de los análisis de orina

El dato más objetivo que se ha obtenido para evaluar los cambios producidos a lo

largo de la intervención ha sido la realización de análisis de orina de los participantes. En la tabla se expresan los resultados positivos de estos análisis, es decir, cuando la orina indica que sí ha habido consumo en los diferentes momentos en los que se ha analizado a lo largo del programa. Puede observarse la disminución del número de personas que consumen heroína o cocaína.

En la última prueba realizada se analizan 42 muestras en total de las que sólo 2 son positivas, lo que supone que un 4.7% de participantes siguen consumiendo. Por último, los datos recogidos a los tres meses de finalizar la intervención muestran la recaída de muchos participantes: se realizan 27 análisis de los que 20 indican el consumo de drogas, es decir el 74% de los reclusos, de los que se tienen datos, que participaron en el programa han recaído a los tres meses.

4. DISCUSIÓN

Quizás la conclusión más global que se puede obtener de estos tres años de intervención se refiere a que, conociendo la realidad de la población reclusa y drogodependiente, con su complejidad y dificultad, creemos que en prisiones se debe y se puede intervenir para mejorar la situación psicosocial de los reclusos. A través de

TABLA 6
Personas en tratamiento de naltrexona cada mes

Grupo:	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	seguimiento
1	1	1	2	2	3	0
2	2	3	3	2	2	1
3	4	4	4	4	4	1
4	4	4	3	3	3	1
5	3	3	2	2	2	0

TABLA 7
Resultados positivos en el consumo de heroína/cocaína en diferentes momentos del programa

momentos grupo														final	seguimiento
1	6	2	3	0	0	1	0	0	0	0	2	2	1	2	5 de 5
2	5	3	3	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4 de 6
3	3	4	3	3	2	1	2	0	0	0	0	1	0	0	3 de 4
4	2	4	4	2	1	2	2	1	0	1	0	0	0	0	4 de 6
5	1	2	3	3	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4 de 6

Analíticas positivas (con contenido de heroína o cocaína)

nuestra intervención se han logrado cambios en variables concretas.

1. Se adquieren conocimientos e información de conceptos relacionados con las drogodependencias y su deshabituación, disminuyendo las creencias erróneas al respecto. Se conocen más métodos anti-conceptivos y recursos comunitarios para la deshabituación.

2. Quizás las variables más difíciles de cambiar son los hábitos conductuales. Aun así, se encuentran resultados interesantes: uno de los más claros ha sido el aumento de los hábitos de higiene y autocuidado, comportamiento en el que, probablemente han influido diferentes factores, algunos específicos, como las sesiones dedicadas a ofrecer información sobre las conductas de higiene, autocuidado e imagen, y otros más generales como la globalidad del programa que incide en la mejora del aspecto físico para la asistencia a las reuniones, y el deseo de los participantes de tener buena presencia ante presos de otros módulos y personas ajenas a la institución.

3. En relación a esto, la intervención grupal les ha ofrecido beneficios añadidos a los objetivos de cada sesión: aumento del autocuidado antes mencionado, aumento de comunicación, ruptura del

aislamiento penitenciario, y disminución de la prisionización. Cuando en el equipo profesional que lleva a cabo la intervención se encuentran personas ajenas a la institución penitenciaria se facilita, además, la ruptura de la monotonía y la posibilidad de modelado; esto último, porque no existe, por parte de los presos, ese rechazo frontal hacia el comportamiento del profesional que sí existe hacia el personal penitenciario.

4. En hábitos más complejos, como la utilización de jeringuillas para el consumo de drogas, se refleja que durante la reclusión disminuye el número de personas que utilizan jeringuillas para consumir drogas, pero las personas que las utilizan, lo hacen con mayor riesgo de contagio de enfermedades, y este riesgo no disminuye con la intervención, ya que ésta no era paralela a la facilitación de jeringuillas nuevas para las personas que siguen drogándose. Estos resultados confirman los encontrados en otros estudios recientes. Respecto a otra conducta de riesgo, un dato relevante es el elevado uso de preservativos en relaciones hipotéticas. Este resultado se contradice con el uso real que los participantes han hecho hasta ahora del preservativo, lo que puede interpretarse de dos formas: los participantes consideran el uso del preservativo como

método anticonceptivo, es decir, para evitar embarazos no deseados, sin embargo, no lo utilizan para evitar el contagio de enfermedades. En segundo lugar, puede que racionalmente, a nivel cognitivo e informativo, los participantes piensen que es recomendable el uso del preservativo, por lo que en relaciones hipotéticas lo utilizarían, sin embargo, en relaciones que mantienen en la realidad, el uso del preservativo no se lleva a cabo. Este resultado coincide con investigaciones realizadas con población general, donde las muestras consideran y utilizan o utilizarían el preservativo como método anticonceptivo, pero no lo usan como modo de evitar el contagio de enfermedades. Los últimos resultados a destacar son la disminución de participantes que consumen drogas durante la intervención y la valoración positiva del programa.

Como conclusión respecto a los cambios producidos y si recordamos los tres niveles propuestos como objetivos del programa, se observa que el nivel básico se ha logrado, ya que se elimina la dependencia física, se consigue la abstinencia en el consumo y se adquieren hábitos pro-saludables. El nivel medio se ha conseguido en parte, al desarrollarse características personales que favorecen la deshabituación, como el aumento de la autoestima o de habilidades para el diálogo y las relaciones personales. El nivel óptimo, dirigido a la incorporación social, no puede lograrse en un medio cerrado, por lo que se propone la continuidad de las intervenciones en medios extrapenitenciarios, aprovechando la deshabituación que el adicto inicia cuando entra en reclusión. Bien, destacamos que este tipo intervenciones parecen ser útiles para modificar actitudes y creencias de salud y hábitos de comportamiento pro-saludables. Además, es importante el impacto del programa sobre otras áreas donde no hemos intervenido directamente, como en la disminución de prisionización, capacidad de diálogo y respeto del turno de palabra o la

expresión de emociones. Coincidiendo con los resultados de intervenciones en libertad, lo más difícil es evitar las recaídas y mantener la abstinencia a largo plazo. Los resultados referidos a la abstinencia, no se mantienen a medio plazo. En nuestro caso no podemos olvidar que trabajamos en un medio penitenciario donde el mantenimiento de resultados es más difícil debido a varias cuestiones:

1. En primer lugar, la situación de institución cerrada, controladora y prohibitiva propicia las opciones *de huida* que alteran el comportamiento y la percepción, y origina el deseo de transgredir las normas.

2. Además, existen carencias estructurales y superpoblación en los establecimientos. En el centro donde se realiza la intervención, el aumento progresivo del número de presos ha empeorado considerablemente las condiciones de la población y la posibilidad de intervención educativa con los presos. Las condiciones generales empeoran: higiene, problemas de hacinamiento, estrés, mayor contagio de enfermedades, falta de intimidad personal (hacinamiento psicológico), menos recursos para cada preso, etc. Asimismo, el hacinamiento aumenta el grado de estrés, y éste puede ser combatido a través del consumo de drogas.

3. A su vez, debido a las características organizacionales de una prisión, existe el grave peligro de considerar de forma restrictiva el tratamiento: lo que ocurre a diario, la vida cotidiana se deja en manos del régimen, la administración y los funcionarios de vigilancia. Y se encomienda a especialistas -psicólogos, criminólogos, pedagogos, sociólogos- el denominado *auténtico* tratamiento, realización de programas concretos, privándose a las prisiones de la innovación organizacional, y de aportaciones que los especialistas de las ciencias sociales podrían sugerir.

4. Por último, la principal queja de los presos ha sido la monotonía y el aburri-

miento de la vida en la cárcel. Esta necesidad de ocupar el tiempo indica una línea clara de hacia dónde deben ir dirigidas las actuaciones en prisiones.

Las propuestas que se sugieren son las siguientes:

a) Intervenir con programas concretos pero de forma integrada en el funcionamiento y la organización de la institución. Las intervenciones profesionales, son necesarias, como mínimo para amortiguar los efectos nocivos del internamiento, para evitar la prisionización. La intervención general en una institución penitenciaria debería basarse en la influencia, científicamente diseñada para lograr que la institución favorezca la adquisición de patrones prosociales de los presos, y para que sea más funcional en el logro de la rehabilitación. Esto conlleva la reestructuración de las prisiones para que el internamiento sirviese como tiempo de rehabilitación.

b) Esto supone, a su vez, ocupación del tiempo libre. Pero la ocupación del tiempo deberá, además, proponerse otros objetivos primordiales: deshabituación de dro-

gas, formación profesional, desarrollo de características personales, comunicación entre los presos, adquisición de hábitos preventivos, y un largo etcétera.

c) Por último, se debe favorecer el cumplimiento de las penas fuera de las prisiones. Concretamente, para los delincuentes comunes con problemas de drogodependencias, los programas profesionales favorecen el abandono del consumo de drogas y el cambio conductual y cognitivo del adicto. En prisión este cambio es difícil, siendo necesario un seguimiento en los programas si se desea evitar las recaídas. Y esta continuidad debe hacerse fuera de la cárcel si el objetivo es la inserción y normalización de la persona. Quizás esta haya sido la principal limitación de nuestra intervención, la falta de continuidad del programa en el medio extrapenitenciario, lo que, probablemente, hubiese aumentado considerablemente el éxito a largo plazo.

Trabajar terapéuticamente en la cárcel es responsabilidad tanto de la institución penitenciaria como de los recursos comunitarios de actuación puesto que es en la cárcel donde muchos adictos tienen el primer contacto con estructuras asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- Berrocal, C. (1990). En busca del rol enrejado. El lugar del sociólogo en el equipo de tratamiento de toxicómanos del C.P. de Preventivos Madrid I. *Primer Encuentro Nacional Sobre Sociología y Drogodependencias*, Madrid.
- Campbell, D.; & Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Contreras, F. & Izquierdo, C. (1989). Incidencias de la droga en los centros penitenciarios de régimen abierto. *Surgam, mayo-junio*.
- Cox, V.; Paulus, P. & McCain, G. (1984). Prison Crowding Research. *American Psychologist*, Oct, 39 (10).
- Fogel, C. (1993). Hard time: the stressful nature of incarceration for women. Special issue: Socially vulnerable populations. *Issues in Mental Health Nursing*, vol 14(4) 367-377.
- González de Audicana, M. (1988). *Relación entre delincuencia y toxicomanía: algunas posibilidades de intervención*. País Vasco: Secretaría general de drogodependencias, Gobierno Vasco.
- González, C. (1988). Política criminal y drogodependencias. *Comunidad y Drogas*, 3, 45-58.
- Goodman, E. & Berecochea, J. (1994). Predictors of HIV testing among runaway and homeless adolescents. *Journal of Adolescents Health*, Vol 15(7) 566-572.
- Harris, J. (1993). Comparison of stressors among female vs. male inmates. *Journal of Offender Rehabilitation*, vol 19(1-2) 43-56.
- Megías, E. (1990). Programas de intercambios de jeringuillas en los centros penitenciarios. *Comunidad y Drogas. Ministerio De Sanidad y Consumo*, 12, 61-64.
- Megías, E. (1991). *Intervenciones con drogodependientes reclusos (apuntes del master de drogodependencias)*. Madrid: Institutto Complutense de Drogodependencias.
- Milan, M. (1987). Basic behavioral procedures in closed institutions. En E.K. Morris, y Brauckmann: *Behavioral Approaches to Crime and Delinquency*, New York: Plenum.
- Millstein, S.; Moscicki, A. & Broering, J. (1994). Female adolescents at high, moderate and low risk of exposure to HIV: differences in Knowledge, beliefs and behavior. *Journal of Adolescents Helth*, Vol 15(2) 133-141.
- Moreno Jiménez, P. (1999). Situación de internamiento versus situación de libertad: diferencias en algunas variables en presos drogodependientes. *Adicciones* vol. 11, nº1, 23-31.
- Navarro, R.; Arevalo, M.; Yupanqui, M. & et al. (1987). Modificación del comportamiento dependiente de las drogas: programa de tratamiento y seguimiento. *Avances En Psicología Clínica Latinoamericana*, Vol 5 7-25.
- Navarro, R.; Yupanqui, M.; Geng, J. & et al. (1992). Development of a program of behavior modification directed to the rehabilitation of drug-dependent patients: Treatment and follow-up of 223 cases. *International Journal of Addictions*, vol 27(4) 291-408.
- Nielsen, A. & Scarpitti, F. (1995). Argot use in a therapeutic community. *Deviant Behavior*, Vol 16(3) 245-267.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Power, K. & Beveridge, L. (1990). The effects of custody in a Scottish detention centre on inmates' self-esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol 34(3) 177-186.
- Power, K.; Marcova, I.; Mckee, K. & et al. (1992). Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons. *British Journal of Addiction*, Vol 87(1) 35-45.
- Redondo, S. (1989). Reflexiones sobre la intervención penitenciaria. *Papers D'Estudis i Formació*, 5.
- Redondo, S. & Garrido, V. (1991). Diez años de intervención en las prisiones españolas. *Delincuencia*, 3(3).
- Redondo, S.; Pérez, E.; Agudo, F.; Roca, M. & Azpiazu, M. (1990). *Programes de Rehabilitació a les presons*. Barcelona: Generaliat de Catalunya, Departamento de Justicia.