

COMUNIDAD Y DROGAS
(Monografías)

Precio del ejemplar: 700 pts. (IVA incluido)

Edita y distribuye:
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Publicaciones, documentación y Biblioteca
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID

ISBN: 84-7670-243-4
NIPO: 351-90-008-8
Depósito Legal: M-41861-1990

Imprime:
Rumagráf, S. A.
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID

COMUNIDAD Y DROGAS

Director
D. Miguel Solans

Consejo de Redacción
D.^a Pilar Alvarez
D. Carlos Alvarez
D. Jaime Funes
D.^a M.^a Jesús Manovel
D. Ramón Mendoza
D. José Navarro
D. Pedro Oñate
D. Armando Peruga
D. Santiago de Torres

OCTUBRE 1990

MONOGRAFIA N.º 12

Secretario de Redacción
D. Francisco de Asís Rábago

5 *Presentación*

1. Sobre Orientaciones y Criterios de Actuación

- 15 Optimización del modelo de intervención penitenciaria. José Antonio García Marijuán.
- 27 Rehabilitación de drogodependientes en prisión. Criterios básicos. Eusebio Megías Valenzuela.
- 43 Control de la oferta de drogas en los centros penitenciarios. José Garrido Martín.
- 55 Programas con metadona en los centros penitenciarios. Eusebio Megías Valenzuela.
- 61 Programas de intercambio de jeringuillas en los centros penitenciarios. Eusebio Megías Valenzuela.
- 65 Programas a desarrollar en relación con recursos comunitarios. José Antonio García Marijuán.

2. Sobre experiencias concretas

- 77 Programa de prevención de complicaciones médicas en drogodependientes privados de libertad. Manuel Prieto Salido y M.^a Auxiliadora Hoyos Cañizares.
- 87 Programas de desintoxicación. F. Marín Ferrer.
- 97 Programas de deshabitación con naltrexona de internos adictos a opiáceos en centros penitenciarios. Julián Sanz.
- 111 Intervenciones con objetivos intermedios. Juan Romero Rodríguez.
- 119 Modelo de intervención con toxicómanos en el Centro Penitenciario de Preventivos Madrid I. «Programa de rehabilitación en régimen de centro de día». M.^a Angeles Sánchez Benito.
- 145 Drogodependencias e institución penitenciaria. Modelos de intervención. Módulos en régimen de comunidad terapéutica. Juan Ignacio Bermúdez Fernández.
- 157 Anexo: Lista de participantes.

Nota a los colaboradores

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeradas y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «currículum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los artículos publicados por COMUNIDAD Y DROGAS recae únicamente sobre sus autores.

Presentación

«Dos años y cuatro meses de prisión menor. Total, dieciocho meses de penitenciaría, los cuales fueron suficientes para mi rehabilitación como persona y por supuesto como madre.»

Eugenio MADUEÑO, «Carta de Elisenda», en *Heroína: Viaje por el placer, la destrucción y la muerte*.

5

Lograr una colaboración diáfana y eficaz con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias constituye uno de los ejes en torno a los que discurre el quehacer institucional de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Una primera plasmación del interés por lograr esa intervención unitaria y coherente entre ambos Centros directivos fue la firma de un convenio de cooperación en el mes de junio de 1987. Su contenido quedaba restringido prácticamente a favorecer un intercambio de información, de criterios y de pareceres entre los profesionales que atienden la problemática relacionada con el uso de drogas y los que prestan sus servicios en las instituciones penitenciarias. Se trataba, en definitiva, de propiciar un acercamiento que se entendía como imprescindible y beneficioso para el quehacer profesional de ambos sectores.

Durante 1988 se suscribió un nuevo acuerdo de cooperación que posibilitaba una actuación coordinada de mayor amplitud. Sin embargo, para entonces se comenzaba a apreciar la necesidad de efectuar ajustes en actuaciones que, concebidas para ser conjuntas, se venían materializando en iniciativas emprendidas, con frecuencia de forma unilateral, por los Coordinadores de los Planes sobre Drogas en las Comunidades Autónomas.

Tales iniciativas eran recibidas, en el mejor de los casos, con pasividad por parte de los profesionales que prestan sus servicios en instituciones penitenciarias. En ocasiones,

aparecían incluso signos de que estaban siendo vividas en el interior de las prisiones como actividades invasivas en las que la participación del sector penitenciario era mínima e incluso nula.

Se iba evidenciando, así, la necesidad de reorientar las actuaciones de manera que propiciasen y promoviesen una corresponsabilización y una coparticipación de ambos sectores en los programas emprendidos, así como en los criterios que los sustentaban, como única estrategia para lograr resultados adecuados y eficaces.

Estas impresiones tomaban cuerpo en un momento en el que aumentaba la preocupación por la incidencia y repercusiones en el ámbito penitenciario de los diversos problemas relacionados con las drogas. A finales de 1988, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias puso de manifiesto su pretensión de diseñar, en el marco de su política penitenciaria, una estrategia de atención a la problemática relacionada con las drogodependencias dentro de la prisión y, paralelamente a la misma, una línea de cooperación con otras instituciones y en concreto con las que desarrollan sus actividades en el marco del Plan Nacional sobre Drogas.

6 A partir de esa fecha y teniendo en cuenta tanto la experiencia con la que se contaba como los planteamientos programáticos de la mencionada Dirección General, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas comienza a revisar las líneas de actuación precedentes. Se inicia la reflexión y el debate conjunto entre los responsables de ambos Centros directivos con el fin de lograr una cooperación basada en la corresponsabilización y en la coparticipación de los sectores implicados. A lo largo de 1989 se van poniendo los cimientos de esa actuación coordinada.

Por fin, a comienzos de 1990 se considera suficientemente madura la estrategia diseñada, y suficientemente maduras también las ideas por parte de uno y otro sector, como para convocar una reunión más amplia en la que participe una selección significativa de los sectores profesionales implicados. Se pretende que en ella unos y otros puedan intercambiar opiniones acerca de posibles vías de colaboración y puedan, en consecuencia, decidir y perfilar sus respectivas opciones para los próximos tiempos.

Por eso se elige el comienzo del año —una época propicia para el diseño de programas de actuación, cuando todavía no existen hipotecas, ni compromisos excesivos, que limiten las aplicaciones presupuestarias— y así nacen las jornadas sobre «Atención a Reclusos con uso Problemático de Drogas: Intervenciones desde la Institución Penitenciaria y desde la Comunidad». Organizadas conjuntamente por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Justicia, tienen lugar en Madrid durante los días 29, 30 y 31 de enero de 1990.

Atendiendo a las pretensiones señaladas —que se conozca lo que se viene haciendo, o lo que se está iniciando, en las prisiones con el fin de decidir conjuntamente lo que conviene apoyar de forma más intensa—, el programa de las jornadas se divide en varios bloques. A saber:

Uno.—Panel sobre programas inespecíficos en la prisión. Se trata de conocer y de reflexionar en este marco sobre aquellas estrategias de carácter general, no orientadas

específicamente al «asunto-drogas», que, no obstante, pudieran favorecer una mejora en la situación de los centros penitenciarios por lo que se refiere a la oferta y a la demanda de drogas. Se discuten, por ejemplo, reorganizaciones y medidas de intendencia comunes y elementales que, sin embargo, pueden contribuir a que se controle con mayor facilidad la oferta de drogas en el interior de la prisión. También se debaten fórmulas de optimización del modelo de intervención penitenciaria, de forma que repercuta positivamente en la población reclusa en general y en la que consume drogas en particular.

Dos.—Panel sobre programas sanitarios a desarrollar en la prisión. El objetivo de este foro es conocer los que se están llevando a cabo en estos momentos en algunas de las prisiones españolas, aunque tengan diferente nivel de desarrollo, y que responden a diferentes planteamientos: desde los más comunes de promoción de la salud general de los reclusos, hasta los más específicos de utilización de antagonistas para tratar a los consumidores de drogas, pasando por los clásicos programas de desintoxicación realizados en las instituciones penitenciarias.

Tres.—Panel sobre programas dirigidos a la rehabilitación de drogodependencias en el interior de la prisión. Suponen una mayor especificidad respecto a los contemplados en el anterior. Su objetivo es contribuir a la deshabituación de la persona que consume drogas, desde la prisión y con recursos provinientes, fundamentalmente, de las instituciones penitenciarias. Se toman como base, también aquí, programas que, con diferente grado de desarrollo, se están llevando a cabo en estos momentos en algunos centros penitenciarios españoles, en régimen de centro de día, y otros programas con objetivos parciales dentro de la finalidad global de rehabilitación.

Todo lo comentado, que se fundamenta en recursos económicos, personales y materiales específicamente penitenciarios, se complementa en el programa de las Jornadas con intervenciones desarrolladas a propósito de la necesaria convergencia con recursos existentes en la comunidad. A tales efectos se han tenido especialmente en cuenta las funciones de las Comisiones de Asistencia Social en lo que a rehabilitación y reinserción de reclusos y ex reclusos drogodependientes se refiere.

A partir de lo previsto en programa, merecen mención aparte las reflexiones sobre actuaciones que plantean una problemática especial: el suministro de metadona y el de jeringuillas. (La expresión «circuliya» fue acuñada para designar «las jeringuillas que circulan» y a propósito de los riesgos sanitarios que ello entraña y que, tal vez, pudieran ser salvados, siquiera parcialmente, mediante el suministro de determinados medicamentos como el mencionado.)

De la mayor parte de lo tratado existe constancia suficiente en las páginas siguientes. De cualquier forma, sí vale la pena mencionar en esta introducción-presentación las conclusiones a las que en la tarde del segundo día de jornadas llegaron los dos grupos de trabajo que se constituyeron para conversar con mayor profundidad sobre alguno de los aspectos discutidos.

- Se partía en primer lugar de la dificultad de tratar en la prisión, de manera adecuada, la dependencia de las drogas. Sin embargo, a pesar de la evidente dificultad, prevalecían los argumentos para intervenir en el marco de los programas generales de salud o de los específicos de rehabilitación de drogodependencias. Solo así podría evitarse el

problema de salud pública que desencadenaría una actitud pasiva en relación con dichos asuntos.

- A propósito de justificar la intervención, ya sea *intra o extra muros*, con el colectivo de población reclusa, se aportaba como razón principal el hecho de que el paso por un centro penitenciario fuese una oportunidad muy aprovechable para que un considerable número de drogodependientes efectuase un primer contacto con un recurso asistencial.

- Se consideraba necesaria una adecuación de la intervención en cárceles, con la mejora de los servicios propios de la institución y con la creación de un clima que permitiese la implantación de programas especializados.

- De igual manera se consideraba precisa una adaptación y potenciación de los recursos comunitarios de manera que fuese posible su intervención en las prisiones en régimen de colaboración funcional.

- A efectos de intervenir con eficacia, y como condición *sine qua non* para elaborar programas racionales y razonables de actuación, se entendía imprescindible conocer lo más exactamente posible, evitando los estereotipos al uso, la realidad penitenciaria en lo que a consumo de tóxicos se refiere.

- A la vista de las condiciones objetivas existentes y teniendo en cuenta el déficit estructural, lo incipiente de muchos programas y la falta de experiencia en la integración de los servicios, los representantes de las Comunidades Autónomas consideraban necesario que se institucionalizase en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias una estructura de coordinación con las siguientes funciones:

- a) Actuar como interlocutor válido de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ante las Comunidades Autónomas. Ello supondría nombrar un interlocutor estable en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias al que pudiesen acudir las Administraciones de los entes autonómicos cuando fuese necesario.

- b) Estimular y coordinar los servicios periféricos de la Dirección General a través de la propuesta de programas, discusión del contenido de los mismos y corresponsabilización en su desarrollo, lo que exigiría la creación de mecanismos de coordinación en los centros penitenciarios.

* * *

El camino que nos ha llevado hasta aquí ha sido recorrido con sumo cuidado para evitar la impresión de intervenciones unilaterales como las que se habían producido con anterioridad. Por ello entendemos que cualquier actuación que se inicie en estos momentos deberá ser asumida, previa y unánimemente, en sus objetivos y finalidades y en su desarrollo concreto. Sin esa concurrencia de criterios y de aspiraciones, cualquier intención, por buena que sea, devendrá totalmente ineficaz.

Esta monografía es una modesta contribución a esa tarea, previa y necesaria, de conocimiento mutuo, de comprensión de las posibilidades y limitaciones de cada uno,

para poder, por fin, poner en marcha estrategias útiles y solidarias que redunden en beneficio de las personas a quienes va dirigido el esfuerzo: aquellos que han sido privados de su libertad por delitos cometidos contra el orden social. En definitiva, quienes han sido castigados con una limitación tan importante como la señalada pero a quienes no debe condenarse a ninguna otra privación, carencia o sufrimiento adicional.



Nota del Editor

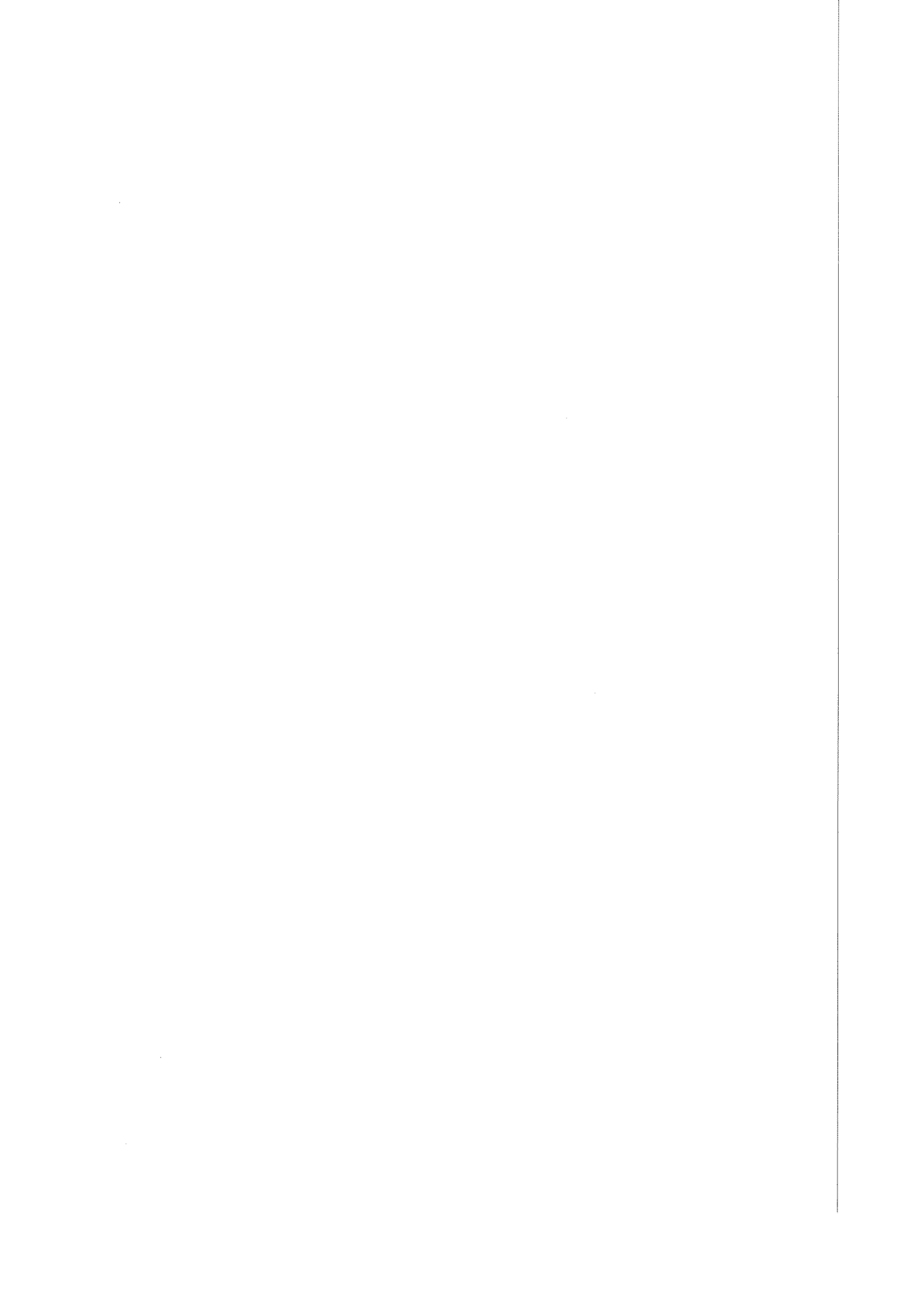
Los textos que se incluyen en este número de *Comunidad y Drogas* no responden exactamente a los materiales aportados en las Jornadas sobre «Atención a reclusos con uso problemático de drogas». La heterogeneidad y amplitud de su contenido, en unos casos, y el no haber dispuesto en el plazo previsto del correspondiente texto escrito, en otros, aconsejaron la recomposición que se contiene en esta monografía.

11

Por otra parte, ha parecido más coherente incluir ponencias y comunicaciones en un orden que no guarda relación con la secuencia en que fueron presentadas en las Jornadas. Así, en la primera parte, se han incorporado las comprensivas de orientaciones y criterios de actuación, dejando para una segunda algunas experiencias concretas que se están desarrollando en centros penitenciarios y que pueden resultar ilustrativas de cómo se está interviniendo en ese medio en la actualidad.



1. Sobre orientaciones y criterios de actuación



J. Antonio García Marijuán*

Optimización del modelo de intervención penitenciaria

0. SER DROGADICTO EN PRISION: ¿CONDICION ADJETIVA O SUSTANTIVA?

La referencia del problema de la droga en prisión siempre remite a la doble perspectiva de la oferta y la demanda. Reducir el problema a que no exista droga dentro de las cárceles o en segunda instancia a castigar su consumo dentro de las mismas, como última expresión del control de su demanda, es un planteamiento primario que se debe superar para encarar con rigor y con ciertas expectativas la cuestión del uso problemático de drogas en las personas que se encuentran recluidas en prisión.

La situación que plantea a la institución penitenciaria la incidencia de los reclusos que son drogodependientes puede ser similar a las «alteraciones» que genera en otros sistemas; en su ubicación como atenuante, eximente, circunstancia específica de remisión condicional a respuestas asistenciales y terapéuticas, palanca de reflexión de la filosofía del derecho en cuanto a los principios de intervención penal mínima, etc. En los sistemas sanitarios este incómodo problema de la «droga» también cuestiona el modelo de asistencia primaria o el de recursos especializados y el papel de los servicios de salud mental, y por supuesto el revisar cómo se trabaja en el campo de la salud no sólo desde una perspectiva exclusivamente bioquímica y clínica. Sin mencionar disfunciones en otro orden de cosas, como lo educativo, generacional, familiar, social, político; a lo penitenciario también propicia el agudizar sus propias contradicciones, señalando básicamente dos nuevos postulados que deben entrar en escena: la revisión de que nuevos clientes recalcan en los centros penitenciarios y la modificación de las formas de intervención.

La población penitenciaria se va transformando de manera significativa, en sus perfiles sociológicos, culturales, en función de la evolución de la sociedad en la que vivimos, y el consumo de distintas drogas está pasando a ser uno de los elementos más definidores de la actual población penitenciaria. La perspectiva de abordaje de las drogodependencias en prisión debe tener presente este paso cualitativo que supone una generalización tan importante del consumo en la población, perdiendo o difuminando los límites de una posible población diana a atender específicamente.

Este análisis anterior nos conduce irremisiblemente a la otra cuestión planteada, de la revisión del modelo de intervención en el medio penitenciario. Si a la de por sí necesaria revisión permanente y obligado cuestionamiento de los modelos y esquemas de trabajo

(*) Jefe del Área de Tratamiento de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Justicia.

en un campo social, agudizado en el espacio penitenciario por las contradicciones funcionales y estructurales de la propia institución (aisladora-recuperadora), se intenta responder a las demandas que genera el problema de las adicciones a drogas, con los postulados existentes, las vías de agua se agrandan en el barco. Si no se realiza un análisis previo de las preguntas y posibles respuestas que plantea el problema, estamos abocados a dar pseudosoluciones centralizadas y planteadas en «errores históricos».

1. ANALISIS DE LAS DEMANDAS

Cuando abordamos el tema de las drogodependencias en instituciones penitenciarias damos por supuestas una serie de circunstancias y de condicionantes previos que, en muchas ocasiones, resulta conveniente enfocar los planteamientos generales de los que se parte para elaborar una estrategia de abordaje general o un programa de intervención concreto. Uno de esos temas sobreentendidos es el analizar las demandas que manejamos y a las que atendemos.

Está claro que la circunstancia del ingreso en prisión supone, cuando menos, una experiencia de crisis. La sociedad se dota de un instrumento de orden penal para aislar y recluir a aquellas personas que han transgredido unas reglas de juego de la convivencia humana y han atentado contra bienes jurídicos, como la vida, la propiedad, la libertad, la salud, etc.; como respuesta a este pasaje, al acto de transgresión de lo prohibido se le da esta respuesta de privación de libertad. En las circunstancias individuales de cada una de las 32.000 personas que se encuentran actualmente en las cárceles españolas y de las aproximadamente 72.000 personas que ingresan al año de libertad en prisión, se nos presentan una diversidad de casuísticas tan ricas y diversas como individuos pasan por esa circunstancia de ingreso en prisión. En las cien mil historias personales que nos podemos encontrar a lo largo de un año, una referencia de cierta habitualidad es la del consumo de drogas. Es un aspecto clave para elaborar una estrategia de actuación coherente el contar con una valoración de cuáles son las demandas que suscita este colectivo, referente en este caso a la temática de la atención a personas afectadas de adicción a drogas.

Varias son las bandas a atender en esta mesa de juego de las demandas; para no hacer muy compleja la partida, delimitemos cuatro lados. Tengamos presentes las demandas genéricas de la sociedad en esta situación, la de las instancias judiciales, la propia de la institución penitenciaria y, por último, la de los propios interesados.

¿Qué demanda la sociedad de la situación del ingreso en prisión del drogadicto?

Las demandas son claramente ambivalentes. Por una parte, dentro del puro modelo punitivo, la demanda es de castigo. Aunque la referencia sea la de la comisión del delito «por culpa» de la droga, en todo caso se ha dejado arrastrar por la droga, para la que no existe arrepentimiento ni recuperación, y, por lo tanto, la mejor medida es el ingreso en prisión para que estén controlados y no contribuyan a la inseguridad ciudadana. El otro bloque de demandas iría asociado al modelo de drogadicto=enfermo, y las peticiones son las de obviar la actuación delictiva bajo el amparo de su circunstancia patológica de consumo, con lo que la prisión no sería la respuesta adecuada para este problema. En

cualquiera de los dos planteamientos, no existe una demanda muy exigente a la prisión para abordar este tema, más allá de la impresión de que no se debiera consumir droga en la prisión.

Estas demandas suelen vehiculizarse por los medios de comunicación, con la imagen de la droga que se transmite a la sociedad, con una mayor preponderancia de los esquemas punitivos en detrimento de las dimensiones sociales, médicas, etc. Unida en este caso a la imagen de las cárceles configurando un *status* apocalíptico, nada útil para propiciar una respuesta desde la normalidad.

¿Qué demanda la instancia judicial?

Fundamentalmente, dos cuestiones: un mayor repertorio de recursos legales, tanto en el orden procesal como penal, para afrontar la realidad del procesado que es drogadicto; y otra, la ayuda del mundo asistencial, tanto de las esferas de los dispositivos asistenciales como de los profesionales.

La opción, en la situación del procesado, de prisión provisional o de libertad, es un espacio claramente insuficiente para manejarse en una realidad tan compleja como la que se presenta en un juzgado de instrucción. El recurso aleatorio de la mayor sensibilidad y especial talante de algunos órganos judiciales para solventar ciertas situaciones con planteamientos tangenciales o de tensar especialmente la norma, no son una respuesta adecuada para poder enfrentarse a la responsabilidad de determinar el ingreso en prisión de una persona drogadicta y que ha cometido presuntamente un delito.

17

En el momento de la sentencia existen otros encajes legales, como atenuantes y eximentes, así como la remisión condicional, que si bien también son canales estrechos, por lo menos existen y pueden ser utilizados con mayor acierto y tino.

La otra gran demanda de lo judicial es el llamamiento a lo asistencial para el asesoramiento de resolución de estas problemáticas humanas con las que se presenta la ley. Por una parte, de petición de dispositivos asistenciales a los que pueda recurrir como sustitutivo de la cárcel, que realicen el doble juego de «recuperadora» del sujeto y también de contención ante la sociedad. Por otra, a los profesionales que le descifren en lenguaje de derecho los recovecos de la condición humana.

La petición judicial a la institución penitenciaria es subsidiariamente la misma que reflejábamos antes, dispositivos asistenciales específicos para la problemática añadida de la adicción y, últimamente con mayor frecuencia, la aportación pericial de los estudios diagnósticos que se efectúan.

¿Qué se autodemanda la propia institución penitenciaria?

Como concepción de organización social y total se confunden muy frecuentemente dos niveles en este tema: la presencia de sustancias tóxicas en el interior de las prisiones y la asunción de un porcentaje numeroso de internos con problemáticas de adic-

ción. Esta interconexión de realidades entremezcla objetivos, estrategias y actuaciones, a veces, con intereses contrapuestos.

Si el objetivo es «que no exista droga en el interior de la prisión», tenemos que tener presente una serie de premisas. El régimen disciplinario interno de un centro penitenciario prohíbe y tipifica, como falta disciplinaria, una serie de conductas relacionadas con la posesión y el uso de drogas tóxicas y sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

Estamos convencidos de que disponer de espacios, en este caso el cerrado de la prisión, en los que exista la menor oferta posible para el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, es un elemento radicalmente positivo para la salud y el bienestar individual y de la colectividad. Y segundo, y no menos importante, la consecución de este objetivo tiene límites, en cuanto que choca con otros derechos reconocidos en las leyes penitenciarias. Los derechos fundamentales, a excepción del de la limitación de la libertad, deben ser amparados en el cumplimiento de las penas, principalmente los relativos a la vinculación familiar, social, informativa. Lo que nos sitúa ante la imposibilidad de impermeabilizar el reducto penitenciario. Nos debemos mentalizar de que en la prisión, como microsociedad que es, se dan los mismos fenómenos que en el resto de la sociedad. El objeto estriba en conseguir un adecuado equilibrio entre las garantías para asegurar estos derechos reconocidos y un estado de seguridad y control dentro de la vida penitenciaria.

18

El otro campo de preocupación y de recepción de demandas desde el propio medio es el de dar respuestas adecuadas a los individuos concretos que ingresan o se encuentran en prisión con cuadros de dependencia a drogas. Este objetivo de abordaje de la recuperación y reinserción de los internos afectados de drogodependencias es un principio de actuación del mismo cumplimiento de las penas privativas de libertad, en cuanto a las normas de régimen y tratamiento a aplicar a los toxicómanos condenados por la comisión de hechos punibles, que se enmarca dentro de la orientación final del mandato constitucional de reeducación y reinserción social de las penas privativas de libertad. Líneas de actuación generales como la prevención, la reducción de la oferta y la demanda, la asistencia y tratamiento, deben estar y están en las referencias de trabajo en el medio penitenciario, con todas las dificultades y sesgos que se puedan encontrar.

¿Y qué demanda el que ingresa en prisión y, además, tiene problemas de adicción?

La respuesta a bote pronto es salir de la misma, pero serenemos el juego.

Como muy sugerentemente señala Darbada, magistrado del Ministerio de Justicia francés, «... una parte creciente de los toxicómanos ha recurrido al encarcelamiento como modo de gestionarse su dependencia de la droga». Dibujando, asimismo, las tipologías de referencia, como son los toxicómanos con una vida de relación deteriorada y que cometen frecuentes delitos en consonancia con su dependencia, y los delincuentes habituales susceptibles de consumir droga ocasionalmente e incluso consolidar, en algún momento de su itinerario, una dependencia.

Dentro de una amplísima tonalidad de grises entre los dos polos de tipos propuestos, y teniendo su importancia a la hora de efectuar los oportunos diagnósticos y tácticas de atención, la realidad es que todos presentan una susceptibilidad de atención y ayuda. El encuentro está condicionado, por la oferta que se les propicia y por las demandas que explicitan, dentro de los objetivos y programas que nos marquemos.

La intervención terapéutica en la institución penitenciaria tiene unos condicionantes a veces insalvables, pero sí parece posible un aprovechamiento de la estancia en prisión para trabajar abiertamente en favorecer la mentalización de los internos acerca del sentido y de los riesgos de su drogodependencia, y suscitar motivaciones suficientes para el inicio o mantenimiento de programas de atención.

¿Cómo conjugamos todas las demandas?

El entramado de demandas que hemos esbozado hay que configurarlo en torno a unos objetivos priorizados y jerarquizados que respondan fundamentalmente al fiel de toda balanza, como son las necesidades, dentro del marco de objetivos establecidos.

2. ANALISIS DE LAS NECESIDADES

Asumiendo las dificultades de evaluar y conocer cuál es la realidad con que nos enfrentamos y teniendo que recurrir a indicadores de carácter indirecto, vamos a intentar definir algunas parcelas del tema que tenemos entre manos.

19

Una primera aproximación puede ser el efectuar la radiografía con un corte transversal que recoja el número de internos por delitos de tráfico de drogas (contra la salud pública-CSP).

Podemos establecer las siguientes reflexiones:

— En primer lugar, el volumen importante de esta realidad en cuanto a presencia específica en las cárceles. Representan el 17,6% de la población total.

— Una primera comparación entre la proporción de penados y preventivos nos sitúa una relación de un 46-54%, respectivamente, frente a una *ratio* global de 60-40%, precisamente en el sentido inverso. Esto es un indicador claro del momento actual de crecimiento del ingreso en prisión de individuos relacionados con el tráfico ilegal de drogas.

— El dato de los extranjeros es altamente sintomático: un 47% de las personas en prisión relacionadas con el tráfico no son españoles. Esta constatación reafirma tajantemente la proyección internacional del tráfico internacional a través de nuestro país, además del consumo interno.

— La proporción entre primariedad y reincidencia también tiene un sesgo diferenciador: en este estamento es de 65-35%, a favor de la primariedad; mientras en la población general es la inversa de 44-56%, a favor de la reincidencia. Explicable por la doble circunstancia de los extranjeros sin antecedentes penales en nuestro territorio y de los

	Total	A. Central		Cataluña	
		H	M	H	M
Internos/delitos CSP	5.088	4.003	668	270	147
Penados	2.339	1.887	268	133	51
Preventivos	2.749	2.116	400	137	96
Extranjeros	2.212*	1.924	288	—	—
Primarios	1.514	1.205	183	79	47
Reincidentes	825	682	85	54	4
16-20 años	126	105	4	11	6
21-25 años	595	438	82	46	29
26-40 años	1.493	1.094	161	150	88
40-60 años	332	230	18	63	21
Más de 60 años	26	20	3	0	3
Arresto menor	33	20	1	11	1
Arresto mayor	377	305	72	0	0
Prisión menor	1.208	985	40	47	36
Prisión mayor	633	490	55	74	14
Reclusión menor	83	82	0	1	0
Reclusión mayor	5	5	0	0	0
Audiencia Nacional	129*	129	0	—	—
Tribunales Ordinarios	4.542	3.874	668	—	—

* Sólo datos de Administración Central.
Datos referidos al 1-1-89.

llamados «camellos» que puedan utilizar el tráfico para su autoabastecimiento de consumo.

— La edad dibuja la campana de distribución normal, con una tendencia central muy marcada en el escalón de los 26 a 40 años, con un sesgo también de mayor edad con respecto al total, no tan decantado en este estrato.

— Las penas impuestas pasan por una amplia mayoría de la condena de prisión menor (de seis meses a seis años), lo que indica que el impacto de endurecimiento de penas que supuso la reforma penal en esta materia en marzo del 88 todavía no se ve reflejada, posiblemente por los plazos judiciales y de los correspondientes recursos. Este dato va a ser interesante seguirle en su evolución para corroborar, o no, esta circunstancia aludida.

Otra referencia numérica a tener presente es la evolución temporal de este delito. Así, tenemos el siguiente cuadro:

	1988	1987	1986	1984	1982
Penados CSP	2.339	1.868	1.280	532	1.168
%	14,7	11	8	5,6	10
Preventivos CSP	2.749	2.553	—	868	1.544
%	25,7	21	—	10,8	15,5
Penados propiedad	8.918	10.007	10.560	6.177	7.826
%	61	63	66	66	67
Preventivos propiedad	4.821	6.449	—	5.028	6.110
%	49,4	54	—	62,5	61

Datos referidos al último mes de cada año referenciado.

La monitorización de estos datos nos da una gráfica interesante de analizar:

— En primer lugar, comprobar que existe una evolución acusada, con un momento de depresión importante, en el año 84, fruto de la modificación del Código Penal en esta materia, que sitúa el porcentaje de penados en un 5,6% del total, para a partir de esa inflexión comenzar una escalada que se mantiene en una fuerte línea ascendente, sin que por el momento parezca tocar techo.

21

— La evolución de los preventivos dibuja la misma tendencia, pero con un tono de mayor relevancia. Así, es muy destacable el dato último de que uno de cada cuatro presos preventivos se encuentra relacionado con delitos de tráfico ilegal.

— La tendencia, como decíamos, no ha tocado techo y la progresión del aumento que se está produciendo es altamente significativa.

— La comparación con la evolución de los delitos contra la propiedad también es oportuna por la relación inversa que puede tener. La tendencia de este colectivo es descendente, en una línea más suave que lo anterior, si bien el dato de ser más el porcentaje de penados que en preventivos es sintomático de la tendencia regresiva de este fenómeno en comparación al del tráfico ilegal.

— Sobre todo en el segmento de los preventivos, podemos decir que el mapa criminológico actual se va configurando con nuevos pesos específicos, resaltando le «pérdida histórica» de la mayoría absoluta del delito por excelencia, en nuestra sociedad occidental, como son los tipificados contra la propiedad.

— Resumiendo, destacar la evolución claramente ascendente de los ingresados en prisión por delitos contra la salud pública (1 de cada 4) en la población preventiva actual, y la relación inversa de este fenómeno en los delitos contra la propiedad.

incorporación de equipos de apoyo que establezcan el garante de la integración en las redes comunitarias.

El considerar la ubicación y peso específico dentro del plan general de los dispositivos internos que se puedan establecer como «espacios libres de droga», como un elemento más de enriquecimiento de la red de recursos. Y el problema por resolver del sesgo que pueda propiciar al resto de programas.

El componer el marco de los niveles de intervención y de integración de la asistencia primaria, tanto sanitaria, de tratamiento como de servicios sociales, en la dinámica y desarrollo de los programas de actuación, teniendo el eje de lo inespecífico como elemento central integrador de las mismas. Evitando los extremos, maximalistas, de fijar objetivos finalistas en todos los programas con drogodependientes en prisión, y los derrotistas, al entender imposible *a priori* cualquier intervención en el medio penitenciario, podemos articular un cuadro de actuaciones entramadas en las tareas institucionales de la actividad penitenciaria, enmarcadas por la finalidad de reinserción que se establece constitucionalmente para las penas privativas de libertad.

5. SEÑAS DE IDENTIDAD DE LA INTERVENCION

24 Sin pretender construir el edificio del modelo de la intervención penitenciaria, sino simplemente dibujar en la arena unas líneas de referencia de alguna pared con las que sustentar la casa. La atención a las personas con drogodependencias que ingresan en prisión debe pasar por las siguientes coordenadas:

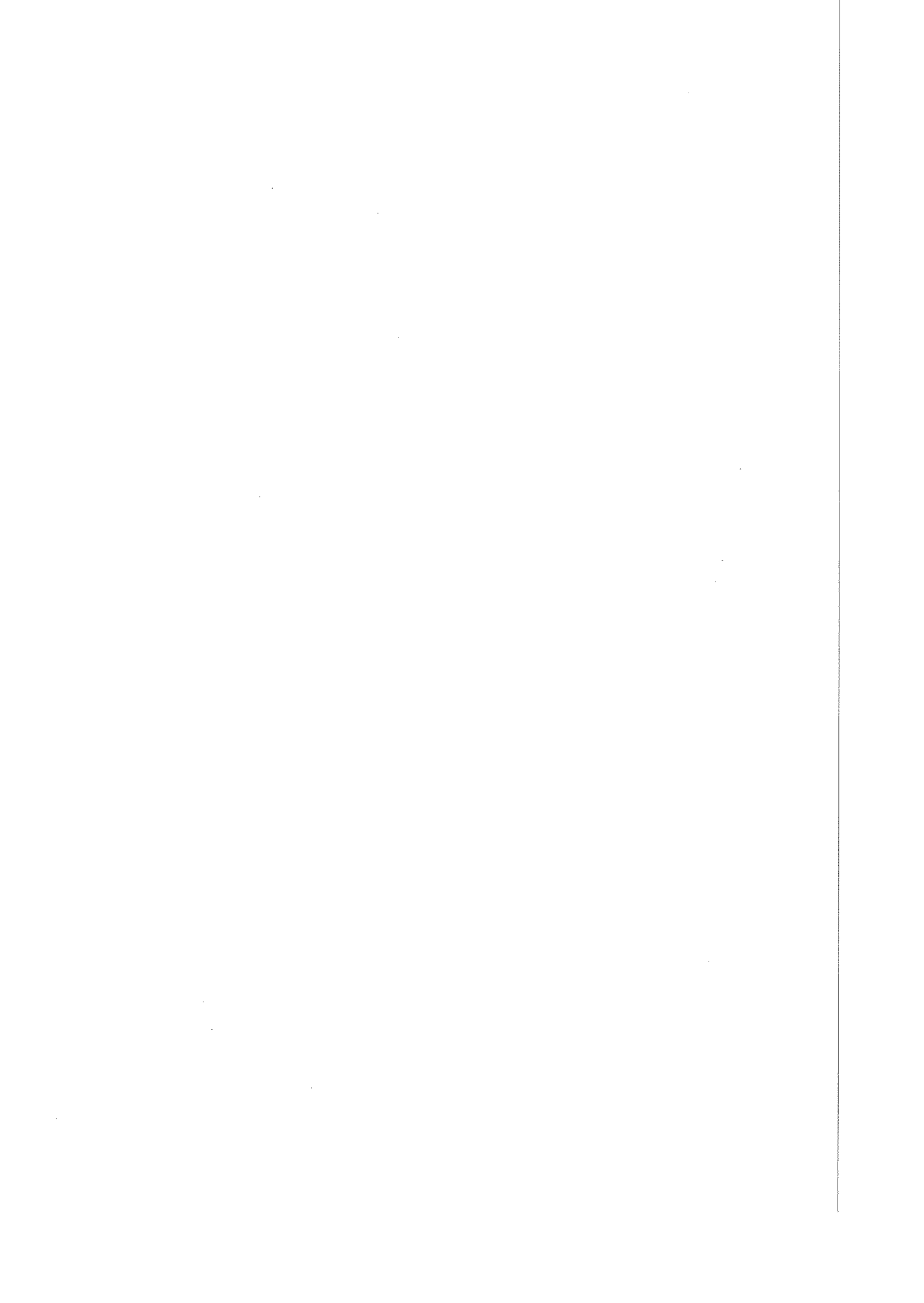
- *Normalizada*: Tenemos que incorporar, no desde lo excepcional o específico, sino en todas las áreas de servicio, integrar la atención al drogodependiente dentro de las tareas normalizadas de los mismos.
- *Coordinada*: La debida adecuación de la atención normalizada de los distintos servicios requiere inexcusablemente una coordinación de objetivos, estrategias y actuaciones.
- *Conexionada con las redes generales*: No podemos ni debemos crear una red de atención aislada; la viabilidad de un esquema rehabilitador pasa por la conexión con lo comunitario, como referente indispensable de abordaje del problema.
- *Integrada en la coparticipación*: Esa conexión con las redes comunitarias no se realiza de una forma gratuita, sino desde el entendimiento y el compromiso de una corresponsabilidad en la exigencia de atención con una responsabilidad compartida de servicios públicos.
- *Incorporada en programas globales de actuación en los centros penitenciarios*: Cerrando el círculo de la normalización, coordinada, conexionada e integrada, todo debe plasmarse en la programación de actuaciones y del proyecto de intervención en cada centro penitenciario como tarea incorporada a los objetivos del colectivo organizacional.

**Propuesta: Modelo Organizativo Multiprofesional.
Grupo Atención Drogodependiente: GAD**

EXIGENCIAS: Ser multiprofesional y que cubra las áreas sanitaria, de tratamiento y de servicios sociales; integrada y coordinada su actuación de atención a los d.d.

PROPUESTA: Creación en los centros penitenciarios de los GAD, con una composición básica de tres miembros, uno del área sanitaria, otro de los servicios sociales y otro de tratamiento; que se constituirían en la *referencia integradora* de los programas de atención a los d.d. que se ejecutasen en ese centro, con las siguientes funciones:

- Supervisar e integrar los programas.
- Interlocutor válido de esos programas ante los organismos comunitarios y los servicios centrales de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Referencia interna del propio centro penitenciario para los demás servicios con una tarea de coordinación.
- Referencia interconectada entre los centros, para seguir los traslados, remisiones.
- Soporte para canalizar la formación continuada.
- Diseño de algún programa concreto de actuación.
- Seguimiento de casos.
- En un momento dado se puede convertir en un dispositivo de atención secundaria, pero sin perder esa referencia general integradora de los recursos especializados o no.



Eusebio Megías Valenzuela*

Rehabilitación de drogodependientes en prisión.

Criterios básicos

1. APROXIMACION A LA REALIDAD PENITENCIARIA

Si se pretende intervenir a través de programas penitenciarios con drogodependientes, hay que partir de un análisis, aunque sea somero, de la realidad sobre la que se va a actuar.

El número total de internos en instituciones penitenciarias está compuesto por alrededor de 32.000 personas, constituyendo una población sujeta a gran movilidad. Si bien ese número (32.000) corresponde a los que, en términos epidemiológicos, podría llamarse la prevalencia/día, al cabo del año serán 70.000 aproximadamente los ingresos que habrá habido en prisión.

27

Esta población se distribuye entre 81 centros con criterios que no siempre pueden ser todo lo razonables que cabría esperar. Así, encontramos que habría que optimizar las variables de clasificación (no sólo por «grados», sino por objetivos), territorialización y otras. Los centros, lógicamente, presentan una gran dispersión geográfica y su dotación e infraestructura son muy diferentes. Las dos tipologías básicas de centros serían, por un lado, la prisión situada en el casco urbano, de construcción antigua, con equipamientos deficitarios y escasez o ausencia de zonas y recursos tanto de recreo como de rehabilitación, y, por otra parte, la prisión de nueva construcción, con mejores equipamientos, en situación apartada de la ciudad y provista de espacios que permiten intervenciones regladas más allá de lo que es la pura custodia del interno. Aunque no siempre es así, el primer tipo (la prisión propiamente «urbana») acoge un mayor número de reclusos preventivos. Además, existirían centros penitenciarios con un cierto grado de especificidad en virtud de diversos parámetros: jóvenes, mujeres, penados con condenas largas, máxima seguridad... En general, hay un importante déficit en la dotación de recursos penitenciarios para mujeres y, sobre todo, existe un grave problema (tanto cuantitativo como cualitativo) en lo referido a centros abiertos y recursos para los internos en tercer grado.

Junto con estas circunstancias, es obligado hablar de las connotaciones que implica una dinámica institucional con vicios históricos, una dotación insuficiente de algunos grupos profesionales, un modelo de intervención que exige readaptaciones, etc.

(*) Consejero Técnico de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sobre esta infraestructura se sitúa la población a la que hacíamos referencia y, dentro de ella, el conjunto de los drogodependientes a atender. Tratando de cuantificar y delimitar este grupo, aunque no se está en condiciones de responder de manera exacta, hay que decir que, según los resultados de los cuestionarios de información sociosanitaria y sobre muestra total, el 44,5% de los internos describe haber sido consumidor de drogas por vía intravenosa, siendo el tiempo medio de consumo de alrededor de cinco años. El 28% de los internos son seropositivos al VIH (60% de los ADVP), el 58% ha estado en contacto con el virus de la hepatitis B, el 5,7% padece sífilis, etc. Esa es la población que hay que atender y ése es su estado sanitario. No creemos necesario aquí entrar en la descripción de las variables socioculturales que, para lo que se refiere a los que se reconocen como drogodependientes, coinciden con las que se han señalado en multitud de ocasiones para grupos similares en nuestro país.

Obviamente, no hay que imaginar a la población drogodependiente como un grupo homogéneo. Si bien es cierto que podría describirse un perfil predominante y, más aún, que el proceso de institucionalización, los años de cárcel y los años de consumo tienden a una uniformización de comportamientos, hábitos y necesidades, no es menos cierto que, pese a todo, en la prisión conviven personas con características y exigencias claramente diferenciadas. Hay drogodependencias de muchas clases, si es que se puede utilizar una terminología coloquial.

Otra cosa distinta es que esa diversidad de tipos y personas pueda ser claramente delimitada en grupos. En los centros penitenciarios hay variables uniformizadoras que dificultan las distinciones intergrupales. El ambiente toxicomanígeno de la prisión contribuye a borrar diferencias y a homogeneizar subgrupos en principio diversos. Las posiciones de rechazo hacia la institución, la tensión ambiental, la ideología carcelaria, la cultura de evasión, la mayor agresividad de la presión del grupo..., todos ellos son fenómenos que contribuyen a crear actitudes y comportamientos intermedios que hacen difícil separar los diferentes subgrupos. No es sencillo, entre los reclusos, distinguir los drogodependientes de los consumidores habituales o de los experimentales o de los no consumidores. Como no lo es separar a usuarios de distintos productos. Con frecuencia, más que los elementos individualizadores, lo que domina es la presión a escaparse a través del consumo de lo que sea y en cuanto hay ocasión para ello y, si no hay ocasión, vivir con la expectativa de que la haya. Esta circunstancia ambiental que antes calificábamos como toxicomanígena no sólo condiciona un barniz enmascarador de matices, sino que, posiblemente, se constituye como el principal desafío y la primera y más evidente dificultad para trabajar el problema de las dependencias en el medio penitenciario.

28

2. POSIBILIDADES DE INTERVENCION

Ante una situación como la descrita, más aún si consideramos que en la descripción se han pasado por alto elementos que ensombrecerían todavía más el panorama, no es de extrañar que surjan posiciones radicales, más compulsivas que críticas, más emocionales que objetivas, a la hora de plantearse la necesidad de intervención. Es un fenómeno que estamos acostumbrados a observar cuando analizamos las actitudes ante la atención a drogodependientes, sólo que acentuado, especialmente subrayado, por tratarse de drogodependientes en prisión. Expresado un tanto burdamente, sería un fenó-

meno que podría designarse como «dilema del todo o nada». Ante la exigencia de responder a una situación de drogodependencia, es muy frecuente encontrarse con una polarización de actitudes que se expresa como «yo puedo y debo conseguir un éxito total, por tanto tengo que intentarlo», o bien «no tengo la menor posibilidad, por tanto mejor no perder el tiempo intentándolo». Este dilema es el que frecuentemente condiciona esa disociación radical de responsabilidades en los dispositivos de asistencia (entre los que no tienen que atender drogadictos y los que tienen que atenderlos plenamente). Ni que decir tiene que la confrontación radical, independientemente de otros factores genéticos, se alimenta y se mantiene porque cada una de las posiciones justifica y fortalece a la otra. Si no hubiese tantos recursos que no quisieran ocuparse del tema, no estaría justificado el montar algunos que lo asuman completamente. Al contrario, si no existieran los dispositivos presuntamente superespecializados, dotados y preparados para responder, no sería tan fácil la inhibición de otros o, al menos, a éstos no les sería fácil justificar su inhibición. Está claro que lo que criticamos, aun a sabiendas de que extremamos el planteamiento, es el dilema radicalizado que llega a funcionar como un estereotipo; por supuesto, no cuestionamos que es lógico que deban existir diversos grados de implicación y diversos niveles de responsabilidad.

Pues bien, en relación con la atención a internos adictos, esta oposición de posiciones puede darse, y de hecho se ha dado, con aspectos aún más subrayados. Las posiciones que han ido del «no se puede hacer nada» más radical, o cuando menos del «en cualquier caso, no soy yo quien tiene que hacerlo», hasta el «yo soy quien puede y tiene que hacerlo; me quedaré con toda la tarea para que no quede desatendida». Además, en relación con lo penitenciario, el planteamiento se complica aún más con el añadido de otra confrontación de posturas. Desde fuera de la institución se descalifica a ésta y a sus profesionales para todo lo que suponga una responsabilidad rehabilitadora al estigmatizarlos con unas etiquetas invalidantes (carceleros, represores, rechazados por los internos...). Desde dentro se efectúa el mismo proceso con los equipos extrapenitenciarios basándose en una presunta ignorancia total respecto al medio y a la realidad sobre la que habría que actuar.

Ante estos planteamientos dilemáticos no cabe sino evidenciar la irrealidad, más allá de la inoperancia, de los mismos y buscar unas posiciones más realistas y operativas. No se trata de buscar una aproximación conciliadora de compromiso, sino, más profundamente, cuestionar la razón del planteamiento y, a través de un análisis crítico del mismo, llegar a posiciones más acordes con la situación; con la situación tal cual es y no tal cual se ve si se la mira con perspectiva defensiva.

En primer lugar, no los de dentro ni los de fuera. Ninguna de las dos posiciones, por sí mismas, garantiza el saber y el bien hacer. Tampoco, ninguna de las dos situaciones incapacitan plenamente para actuar. Ni unos ni otros, sino todos y al unísono. Sobre esto hablaremos más adelante.

En otro sentido, también resulta claro que no es verdad que no se pueda hacer nada, como no lo es tampoco que se pueda hacer todo. Hay que buscar los límites de la intervención. No viene al caso repetir una vez más que la prisión no es el sitio idóneo para conseguir los mejores resultados en la rehabilitación de drogodependientes o de cualesquiera otros. Los problemas estructurales, la situación de forzamiento, la presión ambiental..., todo ello limita claramente las posibilidades de actuación. Por otro lado, en

el mejor de los casos, aunque ocasionalmente la situación o la realidad individual permita superar todas esas dificultades, nunca se podrá traspasar un determinado umbral. La cárcel puede ser el ámbito para trabajar la rehabilitación, incluso ciertos aspectos sociales de ésta, pero nunca permitirá alcanzar objetivos plenos de reinserción. La institución penitenciaria, como cualquier institución cerrada y marginante, está por definición incapacitada para reinsertar.

Por tanto, en el proceso abarcativo y amplio de ayudar a la rehabilitación del drogodependiente, las posibilidades de la prisión están acotadas por unos claros límites, tanto en lo que se refiere a la amplitud y profundidad de los objetivos a conseguir como en lo que tiene que ver con el grado de desarrollo del cambio que hay que pretender. Nunca se podrá trabajar todo en la cárcel y nunca se trabajará en ella como en la calle.

Ahora bien, lo decíamos antes, que no se pueda hacer todo no significa que nada pueda hacerse. Sí son planteables objetivos intermedios, sí es factible el proyecto de una intervención con pretensiones parciales, sí son obtenibles beneficios de tipo sectorial, sí es sensata la planificación de unas acciones que vayan a continuarse fuera. Es más, todas estas posibilidades son, además, movimientos necesarios. Creemos que hay que entender la estancia en prisión como un estadio casi inevitable para un porcentaje muy importante de adictos a drogas ilegales y, además, como un estadio que puede resultar muy significativo. El que esto sea así implica que de cómo transcurra el tiempo en la cárcel van a derivarse consecuencias, ocasionalmente muy importantes, para la evolución del proceso y para la evolución de la persona. Siendo de esta forma, resulta incuestionable que no puede obviarse la exigencia de trabajar terapéuticamente esa fase. No sólo por las exigencias que en ese momento pueden expresarse, sino porque, de ese período y de cómo transcurra, se derivan variables decisorias de la situación futura. Intervenir con drogodependencias en la cárcel es algo que no sólo interesa y es responsabilidad de la institución penitenciaria, sino que, más claramente aún, es una necesidad de los planes comunitarios de actuación. Si un grupo muy importante de adictos está en prisión, si allí se produce el primer contacto de muchísimos de ellos con cualquier estructura asistencial y si, de cómo se actúe en ese momento, se deriva un claro aumento o un hundimiento notable de las posibilidades futuras, parece innegable que actuar en ese ámbito debería ser una de las prioridades de los programas públicos comunitarios.

30

3. PLANTEAMIENTOS «HISTORICOS» DE LAS INTERVENCIONES

En ese dilema del «todo o nada» que apuntábamos antes, hace ya años que, con carácter más o menos puntual, comenzaron a montarse programas de intervención con drogodependientes en cárceles. Hay que aceptar que, por múltiples razones, estos programas tuvieron que montarse (en algún caso, quisieron montarse) a espaldas de la institución penitenciaria. Esta, abrumada por importantes déficits estructurales, zarandeada por presiones y urgencias cotidianas, carente de una experiencia en la cuestión y dotada de unos modelos de intervención con serios fallos funcionales, se limitó a recibir pasivamente la iniciativa de unos recursos externos que se ofrecían a asumir una responsabilidad vivida unilateralmente. Sin enjuiciar el acierto o error de tales planteamientos y, mucho menos, sin pretender cuantificar las cuotas de responsabilidad de cada institución, lo que difícilmente puede ocultarse es que fue una política de la que se han deriva-

do éxitos muy limitados, por no hablar de los fracasos. Después de un tiempo, los programas comunitarios fueron enquistados por la realidad penitenciaria, y se vieron obligados a languidecer (cada vez más reducidos, cada vez más ajenos, cada vez más cerrados en sí mismos), cuando no fueron, lisa y llanamente, boicoteados.

Si tratamos de señalar sucintamente algunos de los criterios definitorios de esos programas, podríamos apuntar los siguientes:

a) **Intento de soslayar la patología institucional**

La prisión se veía como un ámbito connotado por características estigmatizadoras: represora, violenta, infradotada, sin recursos profesionales, cerrada en sí misma, depositaria de la custodia punitiva, sin más norma que la entronización del orden interno. Los profesionales que trabajaban allí recibían, por delegación, las mismas imputaciones y quedaban descalificados de entrada. Ante todo ello, se pensó que lo operativo sería evitar toda esa patología institucional, actuar al margen de ella. Los programas deberían hacerse autónomamente, incluso haciendo una profesión explícita de ser algo clara y voluntariamente diferenciado. En conjunto, la pretensión era la de crear, en el magma deformante y patógeno de lo penitenciario, una burbuja terapéutica explícitamente diferenciada. Había que crear un recurso «curador» dentro de la estructura patógena.

b) **Pretensión de crear ámbitos «libres de droga»**

31

La cárcel, sin entrar en la parcela de verdad que el estereotipo pueda contener, es vista, es prejujada, como un sitio donde la droga circula libremente. Continuamente puede leerse y escucharse la afirmación de que «en prisión no hay más droga que en la calle». Sintiendo de esta forma, no es extraño que, en su momento, surgiera la ocurrencia (en la misma línea de discurso que la «burbuja terapéutica» que antes describíamos) de crear espacios acotados donde no existiese la presión distorsionadora de la oferta. Más oculta, podía adivinarse otra pretensión fantaseada: que las personas que viviesen ese espacio también estuvieran al margen de la exigencia de demandar. Sería un ámbito más o menos idílico y protegido donde internos «buenos» se vieran al resguardo de la negativa influencia de los internos «malos».

Lógicamente, esta pretensión se traducía en la petición de módulos separados, personal especial, internos seleccionados, estructura de intervención muy específica, etc. A partir de ahí, casi inevitablemente, no sólo se provocaba una confrontación con la indignancia institucional en lo referido a dotaciones y recursos, sino que se alimentaba la marginación elitista y el enquistamiento de esos dispositivos específicos.

c) **Fijación de objetivos ambiciosos**

Coherentemente con los planteamientos anteriores y como emergente lógico de la dinámica propia de los recursos específicos, aislados y con necesidad de autodiferenciarse y protegerse, surgió la pretensión de conseguir objetivos ambiciosos que, por sí mismos, sirvieran de bandera defensiva, justificadora y legitimadora de la intervención.

Esta tendencia era coincidente con la que podía observarse en los dispositivos monográficos que, en aquellos momentos, representaban la respuesta más significativa ante el problema de las drogas. La pretensión de abstinencia, con sus correlatos de rehabilitación plena y reinclusión social, se convertía en la prácticamente única ambición programada. Obviamente, la determinación de estos objetivos se acompañaba de una más o menos evidente rigidificación de programas de una restrictividad a la hora de fijar criterios de inclusión.

d) **Resalte de la propia ideología de intervención**

Por pura lógica del discurso, era necesario defender lo que pudieran llamarse las señas de identidad del programa. Debía quedar bien claro que quien actuaba era no lo penitenciario, sino una entidad ajena, claramente diferenciada y diferenciable. El sello de la intervención debería ser identificable, y esto tanto desde dentro como en lo exterior a la prisión. Había que subrayar el carácter de voluntariado, o de enfoque psicosocial, o de actuación sanitaria... Debía resultar patente que quien intervenía era un determinado grupo o una determinada institución.

4. **POSIBLES ALTERNATIVAS A LOS PLANTEAMIENTOS «HISTORICOS»**

32

Pensamos que ha llegado el momento de reflexionar sobre los planteamientos tradicionales en vista de que la evolución de lo programado a partir de los mismos no ha sido todo lo eficaz que se pretendía.

a) Ya decíamos que los intentos de soslayar la patología institucional actuando a través de «burbujas terapéuticas» no parecía haber dado el resultado apetecido. La inercia, cuando no los «anticuerpos» institucionales, habrían contribuido a segregar y a marginar los esfuerzos, enquistándolos e inactivándolos. Los programas languidecían o se habían visto bloqueados.

Esto nos hace pensar que es inviable una estrategia de intervención que no pase por conseguir que el centro donde se actúa la viva como propia. Ya no se trata de si es o no prudente desaprovechar los instrumentos de la institución ni de si esos instrumentos son válidos. Mucho más crudamente, se trata de ver si la institución consiente que se trabaje al margen de ella. Por los datos de que disponemos, parece que esto no suele pasar.

Esto ha sido así aun cuando se han utilizado formas que podrían haber creado una ilusión, una coartada si se quiere, de colaboración. Por ejemplo, enmarcar los programas en acuerdos o convenios supraestructurales, lo cual es una condición quizá necesaria pero en modo alguno suficiente. La pura articulación de unos conciertos entre los centros directivos, si se queda en eso, no sirve en modo alguno para enraizar los acuerdos en los diversos niveles periféricos donde la realidad debe modificarse. De igual forma, la colaboración se convierte en un puro formulismo inoperante cuando se reduce a la elaboración unilateral de planes y proyectos que son transmitidos, ya cerrados y completos, a la otra parte. Esa otra parte que, probablemente, no aceptará constituirse en mero

receptor de la información ni asumirá resignadamente (por mucho que inicialmente diga que sí) el papel de comparsa de unas funciones que se le asignan desde fuera.

En modo alguno, los comentarios anteriores quieren conformar una crítica hacia instituciones o grupos comunitarios. Nos parece claro que, si las cosas han sido así, es por el ensamblaje de actitudes y posiciones complementarias. No se trata de que, forzosamente, se haya reducido a la pasividad el ámbito penitenciario. Si los planes han venido dados, la responsabilidad corresponde tanto a quien se arroga el papel de hacerlos como a quien propicia, desde su inhibición, que así se haga. Por eso, decíamos, no se pretende en modo alguno un juicio de responsabilidades o culpas, sino tan sólo el señalamiento descriptivo de una cierta historia y de unas ciertas realidades que resultaron problemáticas.

Frente a la situación descrita, como alternativa a la misma, se propone la posibilidad de actuar a través de la institución penitenciaria, en su espacio y con sus instrumentos, asumiendo sus dificultades y aceptando sus limitaciones. De igual forma que nadie quiere trabajar en las escuelas sino a través de los recursos y los instrumentos escolares, parece válido plantear que esa condición de posibilidad también es sustancial para las prisiones. No porque sea lo más fácil, sino porque, parece, es lo único viable. Al fin y al cabo, sin los servicios y los profesionales penitenciarios los que más viven la situación y los que contactan a más internos durante más tiempo. Sobre todo, son estos recursos y estos profesionales los que manejan las claves institucionales y detentan la oportunidad de abrir o cerrar opciones.

Nos parecen innegables la responsabilidad y la oportunidad de acción de los dispositivos de la comunidad, pero igualmente indiscutible creemos que resulta la exigencia de ejercer esta responsabilidad y estas oportunidades a través de la propia estructura penitenciaria. Esta corresponsabilización, asumida institucionalmente y operativizada en la práctica, es la que ofrecerá más posibilidades de éxito. Claro que la operativización de la que se habla tiene que trascender lo meramente nominal y ocuparse de una realidad más allá de lo formal. Los programas tendrán que ser elaborados conjuntamente, la realidad se analizará desde las dos perspectivas, las actuaciones deberán ejecutarse de forma integrada y se evaluarán de la misma manera. Los planes de actuación, independientemente de cómo se reparta su ejecución, deberán ser vistos como propios porque sólo de esa manera podrá conseguirse una viabilidad inicial y mejores perspectivas a medio plazo.

No se nos escapa que trabajar de esta manera presenta dificultades de todo tipo. Los problemas que se describían en la estructura de las prisiones están muy lejos de no ser ciertos. Es verdad que la realidad penitenciaria y, más aún, su imagen son seriamente deficitarias. También lo es que no existe una experiencia de trabajo integrado desde lo intra y lo extrapenitenciario. Incluso la historia de conflictivos intentos previos puede vivir como un problema sobreañadido. Todo ello es cierto y de todo ello somos conscientes, pero, a pesar de todo y por encima, seguimos pensando que hay que trabajar a través de la institución. Los problemas habrá que tratar de minimizarlos o superarlos con planteamientos apropiados y no por medio de la fantasía de soslayarlos (como si esto fuera posible). Eliminar o disminuir las dificultades para actuar que tienen los recursos penitenciarios puede ser muy difícil, pero es la única vía. La elección, en lo que nos ocupa, está entre lo difícil y lo imposible.

b) Se ha discutido mucho la pertinencia de intentar proteger, dentro del ámbito penitenciario, unos espacios «libres de drogas». En general, se ha aceptado que la creación de reductos específicos para drogodependientes, tanto si la diferenciación de ese espacio se hacía a partir de elementos de discriminación positiva (más cuidados, mejores servicios...) como de discriminación negativa (más vigilancia, más disciplina...), presentaba unos riesgos que cuestionaban la indicación. Así se ha hablado de la sobremarginación, del efecto toxicomanígeno para otros colectivos, de la artificialidad del ambiente como condicionante de «efectos rebote» y de otras consecuencias perversas. Más defendida se ha visto la posibilidad de crear un espacio definido por la abstinencia pero para incluirse en el cual no fuera precisa la condición de ser drogodependiente. Se trataría de un contexto al margen de la presión de la oferta y del que podría beneficiarse todo aquel que aceptara y quisiera esa situación, complementada por una estructura funcional de ocupación, tareas rehabilitadoras, trabajo, etc. De algunas experiencias de este tipo se ha hecho una evaluación positiva y pueden quedar como una maniobra a utilizar si la realidad lo permite y parece adecuado.

En cualquier caso, lo que nos interesa dejar claro es que una actuación así contribuiría como un programa más y nunca como «el programa». No es admisible la pretensión de que esa metodología sea la respuesta a las demandas de intervención con los drogodependientes encarcelados. Hay que ser conscientes de que la abstinencia es una exigencia maximalista que no van a poder, o querer, enfrentar una buena parte de los internos. Es obvio insistir en que también estas personas que no aceptan o no pueden acceder a esta forma de actuación son personas que necesitan atenciones y ayuda y tienen derecho a las mismas.

Al margen de que se arbitren medidas específicas que conlleven una limitación espacial y poblacional, nos resulta incontestable la propuesta de actuar sobre lo que se podría llamar todo el tejido penitenciario. No creemos que pueda haber zonas o áreas de servicio que queden fuera de la responsabilidad rehabilitadora. Es la prisión la que tiene la capacidad de actuar, para bien o para mal, y es a través de sus instrumentos totales como deberá hacerlo y como lo hará inevitablemente. No es el «módulo de trabajar las drogodependencias» el lugar exclusivo de la rehabilitación, sino que habrá que pensar en cómo todo el espacio penitenciario se adecúa a las exigencias de tratamiento de drogodependientes y no drogodependientes. Por supuesto que no hablamos de que todos los profesionales y todos los servicios sean especialistas en rehabilitación. Lo que decimos es que, eso sí, todos tienen algo que hacer o deshacer en un proyecto de rehabilitación, y cada cual en su parcela y sin salirse de ella debería asumir y prepararse para ese tener que hacer. Incluso en las tareas más aparentemente distantes de lo que planteamos existirá una cierta capacidad de intervenir, colaborando o, siquiera, no entorpeciendo.

Sólo de esa forma podrán aumentar las probabilidades de cumplir el desiderátum de intervención definido por el objetivo de atender en lo posible a la mayoría de la población a la que se pueda acceder.

c) De forma conexas con las postulaciones anteriores se desprende la conveniencia de parcelar y diversificar los objetivos terapéuticos. Frente a la postura cerrada de admitir como única meta la de la abstinencia y el subsiguiente cambio de vida del drogodependiente, se nos impone la necesidad de flexibilizar los objetivos aceptando que, oca-

sionalmente, no todo es posible y que más vale conseguir algo limitado que no conseguir nada en absoluto.

Creemos que no es preciso argumentar muy extensamente la oportunidad de esta postura. Si bien hace años, por razones que no viene al caso especificar, la ideología dominante era la contraria, en estos momentos se ha impuesto, como una exigencia metodológica de la planificación, el contemplar objetivos intermedios. Resulta claro que no es correcto pretender encajar toda una población, con sus necesidades múltiples, dentro del marco rígido de una programación estrecha. Esa es una actitud que convierte en inevitable el sesgo y la reducción de la demanda y condiciona una dinámica de exclusiones que hace que buena parte de los toxicómanos evolucionen espontáneamente, al margen y sin intervención del sistema asistencial. Habrá que programar en función de las necesidades, de las demandas y de la jerarquización de intereses y posibilidades. Ni es posible todo para todos, ni todos quieren todo, ni hay recursos ilimitados. Es preciso fijar metas accesibles para cada persona o para cada grupo o situación.

Obviamente, hablamos de objetivos terapéuticos, entiéndase sociosanitarios. Es importante establecer metas parciales en lo sanitario, como también lo es hacerlo en la parcela de lo psicosocial. No creemos oportuno plantear un listado, ni aun aproximativo, de estos objetivos. Sólo, acaso, convenga señalar la importancia de la mejora del nivel de salud (individual y colectiva), del nivel de ocupación, del enriquecimiento del ocio, de las oportunidades de educación, de la información, del apoyo familiar, de la más fluida conexión con los recursos comunitarios, etc.

35

Queremos reivindicar la entidad de estos objetivos como merecedores de que se programe en función de ellos. Su carácter parcial o inespecífico, su insuficiencia en ocasiones, no les priva de la importancia que les convierte en la finalidad de una intervención. No son subproductos de un programa ni suponen la indicación de un fracaso o de una resignación fatalista ante tareas más dignas pero imposibles. Son válidos en sí mismos aparte de suponer una condición de posibilidad para otros empeños y convierten en algo plausible y necesario el planificar en función de ellos. Nos ahorraremos la simpleza de defender que este tipo de programación ni se opone a nada, ni es excluyente de nada, ni supone ninguna renuncia apriorística a intentar otras cosas con otras estrategias.

d) De manera quizá accesoria y sólo por razón de las dificultades que, a veces, ha comportado el olvidarse de ello, hemos de apuntar que los recursos comunitarios que trabajan en la institución penitenciaria deben buscar un punto de equilibrio entre lo que sería su ideología y la que vendría impuesta por la realidad institucional.

No pretendemos insistir sobre lo que ya se trató reiteradamente páginas atrás: la necesidad de articular el trabajo a través de la institución, el tener que evitar el enquistamiento y el aislamiento esterilizante dentro de la estructura, la exigencia de partir (aunque sea para superarla) de la realidad del medio. Creemos que todo ello está suficientemente argumentado y sólo queremos añadir una conclusión lógica de estas premisas. Hay que subsumir en lo institucional la propia ideología, entendiendo por ésta la defensa rígida de la conceptualización y, sobre todo, de la formalización del hacer. No como renuncia impuesta, no como expresión de la posición dominante del entorno, no como confesión de inadecuación de los propios postulados, sino como estrategia condiona-

da de intervención. El afán de mantener, por encima de todo, la propia idiosincrasia y la propia manera de actuar, en muchas ocasiones, sólo lleva al choque invalidador y al bloqueo de posibilidades.

Queda claro que en modo alguno se pretende que la estructura de la institución, su dinámica y sus condiciones, sean los que tienen que dominar y que no puedan y deban ser cambiados. Sólo hablamos de oportunidades y modos de acción para conseguir esos objetivos, si es que se considera necesario afrontarlos.

5. REHABILITACION DE DROGODEPENDIENTES

Estaría absolutamente fuera de lugar teorizar aquí sobre la rehabilitación de drogodependientes. Sólo se pretende apuntar unos elementos nucleares que permitan la elección más completa de las estrategias o condiciones básicas de intervención que luego se van a señalar.

Es en este sentido en el que aclaramos que, cuando hablamos de rehabilitación, nos referimos a un proceso de «acompañamiento constructivo» mediante el cual se intenta que el tiempo durante el que una persona lleva una forma de vida drogodependiente sea lo más corto posible y transcurra con las menores consecuencias negativas que se pueda (sobre todo para sí mismo y, también, para los otros).

36

Este proceso, lógicamente, evoluciona por fases y alternancias, y ello exige contar con avances, regresiones, paréntesis, etc. La intervención en este proceso supone una interacción a distintos niveles y en distintas áreas, de forma acorde con los múltiples aspectos que se dan en el vivir de una determinada manera. Además, este espectro multidimensional no está conformado por parcelas o sectores aislados, sino que, muy al contrario, cada dimensión se encuentra en relación dialéctica con las demás, completándose, complementándose, conformándose, actuando unas sobre otras, definiéndose.

Se entiende con facilidad que intervenir sobre un proceso que se desarrolla supone la necesidad de mantener una continuidad en el contacto, si bien es cierto que este contacto no tiene por qué ser siempre del mismo tipo, del mismo umbral de compromiso, ni establecido sobre los mismos elementos o en los mismos niveles. El contacto puede ser flexible, pero cuanto más se pierda, más serio será el riesgo de que la evolución espontánea sea negativa para los objetivos que se buscan.

En el proceso se dan situaciones límite, entendiéndolo como tales aquellos momentos en que, por las causas que sean, se produce un punto de inflexión en el curso evolutivo. Este punto de inflexión significa una desestructuración, mayor o menor, de lo establecido y, por tanto, la posibilidad de favorecer un reordenamiento positivo para los fines de la rehabilitación. Si, por el contrario, de forma no controlada, tras la desestructuración se produce una acomodación de esa persona a las nuevas circunstancias, puede haberse cristalizado un paso más hacia la degradación.

6. EXIGENCIAS ESTRATEGICAS PARA LA REHABILITACION DE DROGODEPENDIENTES RECLUSOS

Aunque el contexto de la institución penitenciaria genera unas condiciones peculiares que matizan las dificultades y los objetivos de la rehabilitación, estimamos que hay unas posiciones comunes a las que deben darse en el ámbito de lo extrapenitenciario. A esas posiciones, en buena parte extraídas de los elementos nucleares que antes se resumían, adaptados o enfocados al espacio de una prisión, es a lo que ahora queremos referirnos.

a) Puntos de contacto con el drogodependiente

Pensamos que no es preciso argumentar mucho la conveniencia, incluso la exigencia, de multiplicar estos puntos de contacto. Si uno de los problemas previos es conseguir que los drogodependientes se pongan en comunicación con los dispositivos asistenciales, parece obvio que cuanto más se multipliquen, se diversifiquen y se aproximen al colectivo los sitios y las maneras de contactar, más posibilidades habrá de conseguirlo.

Un recurso muy especializado, un servicio de acogida focalizado y monográfico, correrán el riesgo de no atraer más que a una pequeña parte del colectivo que lo necesitaría. Ya se ha dicho hasta la saciedad que una estructura asistencial rígida termina por conformar y delimitar, también rígidamente, la población que acude a ella. Para una población de drogodependientes reclusos, es claro que no sirven unos dispositivos de atención o de captación muy delimitados y específicos. Habrá que conseguir que en distintos momentos, en distintos niveles, en distintos servicios de la estructura penitenciaria, se esté en disposición de propiciar el contacto o los contactos que supongan el inicio de ese discurso dialéctico que es la rehabilitación.

37

b) Cuestión de los roles profesionales

Por descontado que, a partir de lo anterior, no hay que inferir que los profesionales que trabajan en una cárcel, por el hecho de que ésta esté llena de adictos, deban convertirse en terapeutas de drogodependientes. De lo que se trata es de que cada cual asuma y desarrolle su propio papel, con sus finalidades y sus instrumentos, con sus responsabilidades y sus recursos, pero sin perder de vista (y éste sería el único añadido) que esa actividad suya, parcelada y limitada, forma parte de un proyecto global y que lo que él haga o deje de hacer puede resultar decisivo para las actuaciones de los otros. El funcionario de vigilancia tiene sus funciones precisas, como el sanitario, el trabajador social o el criminólogo, y son esas funciones las que tienen que desarrollar lo mejor que puedan, pero sin perder de vista, primero, que parte de esas tareas ya forman parte de la rehabilitación y, luego, que ésta no termina con la finalización de esa actividad, sino que supone un horizonte de intervenciones a lo que se puede contribuir orientando, estimulando o reforzando a la persona que lo necesita.

c) Condiciones de la derivación

Ya en alguna ocasión hemos tenido la oportunidad de expresar la opinión de que cuando la historia de la atención a drogodependientes está connotada, sobre todo, por la presencia de las derivaciones resulta que, paradójicamente, la racionalización de la derivación queda como una asignatura pendiente (y una asignatura definitiva) en el desarrollo de esa atención. En aquella ocasión decíamos que una cosa son las derivaciones «defensivas», destinadas casi en exclusiva a evadir la responsabilidad, y otra bien distinta la derivación «terapéutica», que forma parte de la actuación profesional y que va destinada a completar el espectro de lo multidimensional. También entonces sosteníamos que la derivación «terapéutica» presenta unas condiciones irrenunciables que son las que la justifican y la hacen precisa:

- No se debe desplazar a otros lo que cada uno puede cumplimentar desde sus recursos propios.
- Hay que derivar tras una evaluación y fijando unos objetivos para esa derivación.
- El derivar para unos objetivos no implica perder el contacto con la persona a la que se atiende.
- La derivación debe cumplir unos requisitos metodológicos (ser informada, coordinada, evaluada...).

Resulta inútil decir que esas condiciones las consideramos exigibles, con igual rango de exigencia, en el contexto de la prisión. Si son muchos los puntos desde los que se puede intervenir, si cada cual tiene su propio rol y este rol se encuadra en un marco englobador, es preciso convenir en que las circunstancias en que el flujo de la responsabilidad de la atención pasa de un sitio a otro, de un nivel a otro, de un área de servicio a otra, van a ser definitorias del bien o mal hacer.

38

d) Intervenciones normalizadas

De las consideraciones antedichas se desprende que las intervenciones con drogodependientes deben tener un carácter de actividad normalizada. Son los recursos y las formas de hacer normalizadas las que deben dar cuenta del empeño. Si éstos son insuficientes o incapaces, si no están dotados para la tarea o carecen de la formación necesaria, serán cuestiones a plantearse y a solucionar. Pero no creemos que esta solución sea la de arbitrar unos medios extraordinarios y excepcionales, segregados y segregadores de la estructura institucional.

Por otro lado, malamente se puede, con recursos extraordinarios, dar cuenta de un problema tan infiltrado, tan polimorfo, tan extenso y tan indefinidamente planteado como es el problema de los drogodependientes en prisión.

e) Integración funcional interáreas

En la institución penitenciaria, como en otros ámbitos institucionales, no existe una tradición de trabajo integral e integrado. Las áreas de servicio han funcionado autónomamente, más bien autárquicamente, sin más horizonte que el de su propia actividad y sin

otra exigencia que la de responder sectorialmente a las directrices de los equipos directivos. Pensamos que es fácil demostrar que este modelo de intervención es inhábil para el trabajo de rehabilitación. Si los distintos sectores de actuación se mantienen de espaldas unos de otros, cuando no claramente crispados entre sí, no se conseguirán los mínimos funcionales de los que se viene hablando.

Otra vez habrá que decir que la elección está entre lo difícil y lo imposible. Ejercitarse en un trabajo auténticamente, no estereotipadamente, multidisciplinar, es difícil. Tener éxito sin hacerlo, es imposible. No está de más apuntar que el compromiso de que se trata es tan importante que no debe dejarse en manos de la buena voluntad individual. Son las estructuras y los mecanismos de coordinación e integración los que deben cambiar y engrasarse, para que el trabajar conjuntamente no se convierta en un empeño heroico de algunos profesionales.

f) **Diversificación de objetivos**

Cuestión trascendental de la que ya se habló con suficiente amplitud. Precisamente en la institución penitenciaria, porque la situación es más difícil porque el techo de posibilidades está más bajo, porque los maximalismos son más irrealizables, es más perentorio aprender a diversificar y a parcelar metas. Si todo no es posible, habrá que aprender a intentar conseguir la multiplicidad de partes de ese todo que sí lo son (posibles y obligadas).

39

7. **NIVELES DE INTERVENCION ASISTENCIAL EN PRISIONES**

Estimamos que, de igual forma que en la comunidad, procede intentar una correlación entre objetivos terapéuticos y niveles de intervención. Es cierto que en la prisión no es fácil establecer con claridad una delimitación de los niveles asistenciales. Las estructuras de servicio estarían situadas, sobre todo, en un nivel inmediato de demanda. La propia concentración espacial condiciona esta situación. No obstante, sí podría intentarse, aunque pueda entenderse como una explicación grosera, una separación de tipo funcional.

a) **Nivel primario**

Estaría integrado por todos aquellos recursos a los que el interno puede acceder con carácter de inmediatez. Estos recursos, organizados inespecíficamente, se dirigen a la atención de la población total de los reclusos y sus actuaciones están normalizadas y son responsabilidad de los profesionales de la institución, aunque, en determinadas situaciones, éstos pueden contar con la colaboración de otros equipos o de voluntarios. Sus intervenciones tendrían un carácter sectorial por más que, como decíamos en otro momento, es precisa una comunicación y coordinación entre sectores para evitar distorsiones y problemas.

Las dotaciones, estructuras y carácter de estos recursos y actividades los harían adecuados para perseguir a través de ellos objetivos parciales, fundamentalmente dirigi-

dos a la mejora de la calidad de vida del drogodependiente. Igualmente, objetivos de información, sensibilización y movilización.

Se advierte claramente que, aunque las actuaciones serán esencialmente puntuales y sobre demanda, ocasionalmente tendrán que ser estructuradas a través de programas dirigidos a colectivos. Sería el caso de campañas de información o preventivas, de promoción de la salud, de apoyo a familiares, de estimulación de las dinámicas de ocupación, de mejoras estructurales, de optimización de normas regimentales, etc. Las actuaciones puntuales serían la mayoría, y creemos que huelgan los ejemplos: valoración psicológica, apoyo social concreto, tratamiento médico, educación, trabajo penitenciario...

b) Nivel secundario

En él se desarrollarían los dispositivos de atención más especializados. Estos, lógicamente integrados en las áreas de servicio (sanidad, tratamiento, servicios sociales, etc.), precisan de una cooperación activa de otros sectores para permitir un abordaje multidimensional, responden a una programación concreta y se dirigen a subgrupos dentro del colectivo total.

Son programas más estructurados y mejor dotados, tanto en recursos humanos como técnicos. Son más ambiciosos y más exigentes en sus planteamientos metodológicos y en la indicación y contraindicación de las intervenciones. Es en estos programas donde se hace más imprescindible la coordinación funcional entre áreas y la colaboración entre profesionales de dentro y de fuera de la institución.

Es en este nivel donde más racionalmente pueden situarse los objetivos más directamente relacionados con la rehabilitación de la situación de drogodependencia: mejoras en relación con el consumo, abstinencia con desiderátum, cambio de la estructura personal, reorganización de la relación con el grupo, reacomodación familiar, etc. Todos ellos como objetivos a cumplimentar o, más sencillamente, a iniciar en la prisión para que puedan seguirse persiguiendo tras la excarcelación y ya en relación con otros recursos.

Como ejemplos de estos programas de segundo nivel, limitándonos al grupo de drogodependientes, tendríamos los de rehabilitación psicosocial (con distinto régimen de dedicación a la tarea y con metodología más o menos abarcativa), los de antagonistas opiáceos, los de desintoxicación reglada, los de conexión sistematizada con servicios extrapenitenciarios, los de experiencias laborales o educativas controladas, etc.

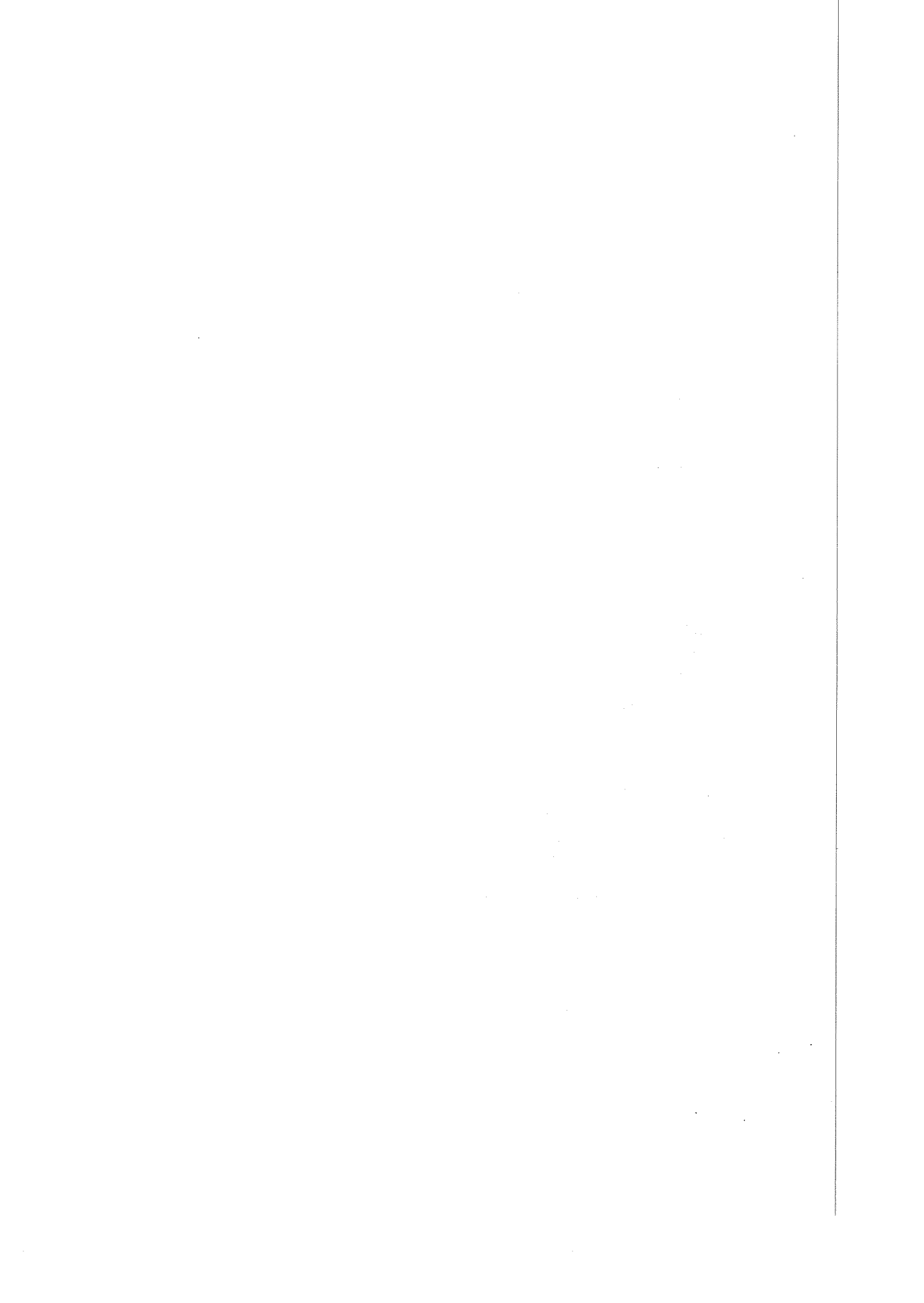
c) Nivel terciario

Sería el integrado por recursos de intervención en drogodependencias, específicos y colectivos. Más o menos complejos y dotados, estarían destinados a la consecución de objetivos muy determinados del proceso de rehabilitación. No serían accesibles desde la demanda del usuario, sino que exigirían una indicación profesional basada en una evaluación y, probablemente, en unas intervenciones previas. En las redes de atención, el ejemplo más paradigmático sería la comunidad terapéutica.

Entendemos que, para estas funciones y para los objetivos a este nivel, la institución penitenciaria debería acudir a los recursos comunitarios. Sólo cuando legalmente esto no es posible cabe arbitrar la solución subsidiaria de recursos penitenciarios muy específicos, como serían los módulos en régimen de comunidad terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 G. BIONDI, «Indagine su 371 tossicodependenti detenuti trattati sulla casa circondariale di Roma», *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, número especial, 1982: 167-202.
- 2 F. BRUNO y F. FERRACUTI, «Considerazioni critiche e metodologiche sulla liceità e sull'efficacia del trattamento nelle tossicodependenze», *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, número especial, 1982: 203-230.
- 3 R. CASTELLANI, D. CORTELLESA e I. RUNSTENI, «Indagine sul trattamento penitenziario dei tossicodipendenti», *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, número especial, 1982: 291-326.
- 4 L. DAGA, «Carcere e Droga. Il punto di vista dell'Amministrazione penitenziaria» (Seminario Internazionale di Studio, Consejo de Europa), *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, número especial, 1982: 81-110.
- 5 DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (Ministerio de Justicia), *Situación sociosanitaria de la población en centros penitenciarios. Noviembre de 1989*.
- 6 J. FUNES, «Proceso penal y proceso de recuperación», *Comunidad y Drogas. Monografía*, 3 (1988): 103-127.
- 7 J. FUNES, «Algo más sobre proceso penal y proceso de recuperación», *Comunidad y Drogas. Monografía*, 9 (1990): 71-77.
- 8 J. A. GARCÍA MARIJUÁN, «Cumplimiento de la pena en los centros penitenciarios», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 3 (1988): 91-101.
- 9 E. MEGÍAS VALENZUELA, «Aspectos jurídicos y penitenciarios de drogodependencias y alcoholismo», Ponencia presentada al V Congreso Iberoamericano sobre Drogodependencias y Alcoholismo (1989), Actas del Congreso.
- 10 E. MEGÍAS VALENZUELA, «Drogodependientes reclusos. Criterios para las intervenciones rehabilitadoras», *Revista de Estudios Penitenciarios. Monografía*, 1990.
- 11 E. MEGÍAS VALENZUELA, «Indicación terapéutica en drogodependencias», *Comunidad y Drogas. Monografía*, 4 (1987): 9-27.
- 12 E. MEGÍAS VALENZUELA, «Acogida y orientación de los drogodependientes», en *Drogodependencias y sociedad. Estudios sectoriales*, Fundación Caixa Galicia, Santiago de Compostela, 1990.
- 13 E. MEGÍAS VALENZUELA, «Indicaciones terapéuticas y recursos asistenciales», Ponencia al 2.º Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías, Vitoria, 1989.
- 14 F. MUÑOZ CONDE, «La prisión como problema: resocialización versus desocialización», Ponencia a las Jornadas sobre Tractament Penitenciar, Lleida, 1985.
- 15 E. PÉREZ FERNÁNDEZ, «Experiencias de ayuda a la persona con drogodependencias, condenada a una pena de privación de libertad», *Comunidad y Drogas. Monografía*, 6 (1989): 121-137.
- 16 L. SOLIVETTI, «Toxicomania as desocialization: some comments on treatment problems related to the sociocultural aspects of drug abuse», *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, número especial, 1982: 331-376.
- 17 M.ª E. ZABARTE, «El sistema penal y las medidas de reinserción social de los consumidores de drogas», *Comunidad y Drogas. Monografía*, 8 (1988): 59-68.



José Antonio Garrido Martín*

Control de la oferta de drogas en los centros penitenciarios

I. PLANTEAMIENTO

La creación del Servicio de Drogodependencias en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria; la celebración de jornadas de trabajo como las de Alicante, sobre «Intervenciones de drogodependencias en Instituciones Penitenciarias», y estas de Madrid, de «Atención a reclusos con uso problemático de drogas»; los cursos de formación en drogodependencias a profesionales de Instituciones Penitenciarias; los diversos programas de intervención sobre drogodependencias que hay funcionando ya en varios centros penitenciarios; la puesta en marcha de los Grupos de Atención Drogodependiente como experiencia piloto en seis establecimientos..., son un buen botón de muestra de querer abordar lo más característico de la nueva población penitenciaria: la drogodependencia.

Entiendo, con José Jiménez Villarejo¹, que un objetivo importantísimo de cualquier política penitenciaria correctamente orientada es analizar, explicar y conocer el fenómeno de la droga en los centros penitenciarios, como presupuesto insoslayable de la Administración para atender a los reclusos que presentan un uso problemático de drogas.

En esta propuesta inicial de mi ponencia, quisiera dejar claros dos postulados sobre los que debe basarse cualquier programa de intervención en este área:

1. La planificación como necesidad. Los programas no pueden plantearse como compartimentos estancos, no pueden obedecer a impulsos más o menos inspirados, sin ritmo ni continuidad, sino que deben responder a un modelo global, coherente y continuo de intervención penitenciaria que los centros penitenciarios deben planificar y evaluar anualmente.
2. La actuación interconexionada. Una política penitenciaria orientada a la disminución de la oferta de la droga en la Institución Penitenciaria debe articularse desde distintos niveles de intervención². Plantearnos erradicar la droga de los centros penitenciarios desde planteamientos de represión y control está abocado al más absoluto fracaso; es más, una actuación eficaz para limitar la oferta de la droga en nuestra población penitenciaria debe empezar imprescindiblemente por proporcionar a los internos con uso problemático de drogas una ayuda informativa-preventiva y terapéutica.

(*) Inspector de Servicios de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Justicia.

Establecidas estas hipótesis, el objetivo de mi ponencia es diseñar la actuación para limitar y controlar la entrada de la droga en los centros penitenciarios, presentando las directrices básicas del programa, a la vez que pongo sobre el tapete los principales problemas que conlleva esta actuación.

II. ANALISIS DE LA REALIDAD

Con demasiada frecuencia y de forma reiterada, se lee, ve y oye en los medios de comunicación social que las prisiones están llenas de droga. Noticia periodística formulada, la mayoría de las veces, desde el subjetivismo y el dato ocasional. Para contrastar esta hipótesis y probablemente refutarla, los profesionales que trabajamos en la institución penitenciaria tenemos todo un reto planteado a afrontar desde la investigación científica.

De momento, sólo podemos traer tres trabajos diferentes que se han llevado a cabo como una primera aproximación a esta realidad. Sabemos que los resultados no pueden generalizarse porque no se han obtenido conforme a un proceso metodológico de investigación científica en todos sus pasos: formulación de hipótesis, diseño de investigación, instrumentos para la recogida de datos, elaboración de datos y análisis estadístico...; pero, a pesar de ello, asumimos la presentación de estos datos como unos indicadores no científicos de la existencia y el consumo de las diferentes sustancias tóxicas en el interior de los establecimientos penitenciarios.

44

II.1. Actitud sobre la disponibilidad de la droga en la prisión

En un estudio realizado por un equipo de personas³ en 1986, con la población del Centro Penitenciario de Detención y Preventivos Jóvenes de Madrid, para analizar las actitudes y opiniones de los internos respecto al mundo de las drogas, una de las variables analizadas era la disponibilidad de la droga dentro del recinto penitenciario.

Más de la mitad de los jóvenes indican que, a pesar de que les costaría, no dejarían de obtenerla dentro de las cárceles, frente a menos de la mitad que no sabían cómo conseguirla. Su VIDA DELICTIVA influye en la facilidad de conseguirla: los que han sido detenidos más de una vez indican tener, aunque les costaría, más posibilidad de adquirir la droga. Los que indican haberse drogado antes de delinquir tienen más posibilidades de encontrar droga. Datos que permiten indicar que cuando poseen un historial más elevado de actos delictivos y son reincidentes, se muestran más capacitados para consumir drogas en las cárceles.

Hay también una clara influencia del precio, tamaño y forma de pasarlo, que dificulta o facilita su introducción.

II.2. Aprehensiones de droga en los establecimientos

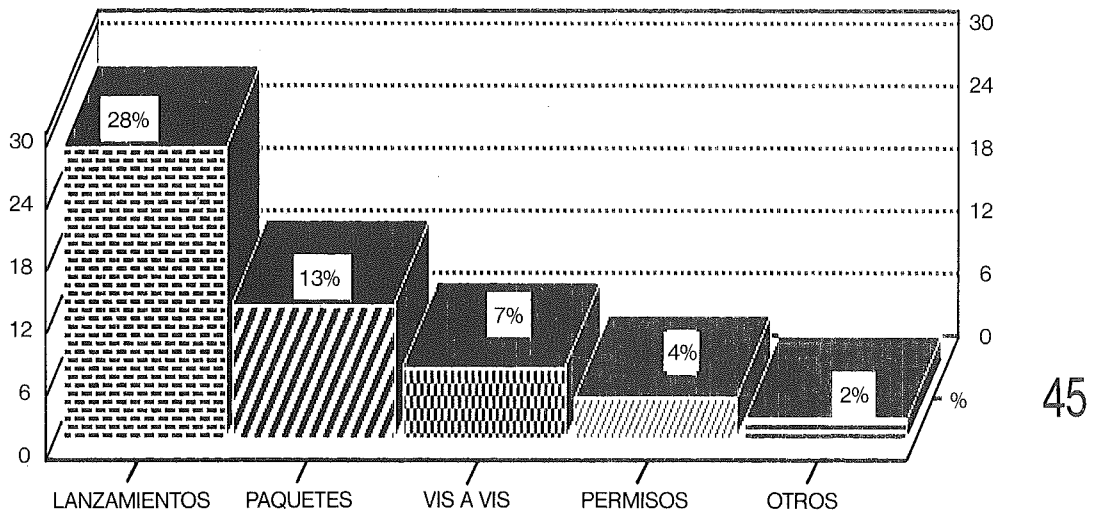
Trimestralmente, los centros remiten a la Subdirección General de Gestión Penitenciaria, Servicio de Régimen, una estadística sobre el control de droga y estupefacientes, reflejándose las aprehsiones de droga (lugar y cantidad), clases de droga y repercusiones disciplinarias para los internos. José Antonio García Marijuán⁴, Jefe de Area de

Tratamiento del Centro Directivo, hizo una sistematización estadística de estos datos durante los nueve primeros meses de 1987, cuyos resultados más relevantes son:

a) Se efectuaron 3.464 decomisos, destacando que el 56% de los casos se efectuó antes de su introducción en el establecimiento. El 46% restante se produjo en cacheos personales y requisas en el interior.

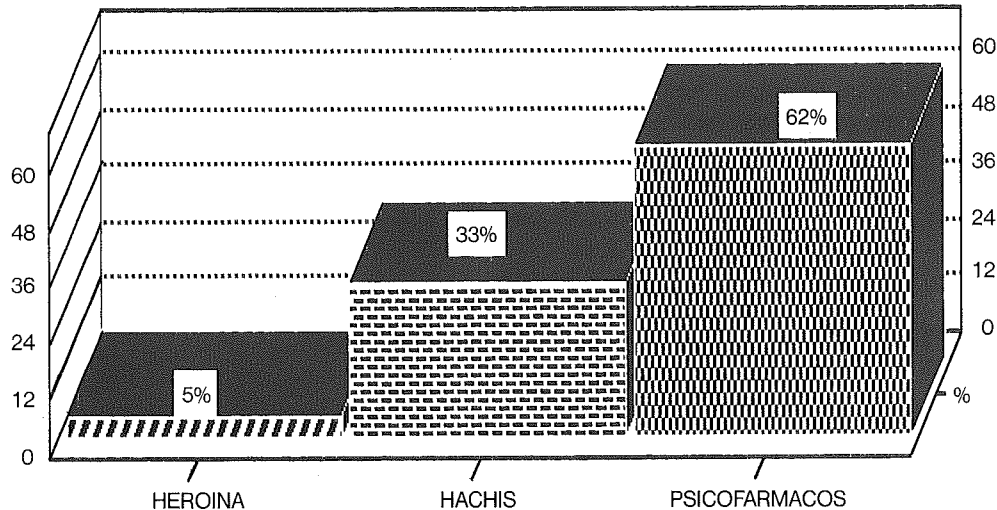
b) El canal donde se produjo la aprehensión de la droga y su cuantificación queda reflejado en el gráfico:

CANALES INTRODUCCION DECOMISOS



c) Las principales drogas decomisadas y su cuantificación fue:

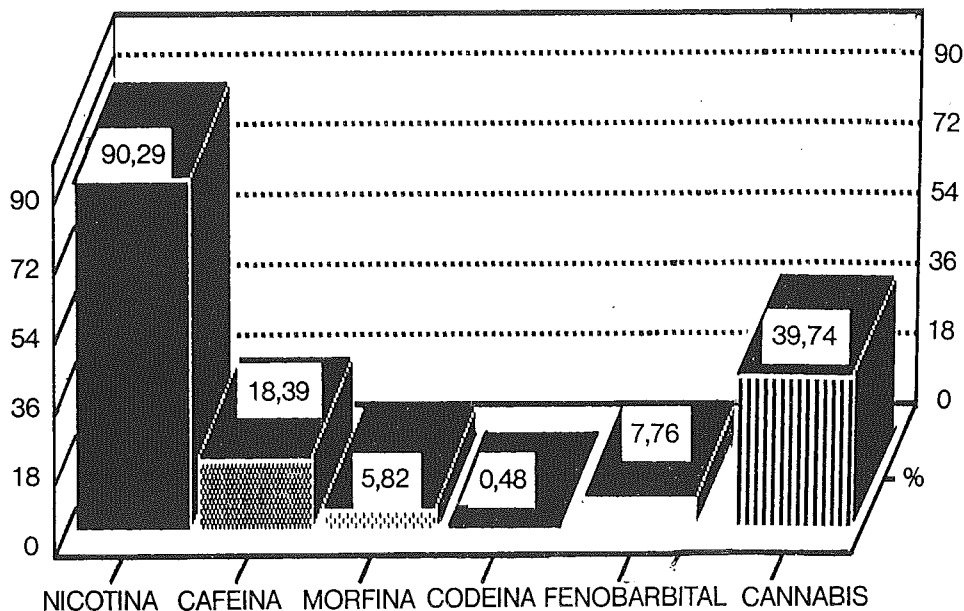
SUSTANCIAS DECOMISADAS



II.3. Investigación en orina de tóxicos de abuso

En 1987, también en el C. P. de Detención y Preventivos Jóvenes de Madrid, otro grupo de profesionales⁵ realizó una investigación en orina de tóxicos de abuso en 200 internos y de forma aleatoria. Las analíticas reflejaron, como datos más relevantes, que la nicotina prácticamente es utilizada por toda la población carcelaria; posteriormente nos encontramos con el cannabis y la cafeína, siendo menos significativos los porcentajes detectados en el resto de sustancias.

TOXICOS DE ABUSO EN URINA



46

Estos trabajos, la observación diaria desde mi trabajo de la realidad y el análisis de diversos documentos escritos de otros autores, me llevan a la formulación de las siguientes hipótesis como probables, siendo la investigación científica quien tendrá que demostrar si se confirman o no:

- 1.^a Exceptuando las sustancias tóxicas permitidas socialmente (nicotina y cafeína), las sustancias más consumidas en la prisión son el cannabis y los psicotrópicos.
- 2.^a Existe un consumo de heroína, pero en unos porcentajes muy bajos.
- 3.^a Los consumos significativos de cannabis y psicotrópicos apuntan a un consumo esporádico y de evasión propiciados por la propia subcultura carcelaria y como sustitutivos puntuales de la heroína.

III. POBLACION A ATENDER. FIJACION DE OBJETIVOS

Este programa inespecífico de control y limitación de la oferta de drogas en los centros penitenciarios queda ubicado en el nivel primario de intervención y está dirigido a toda la población penitenciaria y, por extensión, a todas las personas que se relacionan

con los internos y son sujetos potenciales de contribuir a esa oferta. Los objetivos básicos de este programa son:

1. Conseguir un equilibrio entre las garantías para asegurar los derechos reconocidos a los internos y el control que compete a la Administración para tutelar y proteger la salud pública. La circunstancia de que una persona esté privada de libertad, con la observancia de lo establecido en la ley, no conlleva el menoscabo de otros derechos fundamentales, situándonos, como afirma José Antonio García Marijuán, en la imposibilidad de impermeabilizar el recinto penitenciario a la proliferación de sustancias tóxicas.
2. Dotar a los centros penitenciarios de infraestructura y recursos plausibles en el control de la droga.
3. Controlar los posibles canales de entrada de la droga en el establecimiento para crear en los mismos un ámbito posibilitador de la atención a reclusos con uso problemático de drogas.
4. Aplicar el Derecho Penal y Penitenciario a los sujetos responsables de conductas ilegales de tráfico, tenencia y consumo en los centros penitenciarios.

IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Admitido, tras el análisis de la realidad, que se da un consumo de drogas en el interior de la prisión propiciado por diversos factores⁶ que en esta ponencia no nos compete analizar, constatadas las consecuencias negativas de esta tenencia y consumo de drogas, establecido el objetivo prioritario de conseguir un equilibrio entre los derechos de los internos y la protección de la salud pública, es preciso diseñar las directrices de una política penitenciaria orientadas, si no a erradicar la presencia de la droga en los centros, sí al menos a limitar la oferta en las instituciones penitenciarias.

47

IV.1. En el plano preventivo

El Plan Nacional sobre Drogas contempla medidas particulares para determinados colectivos de población. Reconoce que en las instituciones penitenciarias se plantean problemas de insuficiencia de recursos e infraestructura para hacer frente a las necesidades creadas, siendo una de éstas la represión del tráfico en la institución. En este sentido, ya se prevén acciones a desarrollar.

1. *La modificación de los destinos y contactos que puedan tener los internos vinculados al tráfico de drogas.* Con lo que, lógicamente, se pretende imposibilitarles el que sigan controlando la droga en la prisión y dirigiendo las actividades criminales que desarrollan en el exterior sus organizaciones o compañeros de delincuencia.

Dada su importancia, sería una de las funciones a asumir por los Subdirectores de Seguridad, en coordinación con la propia Comisión Provincial de Seguridad.

2. *Mejora de la infraestructura y de los sistemas de control y vigilancia.* Toda una serie de actuaciones se han llevado a cabo en la política de construcciones y dotación de recursos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias: la modernización de

las viejas edificaciones, el alejamiento de los centros de nueva planta de las aglomeraciones urbanas, la evitación de macrocentros o dotarlos de unidades modulares independientes, el aumento significativo en la dotación de recursos para control y vigilancia...; sin embargo, la realidad nos demuestra que queda mucho por hacer. He aquí algunas propuestas para analizar y empezar a trabajar:

a) *Ubicación de los Centros Penitenciarios.* Los artículos 9 y 10 del Reglamento Penitenciario (RP) regulan la ubicación e infraestructura de los establecimientos, aspectos que la política penitenciaria de construcciones ha tenido en cuenta; sin embargo, han sido las Secciones Abiertas la asignatura pendiente. Hay que dotar al REGIMEN ABIERTO de la infraestructura adecuada para que las Secciones Abiertas sean un auténtico modelo de intervención para los terceros grados (arts. 43 y 45), y no un mero anexo-almacén donde aparcamos por la noche un reducido número de internos. Esto, además, eliminaría un canal de introducción de droga a los centros: los permisos de salida de los terceros grados (art. 43), presionados de forma implacable por la subcultura carcelaria para pasar droga al reingreso del permiso.

b) *Dotación de recursos.* Establece el artículo 11 del RP que la Administración Penitenciaria velará para que los establecimientos sean dotados de los medios materiales y personales necesarios para el cumplimiento de sus fines. Analicemos algunas de estas deficiencias en el área de drogodependencias:

b.1) *Unidades de servicio de ingresos y salidas.* Deberían funcionar como departamentos independientes dotados de infraestructura adecuada para 15 ó 20 internos. Estos serían algunos de los objetivos a cumplir por estas unidades:

- que los ingresos de libertad o de otros centros, al permanecer aquí un tiempo prudencial, tras los cacheos, requisas y prestaciones higiénico-sanitarias, pudieran pasar a su módulo correspondiente con las garantías de no introducir ningún tipo de droga;
- que tras los reingresos de permisos y de las comunicaciones especiales, aleatoriamente, determinados internos pasaran por esta unidad, para impedir que utilizaran estos medios como vías de introducción de drogas.

b.2) *Unidades de servicio en recepción y salida de paquetes y encargos.* En relación con los paquetes, se hace obligatorio traer a debate la propuesta de potenciar los economatos y prestaciones de la Administración en aras a eliminar los paquetes de comida destinados a los internos y dejar pasar solamente cuatro paquetes de ropa al año, uno por estación. Los paquetes responden a una concepción tercermundista de la Administración y no a planteamientos de un Estado social y moderno.

Hasta que esta propuesta no se asuma, hay que dotar a estas unidades de los medios más sofisticados para la detección de drogas: RX, perros antidroga, etc., realizándose el trabajo de cacheo por funcionarios profesionales y no por internos-destinos.

b.3) *Unidades de servicio de exteriores.* En todos los centros hay internos destinados como ordenanzas de exterior, realizando trabajos de limpieza, jardinería, pintura, descarga y traslado de paquetes, etc. Esto conlleva un riesgo intrínseco, ya que en la mayoría de las ocasiones estos internos tienen contacto con las personas que vienen a

comunicar, con el recinto exterior, con determinadas vías de información, y si a ello añadimos la presión continua que reciben por el resto de sus compañeros, es obvio que para eliminar tanto riesgo procede sustituir estos destinos por personal laboral encargado de realizar dichas funciones.

b.4) *Locales adecuados para las comunicaciones especiales familiares que no sean íntimas* (padres, hermanos, hijos). Respetando al máximo la intimidad, pero que estuvieran dotados de un cristal para permitir al funcionario un control visual de la comunicación.

b.5) *Enfermería*. Asignados adecuadamente los recursos humanos, es necesario dotar a las enfermería de los centros de RX y aparatos para realizar analíticas de orina y sangre sobre drogas de abuso que objetiven el consumo e introducción de drogas.

c) *Cursos de Formación para profesionales de instituciones penitenciarias*. No sólo desde la Escuela de Estudios Penitenciarios, sino también, y sobre todo, desde los propios centros penitenciarios donde hay programas de intervención con drogodependientes, corresponsabilizando a todos los funcionarios en los distintos niveles de intervención del programa y, por ende, en el de control de la oferta en el centro.

IV.2 Control de los canales de entrada de la droga en los centros penitenciarios. Ponderación de valores

49

Las estadísticas, la realidad y la propia observación determinan que los probables conductos de introducción de la droga en los establecimientos son: los lanzamientos del exterior, los paquetes, las comunicaciones especiales, el regreso de los permisos y los funcionarios y personas que tienen contacto directo con los internos. Analicemos el control de estos canales y la problemática jurídico-legal que conlleva este control.

a) *Los lanzamientos desde el exterior*. La construcción de nuevos centros penitenciarios fuera del casco urbano de la ciudad y el levantamiento de alambradas sobre los muros del recinto ha sido un avance notable en el control de este canal. Sin embargo, es preciso incidir en las siguientes propuestas:

— Que sea en las Comisiones Provinciales de Seguridad donde se plantee este problema y donde se den actuaciones coordinadas para atajar este fenómeno. En estas actuaciones tiene que asumir un protagonismo el Gobernador Civil a través de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado:

- La Guardia Civil o Policía Nacional que cubre las garitas y que tiene conocimiento directo de estos lanzamientos, poniéndolo en conocimiento del Jefe de la Guardia y el Director del establecimiento para proceder al decomiso del producto y la detención de la persona que ha lanzado el objeto.
- La Policía Nacional estableciendo un patrullaje intimidatorio y controlador por los exteriores del centro.

— Gestionar en los Planes de Seguridad las obras, instalaciones y medidas adecuadas para impedir que estos lanzamientos lleguen al interior de la prisión.

b) *Los paquetes.* Nuestra propuesta radica en la eliminación de los paquetes de comida y dejar pasar sólo un paquete de ropa por estación del año. Mientras existan los paquetes y sean utilizados para pasar droga, si la Administración Penitenciaria interviene en los mismos sustancias psicotrópicas, estupefacientes o drogas, debe proceder:

— *Penalmente.* Poniendo los hechos en conocimiento del Comisario Jefe de la Comisaría a la que esté adscrita el centro para que la policía proceda a la detención del presunto autor de los hechos y su puesta a disposición judicial.

— *Administrativamente.* La Junta de Régimen y Administración, conforme establece el artículo 51 de la LOGP, suspende las comunicaciones del interno con la persona que le iba a introducir la droga a través del paquete por razones de orden, seguridad e interés del tratamiento. Esta suspensión será convenientemente motivada, notificándosela al interno y al Juez de Vigilancia Penitenciaria. El plazo de suspensión se hará valorando de forma ponderada todas las circunstancias concurrentes: antecedentes, cuantificación y cualificación de la droga, forma, etc.

c) *Comunicaciones especiales y regreso de permisos.* De todos los canales expuestos, tal vez sean éstos los más utilizados para la introducción y difusión de droga en la prisión. Siendo aquí donde está planteado el auténtico caballo de batalla para la Administración, la Fiscalía del Estado, la doctrina científica y la jurisprudencia. Es preciso ir elaborando por estos sectores unas directrices de actuación en problemas tan debatidos como:

1. La posibilidad de registros personales en los internos/as cuando hay sospechas de que introducen la droga oculta en su estómago, ano u órganos genitales.
2. El artículo 23 de la LOGP establece que los registros y cacheos se harán dentro del respeto a la dignidad de la persona. ¿Desnudar a un interno tras la celebración de una comunicación especial o al regreso de un permiso atenta contra el derecho a su dignidad e intimidad personal?
3. ¿Se le puede efectuar un registro personal previo a la persona que va a tener una comunicación íntima con el interno?
4. ¿Es posible objetivar esa sospecha sometiendo al interno a un tacto rectal, examen radiográfico o ecografía? ¿Se puede detener por la policía a la persona que va a comunicar vis a vis con el interno para objetivar la sospecha?
5. ¿Quién debe autorizar ese registro o modo de objetivación: el funcionario, el Jefe de Servicios, el Director, el Juez de Vigilancia Penitenciaria?
6. La resolución del registro, tacto rectal, radiografía, ecografía, etc., ¿debe hacerse motivadamente?

Los interrogantes ahí están planteados. Se trata de una ponderación de valores y derechos en pugna aquí, como son, de una parte, el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos y degradantes (art. 15 CE), el derecho a la intimidad y dignidad personal (arts. 10 y 18 CE) y, de la otra, el derecho a la protección de la salud (art. 43 CE), el derecho a la vida y a la integridad física y moral de uno mismo y de los demás (art. 15 CE), la sujeción de los ciudadanos al ordenamiento jurídico (art. 9.1 CE), el principio de legalidad (art. 9.3 CE). El problema es de límites.

Dar una respuesta plausible a estos interrogantes y a este problema de límites es muy difícil; por ello, sólo oferto unos instrumentos de trabajo para el análisis:

— Entre el interno privado de libertad y la Administración se da una relación especial de sujeción. La Administración Penitenciaria tiene el deber de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos (art. 3 de la LOGP).

— El artículo 25.2 de la Constitución establece que el condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria.

— La STC 65/1986 declaró, recogiendo la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que lo «inhumano» implica un nivel de especial intensidad, y que sólo puede calificarse de «degradante» lo que produce una singular humillación y envilecimiento.

— La STC 37/1989, de 15 de febrero, en su fundamento jurídico 7, dice que la Constitución garantiza la intimidad personal (art. 18.1), de la que forma parte la intimidad corporal, de principio inmune, en las relaciones jurídico-públicas que ahora importan, frente a toda indagación o pesquisa que sobre el cuerpo quisiera imponerse contra la voluntad de la persona, cuyo sentimiento de pudor queda así protegido por el ordenamiento, en tanto responda a estimaciones y criterios arraigados en la cultura de la comunidad. Esta afirmación de principio requiere algunas matizaciones; la primera de ellas, implícita en lo ya dicho, es la de que el ámbito de intimidad corporal constitucionalmente protegido no es coextenso con el de la realidad física del cuerpo humano, porque no es una Entidad física, sino cultural, y determinada, en consencuencia, por el criterio dominante en nuestra cultura sobre el recato corporal, de tal modo que: a) no puede entenderse como intromisiones forzadas en la intimidad aquellas actuaciones que, por las partes del cuerpo humano sobre las que se operan o por los instrumentos mediante las que se realizan, no constituyen, según un sano criterio, violación del pudor o recato de la persona. La segunda es la de que, aun tratándose ya de actuaciones que afectan al ámbito protegido, es también cierto que, como observa el Ministerio Fiscal, b) la intimidad personal puede llegar a ceder en ciertos casos y en cualquiera de sus diversas expresiones, ante exigencias públicas, pues no es éste un derecho de carácter absoluto, pese a que la Constitución, al enunciarlo, no haya establecido de modo expreso la reserva de intervención judicial que figura en las normas declarativas de la inviolabilidad del domicilio o del secreto de las comunicaciones (núms. 2 y 3 del mismo art. 18). Tal afectación del ámbito de la intimidad es posible sólo por decisión judicial que habrá de prever que su ejecución sea respetuosa de la dignidad de la persona y no constitutiva, atendidas las circunstancias del caso, de trato degradante alguno (arts. 10.1 y 15 de la Constitución).

— La STC 37/1989, en su fundamento jurídico 8, recoge que, según una muy reiterada doctrina constitucional, la regla de la proporcionalidad de los sacrificios (STC 26/1981, fundamento jurídico 5.º) es de observancia obligada al proceder a la limitación de un derecho fundamental (STC 13/1985, fundamento jurídico 2.º), y bien se comprende que el respeto de esta regla impone la motivación de la resolución judicial que excepcione o restrinja el derecho (STC 62/1982, fundamento jurídico 2.º), pues sólo tal fundamentación permitirá que se aprecie, en primer lugar, por el afectado y que se pueda con-

trolar, después, la razón que justificó, a juicio del órgano judicial, el sacrificio del derecho fundamental.

d) *Los funcionarios y las personas que tienen contacto con los internos.* Es obvio que tanto los funcionarios como todas las personas que, por diversos motivos (voluntariado social, monitores de cursos, monitores deportivos, animadores socioculturales, profesionales y autoridades diversas), tenemos relación con los internos dentro de la prisión somos potenciales canales de entrada de droga. Estoy seguro que tanto la Administración, los sindicatos y los propios funcionarios somos los más interesados en que se pongan todos los medios legales para detectar estas situaciones, y exigimos que se aplique el Derecho Penal y el Reglamento Disciplinario de Funcionarios de la Administración del Estado a aquellas personas que, valiéndose de su relación laboral, introducen o difunden drogas en los establecimientos penitenciarios.

IV.3. En el plano disciplinario y penal

La aplicación del Ordenamiento Penitenciario y del Código Penal debe ser el último instrumento que le queda al Estado para controlar la oferta de droga en los centros penitenciarios.

52

IV.3.1. *El Régimen Disciplinario.* Es el conjunto de normas que garantizan la convivencia ordenada de las prisiones y facilitan la intervención penitenciaria. Por ello, el Reglamento Penitenciario, en su artículo 109, apartados *f*) e *i*), tipifica como falta disciplinaria grave una serie de conductas relacionadas con la posesión y el uso de drogas tóxicas y sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Varias cuestiones se nos plantean a la hora de analizar la tipificación y el procedimiento sancionador derivado de esas conductas:

1. Su tipificación presenta algunas irregularidades al englobar la posesión de estas sustancias en un cajón de sastre denominado «objetos que se hallaran prohibidos».

2. ¿Es conveniente o no adaptar un criterio objetivo para determinar el uso y consumo? Entendemos que es hora de optar por el objetivismo en nuestro trabajo, usando métodos y técnicas objetivadoras de conductas y de hechos⁷ que llevarán a cabo los profesionales sanitarios de los centros salvaguardando siempre las garantías legales⁸.

IV.3.2. *El Derecho Penal.* La Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, de Reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas, pretende fortalecer la función de prevención general que cabe a las normas sancionadoras, estableciendo un importante incremento de las penas de privación de libertad con que se conmina la realización de las conductas prohibidas. De esta forma, la nueva regulación penal de estas conductas pretende acomodarse a una estructura piramidal, contemplándose en esa estructura un escalón intermedio en el que se sitúan aquellas conductas que, por concurrir en las mismas algún elemento especial de reprochabilidad, constituyen tipicidades agravadas. Entre éstas se encuentra «cuando las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se introduzcan o difundan en establecimientos penitenciarios».

Ello quiere decir que introducir o difundir drogas en establecimientos penitenciarios es una conducta que tendrá que ser sancionada con penas que oscilan de ocho años a catorce años, ocho meses y un día, cuando se trata de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de cuatro años, dos meses y un día a diez años en los demás casos⁹.

Sin embargo, analizada la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en muy pocos casos se ha aplicado (Sentencia 15 julio 1987) esta tipicidad agravada de *difusión en establecimientos penitenciarios*, ya que para concurrir esta hipótesis el Tribunal Supremo (Sentencias de 10 octubre 1986 y 20 enero 1988) requiere inexcusablemente que, al menos, la droga sea efectivamente introducida en dichas dependencias en condiciones potenciales de difusión, y si esta finalidad no se ha conseguido no cabe tenerla en cuenta por la mera intencionalidad perseguida, quedando subsumida en la configuración delictiva de la simple tenencia ilícita con tendencial y genérico ánimo de favorecer su consumo.

Al haberse ampliado el tipo en LO 1/1988, al añadir *se introduzcan*, esperemos que la jurisprudencia amplíe las conductas que pueden subsumirse en el tipo agravado. Lo contrario significaría la inoperatividad e ineficacia del mismo.

V. EVALUACION. INDICADORES

Dijimos al principio que el control y la limitación de la oferta no se podía plantear desde una perspectiva represiva, sino fundamentalmente desde la información, la prevención y el tratamiento. Por ello, para evaluar esta oferta antes y después de los programas de intervención hemos de hacer un diseño interconexionado con estas áreas, pudiendo enumerar como indicadores más específicos de nuestro programa los siguientes:

- Aplicar una investigación científica que nos permita contrastar los datos cuantitativos y cualitativos de la posesión, uso y consumo de droga en el centro antes y después de aplicar el programa.
- Estadística de aprehensiones: canales; clases de drogas; cantidad.
- Estadística de faltas disciplinarias: artículo 109, f) e i), del RP.
- Atestados y Diligencias Previas abiertos por conductas tipificadas en el artículo 344 del Código Penal.
- Seguimiento de internos a través de la objetivación de sus consumos. Elaborar gráficas.

Datos que, en definitiva, contribuirán a reprogramar la intervención con la única finalidad de mejorar la atención de los reclusos con uso problemático de drogas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 José JIMÉNEZ VILLAREJO, «La droga en la Institución Carcelaria», en *REP*, n.º 237, 1988, Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia.
- 2 Eusebio MEJÍAS VALENZUELA, *Rehabilitación de drogodependientes en prisión. Criterios básicos*, Ponencia presentada en las Jornadas de Atención a Reclusos con Uso Problemático de Drogas, Madrid, 1990.
- 3 Mary-Pepa García Mas (Socióloga), Fernando Soler Padrós (Sociólogo), José Luis Sánchez (Educa-dor), Francisco Alonso Rincón (Jurista) y Pilar Martín García (Asistente Social). Breve resumen del trabajo en «Drogas e Instituciones Penitenciarias», *REP*, 238, 1987, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Justicia.
- 4 José Antonio GARCÍA MARIJUÁN expone estos datos en su trabajo sobre «Cumplimiento de la pena en Centros Penitenciarios», en *Comunidad y Drogas. Monografía*, 3, 1988.
- 5 Los autores de la investigación son: Rafael Garrido-Lestache Cabrera, Gregorio Guadalix, A. Salinas Ugalde, P. Paredes, A. Villamayor y P. Ruano.
- 6 Ver José Antonio GARCÍA MARIJUÁN. En *Cumplimiento de la pena en los Centros Penitenciarios* enu-mera una serie de factores propiciadores del consumo: la demanda de los internos por ser drogo-dependientes, opciones de huida propiciadas por el medio entorno y los trastornos de personali-dad, el trasfondo del beneficio económico, la propia subcultura carcelaria.
- 7 Pilar GÓMEZ PAVÓN, *El delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxi-cas o estupefacientes*, Edit. Bosch, Barcelona, 1985. Ver, sobre todo, *Formas de determinar la alco-holemia, drogas tóxicas y estupefacientes*, págs. 65-68.
- 8 Ver Resolución 737 del Consejo de Europa, donde establece que «nadie puede negarse o sustraer-se a un test de aliento, a una toma de sangre o a un examen médico», en la conducción de un vehículo de motor; STC 65/1986 y 37/1989: «Sólo puede calificarse de degradante lo que produce una singular humillación y envejecimiento»; artículo 785, 8.º, c), de la L. E. Criminal.
- 9 Ver Instrucción de Servicio de 12 de abril de 1988, Dirección General de Instituciones Penitencia-rias.

Eusebio Megías Valenzuela*

Programas con metadona en los centros penitenciarios

A) PROGRAMAS DE DESINTOXICACION

La utilización de metadona con fines de desintoxicación en ciertos usuarios de opiáceos, siendo una técnica de utilización restringida en función de sus indicaciones, no debería plantear graves problemas en su implementación en los Centros Penitenciarios. Naturalmente, siempre que se utilice con unas cautelas y requisitos metodológicos básicos.

1. OBJETIVOS.
2. POBLACION A ATENDER.
3. PERSONAL A CARGO DEL PROGRAMA.
4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION.
5. ANALISIS DE POSIBLES DIFICULTADES.
6. INCIDENCIAS REGIMENTALES.
7. MECANISMOS DE EVALUACION.

55

1. Objetivos

Lograr la desintoxicación de opiáceos mediante una técnica de sustitución con dosis decreciente.

2. Población a atender

Aquellos dependientes de opiáceos que en el momento de ser atendidos precisen de una cura de desintoxicación y que no puedan beneficiarse de técnicas no sustitutivas.

Señaladamente:

- Embarazadas.
- Pacientes con enfermedades graves concomitantes que impidan o hagan peligrosas otras técnicas.

(*) Consejero Técnico de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- También se debe considerar la indicación de aquellas personas que en el momento de su ingreso estén en mantenimiento con metadona.

3. Personal a cargo del programa

Debe ser personal sanitario en lo que se refiere a la prescripción, administración y control de la ingesta de la droga sustitutiva. Lo lógico es que sea el equipo de atención primaria de los centros quien se encargue de esta labor, como parte de sus obligaciones habituales.

Durante el tiempo de tratamiento sería conveniente la colaboración de otro personal para trabajar la motivación y el «enganche» en posibles intervenciones posteriores de otro tipo. Este personal (psicólogos, educadores, etc.), de la plantilla de funcionarios o colaboradores, también podría ser aquel que se ocupase de otros programas con drogo-dependientes.

4. Estrategias de intervención

La índole de la intervención será fundamentalmente sanitaria. La indicación será hecha por los médicos del centro, aunque éstos puedan apoyarse en las sugerencias de otros profesionales, y concretamente de los equipos de los programas de metadona comunitarios. Antes de comenzar el tratamiento conviene contrastar su necesidad con los informes y la exploración analítica necesaria.

El tratamiento no deberá extenderse más allá de un tiempo concreto; se puede señalar, orientativamente, 21 días para la metadona. Aunque la utilización preferente es la de metadona, puede considerarse el empleo de otros opiáceos (buprenorfina, dextropropoxifeno...). Como es bien sabido, la solución extemporánea permite un mejor manejo de la situación, una mayor facilidad para fraccionar dosis y un más concreto control de la ingesta. La toma de medicación deberá efectuarse siempre en presencia del sanitario.

El manejo terapéutico de los casos debería evitar subrayar la índole de la sustancia empleada; hasta se podría considerar la posibilidad de que el paciente no supiera el tratamiento empleado. No queremos dar a entender que sea una técnica médica que hay que ocultar, pero, al menos en estos momentos, creemos que no se puede negar el carácter «símbolo» del producto y pensamos que es bueno contrarrestarlo.

Hay que establecer claramente la propuesta temporal de tratamiento, y la disminución de las dosis debe quedar como indicación puramente médica.

Por otro lado, el tratamiento deberá hacerse en internamiento en enfermería, no sólo por la situación clínica de las personas a las que se indique, sino también para preservar el carácter sanitario y para mejorar el control de la administración y de la *deprivación*.

Tal como se indica en el capítulo de personal, nos parece obligada la colaboración de profesionales que trabajen los aspectos concomitantes a la desintoxicación (apoyo, información, trabajo con la motivación, etc.). Obviamente, no tiene por qué ser un perso-

nal exclusivo para esta tarea, sino que es posible, incluso conveniente, que se trate de profesionales que trabajen en otras áreas o servicios (tratamiento, asistencia social, programas de drogodependientes, etc.).

5. Análisis de posibles dificultades

Más que dificultades o complicaciones técnicas, podrían temerse problemas «de funcionamiento» a partir de los efectos biológicos y de la imagen de las sustancias a emplear. Hay que referirse sobre todo a la creación de una sobredemanda falsa de tratamiento y a los intentos de manejo abusivo del mismo, todo ello con lo que podría significar de problemas regimentales, disciplinarios, etc. Estas dificultades parecen fácilmente subsanables si se cuida que la indicación sea puntual, se extreman los requisitos técnicos y se protege que el ámbito de aplicación sea, incluso forzosamente, sanitario.

6. Incidencias regimentales

Estas son obvias en tanto que la situación de internamiento en enfermería crea una especificidad regimental en la que priman las indicaciones médico-sanitarias.

7. Mecanismos de evaluación

57

Pueden utilizarse los siguientes indicadores:

- a) Pacientes atendidos.
- b) Índice de fracasos y/o abandonos.
- c) Resultados analíticos toxicológicos.
- d) Evolución post-tratamiento (sometimiento a otros programas...).
- e) Indicadores exteriores al programa:
 - Número de demandas indebidas.
 - Posible repercusión regimental.

B) PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO

La pertinencia o no de los programas con metadona en las prisiones deja en muchas ocasiones de ser una cuestión técnica para convertirse en algo abordado desde posiciones fundamentalmente ideológicas. Tanto el opositorismo radical como la propuesta voluntarista e indiscriminada son, en la mayoría de los casos, posiciones prejuiciosas que poco tienen que ver con lo que debería ser una articulación metodológica y crítica. Es difícil precaverse de los movimientos emocionales en este campo, pero los incuestionables problemas sanitarios de las prisiones por un lado y la historia de manipulación—real o simbólica— del producto por otro, obligan a todos a enfrentar el necesario esfuerzo para conseguirlo.

1. Objetivos

Conseguir que una determinada población de drogodependientes de opiáceos sustituya su consumo por otro, controlado, de una droga menos peligrosa. Incluye como objetivos parciales:

- Regular y controlar beneficiosamente el consumo personal.
- Disminuir la aparición y transmisión de complicaciones médicas secundarias.
- Disminuir el índice de conflictividad a través de la influencia sobre el tráfico y el mercado ilegal.
- Facilitar la inclusión en programas extrapenitenciarios.

2. Población a atender

Estaría constituida por drogodependientes, exclusiva o muy preponderantemente, de opiáceos. A esta condición básica se han añadido otras, más o menos rígidas y restrictivas, según los diferentes programas. En general, en nuestro medio se ha considerado que el drogodependiente a atender debería tener una amplia historia de dependencia, presentar fracasos terapéuticos repetidos y no ser susceptible de otros tratamientos más ambiciosos. Estas condiciones se flexibilizaban si aparecía un muy mal estado general.

58

Parece razonable que, teniendo en cuenta la gravedad y extensión de los problemas sanitarios en las prisiones que hacen que la «indicación grupal» gane peso relativo y sin salirse de la nueva reglamentación de programas, se flexibilicen los criterios de indicación en el medio penitenciario. Todo ello, naturalmente, respetando unas condiciones irrenunciables y evitando que se provoque un desajuste importante entre el tipo de atención que se presta en las cárceles y el que se ofrece en las estructuras asistenciales comunitarias.

En una primera aproximación, de acuerdo con la norma legal, se podría entender que la población a atender estaría constituida por drogodependientes a opiáceos que hubieran fracasado en, al menos, un tratamiento distinto o que hubieran hecho una seroconversión al VIH o estuvieran afectados por patología orgánica severa.

3. Personal a cargo del programa

— Personal sanitario (de la plantilla del Centro) para la prescripción, administración y control de los sustitutivos.

— Personal de apoyo al programa (señaladamente Psicólogos, Educadores o Asistentes Sociales) para completar actividades informativas, preventivas y de rehabilitación y apoyo inespecífico. Este personal puede ser de plantilla (de distintas áreas) o colaborador (voluntario o equipos de intervención comunitaria, etc.).

4. Estrategias de intervención

El marco técnico general de intervención sería sustancialmente idéntico al de los programas de mantenimiento con metadona extrapenitenciarios. Así, dosis individualizada, preparación en forma de solución extemporánea, no comunicación de las dosis al sujeto, toma en presencia del sanitario, controles toxicológicos si se estiman oportunos, etc.

La preparación y custodia del producto puede plantear algunos riesgos potenciales que deberían obviarse evitando la acumulación. Para ello podría valer la coordinación con PMM comunitarios o con servicios provinciales de farmacia que procurasen a diario cantidades precisas.

La toma de metadona no debe suponer una exclusión de las actividades generales del centro ni, tampoco, una exigencia de una situación regimental diferenciada. El ideal estará constituido por un interno que, tomando la dosis de sustitución indicada, participa con el común de los compañeros en las diversas actividades laborales, educativas, recreativas, etc., y comparte con ellos un régimen idéntico.

5. Análisis de posibles dificultades e incidencias regimentales

La primera dificultad, y quizá la más importante, viene dada por la necesaria selección de las personas a atender. En contra de lo que, estereotípicamente, pueda pensarse, la población de internos drogodependientes presenta rasgos de diversidad clara. Por otro lado, límites entre grupos no siempre son precisos. Estas dos condiciones obligan a un esfuerzo discriminatorio para delimitar, con los menos fallos y riesgos posibles, la población que puede beneficiarse del programa.

Concretamente, estimamos que son tres las contraindicaciones más difíciles de sopesar:

A) En ningún caso habría que institucionalizar la toma de metadona en personas que permitan otro abordaje más ambicioso (muy jóvenes, sin tratamientos previos, con estado general no muy deficitario, etc.). Caso de no evitarlo, estaríamos propiciando una cristalización del «ser drogadicto» en sujetos que podrían evitarlo.

B) Habría que evitar cuidadosamente que personas no drogadictas de opiáceos sugieran serlo para utilizar la metadona como «droga de evasión» dentro de la cárcel.

C) Habría que prever y evitar que la metadona se convirtiera en una droga más (sólo que ésta legal y gratuita) para personas con comportamientos activamente policonsumistas. De no conseguir esto, no sólo serían dudosos los beneficios para la salud, sino que tampoco sería posible el objetivo secundario de disminución del índice de conflictividad (sólo estaríamos condicionando una redistribución del mercado).

Todas esas dificultades podrían resumirse a partir de la comprensión de que los programas con metadona (y esto vale para otros opiáceos igualmente) presentan una realidad y una imagen que los hace propicios a la manipulación y el mal uso. Esto, que ha

sido tan frecuente, sería probablemente mucho más evidente en la prisión (población más marginada, mayor tensión ambiental, esquema de valores más distorsionado, mayor repercusión de la conflictividad por ser una institución más rígida y cerrada, etc.). La selección provocaría fácilmente problemas de convivencia, trastornos de conducta, intentos de presión, y se podría provocar un deterioro del clima y del nivel de conflictos del centro. Todo ello con clara repercusión reglamentaria y regimental.

Si la selección no es fácil, tampoco son posibles la ausencia de criterios de indicación y la administración indiscriminada. Aunque se tratase de sacar de entrada a todas las personas que claramente podrían perjudicarse, quedaría sin solucionar el problema de mala utilización del recurso por parte de los internos que quisieran hacerlo. Tampoco parece aceptable que cuando en la comunidad se ponen condiciones para la admisión en PMM, en las Instituciones Penitenciarias se renunciase a ello (no hablamos de cuestiones ideológicas, sino de desajustes técnicos entre programas que impedirían la necesaria coordinación).

Una salida de compromiso en el dilema expuesto estaría en una selección previa para derivar a un medio donde el programa se aplicara colectivamente. Esto significaría un módulo, incluso un centro, para drogodependientes en mantenimiento exclusivamente. Esta diferenciación y segregación, para bien o para mal, está sujeta a todos los riesgos que en multitud de ocasiones se han señalado: sobremarginalidad institucionalizada, efectos negativos en el resto de la institución, etc.

60 Ni que decir tiene que las mismas dificultades y los mismos riesgos de conflicto presentarían los criterios de exclusión del programa. Criterios que, por otro lado, no parece que puedan ser obviados.

A todas las consideraciones anteriores puede objetárseles que no dejan de ser riesgos potenciales, acaso subrayados por esa proyección ideológica de la que se quería huir. En cualquier caso, la importancia y la agresividad de las necesidades a cubrir son tales que parece claro que merece la pena contrastar la realidad de algunos peligros y la eficacia de los recursos que se arbitren para contrarretarlos. Sólo creemos que, en las instituciones penitenciarias, el afán de lograr el objetivo de intervenir sobre la aparición de consecuencias médicas añadidas a la drogadicción no debe significar que haya que hacer esta intervención a cualquier precio. El riesgo sería provocar efectos negativos en otros aspectos, también importantes, a cambio de beneficios limitados por la propia imprudencia de la actuación.

6. Mecanismos de evaluación

- a) Personas atendidas en el programa.
- b) Índice de abandonos y expulsiones.
- c) Resultados analíticos toxicológicos.
- d) Índices de conflictividad.
- e) Indicadores de tráfico y consumo.
- f) Inclusiones en programas extrapenitenciarios.

Eusebio Megías Valenzuela*

Programas de intercambios de jeringuillas en los centros penitenciarios

La posibilidad, incluso la necesidad, de montar programas de intercambio de jeringuillas en los Centros Penitenciarios es algo que, de forma ocasionalmente cargada de emocionalidad de uno u otro signo, viene siendo propugnado desde hace ya algún tiempo. La exigencia sanitaria, virulentamente sentida, de atajar la propagación epidémica de la infección por VIH se corresponde con la precisión, no menos compulsiva, de mantener un orden regimental que pudiera ser amenazado por la presencia institucionalizada de jeringuillas en los Centros Penitenciarios.

Al igual que en relación con los programas de metadona, creemos que es necesario un esfuerzo de objetivación que pase por la fijación de objetivos y estrategias y por el análisis de la realidad contextual. Son las características y las condiciones de esta realidad las que matizarán las posibilidades de intervención, haciéndolas viables o inviables. Es cierto que la realidad puede estar condicionada por connotaciones prejuiciosas o falsas, pero también lo es que estas connotaciones, independientemente de su génesis, más allá de su presunta irracionalidad, se constituyen como un elemento de realidad que hay que contemplar metodológicamente para su utilización, su evitación o su eliminación. Lo contrario, entendemos, sería una irresponsabilidad profesional que correría el riesgo de provocar perjuicios más importantes que los beneficios a lograr y que, además, haría peligrar seriamente la consecución de estos últimos.

61

1. OBJETIVOS

Disminuir el riesgo de complicaciones médicas en usuarios de drogas por vía IV.

2. POBLACION A ATENDER

ADVP que continúan inyectándose en prisión.

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Entrega/intercambio de jeringuillas.

(*) Consejero Técnico de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

4. POSIBLES DIFICULTADES

- a) Dificultades para definir la población a incluir en el programa.

En este aspecto cabrían tres posibilidades: no seleccionar la población, tratar de hacer una selección por criterios de indicación y hacer primar la selección por demanda. Las tres opciones plantean dificultades muy serias que se comentarán conjuntamente con el análisis de las estrategias de intervención. En última instancia, los problemas de que hablamos se apoyan en tres ignorancias subyacentes: no sabemos cuántos se inyectan (ni qué cosa), no sabemos quiénes son y no sabemos cuántos de los que no se inyectan lo harían si tuvieran jeringuillas (ni qué cosa se inyectarían).

- b) Dificultades para definir la estrategia.

El intercambio de jeringuillas (una por una) no solucionaría el problema de uso múltiple, puesto que las circulantes son forzosamente escasas. El beneficio de reciclar periódicamente el circuito de jeringuillas no deja de ser modesto. Por otro lado, la entrega sin intermediario (ya sea por selección de un subgrupo o por demanda del interno) supone un riesgo severo de aumentar el número de usuarios y de favorecer una desviación al mercado negro. No digamos hasta qué punto el reparto indiscriminado, por ejemplo a través de máquinas expendedoras de libre disposición, supone igualmente el riesgo de sobrealimentar la conducta de inyección.

62

Hay que añadir que la selección forzada de los sujetos a tratar supone la posibilidad de crear conflictos ambientales y de reactivar la demanda subterránea.

- c) La existencia de un programa de intercambio de jeringuillas en prisión, cuando estos programas no están extendidos en los planes comunitarios, podría suponer distorsiones severas en la necesaria coordinación.

5. INCIDENCIAS REGIMENTALES

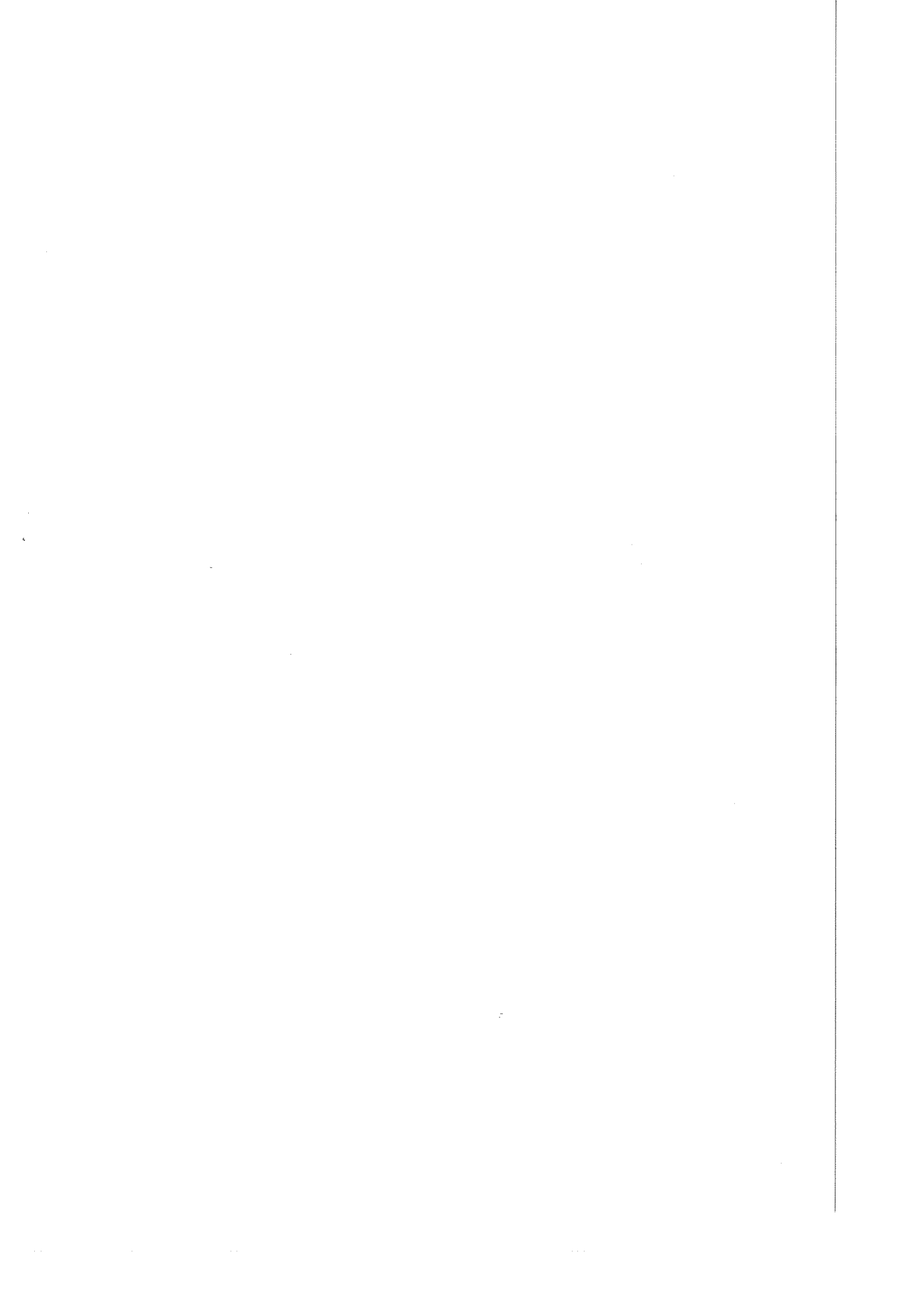
El Reglamento Penitenciario considera falta grave la posesión de objetos prohibidos o peligrosos. Las jeringuillas han sido consideradas como tales por la normativa penitenciaria.

Es obvio que, reglamentariamente, puede cambiarse la consideración de «objeto prohibido». La de «objeto peligroso» es una catalogación que se desprende de las propiedades reales del objeto, tanto como de las fantasías que se proyectan sobre él. Aunque la peligrosidad de la jeringuilla como instrumento de agresión puede ser discutida, lo que no es discutible es la imagen que tiene como tal y la vivencia de rechazo que ello comporta. Por mucho que se entienda que esta imagen no se justifica, estaremos ante una cuestión a modificar. Lo que no es legítimo profesionalmente es dar por liquidada una dificultad desde el momento en que se decide que no es razonable.

6. OBSERVACION

Los problemas metodológicos de selección de grupos y de elección de estrategias podrían ser tratados experimentalmente. Las que se han señalado como dificultades lo han sido teniendo en cuenta, sobre todo, la realidad contextual. La sobrepresión, la dinámica cerrada y las tensiones acumuladas en una prisión, junto con el clima de cultura carcelaria con sus propios valores y sus propios elementos defensivos, hacen que las experiencias extrapenitenciarias no se puedan tomar como modelos en todos sus extremos.

No obstante, insistimos, se podría plantear un tratamiento experimental de no ser porque la imagen de la jeringuilla, la forma en que es vivida (por presos y funcionarios), la hipotética o real amenaza que contiene, todo ello supone una connotación de realidad que, hoy por hoy, entendemos que impide cualquier intento experimental. Este será posible sólo cuando un cambio estructural (del ambiente, de la ideología y de lo simbólico) se haya producido. Quizá sea a la consecución de este cambio a lo que haya que dirigir los esfuerzos y los programas en este terreno.



J. Antonio García Marijuán*

Programas a desarrollar en relación con recursos comunitarios

1. LOS RECURSOS COMUNITARIOS Y EL TECHO REHABILITADOR DE LA PRISION

La conexión con lo comunitario es uno de los criterios básicos de los programas sobre drogodependientes en instituciones penitenciarias. Partiendo de los objetivos que se puedan establecer de atención a los drogodependientes en prisión, en cualquier nivel que nos situemos, por muy mínimo que éste sea, no podemos renunciar a conectar con la esfera de los recursos comunitarios, por varias razones.

Una primera, por sentido de coherencia del sistema penitenciario en la sociedad. El enganche con el ritmo y los planteamientos de las redes comunitarias en la atención a los drogodependientes debe ser el mayor posible con los programas y actuaciones que se pretendan llevar a cabo en el medio penitenciario.

Una segunda, la optimización que supone llevar a cabo intervenciones conectadas en el ámbito interno de la prisión y el medio externo, lo que posibilita una actuación más integral con implicación de la familia, núcleo social de referencia.

En tercer lugar, por sentido de corresponsabilidad. La atención al drogodependiente que se encuentra en prisión es una responsabilidad compartida por la Administración penitenciaria y los servicios comunitarios.

Otras muchas razones avalarían la opción de desarrollar programas en relación con recursos comunitarios. Existe, asimismo, una premisa que sitúa la conceptualización del abordaje del problema en términos de máximos y mínimos; nos referimos al mencionado techo rehabilitador de la prisión. En el acotado espacio penitenciario, los espejos cóncavos de su contención deforman los procesos que se desarrollan en su interior. La reinserción como referente sólo es viable en el contraste que se produce en los encuentros de la interacción social en un medio libre. La intervención rehabilitadora en la institución penitenciaria, sin la conexión con lo comunitario, se topa con el techo contradictorio de preparar para la vida en libertad desde la no libertad.

65

(*) Jefe del Area de Tratamiento de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Justicia.

2. REFERENCIAS NORMATIVAS QUE AMPARAN LA INTERVENCION CON RECURSOS COMUNITARIOS DESDE EL CUMPLIMIENTO DE PENAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD

Desde el cumplimiento de las penas privativas de libertad es el régimen abierto, en sus distintas modalidades, el que posibilita una reincorporación a la vida social en un sentido más extensivo, estableciéndose como plataforma sugerente para incardinar a internos con problemas de drogodependencias en los dispositivos asistenciales comunitarios.

En todas las situaciones procesales y penales por las que un sujeto se puede encontrar en prisión cabe conectar en alguna medida la intervención con recursos comunitarios, pero es la circunstancia de la clasificación en tercer grado de tratamiento para los penados, la que posibilita un régimen penitenciario abierto, la más idónea para establecer una relación comunitaria.

Las posibilidades de situarse en esta posición de cumplimiento de penas se encuentran en función de unos requisitos que conjugan aspectos de cuantía de la condena, conducta penitenciaria y, en todo caso, evolución positiva en el proceso recuperador de salida hacia la libertad.

El régimen abierto supone una aceptación mutua, por parte de la Administración y del penado, de un alto grado de confianza y de autocontrol en el cumplimiento de pautas de conducta, todo ello desde una perspectiva de convivencia de colectividad civil normalizada.

Lo expuesto motiva a establecer una clara línea estratégica de incorporar buena parte de los programas de intervención con drogodependientes en prisión con la perspectiva de relación con los programas comunitarios, desde la opción que propicia el régimen abierto.

Las personas con problemas de adicción a drogas que cumplen condenas de prisión tienen en la vía del régimen abierto la mejor posibilidad de recibir ayuda en su proceso rehabilitador y de reinserción.

3. EL 57.1

En la reforma del Reglamento Penitenciario de 26 de marzo de 1984 se introduce en el artículo 57 del mismo, y dentro del régimen de los establecimientos especiales, en el epígrafe 1, 5.^a:

«Tratándose de penados clasificados en tercer grado que, por presentar problemas de drogadicción, necesiten de un tratamiento específico, la Dirección General podrá autorizar su asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, dando cuenta al Juez de Vigilancia y condicionado ello a que el interno dé su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución que la haya de acoger, y los controles que establezca el Centro Directivo.»

En la exposición de motivos de la reforma se prologa lo mismo con un «se posibilita la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de los internos clasificados en tercer grado, afectos de toxicomanías».

Intentando ubicar en los años 82-83, cuando se gesta esta modificación, la problemática de los drogodependientes y su posterior evolución, cabe pensar que se pretendía dotar de un instrumento legal colateral y puntual para ir resolviendo situaciones que empezaban a ser preocupantes dentro de la ideología, predominante en ese momento, de considerar como única solución terapéutica la de la comunidad cerrada, llamadas granjas.

El actual estado de la cuestión hace que esa posibilidad normativa se intuya de mayor calado de lo diseñado en su día.

Dos pueden ser las premisas que fundamenten un enfoque actual del art. 57.1, 5.ª:

- Que es un recurso a utilizar de forma más sistemática que en el momento actual. Potenciándolo en el entendimiento que no es el único ni el mejor recurso, sino un dispositivo dentro de un plan general de intervención en drogodependencias en instituciones penitenciarias.
- Que queda por configurar en torno a este procedimiento un mayor y más ajustado cuerpo normativo que asegure tanto las garantías en la ejecución penal como las condiciones de control y seguimiento asistencial y de tratamiento de los beneficiarios.

67

I. Postulados

Legales

Sin hacer un análisis exhaustivo del citado precepto reglamentario, sí conviene señalar algunas particularidades al respecto. La figura legal, pese a estar inserta en el capítulo del régimen de los establecimientos especiales, hace una conexión con el tercer grado de tratamiento, con la peculiaridad de derivar la asistencia a instituciones extrapenitenciarias. Si valoramos esta situación en un sentido extensivo, se plantea una derivación o delegación de la Administración penitenciaria en otra institución asistencial para realizar un tratamiento específico a un penado que cumple su condena en régimen abierto. Puede existir un cierto correlato con un adelantamiento de la libertad condicional, en este caso por razones asistenciales específicas. Este enmarque acarrea dificultades obvias de índole legal, avivándose la polémica doctrinal sobre la legalidad de otros preceptos reglamentarios, como el artículo 60, en cuanto transgresores de la jerarquía normativa, referidas a las condiciones que establece el artículo 98 del Código Penal.

En este planteamiento hay que situarse radicalmente en incorporar el 57.1, 5.ª, al ámbito del tercer grado de tratamiento, ampliando la dualidad 45-43 a una tercera modalidad extrapenitenciaria; por lo tanto, toda la normativa que se explicita debe tener como referencia la plataforma de un caso especial dentro del tercer grado, en todo caso desde el entronque del artículo 45 del RP.

En una lectura pormenorizada del texto se conjugan cuatro elementos, a saber: a) Dirección General, que autoriza la asistencia y establece controles en la misma; b) Juez de Vigilancia, al que se le da cuenta; c) el interno, que debe dar su consentimiento y su compromiso formal de observar el régimen de la institución, y d) la institución, que debe explicitar el régimen de vida propio. Intentemos clarificar algunas cuestiones.

¿Qué debemos entender por *asistencia*? La práctica y la coherencia del precepto excepcional nos inclina al sentido más extenso, toda vez que posibilitar una asistencia diaria para una atención terapéutica ambulatoria tiene amparo suficiente desde el artículo 45 del tercer grado. No hacía falta tanta albarda. Asimismo, esta asistencia viene ligada al carácter de la institución adecuada, que por puro peso consuetudinario se ha entendido por todos, tácitamente, como institución terapéutica cerrada.

¿A quién controlamos? La relación triangular que establece el texto: Administración, penado e institución, no dibuja un triángulo equilátero. La Administración, en su relación especial con el penado, le autoriza la asistencia y le exige unos controles indefinidos. Se intuye en el legislador un «no querer saber demasiado» del tercero en discordia. Le preocupa la formalidad del contrato interno-institución, pero sin participar en el mismo y, en todo caso, entendiérselas con el control del penado. No se ve la línea que cierra el triángulo entre la Administración y la institución adecuada. ¿Pensaría el legislador en el postulado cuarto?

68

Dando cuenta al Juez de Vigilancia. Se utiliza una fórmula análoga a la del paso a los establecimientos de régimen cerrado —art. 76.2.j)—. La discusión doctrinal de cuándo un órgano judicial entra a conocer un asunto y su competencia en el mismo se puede reproducir aquí. Las atribuciones del 76.1 y 2.a) y g) pueden y deben dar amparo a una implicación más positiva del Juez de Vigilancia en el asunto que nos ocupa, en relación al carácter excepcional del precepto, más allá de la aparente exclusividad administrativa del tercer grado (permisos, fines de semana, etc.).

Institución adecuada o lo adecuado de una institución. En lo referente a lo terapéutico nos extenderemos en este tema, en todo caso dar pie al apunte para dar vueltas al término «adecuado». ¿Para quién? ¿Quién decide que es adecuado y todas las preguntas que se quieran añadir?

Terapéuticos

Siguiendo con el desarrollo anterior, nos encontramos con el dilema de comunidad terapéutica cerrada en régimen de cumplir condena abierto. El aparente sin sentido se explicita también en otras cuestiones. ¿Cualquier recurso terapéutico, sea cual sea, es siempre mejor que la cárcel? ¿Al amparo del 57.1 sólo es posible la CT cerrada?

El tema central es cuánto se vicia el recurso terapéutico y los consiguientes criterios de derivación, en función de la circunstancia cualitativa de posibilitar la salida del centro penitenciario. ¿Deben primar y atenderse únicamente los criterios asistenciales? Del 57.1 no se desprende ninguna concesión a la elección del dispositivo; conjuga el pre-

sentar problemas de drogadicción y el necesitar un tratamiento específico. En la actual configuración de redes de atención al drogodependiente, el abanico de tratamientos específicos es variado y amplio. ¿Sería posible que en ese tratamiento específico se incorporara una intervención ambulatoria desde un positivo anclaje familiar, por ejemplo? ¿Acojería esta especificación el artículo 57.1?

Económicos

Es una referencia cualitativa importante como indicadora de las relaciones que establece la Administración en el triángulo antes mencionado del control y fiscalización y, por supuesto, clave a la hora de establecer una política de potenciación de este dispositivo. La referencia del Reglamento a instituciones públicas o privadas complica, a su vez, el tema de la financiación. Es claro que en una política de implantación decidida de esta opción hay que asumir la financiación desde una corresponsabilidad de las Administraciones públicas.

II. Propuestas

Como un mero enunciado de referencia, y resaltando algún aspecto concreto, podemos establecer tres grandes capítulos:

69

Criterios

Tanto en lo referido a los internos como a los centros. En primer lugar sería interesante el poder dibujar algunos perfiles que sirvieran como guía para la utilización sistemática del recurso del 57.1.

Intentando combinar perfiles de indicación terapéutica con cuantías penales y situaciones penitenciarias en torno al tercer grado, una primera aproximación puede establecer dos perfiles orientativos de derivación:

- A) Primario (o con una reincidencia muy escasa), con una condena no superior a prisión menor, etiología delictiva propiciada por la drogodependencia, en el momento inicial del cumplimiento de la pena.
- B) Prolongada historia de adicción y/o delictiva, que le resten menos de dos años para entrar en condicional, personalidad no desestructurada y con buena capacidad de relación.

Respecto de los centros o instituciones que acojan estas situaciones, deben vincularse al esfuerzo colectivo de homologación y acreditación, en relación a la situación creada al amparo de la reforma del Código Penal del artículo 93 bis. Por lo tanto, debe remitirse a centros acreditados por las diferentes Comunidades Autónomas como tales.

Procedimiento

Conviene aquilatar las disposiciones de tramitación y resolución de estas situaciones. En primer lugar, parece aconsejable incorporar al procedimiento un informe técnico que avale lo adecuado de la institución a la que se envía al interno; asimismo, debe incorporarse un documento de las características del dispositivo y del compromiso formal del interesado, y, por último y como pieza más importante, el plan de seguimiento y control del tratamiento que establece el equipo de tratamiento, en el que se recoja, como mínimo, periodicidad, indicadores y contactos físicos imprescindibles tanto con el interesado como con la institución.

Asimismo, convendría que el conocimiento del Juez de Vigilancia fuera lo más amplio posible, remitiéndole copia de toda la documentación aportada y siendo el último garante en todos los casos de las situaciones de autorización, denegación o revocación de esta situación.

Relación administrativa penitenciaria

Me refiero en este apartado a cómo se redefine la situación de relación especial de la Administración con el ciudadano que cumple una pena. En concreto, en lo que atañe a circunstancias como la redención de penas en ese tiempo, la posible situación disciplinaria, la coherencia o no de permisos de salida o las interrupciones del período de CT, la solución al traslado de localidad en función de un centro en diferente territorio a la prisión de donde se le tramita su salida, etc. Planteamientos que deben tener como referencia el régimen abierto del artículo 45 del RP, pero con soluciones *sui generis* dado lo peculiar del caso.

70

III. Análisis de su aplicación

Un repaso sucinto al actual estado de la cuestión nos sirve para tener el referente del espectro de su aplicación.

En el registro acumulado de los dos últimos años se ha autorizado esta circunstancia en 84 casos. En la fecha presente se encuentran bajo esta fórmula 48 de los mismos. De las 36 bajas producidas, sólo 7 (8%) se han debido a evasiones y regresiones de grado; en un caso, por renuncia voluntaria del interesado; en el resto, por acceder a la libertad condicional o definitiva.

Por Comunidades Autónomas, el reparto de su ubicación en los distintos dispositivos asistenciales derivados es el siguiente:

Comunidad Valenciana	27
Comunidad Balear	24
País Vasco	9
Castilla-León	6
Andalucía	5

Navarra	4
Rioja	3
Madrid	3
Extremadura	1
Cantabria	1
Aragón	1

Las instituciones, públicas o privadas, derivadas:

P. Hombre	26
Patriarca	21
Privadas subvencionadas	19
Públicas	9
Religiosas	9

El perfil de los 48 casos actuales se dibuja con las siguientes características:

Mujeres	13
Hombres	31
Hasta 24 años	18
25-30	20
Más de 30 años	10

Condena que cumplen:

Hasta 2-4-1	19
Hasta 6-0-0	22
Más de 6-0-0	7

Tiempo que les restaba hasta la libertad condicional desde su salida por el 57.1:

Menos de 1 año	26
De 1 a 3 años	19
Más de 3 años	3

71

IV. Corolario

Podemos resumir brevemente lo expuesto en estas líneas considerando que es una asignatura pendiente el desarrollo potenciado del recurso que propicia lo dispuesto en el artículo 57.1, 1.ª, del RP y, como condición *sine qua non* de esta aplicación sistemática, debe ir acompañada, en primer lugar, de una incorporación dentro del programa global de intervención sobre drogodependientes en instituciones penitenciarias y, en segundo lugar, de una normativa específica en cuanto a criterios, procedimientos y seguimiento del mismo.

4. EL REGIMEN ABIERTO

El sentido más común del concepto de régimen abierto se traduce en la posibilidad de salir diariamente de la sección abierta del centro penitenciario a desarrollar una tarea en la calle, normalmente desempeñar un trabajo, en un horario desde primeras horas de la mañana hasta últimas horas de la tarde, y, asimismo, los fines de semana se dispone del mismo como tiempo libre fuera del centro.

Como decíamos al principio, esta opción de vida se posibilita estando clasificado en tercer grado de tratamiento. También es indispensable para acceder a la libertad condicional, que supone que la última cuarta parte de la condena se cumple en libertad, el tener asignado el tercer grado.

En la actualidad, en torno a un 15% de los penados cumplen en esa modalidad.

Un tema siempre apuntado, en el intento de orientar los tratamientos a drogodependientes en prisión, a través del tercer grado, es el de llegar demasiado tarde. La imposibilidad de encajar los tiempos y momentos del proceso terapéutico y del proceso de ejecución penal se traslucen en la dinámica penitenciaria. Cuando una persona puede ser dada de alta de su tratamiento rehabilitador y le resta todavía condena, cuando necesita mayor ayuda, se encuentra preventivo y es difícil su incorporación a programas comunitarios, etc. Estas dificultades de sincronía sólo son salvables, en parte, si existe una buena coordinación entre las instituciones y los profesionales de los distintos dispositivos, terapéuticos, penitenciarios, etc.

Un breve repaso a las distintas modalidades del régimen abierto nos sitúa en mejor perspectiva de encontrar las plataformas más idóneas para conectar con los distintos programas de los recursos comunitarios. A veces existe un problema de adecuación de los lenguajes penitenciarios y asistenciales, que debe ser superado por la asunción de las características propias de ambos en una perspectiva de trabajo conjunto y coordinado.

Situamos en primer lugar el ya estudiado artículo 57.1, como la forma más extrema del régimen abierto al posibilitar la excarcelación del sujeto para ser atendido por una institución extrapenitenciaria, en las circunstancias y relaciones ya descritas.

El tercer grado, bajo la vigencia del artículo 45 del Reglamento Penitenciario, permite la mayor extensión de salidas diarias y de fin de semana. Se nos presenta una modalidad ideal para conectar con tratamientos ambulatorios, de centros de día, etc., en los que la institución penitenciaria sirve como soporte de centro de noche.

El artículo 43 del Reglamento Penitenciario establece una modalidad de régimen abierto, con un grado de mayor tutela por parte del equipo técnico del centro, al permitir regular de forma individual la proyección de conexión con el exterior del sujeto. Puede tener parecidas conexiones con programas comunitarios que la situación anterior, si bien propicia de forma interesante momentos de «alta» motivación por la inminencia de salidas a la libertad, lo que puede ser trabajado para profundizar en las necesidades de cambio y el inicio de procesos rehabilitadores.

Independientemente de la situación normativa que regula el régimen de vida del tercer grado, también debemos tener presente la concepción del dispositivo que se constituye como soporte de ese régimen abierto. Así, tenemos como elemento generalizado la *Sección Abierta*, como espacio anexo a un centro penitenciario que sirve fundamentalmente como centro de noche, salvo alguna contada excepción que posee otras prestaciones, ya sea por su ubicación en espacios abiertos en el campo o por atender penados durante el día, dispone de recursos ocupacionales, educativos, deportivos.

Dos nuevas modalidades deben permitir avanzar en el desarrollo del régimen abierto: las llamadas *Unidades Dependientes*, que ofertan una remodelación del «mapa geográfico penitenciario», al ubicar fuera de la prisión, en espacios no connotados por el significado penitenciario, una unidad de convivencia diferente. Bien se trate de un modelo de piso urbano o de comunidad más compleja, permite el diseñar programas de actuación desde un horizonte más propicio y lejano. Ya existen experiencias puntuales en este sentido que refuerzan la proyección positiva de esta línea de trabajo. La otra modalidad que puede generar expectativas de avance en el régimen abierto se traduce en *Centros Abiertos*, ideados sobre todo en las grandes ciudades, que permitan una mejor adecuación de la intervención psicosocial, en conexión con programas comunitarios, pero con una mayor disponibilidad de recursos propios.

5. PROPUESTAS PARA UNA RELACION OBLIGADA Y NECESARIA

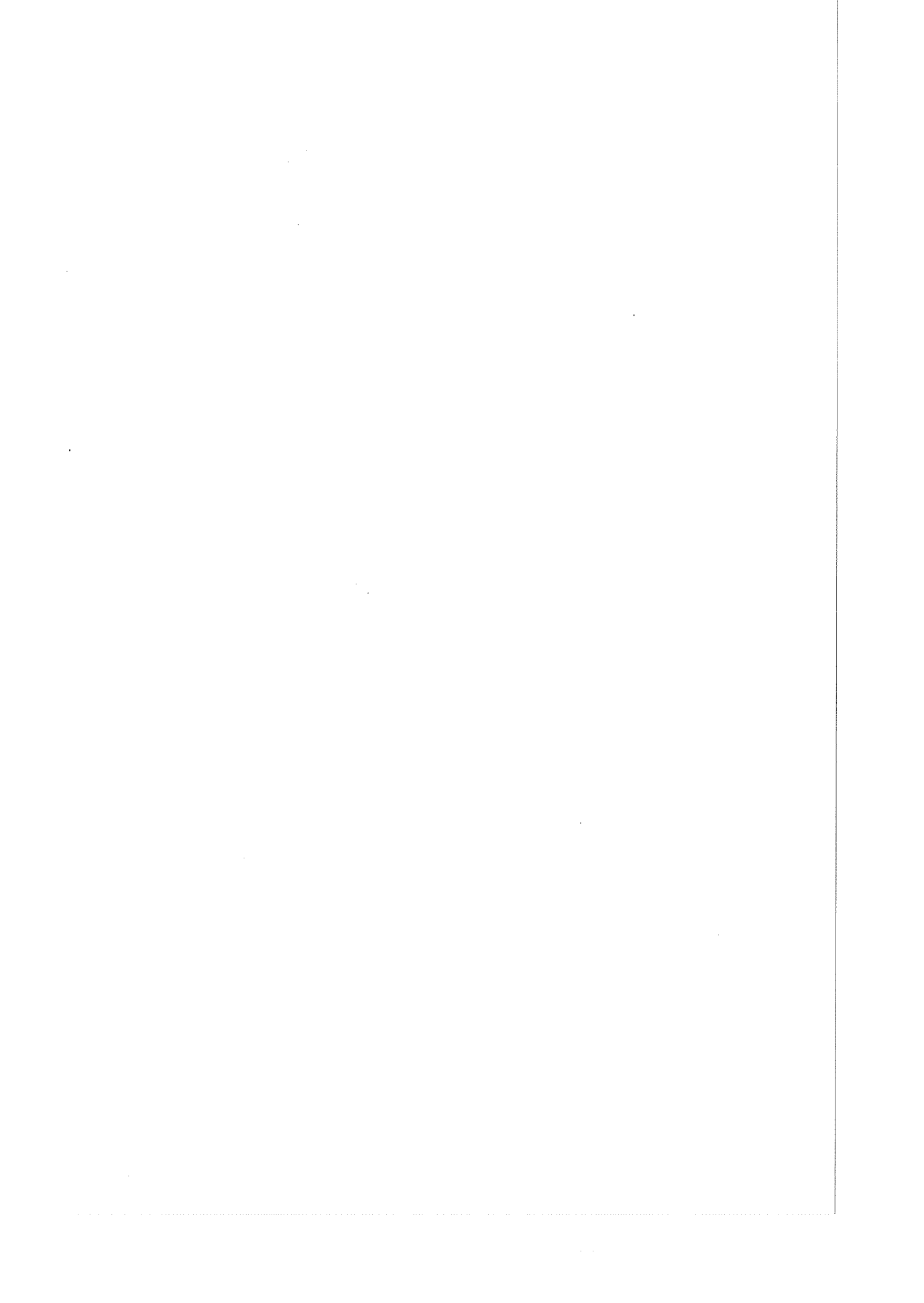
La conexión de los programas de atención a reclusos con problemas de adicción a drogas con los recursos comunitarios pasa por las siguientes premisas:

73

- Que es obligado incorporar en los programas las fórmulas de integración de los dispositivos comunitarios en los procesos de rehabilitación y reinserción.
- Que la estancia en prisión no suponga un corte en los contactos y seguimientos de los procesos recuperadores emprendidos con recursos comunitarios.
- Que desde la plataforma del régimen abierto es la perspectiva idónea para incorporar penados a programas desarrollados por los recursos comunitarios.
- Que la posibilidad del artículo 57.1 es un campo a explorar entre todos, y dependerá su aplicación sistemática de la respuesta común.



2. Sobre experiencias concretas



Manuel Prieto Salido*
M.^a Auxiliadora Hoyos Cañizares**

Programa de prevención de complicaciones médicas en drogodependientes privados de libertad

1. INTRODUCCION

Todo programa de ayuda terapéutica al interno toxicómano debe estar condicionado por el hecho de que el sujeto se encuentra en una situación de abstinencia, más o menos intensa según haya superado una primera fase sindrómica de deprivación, siendo importantes la demanda de fármacos y psicofármacos que el interno realiza a los servicios médicos y la posibilidad de automanipulación posterior de los mismos.

Este último hecho cobra especial relevancia a la hora de plantearnos la respuesta asistencial que requiere el interno drogodependiente, y es también de gran importancia en la intervención mediante un programa de prevención de complicaciones médicas en este tipo de pacientes, ya que en muchos casos las posibles complicaciones médicas son debidas a formas peculiares de consumo de tóxicos por el sujeto dentro de nuestras penitenciarías.

Es decir, el problema radica en que el sujeto en la prisión no permanezca abstinente y que al consumir tóxicos lo haga de modo y utilizando vías que le lleven a tener una mayor probabilidad de que aparezcan complicaciones médicas que empeoren o agraven el deterioro psicofísico que pudiera padecer.

Todo esto anterior puede llevar al sujeto drogodependiente a un círculo vicioso de consumo y alteración médica posterior, en el sentido de que el interno, viviendo su situación carcelaria, en la que existe una subcultura marginal evidente, una mayor represividad ambiental, una menor posibilidad de recursos personales, al igual que una mayor agresividad del medio, sienta las condiciones necesarias para que exista una mayor tendencia al consumo de forma incontrolada y compulsiva de cualquier sustancia tóxica; con todo lo cual el peligro de reinfección e infección vía endovenosa por el compartir la jeringuilla, la intoxicación por el producto adulterado y/o la sobredosis aumenta alarmantemente de un día para otro en su devenir personal.

Entendemos, como es bien sabido, que las vías utilizadas por los toxicómanos para administrarse la sustancia o sustancias que conforman su adicción son múltiples, pero en el medio penitenciario la más preocupante es la vía endovenosa, que alcanza espe-

(*) Médico Oficial Centro Penitenciario Sevilla I

(**) Licenciada en Psicología.

cial crudeza al ser diversos los útiles convertidos en jeringuillas, al ser menos el número de jeringuillas «circulantes» que en la vida en libertad y, por tanto, el poder acceder a las mismas; refiramos que su uso y tenencia está sancionado en nuestro Reglamento Penitenciario actual.

Sin embargo, estos objetos referidos están fuertemente institucionalizados dentro de la subcultura penitenciaria, en la cual el compartirlos puede ser motivo de unión e identificación del grupo consumidor contra la sociedad «marginante».

De esta forma, el problema de la toxicomanía en prisiones se centra en lograr el abandono del uso de la droga, la abstinencia dentro de la penitenciaría y posibilitar que ésta sea continuada una vez que el sujeto esté en libertad, terapéutica rehabilitadora ayudada por la creación de un ámbito exento de tóxico, al que han de encaminarse todas las medidas sanitarias y psicosociales a nuestro alcance, con objeto de conseguir que el uso de jeringuillas por parte del drogodependiente sea una conducta totalmente abandonada.

2. OBJETIVOS

Todas las medidas a realizar en cualquier programa preventivo dentro del marco penitenciario han de venir centradas en la atención temprana a la demanda asistencial que realiza el sujeto toxicómano y han de dar respuestas que, favoreciendo un entorno libre de tóxicos, como referíamos anteriormente, no sólo abarquen aspectos biológicos del sujeto, sino además han de ser intervenciones que se dirijan a aspectos formativos, pedagógicos, psicológicos y sociales del interno.

Una vez realizada esta reflexión que nace de concebir la salud en su modelo más amplio, enumeraremos de una forma esquemática los objetivos del programa que nos ocupa, unos de carácter más general y otros más específicos:

1. Sensibilización de la población reclusa general hacia el grave riesgo para la salud individual que conlleva la adicción a drogas y la repercusión social de la toxicomanía.
2. Disminución del número y la gravedad de las complicaciones médicas en los internos drogodependientes.
3. Cambios en los modos de uso de tóxicos por parte de la población reclusa consumidora, para disminuir el riesgo de infección y reinfección de la vía intravenosa.
4. Abandono de determinadas formas de actuar contra la salud, como compartir jeringuillas o utensilios de higiene personal y aseo.
5. Ayuda psicológica individualizada a internos portadores de anticuerpos contra el virus Inmunodeficiencia Humana (SIDA) y prevención de la aparición en estos sujetos de síndromes depresivos y conductas desajustadas para sí mismos y/o para los demás.

Algunos de estos objetivos han de tenerse también en cuenta en programas más amplios de intervención sanitaria, realizados a distintos niveles dentro del marco peniten-

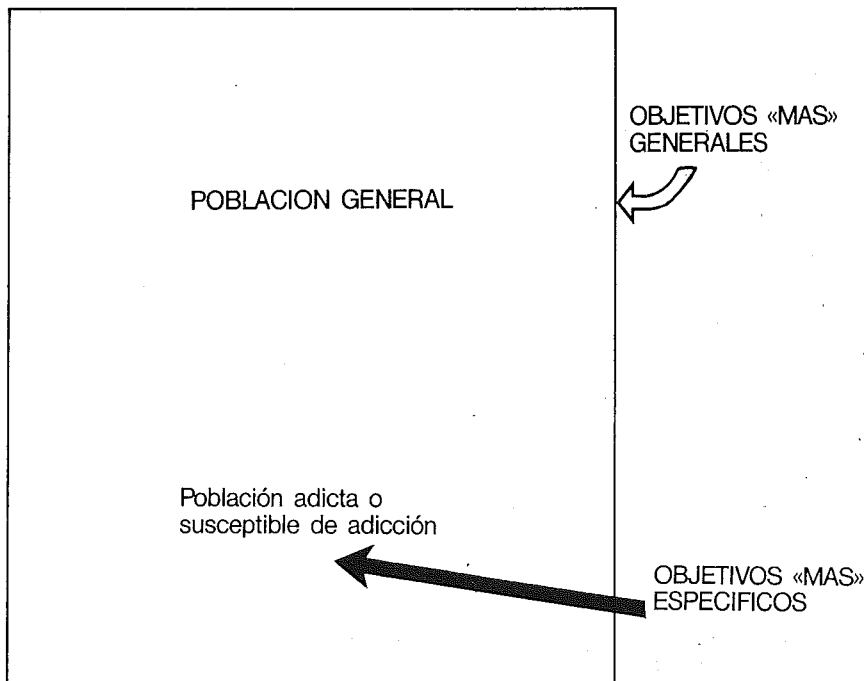
ciario, como en el programa de deshabitación, programas de salud e higiene ambiental y programas socioeducativos.

3. POBLACION A ATENDER

Hemos de tener en cuenta que la población sobre la que se pretende intervenir en el presente programa preventivo es toda la población reclusa, la cual accederá el mismo con carácter general (todos) y, claro está, voluntario (todos los que quieran); sin embargo, habremos de priorizar determinados objetivos del programa en poblaciones más restringidas de la población total del centro penitenciario.

Es decir, hemos de centrarnos más específicamente en aquellos internos con antecedentes de drogadicción, y con atención especial en personas que puedan estar en situación de comenzar adicción a tóxicos y/o drogodependencia vía endovenosa en la prisión.

Población en riesgo, la referida cuyo perfil sería: menor edad media que la población general mencionada en primer lugar, politoxicómanos, bajo nivel de instrucción, inmadurez emocional, baja resistencia a las frustraciones, etc.



Para concretar y determinar perfiles de la población a intervenir, utilizamos datos obtenidos mediante sondeos psicosanitarios sobre factores de riesgo y aspectos psicológicos del consumo de tóxicos en la cárcel; también utilizamos los datos obtenidos tras la primera evaluación de resultados del actual Programa sobre Enfermedades de Alta Prevalencia (SURI), tanto a nivel nacional como especificados al centro.

4. RECURSOS

El personal que realiza el programa será preferiblemente de profesionales de la Institución Penitenciaria, debido a poder contar con su experiencia dentro del marco carcelario a la hora de movilizar y motivar a la población reclusa en cuanto a participación y acceso al programa.

Este personal no sólo es funcionarial, sino también los profesionales que se encuentran actualmente llevando a cabo distintos programas de atención al toxicómano dentro de las prisiones, tras período de coordinación y de delimitación de pautas de actuación y funciones.

Los roles desempeñados por estos profesionales serían en principio directivos, es decir, actuarían como peritos conocedores de la información que ha de transmitirse a la población a intervenir, forma de trabajo que elegimos por ser el grado de instrucción más predominante en la población penitenciaria de tipo medio.

80

Personal funcionarial:

- Médicos Cuerpo Facultativo.
- ATS de Instituciones Penitenciarias.
- Psicólogos del Cuerpo Técnico.
- Sociólogos.
- Educadores y Ayudantes.
- Asistentes Sociales.

Personal no funcionarial:

- Profesionales que estuvieran realizando programas de ayuda e intervención en el centro penitenciario.

La dedicación de los distintos profesionales sería a tiempo parcial, preferiblemente integrada en el horario laboral habitual de cada profesional, potenciando la participación en la tarea de equipo y la voluntariedad de la actuación de cada experto.

Existirá un director-coordinador del equipo, que en el presente programa es un médico del Cuerpo Facultativo del centro, debido a las particulares connotaciones biológicas que posee el programa.

Serán funciones de este director-coordinador el supervisar las intervenciones realizadas y que éstas se lleven a cabo en los lapsos temporales previstos, coordinar y centrali-

zar los resultados que se fueran obteniendo, moderar las vías y canales de comunicación entre los distintos momentos de intervención e informar de los resultados e incidencias de las actuaciones al Centro Directivo.

La actuación es en todo momento pluridisciplinar y conjunta, favoreciendo la cooperación y discusión.

5. INTERVENCION EN EL MARCO PENITENCIARIO

Existen dos estrategias de intervención bien diferenciadas que se realizan sincrónicamente, una vez realizado un examen previo de las características de la población que vamos a atender en el Centro.

Tendríamos una estrategia de intervención socioeducativa y otra de tipo psicobiológica.

El examen poblacional previo consistiría en un adecuado estudio del universo sobre el que vamos a intervenir (tanto de la población reclusa total como de aquella que anteriormente denominábamos población de riesgo), mediante la utilización de los datos aportados por estudios psicosociológicos, que referíamos anteriormente, o mediante utilización de los hallazgos del actual programa SURI analizado multidisciplinariamente, con objeto de elaborar conclusiones que nos permitan conocer el estado de salud de la población estudiada y la configuración de perfiles.

Este período favorece la configuración del equipo de trabajo y la coordinación funcional del mismo.

81

Para esta primera fase de examen previo hemos previsto una temporalidad de dos a tres meses, tras la cual se desarrollaría la fase específica de aplicación del presente programa, el cual plantea, como hemos referido, un modelo con dos tipos de intervención, una de ellas más determinada por un quehacer informativo y formativo, enmarcada dentro de aspectos amplios del concepto de salud, y, por otro lado, un tipo de actuación médico-biológica encaminada a incrementar las medidas de detección precoz y tratamiento de las complicaciones médicas en pacientes con drogodependencia. Esquemáticamente, tendríamos:

FASE DE ESTUDIO Y COORDINACIÓN PREVIA	¿De qué situación partimos? ¿Cómo operativizamos el equipo pluridisciplinar?
FASE DE INTERVENCION	INFORMACION Y EDUCACION (Información del riesgo del consumo, Educación para la salud.)
PREVENCION DE COMPLICACIONES MEDICAS	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LAS COMPLICACIONES SANITARIAS COADYUVANTES (Donación de preservativos. Vacunaciones. Tratamientos.)

Para la realización de la intervención en el Area Educativa y Formativa en toda la población reclusa voluntaria, es necesario contar también con el personal funcional de Vigilancia, Cuerpos de Ayudantes de Instituciones Penitenciarias, sensibilizados hacia la problemática en prevención.

Esta intervención es una labor que intenta transmitir a la población reclusa el tomar conciencia del deterioro físico, psíquico y social que conlleva el uso de la droga y, lo que es más importante, entroncar las medidas a tomar en este área con una serie de medidas más generales que potencien la salud. De ahí la necesidad de la participación de un gran número de profesionales de distintos estamentos y cuerpos dentro de las prisiones.

Para lo anterior se realizan series periódicas de conferencias y conferencias-coloquio sobre la problemática de las toxicomanías, sus repercusiones psíquicas, sociales y médico-biológicas, siempre desde una perspectiva multidisciplinaria: psicólogos, médicos, sociólogos, educadores, etc.; actuando cada profesional en su rol de experto pero favoreciendo la participación del sujeto drogodependiente y potenciando la participación del colectivo de internos ya sensibilizados hacia el tema a intervenir; con objeto, esto último, de que tengan valor funcional de eslabón comunicativo entre población reclusa en general y la figura del experto (paraprofesionales).

Los recursos materiales para este tipo de intervención son los disponibles en cada Departamento del centro, pudiendo emplearse como lugares idóneos: salón de actos, las escuelas, salas de vídeo o, en su defecto, incluso los comedores.

82

Se emplean como soporte de la información a comunicar medios audiovisuales: películas, vídeos, diapositivas, cassettes, etc.

Los mensajes han de ser sencillos, claros, precisos, bien definidos y, sobre todo, que operativicen adecuadamente los objetivos que se persiguen, favoreciendo en todo momento la adecuada comprensión y asimilación por parte del receptor de los mismos.

Los coloquios son de corta duración y en momentos que no interfieren el normal desarrollo de las actividades del establecimiento.

Este programa preventivo ha de institucionalizarse en el quehacer cotidiano del centro penitenciario. Se ha establecido, sin embargo, una experiencia piloto previa de seis meses de fase de intervención, tras la cual realizaremos una revisión crítica y evaluación de resultados. De esta forma, si los indicadores utilizados para evaluación y control nos refieren logros significativos y nos indican cambios conductuales y actitudinales en cuanto al uso de tóxicos, continuaríamos con similares pautas.

Si los resultados, tras este primer control no son significativos, sería necesaria una modificación esencial del modelo. Posteriormente se podría controlar y evaluar anualmente el programa, mediante memoria al Centro Directivo (Centro Sanitario Autonómico, Dirección General de Instituciones Penitenciarias) de los resultados obtenidos.

Podemos resumir la intervención en el área educativa, anteriormente expuesta, mediante el siguiente esquema:

<i>Estrategia</i>	<i>Mensaje</i>
INFORMACION EDUCACION	¿Qué conlleva el uso de drogas?
<i>Personal</i>	<i>Intenta lograr</i>
MEDICOS, ATS SOCIOLOGOS PSICOLOGOS EDUCADORES PERSONAL DE VIGILANCIA ASISTENTES SOCIALES	Cambios en determinadas actitudes de consumo. Abstinencia. Aumento de la calidad de vida, individual y del centro penitenciario.

Al mismo tiempo que se realiza toda esta intervención, existe, en nuestro medio, otro aspecto de capital importancia, que es la actuación de carácter médico-biológico, es decir, la elaboración de una adecuada campaña de despistaje epidemiológico de enfermedades infectocontagiosas en pacientes drogodependientes, al igual que de detección precoz de complicaciones médicas en los mismos, mediante:

— Realización de una historia clínica completa y adecuada a cada sujeto, al ingreso en el centro. En los pacientes drogodependientes se haría (o completaría, si viene de otro centro) el siguiente estudio:

- Estudio pormenorizado de su situación actual de adicción y evaluación de su estado biopsíquico regladamente.
- Realización de pruebas biomédicas de sangre, análogas a las que se vienen realizando en la actualidad, pero agilizando la recepción de resultados.
- Planificación de medidas de control de enfermería durante las primeras 72 horas, como mínimo, de estancia en el centro penitenciario en todo sujeto drogodependiente sospechoso de complicación secundaria.
- Derivación precoz a centro asistencial hospitalario concertado de todo adicto susceptible de atención médica extrapenitenciaria.

— Detección de casos e información de los mismos a los Servicios Sanitarios (Enfermedades de Declaración Obligatoria) y realización de protocolos.

— Favorecer la aparición de conductas y actitudes que impidan o retrasen el desarrollo de complicaciones médicas en estos pacientes.

— Estudio individualizado del sujeto de forma pluridisciplinar para delimitación de su situación vivencial con respecto al tóxico, para que una vez superado el síndrome de abstinencia, si lo tuviera, en marcarlo lo antes posible en los distintos programas de deshabitación que estuvieran en marcha, en días posteriores a su ingreso.

— Extremar las medidas higiénico-sanitarias de control de las dependencias de ingresos y, sobre todo, de las que ocupan los sujetos toxicómanos.

— Tratamiento precoz de las enfermedades infectocontagiosas que pudiera padecer el enfermo toxicómano a su ingreso, y especial atención en psicoterapia de apoyo individualizada al enfermo adicto a drogas vía parenteral portador de anticuerpos contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Además de lo anterior, ha de continuarse la facilitación gratuita de preservativos a sujetos adictos con patologías transmisibles por contacto sexual, como medida preventiva individual.

Por último, volver a reiterar el carácter voluntario y de elección por parte del drogodependiente y demás sujetos de las posibles intervenciones descritas, dentro del marco de nuestras cárceles.

6. MECANISMOS PARA EL CONTROL Y EVALUACION

En el presente programa se utilizarán una serie de indicadores que habrán de ser empleados también en la fase de examen previo que referíamos anteriormente, con objeto de poder determinar si existen cambios significativos tras la aplicación del programa y por la aplicación del mismo.

Estos indicadores son:

84

A) Parámetros biológicos en forma de tasas:

- 1) Incidencias de complicaciones médicas en drogodependientes privados de libertad.
- 2) Presencia de marcadores serológicos de determinadas enfermedades infectocontagiosas, frecuentes en ADVP, tanto en población general como en población adicta.
- 3) Incidencia de determinadas enfermedades infecciosas, tales como hepatitis víricas, sífilis, etc., en la población general de reclusos.
- 4) Estudio de mortalidad.

B) Parámetros psicobiológicos:

- 1) Respuestas a cuestionarios (autoencuestas) sobre factores de riesgo en sujetos politoxicómanos.
- 2) Cuestionarios sobre aspectos individuales y particulares del consumo de drogas y modos de consumo.

C) Parámetros sobre medidas coadyuvantes:

- 1) Control sobre el número de preservativos donados.

Recordemos, como mencionábamos anteriormente, una primera fase evaluativa temprana realizada a los seis meses de comenzada la intervención y, posteriormente, evaluación mediante memoria anual.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRÉ-GILLES, M.: *Psicoterapia en prisión*, Editions Denoël, 1976.
- ARANA, J.; CARRASCO, J. L.; DE VICENTE, P.: *Psicología social de la Juventud Drogadicta*, Editorial Karpos, S. A., 1981.
- FREIXA, F.; SOLER INSA, P. A.: *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*, Editorial Fontanella, S. A., 1981.
- GARRIDO, V.: *Delincuencia y Sociedad*, Editorial Mezquita, S. A., 1984.
- MARTÍN, G.: *Epidemiología*, Editorial Fondo Iberoamericano, 1986.
- SAN MARTÍN, H.: *Salud y Enfermedad*, Editorial Copilco, S. A., 1983.
- SBANDI, P.: *Psicología de grupos*, Editorial Herder, 1980.



F. Marín Ferrer*

Programas de desintoxicación

OBJETIVOS

El objetivo de toda intervención en desintoxicación debe ser conseguir la eliminación de la sintomatología que provoca la abstinencia, así como el restablecimiento del estado físico del individuo, para conseguir una situación *drug-free*, que ponga al mismo en las mejores condiciones posibles para iniciar el proceso de deshabituación, que debe ser el paso siguiente.

Una vez establecido el objetivo de este programa, como de cualquier otro que persiga la desintoxicación del adicto, hemos de hacer una clara diferenciación entre las circunstancias en que normalmente se accede a este tipo de programas en cualquier centro de atención de drogodependientes, y las muy concretas en las que se debe afrontar el mismo en un centro penitenciario.

87

En el primer caso, cualquier persona que quiera acceder a un programa de este tipo, va *voluntariamente* a un centro de atención, donde normalmente no se le exige la abstinencia desde el primer momento, sino que hay una acogida con una serie de entrevistas, durante las cuales se llega a un conocimiento mutuo de intenciones y expectativas, tras el cual, y llegados a un compromiso por ambas partes, se inicia la desintoxicación propiamente dicha.

En el caso de un drogodependiente que ingresa en un centro penitenciario, además de que obviamente no hay voluntariedad alguna en su ingreso, hay una situación de supresión brusca del consumo. Por tanto, se nos presenta una sintomatología de abstinencia desde el primer momento, con toda la sintomatología propia, que además en muchos casos se hace más florida, ya que es un hecho comprobado que hemos de tener en cuenta que la intensidad y componentes de la sintomatología están, en un grado importante, condicionados por las circunstancias ambientales, que en este caso, como podemos suponer, no son las mejores.

Así, pues, en el caso que nos ocupa, la desintoxicación se convierte en la primera parte del tratamiento, nada más ingresar en el centro, ya que lo que prima es la situación de abstinencia, por lo que debemos plantearnos en primer lugar disminuir la situación de malestar del individuo.

(*) Médico del Centro de Cumplimiento de Cartagena.

Por tanto, aquí se le plantea al sanitario un doble trabajo o papel a desempeñar: realizar la acogida, tratando de valorar en una sola entrevista, que, además, está condicionada por la situación de abstinencia, la motivación real del individuo y sus posibilidades de trabajo, y, por otra parte, ocuparse de la desintoxicación propiamente dicha, así como de la patología asociada o intercurrente.

Aun así, con todos los condicionantes en contra, hemos de pensar que quizá la entrada en prisión suponga, al menos para algunos individuos, una situación límite, de tocar fondo, que podamos reconducir para utilizarla a nuestro favor de cara al tratamiento.

No obstante, podemos encontrarnos con casos en que las expectativas del individuo no vayan más allá de la mera desintoxicación, no como un primer paso de un tratamiento global de su adicción, sino como simple tratamiento sintomatológico de la abstinencia. En este caso, mi criterio es que se debe realizar de todas maneras la desintoxicación, porque, al menos, le habremos proporcionado al sujeto un período libre de drogas, que se incorpora a su historia personal de relación con las mismas y como tal queda interiorizada. Lo cual no es óbice para tratar de aprovechar la especial situación que se da durante la desintoxicación, para trabajar con el usuario en el sentido de incrementar su motivación, así como favorecer determinadas reacciones que sean interesantes para su proceso.

POBLACION A ATENDER

Por lo expuesto en el apartado anterior, se puede colegir que, *a priori*, el mayor número de potenciales usuarios a incluir en este programa lo vamos a tener entre las personas adictas a drogas a su ingreso en prisión procedentes de libertad, y que a su ingreso presenten signos y síntomas de abstinencia a sustancias psicoactivas. Pero, además de éstos, también es posible, aunque mucho menos frecuente, que podamos incluir a personas penadas, que dentro de la prisión continúan o incluso han iniciado su consumo.

La poca frecuencia con que se nos van a presentar estos últimos casos se debe, según mi opinión, a varios factores, de entre los cuales el más importante es el hecho del miedo del individuo a las implicaciones disciplinarias a que le pueda llevar la confesión de su situación de consumo en unos centros en los que por ley está prohibido el mismo, además de que, normalmente, no hay un consumo tan grande, al menos de opiáceos, etc., como para que haya una sintomatología clara de abstinencia en el caso de cesar en el consumo, así como la falta de expectativas en cuanto a lo que se refiere a alternativas que normalmente, excepto en el caso de las condenas muy cortas, tienen estos individuos. No obstante, en la campaña de información previa a la puesta en marcha de un programa de este tipo, se debería hacer hincapié en el hecho de la confidencialidad por parte de los servicios implicados en el tratamiento en cuanto a la información que les sea suministrada por el sujeto, para tratar de ganar su confianza en este sentido y, al tiempo, aumentar su motivación.

PERSONAL

En principio, la intervención en desintoxicación la vemos como una tarea fundamentalmente sanitaria, ya que se suele centrar en el tratamiento farmacológico, pero esto no quita para que se aproveche esta especial situación para empezar a trabajar aspectos motivacionales familiares, socioeconómicos, etc. Por ello incluimos, junto a los roles estrictamente sanitarios, otros que inciden en esos aspectos. Así, son propuestos:

- Médico.
- ATS/DUE.
- Auxiliar de Clínica.
- Psicólogo.
- Asistente social.

El personal sanitario, directamente responsable del tratamiento farmacológico, debe ser de la Institución Penitenciaria, dada la implicación regimental que supone el manejo de fármacos en el medio penitenciario. Ahora bien, los dos últimos roles, es decir, los de psicólogo y trabajador social, podrían ser perfectamente asumidos por profesionales pertenecientes a instancias extrapenitenciarias colaboradoras, siempre y cuando tanto los profesionales como las instituciones a las que pertenezcan sean cualificados en tal labor. Esta previsión va encaminada a evitar pseudoprofessionalismos apoyados solamente, las más de las veces, en voluntarismos, ideologías, mesianismos, etc.

89

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Técnicas a emplear

En principio, creo que se debe ofrecer a todo individuo la posibilidad de iniciar un tratamiento integral, cuyo inicio sería una desintoxicación pautada. Por las especiales características de nuestro medio, en el sentido del peligro que pueda suponer la libre circulación de este tipo de fármacos en los centros, en cuanto a la posibilidad de tráfico, además de tener en cuenta que, hoy por hoy, el Reglamento Penitenciario prohíbe expresamente la existencia de psicótrópos en los centros penitenciarios, si no están controlados por los servicios sanitarios, la forma ideal de llevar a cabo dichas desintoxicaciones es en las enfermerías de los centros penitenciarios.

El procedimiento comenzaría con la información de la posibilidad de incluirse en dicho programa por parte de algún componente de servicio sanitario a todo interno que lo solicite o que lo precise, a criterio del profesional, a su entrada en el centro tras objetivar su sintomatología. Lógicamente, la inclusión en el programa sería totalmente voluntaria, pero, a su vez, exigiría por parte del usuario el estricto cumplimiento de una serie de normas durante su permanencia en la unidad, que podrían ser las siguientes:

- Prohibir la tenencia o consumo de cualquier tipo de drogas, fármacos no prescritos o bebidas alcohólicas.
- Registro del paciente y de sus pertenencias en el momento del ingreso y durante su estancia.

- La medicación prescrita lo será de forma totalmente anónima, no facilitándose información alguna sobre características de los fármacos empleados o de su dosificación.
- Sólo se permitirían visitas y llamadas telefónicas previamente autorizadas, y siempre fuera del horario normal.
- En cualquier momento se les podrían realizar analíticas toxicológicas sin previo aviso.
- Todas las normas serían de obligado cumplimiento y no admitirían excepciones.
- El paciente que incumpliera alguna de estas normas sería inmediatamente dado de alta.

La estancia tendrá una duración media de entre 8 y 12 días. Las normas anteriores se hacen necesarias, ya que por lo general, y más en el medio en que nos movemos, estas personas carecen de autocontrol, por lo que se hace imprescindible un control externo.

Lógicamente, las pautas medicamentosas variarán en función de la sustancia consumida y, aun dentro de esto, según las características de la historia de adicción individual y sus expectativas de cara al tratamiento. De cualquier modo, lo que nos vamos a encontrar en la práctica en una gran mayoría de los casos son situaciones de politoxicomanía, con un consumo preferente de alguna de las sustancias, en cuyo caso, de cara al tratamiento, el criterio sería dar prioridad a la sustancia consumida preferentemente y/o que mayores problemas de abstinencia produzca.

90

En relación con los opiáceos, en las manifestaciones clínicas que se provocan podría reconocerse un componente comportamental y psicológico, determinados por la propia idiosincrasia del sujeto y por las circunstancias ambientales, todo lo cual tenemos en contra en nuestro medio por lo general, y otro neurovegetativo, inducido por la tempestad noradrenérgica que fundamenta la base neuroquímica de la privación. Cabe destacar que en el primer caso, con mucha frecuencia en el medio penitenciario, las quejas, demandas y simulaciones del paciente tienen como objetivo la seducción del profesional sanitario a fin de conseguir, de forma inmediata, un sustitutivo opiáceo que retarde o alivie el proceso de privación.

Pese a la clásica separación de los síntomas en las tres clásicas fases, podemos decir que en la gran mayoría de los casos, y más en nuestro medio, en el que la gran mayoría de personas que ingresan vienen de haber pasado al menos 24, 48 o más horas en una comisaría, la sintomatología que se observa en el síndrome de abstinencia a opiáceos podría remedar un cuadro consecutivo a infección gripal.

En lo que se refiere a las terapias medicamentosas específicas a administrar, podemos optar básicamente por tres tipos de fármacos:

a) Terapia sustitutiva. Fundamentalmente con metadona, que ha de aplicarse ineludiblemente en una serie de casos muy concretos, como embarazadas, casos con patología orgánica que desaconseje otro tipo de terapia, etc., y cuyo supuesto se trata con mayor atención en otra de las ponencias.

b) Terapia con estimuladores alfa-2 presinápticos tipo clonidina o guanfacina. Este

tipo de terapéutica pienso que debe reservarse para los casos de grandes consumidores, con visos de buena inclinación de cara a continuar en el proceso de deshabitación, y, por supuesto, en régimen de internamiento estricto en enfermería, con controles diarios de controles como presión arterial, etc., y previo reconocimiento médico con mayor incidencia en valores cardiovasculares y ECG.

c) Terapia combinada sintomática. Esta es la de mayor aplicación en nuestro medio, al ser la más flexible e individualizable en su dosificación y permitir en algún caso su administración de forma ambulatoria.

TEMPORALIZACION

Antes de poner en marcha el programa propiamente dicho conviene realizar una fase previa de información sobre las características del mismo, dirigiéndose, específicamente y por separado, a internos, funcionarios y familiares de internos, dada la diferencia en la información o en el tratamiento de la misma para esos colectivos.

Esta información debería ser diseñada y puesta en práctica por personal del centro, así como colaborador de instituciones extrapenitenciarias experto tanto en la puesta en práctica del programa concreto como en los modos de transmisión de información.

Simultáneamente, se deben ir cubriendo las necesidades materiales para la puesta en funcionamiento del programa.

Esto supondría, en el caso de muchos de los centros, la adaptación de las enfermerías de los mismos a tal fin en sus dependencias, de manera que sea total el aislamiento de los internos ingresados con los del resto del centro, para conseguir así un ambiente libre de drogas.

SECUENCIA DE TRABAJO

A todo ingreso se le informará durante el reconocimiento médico preceptivo de la existencia del programa y la posibilidad de ingresar en él, cumpliendo las normas de rigor. Si no lo aceptase, pasaría a realizar vida en común, prescribiéndosele un tratamiento paliativo sobre el que se le advertiría previamente que no es el idóneo para su estado.

Para los internos del centro que quieran beneficiarse del programa se procurará que haya una propaganda sobre el mismo constantemente en forma de folletos o similar, donde se haga hincapié acerca de la confidencialidad absoluta de los datos confiados a los profesionales en lo que se refiere a consumos en el centro, etc.

En caso de ingreso en el programa, tras estudio de la posible patología asociada, se iniciaría el tratamiento, que es administrado en tres dosis diarias por el ATS de lunes a viernes, quedando la medicación correspondiente al fin de semana (si no existe presencia física de personal sanitario permanente) en sobres unidosis nominales y con horario

especificado, a cargo del Jefe de Servicio, para ser administrada a sus horas por el funcionario del departamento de enfermería.

Como hemos reseñado anteriormente, hay bastantes casos en que el individuo, a su ingreso, ya lleva una media de 24 a 72 horas de abstinencia. En estos casos, así como en los que se vea un bajo consumo que no dé lugar a una sintomatología muy florida, se individualiza el tratamiento en el sentido de ajustar las dosis.

Ya desde el primer momento de estancia se programan actividades de ejercicio físico que ayudarán al proceso de recuperación. Y, por otra parte, se inician técnicas de auto-relajación sencillas como, por ejemplo, la de contracción-distensión muscular, para lo cual hay que contar con la colaboración de un monitor deportivo, al que al tiempo se podría adiestrar en las técnicas de relajación antedichas.

Una vez completado el proceso de desintoxicación (se comprobarían sus resultados bien por el mantenimiento de uno o dos días a base únicamente de placebo, o incluso mediante la administración de naloxona en los casos de adicción a opiáceos), se da de alta en la unidad al usuario, con lo que inmediatamente pasa a hacer vida en común en el departamento que le fuera asignado, iniciando entonces las siguientes fases de su tratamiento deshabitador. Pero, aun así, no se perdería totalmente el caso por parte del Servicio Sanitario, ya que es imprescindible la coordinación multidisciplinar, y sobre todo para el seguimiento de su estado físico, así como de otras incidencias que pudieran presentarse más adelante.

92

ANALISIS DE LAS POSIBLES DIFICULTADES Y ABORDAJE DE LAS MISMAS

a) Relativas al personal de los Servicios Sanitarios

- Aceptación de la responsabilidad de la realización del programa. Esto habría de tratar de conseguirse por medio de la información, concienciación e implicación del personal desde la puesta en marcha del programa, o incluso desde su mismo diseño de adaptación a las características concretas de cada centro.

- Formación específica. Sería totalmente imprescindible la oferta de cursos de formación y reciclaje para asegurar la seriedad de la intervención.

b) Relativas al funcionariado de interior de los centros penitenciarios

- Falta de implicación u oposición al programa. La única solución a esto es la información, intentar conseguir que se sienta como propio, es decir, que haya una implicación en el mismo, con su cuota de responsabilidad, y teniendo en cuenta y escuchando sus opiniones, sugerencias y objeciones al mismo, nunca por imposición, ya que esto no podría provocar más que tensiones, incomprensiones e incluso obstaculizaciones al programa.

c) **Relativas a los usuarios**

- Intentos de manipulación de las condiciones del proceso. Aquí se podrían incluir intentos de conseguir aumentos o cambios en la medicación de contactar con otros internos no ingresados en la unidad, etc. Todo este tema debe quedar claro desde el principio para el usuario y, por supuesto, cualquier intento serio de manipulación de las condiciones del proceso debe ser atajado, incluso llegando a la expulsión del programa, si la gravedad del hecho lo requiriese. En todo caso deberían observarse las normas a que se hace referencia en la descripción que se hizo anteriormente.

- Internos detenidos o de muy corta estancia. Esta situación, que por lo demás se presenta con frecuencia en estos casos, supone que en ocasiones el paciente no permanece en el centro más de tres días o, en cualquier caso, un período de tiempo no suficiente para completar el proceso. El problema sería abordable por dos vías paralelas y no excluyentes. Básicamente, la coordinación con los Juzgados de Instrucción y con los centros e instancias extrapenitenciarias de asistencia a drogodependientes. En el primer caso es muy conveniente poder contar, sea por mediación de los Servicios de Asistencia Social Penitenciaria o bien por voluntariado social o concierto con organismos o entidades de alguna o algunas personas, preferentemente juristas, que hicieran de puente entre el centro penitenciario y los juzgados, a la vez de asesorar jurídicamente al centro y al propio interno. En el segundo caso, la coordinación con los centros de asistencia debería ir encaminada a no dar en lo posible una solución al tratamiento iniciado en el centro penitenciario, y que este caso fuese retomado inmediatamente a su salida en libertad, así como de cara al seguimiento posterior de los casos, incluso previendo una posterior entrada de nuevo en prisión. Esta coordinación debería ser estrecha, continua y con establecimiento o institucionalización de reuniones periódicas de profesionales de ambas instancias.

- Individuos multireincidentes. Es decir, internos con múltiples ingresos en prisión, y que prácticamente en cada nuevo ingreso presentan de nuevo una situación de abstinencia sintomática, incluso a veces con períodos de libertad entre ingreso e ingreso de no más de 10-15 días. Pienso que estos casos deberían individualizarse al máximo y exigen, asimismo, la máxima coordinación entre las diferentes instancias que participarían de algún modo en su tratamiento en prisión, incluso para plantearse la motivación real del individuo; es más, plantear la estrategia necesaria para evitar que la entrada en prisión sea un suceso sin trascendencia en la vida del sujeto y sólo sirva el proceso de desintoxicación como paliativo de síntomas en el período de permanencia.

CUESTIONES DE INCIDENCIA REGIMENTAL O REGLAMENTARIA

Las únicas cuestiones que podrían tener alguna incidencia de este tipo en el programa que nos ocupa serían, en todo caso, las derivadas del funcionamiento y normas exigidas.

En cuanto al funcionamiento, no tiene por qué diferenciarse en nada, desde el punto de vista regimental, de cualquier otra unidad sita en la enfermería de un centro penitenciario, salvo quizá en lo relativo al aislamiento de los ingresados, tanto en cuanto a la vida en el departamento como a horas de patio, visitas y comunicaciones telefónicas.

En lo que respecta a este último aspecto, es decir, a comunicaciones, nos podemos basar en lo que hace a la diferenciación de horarios con el resto de la población reclusa el artículo 51 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, que dice textualmente, en su apartado 1:

«Los internos estarán autorizados para comunicar periódicamente, de forma oral y escrita, en su propia lengua, con sus familiares, amigos y representantes acreditados de Organismos e instituciones de cooperación penitenciaria, salvo en los casos de incomunicación judicial.

Estas comunicaciones se celebrarán de manera que se respete al máximo la intimidad, y *no tendrán más restricciones, en cuanto a las personas y al modo, que las impuestas por razones de seguridad, DE INTERES DEL TRATAMIENTO, y del buen orden del establecimiento.*»

Además, también tenemos como base legal el artículo 89 del Reglamento Penitenciario vigente, que redundante en el aspecto de la posibilidad de restricciones en el modo de interés del tratamiento.

Por lo mismo, y para advertir a familiares o allegados del usuario de los cambios en horarios de comunicaciones a que se halla sujeto durante su permanencia en la UD, sería necesario autorizar una llamada telefónica al mismo, lo cual está también previsto en el artículo 99, 2.º, del Reglamento Penitenciario, donde se dice:

94

«Podrá autorizarse la comunicación telefónica de los internos con las personas con las que proceda la comunicación oral, cuando el interno deba comunicar algún asunto urgente a los familiares, al abogado defensor o a otras personas.»

También contamos con otra vía a la que podemos acceder para estas cuestiones reglamentarias, ya que podemos basarnos en los apartados 10, 11 y 12 del artículo 57 del RP, que textualmente dicen:

«10. Por razones estrictamente médicas, las Juntas de Régimen y Administración podrán acordar la prohibición del uso de ropas de los internos y sustituirlas por las que a juicio de los facultativos se consideren convenientes.

Por las mismas razones médicas, las Juntas de Régimen y Administración, oído el informe de los facultativos, podrán acordar la prohibición de entrada de objetos o efectos que, aunque no resulten peligrosos para la seguridad del Establecimiento, puedan ser contrarios a los fines asistenciales.

11. El horario general fijado por las Juntas de Régimen y Administración en atención al carácter asistencial de los Centros, será obligatorio para todos los internos, salvo que el facultativo que los atienda disponga alguna excepción al cumplimiento del horario, que deberá constar en la documentación médica, y ser comunicada al Director del Establecimiento.

12. Las comunicaciones orales, escritas y por teléfono de los internos se registrarán por las normas contenidas en los artículos 89 y siguientes, sin perjuicio de que las Jun-

tas de Régimen y Administración valoren las propuestas que formulen los Equipos de Observación o de Tratamiento y los facultativos que atiendan a estos internos en orden a modificar el número de visitas, las personas con quienes pueden comunicar y las condiciones en que se celebren aquéllas.»

Si bien los tres últimos párrafos transcritos, que, como hemos dicho antes, pertenecen a los apartados 10, 11 y 12 del artículo 57 del RP, se refieren a centros especiales de carácter asistencial, se puede, desde mi punto de vista argumentar, que ante la ubicación de las unidades en las enfermerías de los centros de carácter normal, por el mismo hecho de ser enfermerías, se podría decir que son departamentos asistenciales en donde debe primar el régimen especial, o, dicho de otro modo, que prime lo tratamental sobre lo estrictamente regimental.

Además de todo ello, nunca se podrá insistir lo bastante en que, incluso fuera del espacio concreto de las enfermerías de los centros, hay que conseguir cambiar la mentalidad del funcionario en general, en el sentido de que lo más lógico, si queremos acercarnos mínimamente al espíritu de la Ley General Penitenciaria, es que se dé preferencia en cualquier caso al tratamiento sobre el régimen, o, dicho de otra manera, a la rehabilitación sobre la vigilancia.

MECANISMOS DE EVALUACION PREVISTOS

95

- Registros de ingresos en el programa, estableciendo porcentajes sobre el total de personas con uso problemático de drogas ingresadas en el centro, y de éstas las que, a juicio del equipo, precisarán tratamiento específico.
- Registro de abandonos de carácter voluntario durante el proceso, así como de bajas forzosas por infracción de las normas.
- Registro de procesos finalizados en su totalidad.
- Especificación de los casos en que existan varios ingresos, haciendo constar los plazos entre los mismos.
- Controles toxicológicos de orina al ingreso en el programa y, aleatoriamente, durante la estancia y al producirse el alta del mismo.
- Control específico de patología orgánica asociada.
- Seguimiento de los casos derivados a centros extrapenitenciarios, por haber sido puestos en libertad sin completar el proceso.

BIBLIOGRAFIA

- FREIXA, F.; SOLER, P. A.: *La toxicomanía, un enfoque disciplinario*, Ed. Fontanella, Barcelona, 1981.
- FREIXA, F.; MASFERRER, J.; SALA, L.: *Urgencias en drogodependencias*, Sandoz, S. A. E., Barcelona, 1986.
- GLASCOTTE, R. M.; SUSSEX, J. M., y otros: *Tratamiento del abuso de drogas. Programas, problemas y perspectivas*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE JUSTICIA (Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones): *Ordenamiento Penitenciario Español*, Madrid, 1984.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Plan Nacional sobre Drogas*, Madrid, 1985.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS: *Actuar es posible. El profesional de atención primaria de salud ante las drogodependencias*, Madrid, 1988.
- SOLÉ PUIG, J. R.: *Terapia antidroga*, Salvat Ed., Barcelona, 1989.

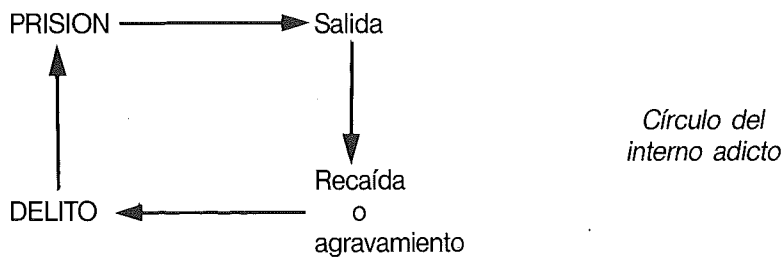
Julián Sanz*

Programas de deshabituación con naltrexona de internos adictos a opiáceos en centros penitenciarios

El problema de la toxicomanía en prisión se caracteriza por:

- El elevado número de politoxicómanos.
- El politoxicómano utiliza toda clase de drogas, pero prefiere sobre todas a la heroína si dispone de ella.
- El politoxicómano prefiere la vía intravenosa de administración de las drogas (heroína, cocaína, LSD, «pastillas», etc.).
- El elevado número de internos que han sido y/o son ADVP.
- El bajo número de internos que presentan dependencia de heroína (presencia de abstinencia y tolerancia), por la dificultad en disponer de droga suficiente para ello.
- El elevado número de internos que presentan abuso de heroína.
- Internos que presentan abuso de opiáceos, cuando se incorporan a la sociedad, se agrava su toxicomanía, volviendo a delinquir y reingresando en prisión.

97



- Hay internos que se mantienen abstinentes en prisión y cuando se incorporan a la sociedad recaen en el consumo, y con ello en el delito, reingresando en prisión.

La naltrexona es un fármaco útil y eficaz dentro de un PROGRAMA AMPLIO de intervención que aborde las esferas médicas, educativas, psicosociales y laborales, posibilitando la rehabilitación.

(*) Jefe de Servicios Médicos. Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca (Alava).

1. ASPECTOS DETERMINANTES EN EL EXITO TERAPEUTICO CON NALTREXONA

1.1. La formación del personal

El personal del programa ha de tener conocimiento del medio penitenciario y, fundamentalmente, ha de estar formado en drogodependencias e *integrado*.

1.2. La información

Es fundamental el conocimiento del interno de los distintos aspectos ligados al consumo de drogas (vía de administración, sobredosis, aspectos sanitarios, etc.) y de los recursos sociales, jurídicos y sanitarios a los que puede recurrir el interno o su familia durante y con posterioridad a su estancia en prisión.

1.3. La motivación

La intención de abandonar el consumo es uno de los aspectos más determinantes. La experiencia demuestra que el simple criterio de salud es insuficiente en el sujeto toxicómano, y más en el privado de libertad. Estructura su existencia en lo inmediato, con ausencia de un proyecto vital. La presencia del VIH puede complicar las cosas.

¿Cuándo presenta motivación un toxicómano?:

- cuando tiene privación de la droga (entrada en prisión);
- cuando hay una estimulación nociva (problemas legales, familiares, gran tolerancia y ausencia de euforia o *high*);
- cuando puede acceder a un PROGRAMA AMPLIO DE DESHABITUACION.

La experiencia con la naltrexona demuestra que:

- reacciona mejor ante el premio que ante el castigo;
- el nivel de exigencia al sujeto depende del nivel de oferta;
- el nivel de compromiso del sujeto depende del nivel de beneficio que se ofrece.

1.4. Los beneficios, incentivos o refuerzos

Se han de ofrecer beneficios que actúen como refuerzo de una conducta y del tratamiento. Así se debe establecer una tabla de beneficios penitenciarios, penales, laborales o económicos, según el compromiso y desarrollo del sujeto en el tratamiento y su situación de preventivo o penado.

1.5. El apoyo psicológico

Es fundamental realizar terapia individual, de grupo, utilizando diversas técnicas en las distintas fases del tratamiento.

1.6. El apoyo social

Respecto a la situación de la familia, relaciones, tutelaje, situaciones laborales.

1.7. El apoyo educacional

Dadas las deficiencias culturales de este colectivo, es prioritaria la educación e instrucción como parte del tratamiento de deshabituación y adquisición de aprendizaje social.

1.8. El apoyo formativo profesional laboral

Dadas las actitudes y tendencias de este colectivo, es fundamental estimular pautas de comportamiento para preparar al individuo para un trabajo productivo. Para ello, y según el nivel de tratamiento alcanzado, se puede establecer una escala de capacitación profesional:

- 1) Talleres de manualidades, a través de servicios de apoyo extrapenitenciarios en el interior de la prisión.
- 2) Acceso del interno a la Formación Profesional.
- 3) Acceso del interno a un puesto de trabajo.

99

1.9. Conexión con otros organismos

En ciertos casos será necesario un canal de información mutuo con otras instituciones. Se solicitará la colaboración de:

- Sistema Judicial (Jueces de Instrucción y Fiscales Provinciales).
- Sanidad Pública.
- INEM.
- Ayuntamiento, Comunidad Autónoma, Diputación.
- Juez de Vigilancia Penitenciaria.

1.10. La selección del candidato

Se selecciona al interno que está motivado para llevar una vida libre de opiáceos, valorando las posibilidades de éxito terapéutico. Se establece un plan terapéutico individual según el análisis de los aspectos médicos, psicológicos, educativos, sociales y laborales del interno, seleccionándole así para una determinada fase del tratamiento.

2. METODOLOGIA

Depende de las características de cada centro penitenciario y de la orientación terapéutica que se vaya a desarrollar. Actualmente, en el C. P. de Nanclares de la Oca, en

función de los recursos existentes y disponibles y de los objetivos marcados, se sigue el trabajo grupal con las siguientes posibilidades:

- 1.º Grupos de información.
- 2.º Grupos de encuentro.
- 3.º Grupos de naltrexona.

Grupos de información

Es la fase previa del programa. El grupo está formado por 5 a 12 internos, es de carácter abierto. La duración es de noventa minutos y la periodicidad semanal. La asistencia es voluntaria; no se hace obligatoria la abstinencia; su asistencia no se sigue de beneficios o incentivos; en ellos no se permite la violencia física o verbal. Se crea un espacio de discusión, con información de las drogas (vías de administración, sobredosis...) y su patología asociada médico-psicosocial; de los recursos sociales, jurídicos y sanitarios existentes; de las principales enfermedades de transmisión y medidas preventivas; de la higiene; e información general, sin especificar condiciones concretas, sobre los programas que se pueden desarrollar según las distintas situaciones.

Grupos de encuentro

Grupo complementario del anterior en el que se provocan motivaciones y cambios de comportamiento duraderos. El interno se compromete a estar abstinentes, a realizar su historia médico-psicosocial, a controles de orina, a la asistencia al grupo. Va unido a la obtención de beneficios penitenciarios o incentivos. En ellos se explora el deseo real de abandonar el consumo, mediante la descripción subjetiva de cómo se vive el problema y de los cambios que se van produciendo en esta vivencia. Se trata de trabajar la petición de un modo colectivo, propiciando la participación activa del grupo en la evaluación de la consistencia de cada demanda, reflejada tanto en la actitud dentro del grupo como en la vida cotidiana en la prisión. Además, se realizan Psicodramas y Juegos Grupales que propicien un cambio en la expresión con los otros y consigo mismo.

En este grupo hay dos subgrupos de internos: antagonizados con naltrexona y sin naltrexona. En la primera orina sucia se le ofrece el tratamiento con naltrexona, a la tercera orina sucia abandona el programa, no teniendo opción a él hasta pasados seis meses.

Grupo de naltrexona

En este grupo están los internos que eligen como modalidad de tratamiento tomar el antagonista y no acudir al grupo. Se le ha informado detallada y exhaustivamente de los efectos, contraindicaciones y efectos secundarios de los antagonistas, insistiendo en que no es una sustancia de tráfico, pudiendo desencadenar cuadros de abstinencia graves si lo ingiere un sujeto dependiente. Recibe apoyo psicológico individual y obtiene beneficios penitenciarios. Se le realizan análisis de orina.

3. REGISTRO DE DATOS

Las exploraciones y datos médicos, psicológicos, sociales, educativos y laborales se recogen en una historia individual. Esta historia se traslada si el paciente va a continuar el tratamiento en otro centro o en las consultas externas del Servicio de Psiquiatría del Hospital colaborador.

3.1. Visita inicial

En el momento en que el interno realiza la solicitud de inclusión en el Programa Amplio de Deshabitación con Naltrexona se abre la historia individual.

3.1.1. Datos médicos

Se les realiza una historia médica completa y una exploración completa:

- datos de filiación;
- antecedentes médicos;
- antecedentes psiquiátricos;
- historia toxicológica;
- exploración detallando peso, temperatura, TA, frecuencia cardíaca, radiografía de tórax, examen neurológico, evaluación psiquiátrica, etc.;
- analítica de sangre que incluya hemograma completo, plaquetas, índice de protrombina, proteinograma, transaminasas, fosfatasa alcalina, gamma GT, bilirrubina, VSG, serología de hepatitis, determinación de VIH, recuento T₄/T₈, RPR, FTA;
- analítica de orina.

101

3.1.2. Datos psicológicos

Estudio de personalidad, aptitudes, tendencias, mediante los tests que se estimen necesarios, como el Minimult, MMPI, Escala de Ansiedad STAI (ansiedad de estado y de rasgo).

3.1.3. Datos sociales y profesionales

Estructura familiar, antecedentes familiares, relaciones, antecedentes laborales, formación profesional.

3.1.4. Datos escolares y educativos

Estudios realizados, fracaso escolar, tendencias, actitudes.

3.1.5. *Datos penitenciarios*

Protocolo del interno, situación preventiva o cumplimiento, número de entradas en prisión, delito/s, pena/s, refundiciones, redención, sanciones, fechas de 1/4 parte y de 3/4 partes, grado de tratamiento, permisos de salida, quebrantamientos y demás vicisitudes penitenciarias.

3.2. **Seguimiento**

Aceptada la inclusión del interno en el programa, se irán añadiendo a la historia individual la evolución del interno en los aspectos educativos, escolares, sociales, laborales, psicológicos y médicos.

En los meses segundo y tercero se puede realizar una valoración de la ansiedad de estado mediante la escala STAI.

En la historia médica se añadirán:

- 1) Registro de constantes semanalmente, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca.
- 2) Registro de peso mensual.
- 3) Analítica mensual que incluya hemograma completo, plaquetas, VSG, Índice de Protrombina, proteinograma, transaminasas, fosfatasa alcalina, gamma GT, bilirrubina.
- 4) Exploraciones complementarias que se precisen, indicando el motivo y el resultado.
- 5) Tratamientos concomitantes prescritos, indicando el fármaco, dosis, indicación y duración del tratamiento.
- 6) Efectos adversos con descripción detallada de cada uno de ellos en cuanto a tipo de reacción, forma de comienzo, duración, gravedad, tratamiento.

102

4. **FRACASO TERAPEUTICO**

Dependiendo del tipo de tratamiento, se establecen una serie de compromisos por parte del interno, que si no cumple retorna a la situación anterior al tratamiento.

Dependiendo del tipo de tratamiento que haya recibido el interno, se establecerán unos plazos para el reingreso en el programa.

5. **CONTRATO TERAPEUTICO**

El programa se verá reforzado mediante un Contrato Terapéutico muy claro y muy completo que firmarán el interno y el director del programa, que incluya:

- 1) Información del tratamiento que va a recibir.
- 2) Aceptación voluntaria.

- 3) Compromisos que adquiere el interno referente a:
 - asistencia a visitas concertadas;
 - controles de orina que objetiven la abstinencia;
 - controles sociales que objetiven la preparación o actividad laboral;
 - la ingestión completa del fármaco, en presencia del miembro encargado del equipo.
- 4) Escala de beneficios que obtiene y que puede perder.
- 5) Condiciones que definen el fracaso terapéutico y retorno a la situación penitenciaria anterior al programa.

6. MODELOS DE INTERVENCION

La naltrexona está indicada en internos:

- dependientes de opiáceos;
- en mantenimiento con metadona que deseen abandonar el consumo;
- que presenten abuso de opiáceos;
- abstinentes para prevenir recaídas.

Es así que se puede realizar el esquema de programas de tratamiento siguiente.

103

6.1. Los programas

I. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN PREVENTIVOS:

- 1) Programa de libertad provisional antagonizado.
- 2) Programa de mantenimiento.
- 3) Programa de prevención de recaídas.

II. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN PENADOS DE TERCER GRADO:

- 1) Programa de prevención de recaídas.
- 2) Programa de mantenimiento.
- 3) Programa de libertad para trabajar.

III. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN PENADOS DE SEGUNDO GRADO:

- 1) Programa de prevención de recaídas.
- 2) Programa de mantenimiento.
- 3) Programa de mantenimiento y educación.
- 4) Fase previa del programa de libertad para trabajar.

I.1. *Programa de libertad provisional antagonizado*

En nuestra experiencia podemos constatar cómo el colectivo de ADVP en prisión que presenta mayor abuso y dependencia es el de preventivos. En ellos es típico el «círculo

del interno adicto». Internos que entran a cumplir una pena corta (días, meses), que logran la abstinencia y al salir recaen, o internos que presentan abuso de opiáceos y al salir se agrava su toxicomanía. Son internos de «delitos menores», multirreincidentes, algunos con veinte entradas o más en prisión.

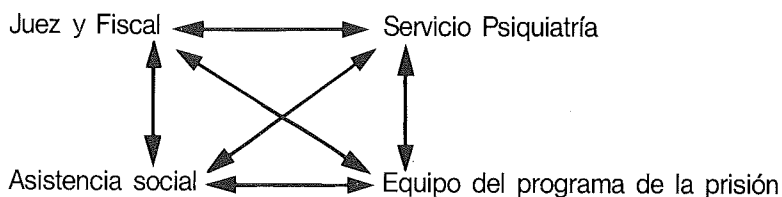
Es aquí donde entran los conceptos de remisión condicional de la pena y de libertad provisional antagonizado.

Se puede ofrecer a este tipo de toxicómano la deshabitación y reinserción social con naltrexona como antagonista de apoyo. Interviniendo los Jueces de Instrucción de lo Penal y los Fiscales Provinciales. Se le ofrece al interno la posibilidad de salir de la prisión antagonizado y estabilizado, con el compromiso de acudir los lunes, miércoles y viernes al Servicio de Psiquiatría del Hospital colaborador a realizar el seguimiento farmacológico y psicoterapéutico. Se le realiza apoyo en los Sistemas de Asistencia Social de la Comunidad, en los aspectos social, educacional y laboral.

Se establece la conexión entre:

- el Juez y el Fiscal;
- el Servicio de Psiquiatría de la Comunidad;
- el equipo del programa de la prisión;
- el equipo asistencial de la Comunidad;

104 para información y seguimiento del tratamiento que lleva el interno en libertad. Si no lleva el tratamiento o delinque, reingresa en prisión.



I.2. Programa de mantenimiento en preventivos

Con dos posibilidades:

- mantenimiento con naltrexona;
- mantenimiento con naltrexona e inclusión en un Programa Amplio de Intervención en los aspectos educativos, sociales y profesionales.

Ambos son derivados a su salida a continuar el tratamiento en la Red Pública Asistencial Sanitaria y Social de la Comunidad.

I.3. Programa de prevención de recaídas en preventivos

Ante la libertad provisional próxima se le incluye en el programa de mantenimiento con naltrexona y se le deriva a la continuación del tratamiento en la Red Asistencial Pública.

II.1. Programa de prevención de recaídas en tercer grado

Ante la libertad condicional próxima se le incluye en el programa de mantenimiento con naltrexona y se le deriva a la continuación del tratamiento en la Red Asistencial Pública.

Ante la concesión de permisos de salida de preparación a la vida en libertad se le incluye en el programa de mantenimiento con naltrexona, con derivación a la Red Asistencial Pública hasta su reingreso en el centro.

II.2. Programa de mantenimiento en tercer grado

Como prevención de recaídas en permisos de fin de semana.

Como reforzador de la abstinencia en internos con abuso o dependencia de opiáceos.

Se incluye al interno en el programa de mantenimiento con naltrexona con la posibilidad de realizar la preparación psicoterapéutica, educativa, social y laboral, asistiendo de forma ambulatoria en los centros de la Red Asistencial Pública.

II.3. Programa de libertad para trabajar en tercer grado

Tras una selección del candidato idóneo motivado para llevar una vida libre de opiáceos que vaya a tener éxito terapéutico, analizado en los aspectos volitivos (motivación), médicos, psicológicos, sociales, educativos y profesionales.

Se ofrece la salida al exterior a trabajar antagonizado y retorno al centro a pernoctar.

Tras una primera fase en segundo grado de preparación y refuerzo, progresión a tercer grado, lo que ofrece la posibilidad de la aplicación de este beneficio y de este tratamiento rehabilitador con la cuarta parte cumplida.

Los permisos de fin de semana son concedidos, aunque las sanciones pueden acortar o suspender este beneficio.

Los permisos de salida se realizan con derivación del interno y control en la Red Pública Asistencial para continuación del tratamiento.

Precisa de apoyo psicológico en el centro, con la posibilidad de realizar psicoterapia grupal y psicoterapia individual una vez en semana, como mínimo.

Se compromete a la ingestión del fármaco en el centro.

A controles de orina y test de alcohol dos veces en semana. Los primeros resultados pueden dar positivos, considerando este uso de droga como una extinción de conducta que decrece en frecuencia y que al estar antagonizado puede ser potencialmente beneficioso. El análisis de orina debe incluir opiáceos, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas y cannabis.

Se establece un control social de su actividad laboral y relaciones familiares.

106

Se establece la posibilidad de regresión a segundo grado con cuatro fallos en orina o en los controles sociales.

Se le deriva a la Red Pública Asistencial para continuar tratamiento en los permisos de salida y tras la libertad condicional, si lo precisa.

En definitiva, con este programa se cumple así el proceso de reinserción social en el cumplimiento de la pena de un interno previamente toxicómano y con inadaptación psicosociolaboral.

III.1. *Programa de prevención de recaídas en segundo grado*

Ante la libertad condicional o definitiva de un interno abstinentes para la prevención de recaídas, se le incluye en el programa de estabilización con naltrexona y tras la reincorporación a la sociedad se le deriva a la Red Pública Asistencial para continuación del tratamiento.

Ante el permiso de salida de un interno abstinentes para prevención de recaídas, se le estabiliza en la prisión y se le deriva a la Red Asistencial Pública para continuar el tratamiento durante el permiso.

III.2. *Programa de mantenimiento en segundo grado*

Inclusión en el programa de internos que reciben el fármaco y apoyo psicológico, con la obtención de unos beneficios penitenciarios y unos controles de abstinencia.

III.3. Programa de mantenimiento y educación en segundo grado

Inclusión en este programa de internos con mayor motivación de abstinencia y mejores posibilidades de actuación en los aspectos educativos, sociales y laborales. Obtención de beneficios penitenciarios en grado superior al grupo anterior. Asistencia a escuela, aprendizaje social, talleres, formación profesional.

III.4. Fase previa del programa libertad para trabajar en tercer grado

Tras una selección adecuada para el éxito terapéutico del candidato, analizando los aspectos motivacionales, médicos, psicológicos, sociales, laborales, penitenciarios y penales.

En una primera etapa de unos tres meses se trabajan los factores psicológicos, educativos y aprendizaje social.

En la segunda etapa, de otros tres meses, tras haber realizado un estudio de aptitudes y tendencias, realiza unos estudios de formación profesional para el empleo productivo que se le va a proporcionar, a través del INEM.

Los estudios de formación profesional los realiza:

- A través del artículo 43 del RP (vía tercer grado).
- O a través de un sistema de Salidas Programadas, acompañado de un educador. Con ello el interno va adquiriendo conocimiento directo del medio en el que se va a desenvolver, de las alternativas laborales y sociales.

107

6.2. Los beneficios

Los beneficios, incentivos que actúen como refuerzo de la conducta y tratamiento, se establecen según el compromiso que adquiere el sujeto y el nivel de tratamiento alcanzado. Se van quitando a medida que aparecen los fracasos (orinas sucias, no asistencia a visitas concertadas). Pueden consistir en:

- 1) *Más llamadas telefónicas.*
- 2) *Más comunicaciones extraordinarias:* una oral más semanal.
- 3) *Premios/regalos.* Para el que no pueda acceder a la redención.
- 4) *Nota meritoria.* Al mes de tratamiento para cancelación de sanciones en la mitad de tiempo y comenzar a redimir. Ese mes recibe un bono de 1.000 pesetas.
- 5) *Redención.* Al ser trabajo el estudio y el desempeño de ocupaciones que forman parte de un tratamiento (art. 185 RP).

6) *Propuesta al Juez de Vigilancia Penitenciaria de los beneficios penitenciarios contemplados en los artículos 256 y 257 del Reglamento Penitenciario. A los internos del programa libertad para trabajar en tercer grado.*

6.3. Los controles de abstinencia

Consisten en la no asistencia sin causa justificada a las visitas concertadas con los miembros del equipo del programa y en los análisis de orina.

Los análisis de orina que se establecen son:

- a) Para los internos en tratamiento que no tienen salidas al exterior: de opiáceos, cocaína, anfetaminas, benzodiacepinas.
- b) Para los internos en tratamiento que acceden a la comunidad: opiáceos, cocaína, anfetaminas, benzodiacepinas, cannabis y test de alcohol.

7. PERSONAL NECESARIO

7.1. Personal

El personal básico que se necesita es:

1) Director del programa. Corresponde al Jefe de los Servicios Médicos del centro. Le compete la integración y coordinación del equipo del programa, así como el establecimiento de las conexiones con servicios hospitalarios, con el Juez y Fiscal, con la Asistencia Social y con los organismos colaboradores.

2) Un médico.

3) Dos psicólogos con experiencia en toxicomanías y terapias grupales.

4) Un asistente social.

5) Un psiquiatra a demanda. Es preciso el compromiso de un psiquiatra que acuda al centro cuando un interno presente trastornos psicopatológicos que requieran tratamiento.

6) Además, será preciso un profesor de EGB y personal educador en aprendizaje social.

7.2. Integración

a) Del grupo en sí mismo.

b) Del grupo con la Junta de Régimen y Administración, con el Equipo de Observación y Tratamiento y con la Dirección del centro.

c) Del grupo con los organismos colaboradores: Asistencia Social, Servicio de Psiquiatría, etc.

7.3. Locales

Es preciso la disponibilidad de un espacio adecuado a las necesidades del programa.

8. EVALUACION

La evaluación de los resultados del programa se miden según:

- Número de internos que solicitan la inscripción.
- Número de internos que inician el programa.
- Número de internos que permanecen en las distintas fases del programa.
- Tasa de retención o éxito terapéutico de los distintos programas.

* * *

En definitiva, señalar que con el programa amplio de deshabituación con naltrexona se logra:

109

- disminuir el consumo de drogas por vía intravenosa;
- reducir el consumo de drogas logrando períodos de abstinencia;
- conseguir abstinencias como método de vida;
- disminuir la dependencia de tratamientos de mantenimiento con metadona;
- aumentar la salud del toxicómano;
- disminuir la incidencia de SIDA;
- reducción de los delitos para mantener el consumo y la dependencia de heroína.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALONSO RINCÓN, F.; DÍAZ SÁNCHEZ, J., y cols.: «Drogas e Instituciones Penitenciarias», *Revista de Estudios Penitenciarios*.
- 2 BEDARTE VILLAR, J.; ROIG-TRAVER, A.: «Utilidad de la naltrexona en el tratamiento de los adictos a opiáceos», *Revista Española de Drogodependencias*, 12 (1), 83-97 (1987).
- 3 BRAHEN, L. S.; HENDERSON, R. K.; CAPONE, T. and KORDAL, N.: «Naltrexone treatment in a jail work-release program», *J. Clin. Psychiatry*: 1984; 45 (9), 49-52.
- 4 CHRISTIAN, M. S.: «Reproductive toxicity and teratology evaluations of Naltrexone», *J. Clin. Psychiatry*: 1984; 45 (9), 7-10.
- 5 DEL VALLE RODRÍGUEZ, F. J.: «Síndrome de abstinencia agudo a opiáceos: bases patogénicas moleculares y terapéuticas posibles», *Información Terapéutica de la Seguridad Social*, 1988, vol. 12 (4), 117-126.
- 6 DE TORRES, S.: *Posible utilización de los antagonistas opiáceos en la deshabituación de heroinómanos*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

- 7 FERNÁNDEZ DE CORRES, B.; ERRASTI, A.; FERNÁNDEZ, E.; GUTIÉRREZ, M., y BALLESTEROS, J.: *Estudio tasa retención de pacientes heroínómanos en programa naltrexona en régimen carcelario y comparación con tasa de retención de pacientes sin restricción de libertad*, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria, 1988.
- 8 FERNÁNDEZ DE CORRES, B.; ERRASTI, A., y FERNÁNDEZ, E.: *Programa de intervención en la cárcel de Nancloares con pacientes heroínómanos*, APIDA, 1989.
- 9 GREENSTEIN, R. A.; ARNDT, I. C.; MCLELLAN, A. T.; O'BRIEN, C. P. and EVANS, B.: «Naltrexone: A clinical perspective», *J. Clin. Psychiatry*: 1984; 45 (9), 25-28.
- 10 JIMÉNEZ VILLAREJO, J.: «La droga en la Institución carcelaria», *Revista de Estudios Penitenciarios*, 1987, 237, 57-63.
- 11 KLEBER, H. D. and KOSTEN, T. R.: «Naltrexone induction: psychologic and farmacologic strategies», *J. Clin. Psychiatry*, 1984, 45 (9), 29-38.
- 12 LING, W. and WESSON, D. R.: «Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: A collaborative private practice experience», *J. Clin. Psychiatry*: 1984; 45 (9), 46-48.
- 13 MEDINA ORENCI: «Toxicómanos y prisión: la experiencia del Ayuntamiento de Barcelona», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 1989, 6, 139-146.
- 14 MEGÍAS, E.: «Indicación terapéutica en drogodependencias», *Comunidad y Drogas*, 1987 (4), 9-27.
- 15 MEYER, M. C.; SRAUGHN, A. B.; MAN-WAI LO; SHARY, W. L.; WHITNEY, C.C.: «Bioequivalence, dose-proportionality and pharmacokinetics of naltrexone after oral administration», *J. Clin. Psychiatry*: 1984; 45 (9), 15-19.
- 16 O'BRIEN, C. P.: «Summary: Symposium "A new approach to the manegement of opioid dependence: naltrexone, an oral antagonist"», *J. Clin. Psychiatry*: 1984; 45 (9), 57-58.
- 17 PASCUAL MARTÍNEZ, A.: «Tratamiento de toxicómanos en las prisiones de preventivos de Estocolmo y de penados de Osteraker» (Suecia), *Revista de Estudios Penitenciarios*, 1989.
- 18 PÉREZ FERNÁNDEZ, E.: «Experiencias de ayuda a la persona con drogodependencias condenada a una pena de privación de libertad», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 1989, 6, 121-137.
- 19 ROBINSON, C. P.: «Naltrexona clorhidrato», *Nuevos Productos. Medicamentos de Actualidad-Drugs of Today*: 1985, 21 (6), 257-276.
- 20 SALAZAR, M. A., y GUTIÉRREZ, M.: *Estudio de la tasa de retención de pacientes heroínómanos en un programa de estabilización con naltrexona y definición de tipos de subpobalación que resultan más beneficiados con el tratamiento*, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria, 1987.
- 21 TENNANT, F. S.; RAWSON, R. A.; COHEN, A. J. and MANN, A.: «Clinical experience with naltrexone in suburban opioid addicts», *J. Clin. Psychiatry*: 1984; 45 (9), 42-45.

Juan Romero Rodríguez*

Intervenciones con objetivos intermedios

INTRODUCCION

Es ya un tópico recordar la gravedad que supone para nuestra sociedad el problema de las toxicomanías, referida sobre todo a aquellas producidas por sustancias nuevas o que no son de nuestras culturas (opio, anfetaminas, cocaína, etc.), y restar importancia a las que se producen por nuestras drogas tradicionales como, por ejemplo, el alcohol.

Aunque orgánicamente el proceso de adicción es el mismo, psicosocialmente, desde luego, no. Una de las primeras clasificaciones que aparecen es ya la de drogas legales *versus* ilegales, y, ciertamente, las drogas «ilegales» tienen una fenomenología peculiar que, además de la gravedad del problema en sí mismo, se le añaden circunstancias que empeoran el proceso, circunstancias de tipo social, jurídico-legal, marginación, etc.

Como muestra de lo dicho, basta ojear nuestras prisiones actuales y ver cómo su fenomenología es peculiar de la cultura actual de la drogadicción como fenómeno moderno y que en nada se parece a la fenomenología de las prisiones de los años cuarenta o cincuenta.

Generalizando, podemos decir que los internos privados de libertad hasta la década de los sesenta podían ser representativos de la teoría de la ASPIRACION FRUSTRADA, es decir, se robaba o alteraban bienes ajenos para conseguir de forma rápida el *status* que la sociedad daba por válido y bueno, es decir, el tener dinero, buenas ropas, coches, que era sinónimo de prestigio social; el delincuente compartía este *status*, pero se veía incapaz de conseguirlo por las vías socialmente previstas y lo hacía transgrediendo las normas, asumiendo como riesgo el encarcelamiento.

En el año 1961 aparece el primer delito de tráfico de estupefacientes en la aduana de Algeciras; hasta entonces, dicho delito no había existido.

Es el inicio legal de un cambio revolucionario en nuestra marginación; debido a cambios sociológicos que no vamos a analizar aquí, los valores sociales no son ya unánimemente compartidos; muchos marginales buscan ideales de compensación diferentes que podríamos resumirlos en una idea básica:

111

(*) Psicólogo del Centro de Cumplimiento de Pamplona.

«Lo importante no es lo que piense la sociedad sobre mí, sino cómo me siento yo.»
«Si yo me siento bien, lo demás no importa.» «Y para conseguir el bienestar íntimo, el uso de drogas es imprescindible.»

Con estos antecedentes y sin entrar en detalles estadísticos, sí quiero recordar algunos matices sobre nuestra muestra penitenciaria:

1.º El número de delitos contra la propiedad oscila entre el 70 y el 85%; de éstos, el 95% están relacionados con drogodependientes habituales.

2.º Otros delitos, aunque no relacionados directamente con la drogadicción, como, por ejemplo, violación, homicidios, etc., sí lo están sus autores y, sin considerarse adictos, son consumidores de diversas drogas en mayor o menor cuantía y clases.

3.º Existe otro gran número de internos cuyo consumo de drogas forma parte intrínseca de su forma de vivir, aunque no se consideran a sí mismos drogadictos ni tengan que ver con su actividad delictiva.

4.º Otros internos consumen drogas esporádicamente en la prisión como forma de paliar los efectos depresivos y rutinarios que provoca la privación de libertad. Y otros incluso se ven involucrados por la presión del clima social interno.

112

Y, por último, la idea que se vive por parte de los internos de considerar adictos a los fuertes consumidores de heroína y cocaína, restándoles importancia al consumo de otras sustancias como el cannabis, alcohol, etc.

Con estos datos introductorios es fácil concluir sin grandes errores que el consumo de drogas y de adictos en nuestras prisiones es significativo. Y no es más que el reflejo de nuestra sociedad actual, que es quien determina el tipo de marginación existente.

Muchos autores han recordado ya, que además de intentar resolver el problema, debemos en nuestra sociedad aprender a convivir con él (como lo hemos hecho con otro tipo de drogas, tabaco, alcohol, etc.).

Negando, rechazando o marginando no nos conducirá a buenos resultados.

Y, de la misma forma que la sociedad se adapta a su realidad, las prisiones deben esforzarse en adecuar su tratamiento a las peculiaridades de internos que en cada momento posea.

Si el problema de la adicción es difícil resolverlo sin problemas añadidos, aún lo es más cuando el adicto se ve envuelto en problemas jurídico-legales que conlleven privación de libertad. Y se crean situaciones diversas como puedan ser detención, prisión preventiva con fianza, posibilidades de libertad provisional al cabo de unos meses, penados pendientes de resolución del Tribunal Supremo, penados con posibilidades reales de indulto, penados ordinarios, etc.

Por tanto, en las prisiones hay que armonizar dos variables fundamentales, la *adición* y la *situación legal* del interno, e intentar, sobre todo, que la situación legal inci-

da positivamente sobre su proceso de recuperación, y esto generalmente no es tarea fácil.

Así, cada intervención terapéutica no sólo hay que referirla al consumidor concreto, sino también a su situación jurídico-penal.

También es cierto que las responsabilidades judiciales afectan a la motivación del adicto de una forma o de otra, y es evidente que los internos preventivos están más decididos a internarse en centros de tratamiento que días antes de cometer el delito, cuando el ingreso hubiera resultado más fácil, puesto que para el mismo no hubiera sido necesaria la autorización judicial.

La mayoría de los adictos se consideran más enfermos el día de su vista oral que cuando solicitan su «primer permiso» o que «cuando tienen un trabajo para salir en tercer grado».

Con los aspectos mencionados hasta ahora es fácil concluir que la institución penitenciaria debe ser sobre todo dinámica y abierta al problema de la adicción, y no sólo crear el clima social y terapéutico adecuado en el interior de las prisiones, sino también dinamizar y coordinar los problemas individuales con el proceso jurídico-penal.

Y, por último, desterrar la vieja idea de tratar las adicciones con la premisa del todo o nada. Se trata más bien de enfocar objetivos parciales y coyunturales aunque no concluyan en una recuperación total. El adicto no debe tener nunca la sensación de que su problema es ya irreversible.

Para concretar estas actuaciones parciales que desde un centro penitenciario se pueden realizar, las voy a enumerar según las distintas situaciones procesales que existen.

113

LA DETENCION

La detención es casi siempre una situación traumática para el individuo, fundamentalmente porque no la tiene prevista, y, aparte de otros aspectos, su consumo es interrumpido bruscamente, el síndrome de abstinencia está asegurado y resulta más grave por estar rodeado de trastornos, emociones severas (comunicarlo a sus familiares, posibles repercusiones laborales, autculpabilidad, privación de libertad, etc.).

La detención se produce en dos instituciones distintas: una, en las dependencias policiales, que dura entre una y setenta y dos horas, y otra del mismo plazo de tiempo en la prisión, por orden judicial.

En el momento del ingreso en prisión de un detenido, como norma habitual y reglamentaria se realiza una revisión médica para apreciar la existencia y gravedad del síndrome de abstinencia y aplicar, por tanto, el tratamiento adecuado.

El problema orgánico de la detención, aunque llamativo, no es nunca grave y es resuelto con facilidad.

En el momento de la detención es también visitado por el Asistente Social y algún miembro del Equipo (Psicólogo, Educador, etc.), que, además de resolverle problemas puntuales y urgentes, pueden ya incidir en su adicción.

Para muchos adictos, la detención actúa como revulsivo en su problema y les lleva a la decisión de querer dejar de consumir y recibir un tratamiento adecuado. Esta actitud puede ser aprovechada por los profesionales del centro en dos sentidos: primero, reforzar esa toma de conciencia y consolidar la necesidad de iniciar un tratamiento y, segundo, realizar las gestiones necesarias para conseguir cita en el centro ambulatorio adecuado.

Esto se complementa con entrevistas a familiares allegados para involucrarlos activa y positivamente en este proceso.

Habitualmente, la detención se aplica procesalmente para delitos menos graves, pero, no obstante, es bueno hacer ver al detenido que puede ser el inicio de una carrera criminal consistente y de evolución negativa.

Con todo, el detenido no suele valorar como grave su situación y argumenta que él solo resolverá su problema; en estos casos, la mayoría reincide en su adicción y en nuevos delitos.

Con todo, algunos detenidos inician tratamientos que continúan en el exterior.

Y en todos los casos sirve para que las familias de los adictos tomen conciencia real del problema al que se van a tener que enfrentar.

114

LA PRISION PREVENTIVA

A la prisión preventiva se llega o previa detención o directamente, y normalmente implica que estará un período más largo de tiempo en el centro penitenciario, bien porque su presunto delito es más consistente o por sus antecedentes.

El preso preventivo puede estar en el centro hasta el día del juicio y continuar si resultase penado, o salir en libertad provisional con o sin fianza después de uno o varios meses.

Esta situación permite al equipo de especialistas del centro analizar las circunstancias del caso de forma más detallada, una vez realizadas las gestiones descritas en la detención.

Si la detención es vivida como algo no grave, la prisión preventiva es vivida por el adicto con mayor consistencia, además del tiempo de privación de libertad, porque su presunto delito puede acarrearle una pena grave.

La predisposición a recibir tratamiento es ahora mayor y los especialistas del centro penitenciario deben trabajar a dos niveles:

EN LA PRISION: Creando el clima social adecuado a través de departamentos al efecto y actividades que permitan que el adicto no decaiga en su actitud tratamental y adopte posturas de acomodación delincuencial, que puedan ser negativas en su evolución.

EN EL EXTERIOR: Contactando con los profesionales de centros de salud, especialistas de adicción y centros de internamiento para toxicómanos y facilitando entrevistas y contactos con el preso.

Y, asimismo, iniciar negociaciones con los jueces de instrucción y abogados para conseguir el cambio de la prisión preventiva por el tratamiento adecuado, bien en régimen ambulatorio o de internamiento.

Es evidente que para iniciar un tratamiento no es positivo esperar a la vista oral; cuanto antes se inicie, mejor. Los jueces son cada vez más conscientes de esta situación y, lógicamente, intentan adaptar la justicia a las necesidades del justiciable, siempre que las circunstancias del presunto delito lo permitan.

Para realizar con éxito estas gestiones es imprescindible, además de las buenas relaciones con jueces y profesionales, aportar documentación consistente del caso que facilite la aplicación del tratamiento adecuado.

Si se aplica tratamiento en la prisión preventiva en centros adecuados y con conocimiento del juez, el pronóstico suele ser favorable fundamentalmente porque el adicto sabe que su evolución positiva será importantísima para el desenlace del juicio; muy pocas Audiencias o jueces se atreven a sancionar con penas privativas de libertad a personas que llevan ya períodos de tiempo amplios de tratamiento y cuya evolución positiva es acreditada por profesionales. Para los tribunales es más fácil decidir una pena tratamental cuando la recuperación es ya una evidencia.

115

LA VISTA ORAL: EL JUICIO

En muchas ocasiones, casi siempre por la gravedad del delito, la privación preventiva se prolonga hasta el juicio, donde definitivamente se evalúan y sancionan los presuntos hechos delictivos.

Es en la vista oral donde se ponen de manifiesto todas las circunstancias que rodean el hecho delictivo, tanto materiales y circunstanciales como del propio justiciable.

Los especialistas del centro penitenciario deben exponer, mediante pruebas periciales de su especialidad, las variables del individuo adicto que están condicionando sus actuaciones para ayudar a los tribunales a un mejor entendimiento del delito concreto. Y, sobre todo, a que la pena a aplicar no sea incompatible con su tratamiento.

En el toxicómano es más que evidente que la privación de libertad tradicional no sirve para solucionar el problema si el toxicómano no se recupera de su actividad delictiva tampoco. Y si el espíritu de las penas, según el artículo 25.2 de nuestra Constitución, es

la reinserción social del penado, es más que coherente que el adicto reciba tratamiento a través de su pena.

Cada vez es más frecuente que las sentencias autoricen al penado a cumplirlas en centros de tratamiento adecuados.

En este sentido, jueces, fiscales y penitenciaristas debemos esforzarnos por conseguir que las sentencias tratamentales sean más habituales, y en algunas Comunidades Autónomas como, por ejemplo, Navarra esto es ya una realidad.

LOS PENADOS CUYA SENTENCIA PERMITE EL TRATAMIENTO EN CENTRO ESPECIALIZADO

Si las gestiones realizadas en la vista oral han permitido una sentencia tratamental, las gestiones inmediatas son conseguir que sea admitido por el centro adecuado y solucionar con los servicios públicos el gasto económico que dicho tratamiento supone (la Comunidad Foral de Navarra mantiene vigente desde hace unos cinco años un acuerdo por el que se hace cargo del coste económico de todo el tratamiento de cualquier ciudadano navarro —y se entiende por tal el estar empadronado— el tiempo que dure el mismo).

116 Cuando se da esta alternativa, los problemas surgen cuando fracasa el tratamiento, y hay que distinguir dos posibilidades:

Primera: abandono y fracaso consistente, que genera una situación legal de busca y captura para que el penado cumpla en privación de libertad ordinaria el tiempo que le resta por cumplir.

Segunda: fracasos en el tratamiento, que el adicto pone de manifiesto ante el propio tribunal o juez sentenciador por variables diversas como inadaptación a un centro concreto, disputas personales con los terapeutas, etc. En estos casos se negocia la búsqueda e ingreso en un centro distinto que permita una adaptación adecuada del interno.

Esta alternativa es en sí misma una *condena a prueba* y el adicto encuentra, además de la sensación positiva del éxito en el no consumo, el aspecto negativo de prisión ordinaria si se produce el fracaso en el tiempo que dura su condena.

En todos los casos, el adicto se siente arropado por la justicia en tanto que incide en su problemática personal y no en el resultado material de su delito.

LOS PENADOS A PRIVACION DE LIBERTAD ORDINARIA

La gran mayoría de los penados en las prisiones españolas lo están de forma ordinaria y su privación de libertad está regulada en la Ley Orgánica General Penitenciaria y en su Reglamento.

Una de las variables que va a afectar de una forma clara es la duración de la condena.

En las condenas de larga duración, y podemos entender por tales las superiores a ocho o diez años, el planteamiento debe ser más relajado dado el proceso largo de tiempo, y el fin prioritario es evitar el empeoramiento psíquico del adicto.

En las condenas cortas, las alternativas terapéuticas son siempre mayores (tratamientos ambulatorios, aplicación del art. 57, etc.).

Pero en los dos casos existen dos líneas básicas de actuación que, desde mi punto de vista, son imprescindibles realizar:

A) Crear el clima social interior adecuado y, en la medida de lo posible, utilizar las técnicas tradicionales para atajar objetivos concretos y parciales: sesiones informativas, dinámicas de grupos, terapias de apoyo, actividades de ocio, autocontrol, etc.

B) Individualizar el problema y emplear mediante contrato de contingencias los beneficios penitenciarios a cambio de su buena evolución en objetivos parciales y particularizados

Para dar validez a estos contratos es importante y básica la utilización de controles de orina que objetivan el consumo. Los controles se emplean fundamentalmente en permisos y en Sección Abierta.

En todos los casos, la ruptura de las contingencias pactadas debe permitir alternativas para que el interno mantenga alta su motivación y no caiga en procesos irreversibles de evolución.

117

APLICACION DEL REGIMEN ABIERTO

Si la evolución de la primera parte de la condena ha sido positiva, prevé el Reglamento la posibilidad de aplicar el régimen abierto en sus tres modalidades (arts. 43, 45 y 57), empleándolo casi siempre en aspectos relacionados con el trabajo e infrautilizándolo terapéuticamente, al margen de la modalidad del artículo 57, que es específicamente tratamental.

Tanto las modalidades del 43 como del 45 pueden ser utilizadas terapéuticamente como complemento a su buena evolución anterior o por ser una pena de corta duración.

El artículo 43 puede permitir variadas consultas ambulatorias, incluso periódicas, con profesionales o centros del exterior que pueden servir como puente terapéutico a la excarcelación; si fuera necesaria la salida durante toda la jornada, como ocurre en los «Hospitales de Día», se puede aplicar el 45 por equiparación al horario laboral.

En los casos de utilización del 45 de forma ordinaria se puede complementar mediante controles la conducta de no consumo o de consumos moderados que puede ayudar a mejorar el ambiente sociolaboral y, en el peor de los casos, detectar posibles

cias y niveles de responsabilidad, si bien funcionalmente intervendrá como un equipo integrado.

2. ANALISIS DE LA REALIDAD

A partir del mismo se pretende adecuar el diseño de intervención a la tipología del Centro y características de la población atendida.

El Centro Penitenciario de Preventivos Madrid-1 alberga a una población que oscila entre 2.000 y 2.200 reclusos, a partir de 21 años, de los cuales el 20% son penados y el resto preventivos, y cuya característica fundamental es la gran movilidad a la que la misma se ve sometida, si bien hay un número no despreciable de internos preventivos cuyo período de estancia en el Centro oscila de uno a dos años (antes de pasar a la situación de penados). Diariamente ingresan un promedio de 20 a 25 internos.

Iniciación

El desarrollo de esta propuesta marco se inicia el 3-1-1989, destinándose por el Centro Penitenciario parte del personal que en la misma se comprometía a aportar, así como el material no fungible y espacios en los que se llevarán a cabo todas las actividades que integran el programa; y, por parte del Plan Municipal, se provee de un equipo multidisciplinar y cantidad presupuestaria para la adquisición del material fungible y monitores de apoyo que permita la realización de los talleres y actividades que integran el mismo.

A partir de esta fecha se inicia la labor conjunta de ambos equipos para el desarrollo del proyecto marco, comenzando la intervención con los internos el 1-2-1989.

Durante este período (un mes) se ha llevado a cabo la elaboración de protocolos, hojas de registro, *planning* de actividades, fijación de criterios de admisión, elevación de informes a la J. de R. y Administración, confección de listas y coordinación con los funcionarios implicados y Jefes de Servicios, etc.; además de la actividad dirigida a la captación e información y recogida de demandas y elaboración de lista de admitidos y de espera.

2.1. Fase de captación e información

Esta se ha elaborado desde distintos niveles y a ella hemos dedicado una parte importante de la primera fase (primer mes), por dos razones:

- Una, la gran dificultad para que la información llegue a todos los internos, y que se ha superado utilizando varios canales de comunicación.
- Otra, que surge y es implícita a la anterior, del propio marco físico; macroprisión.

2.1.A. Para la captación de internos se han utilizado diferentes medios

A) VISUALES: Aprovechando los recursos ya existentes en el centro, circuito cerrado de televisión («Canal Límite»), se ha llevado a cabo una *campaña de difusión* en las horas de mayor audiencia, consistente en varias fases:

a) Presentación por los internos encargados de emitir por dicho canal de los distintos miembros del Equipo de Tratamiento de Toxicómanos y logotipo correspondiente, con el objetivo de difundir nuestra existencia en el Centro y características de la población a la que iba dirigido nuestro programa, así como conseguir que éstos se familiarizaran con el logotipo y lo que éste significa.

b) Inserción de *varios spots publicitarios*, cortos e impactantes, en aras a conseguir una mayor concienciación de nuestra existencia, a través de los cuales se instaba a los internos a tomar una decisión entre «Droga o Salud» y de potenciar la motivación de éstos a integrarse en el mismo.

c) *Concurso de carteles*: anunciándose las bases del mismo, premiando a los dos mejores y utilizando *a posteriori* algunos de los mensajes incluidos en éstos para la campaña de carteles que en otra fase se realizó, y en la que se distribuyeron gran número de éstos por todas las galerías (espacios comunes: comedores, etc.). Además, la entrega de premios fue emitida por Canal Límite, seguida de la presentación, ahora individualizada y conjuntamente, de todo el equipo ya ubicado en el lugar en que habitualmente se va a desarrollar el programa, transmitiendo un mensaje en que se le daba una explicación corta de las distintas áreas de intervención por cada uno de los especialistas responsables de la ejecución de éstas y se anunciaban los días en que podrían acudir a pedirnos información individualizada en su galería.

121

B) INFORMACION ESCRITA:

a) *Carteles*: distribuyéndolos por todas las dependencias del Centro, insertando los días y horas en los que se podrían poner en contacto con los distintos subgrupos de profesionales, en el caso de que se hubiera suscitado su interés por una información más detallada y personalizada.

b) *Díptico*: que se les entregaría en las aulas culturales de cada galería (lugares de acceso libre para todos los internos) después de la información verbal. El mensaje que contiene: instar a «pensar, decidir y volver...» (siempre se ha utilizado, tanto en los carteles como en díptico, el mismo prototipo: «El vici» y «El salux» —diseñado por el psicólogo Angel Polo—, con el fin de conseguir una mayor identificación).

C) INFORMACION VERBAL: En las aulas culturales, manteniendo entrevistas individuales y en grupos reducidos, dando una información directa del programa.

2.1.B. Captación familiares

Al igual que en el punto anterior, la intervención se ha realizado a tres niveles:

a) Elaboración y distribución de *carteles* por todas las vías de acceso de éstos (recorrido de comunicaciones), en las que se señalaba el lugar y hora para solicitar información a las Asistentes Sociales.

b) *Tríptico*: explicando brevemente el programa y los distintos niveles de intervención, así como el papel de la familia en todo el proceso.

c) *Información verbal*: mediante entrevistas individuales mantenidas con la Asistente Social.

Los resultados de las campañas de captación y difusión han sido muy positivos, originando una demanda alta tanto por parte de internos como de familiares. (Impacto pendiente de evaluar; véase «EVALUACIÓN».)

2.1.C. *Funcionarios*

La información a los funcionarios de vigilancia y demás profesionales de la prisión la consideramos fundamental, ya que podíamos con ello conseguir la opinión personal de cada uno para la ejecución del programa, así como la iniciación de una actitud positiva frente al mismo. Para ello dimos los siguientes pasos:

a) Elaboración de un *tríptico* en el que, además de la presentación del equipo y del programa, lanzábamos orientaciones sobre la necesidad de participación de los diferentes profesionales (Equipo de Tratamiento, Funcionarios de vigilancia, Profesores de EGB, etc.) en el programa.

Dicho tríptico se unió a las fichas de entrada, para asegurar así que la información llegase a todo el colectivo de trabajadores.

b) Con los funcionarios de vigilancia que trabajarían directamente con el primer grupo de internos del programa se realizó una reunión con el fin de informar más a fondo de lo que era el programa y de plantearnos mutuamente las dificultades y los cambios regimentales que se podían dar para el buen desarrollo del mismo.

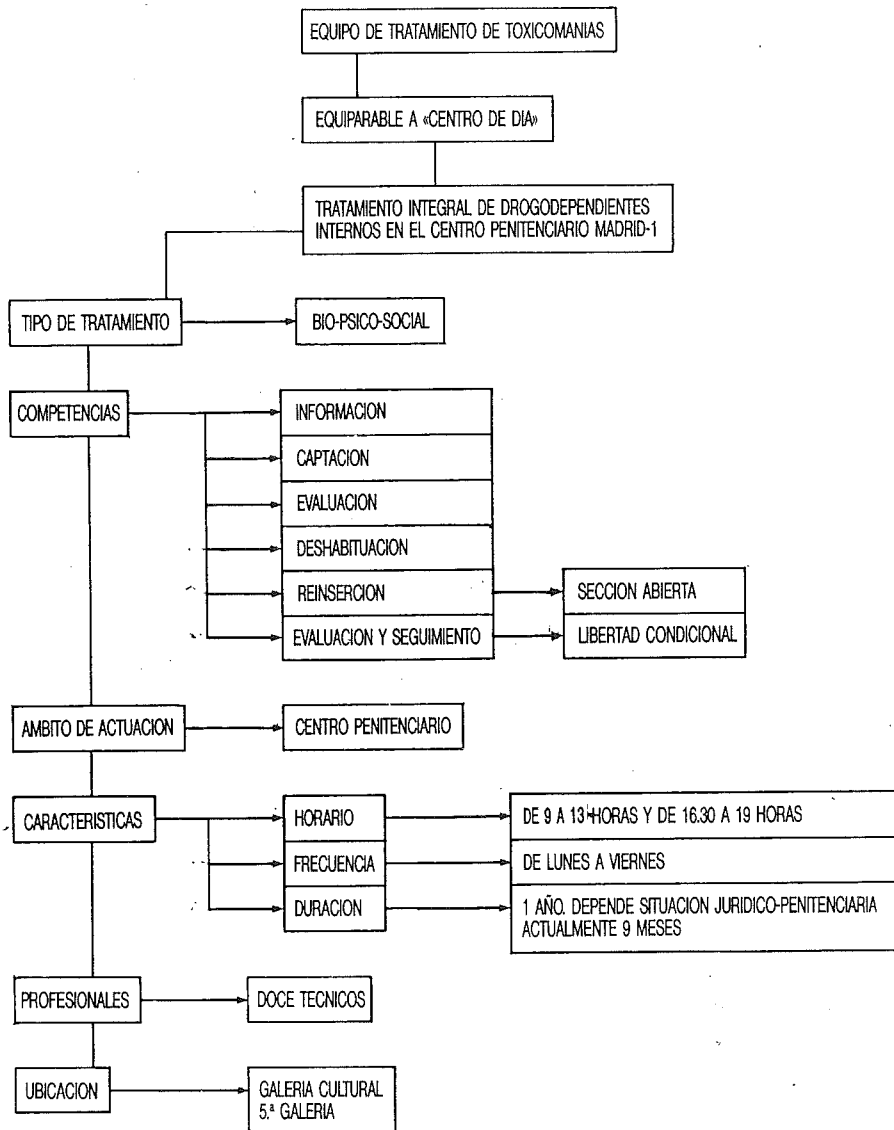
c) Se llevan a cabo encuentros personales con cada funcionario, con el fin de ir resolviendo las dificultades que en el día a día van surgiendo, dando a cada uno un papel protagonista en la solución del problema.

d) Elaboración de un registro de observación de conducta que les será entregado a finales de febrero (período en que se hará la valoración individualizada por todos los profesionales con el fin de determinar las estrategias terapéuticas en cada caso). Respecto al modo de hacer estos registros, se tiene previsto dar información por grupos reducidos (funcionarios de mañana y tarde).

3. MODELO DE INTERVENCION EQUIPARABLE A «CENTRO DE DIA»

Se trata de un programa específico de tratamiento integral dirigido a internos politoxi-cómanos penados y/o preventivos que pretende intervenir, en grupo/individualmente, a distintos niveles y que, por llevarse a cabo en un centro penitenciario (Madrid-1), sólo es equiparable a un centro de día en lo que a tipo de atención y horario se refiere. Con las limitaciones que del propio marco institucional se derivan y que más adelante comentaremos; habiendo por ello determinados objetivos generales y específicos que difieren de las características de un centro de este tipo (véase cuadro 1).

CUADRO 1



4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

4.1. Objetivos generales

A) Lograr mejoras parciales en relación con el consumo: abstinencia transitoria, disminución de la gravedad del consumo, vía de administración, tipo de droga, etc. Y, en el mejor de los casos, una extinción de la conducta adictiva.

B) Potenciación del desarrollo individual de conductas que impliquen una mejora de la calidad de vida.

C) Incidir en el entorno sociofamiliar para posibilitar la reordenación de la dinámica familiar y grupal, de modo que permita un contexto de control y apoyo.

D) Mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales penitenciarios con la red de Servicios Sociales Generales de Atención del plan municipal contra la droga, racionalizando los mismos.

E) Instrumentar la derivación a otros centros extrapenitenciarios de aquellos internos cuya situación jurídico-penitenciaria lo permita.

124 4.2. Objetivos específicos por áreas

PSICOLOGICA:

- A) Potenciación de la motivación.
- B) Conocimiento de actitudes y aptitudes.
- C) Identificación, análisis y modificación de pensamientos y conductas desadaptativas.
- D) Identificación, análisis y estudio de factores personales y sociales de riesgo.
- E) Prevención, análisis y tratamiento de recaídas.
- F) Adquisición y/o potenciación de habilidades sociales.
- G) Autocontrol.
- H) Planificación de objetivos y metas personales.
- I) Consecución del apoyo familiar y mejora de la comunicación entre sus miembros.

MEDICO-SANITARIA:

- A) Conocer la incidencia y prevalencia de patologías asociadas al consumo de drogas.
- B) Mejorar hábitos y conductas perjudiciales para la salud.
- C) Iniciar al usuario en prácticas de autocuidado y actividades de prevención.
- D) Averiguar si existe abstinencia a drogas a lo largo del programa y, caso de producirse consumo, determinar el tipo de tóxico.

SOCIAL:

- A) Informar y asesorar sobre las redes asistenciales y recursos existentes.
- B) Coordinación con recursos comunitarios, tanto públicos como privados.
- C) Reforzamiento de los vínculos y apoyo familiar.

SOCIOCULTURAL:

- A) Desarrollar habilidades manuales, sociales y personales.
- B) Potenciar la capacidad de análisis, autocrítica y participación social.
- C) Canalización de la agresividad a través del ejercicio físico.
- D) Trabajar la comunicación gestual, incidiendo en la desinhibición corporal y en la expresión de emociones.
- E) Desarrollar en el sujeto hábitos prevocacionales útiles en un futuro mundo laboral de cara a una reinserción.
- F) Crear hábitos intelectivos y de desarrollo personal, tales como lectura, diálogo, escucha.
- G) Elevar el nivel cultural de los internos.
- H) Motivar la búsqueda de recursos culturales y formativos.
 - I) Estructuración del ocio y tiempo libre.
 - J) Impulsar la creatividad e imaginación a través de actividades lúdicas.

5. POBLACION ATENDIDA

125

La hemos dividido en dos grupos (A, B), según criterios de: tiempo de estancia en el Centro Penitenciario, procedencia de otras instituciones, tipo de intervención y, por último, posibilidad de derivación a otros programas o centros extrapenitenciarios.

Conformando a partir del total de demandas una lista de admitidos y otra de espera, teniendo los de esta última prioridad para cubrir las bajas que pudieran surgir por libertad o incumplimiento de los compromisos contraídos al ingresar en el programa.

GRUPOS Y CRITERIOS DE SELECCION:

GRUPO A. Internos cuyo período de estancia sea inferior a seis meses.

- A1. Internos toxicómanos y/o politoxicómanos.
Asistencia voluntaria.
Motivación.
- A2. Procedentes de los CAD (Centros de Atención a Drogodependientes).
Mismas condiciones que A1.
Estancia mínima de 15 días en tratamiento o asistencia en los CAD.
Apoyo familiar y/o vínculos afectivos estables.
- A3. Procedentes de Juzgados de Plaza Castilla.
Mismas condiciones que A1.

GRUPO B. Internos con estancia superior a seis meses, preventivos o penados, y procedentes de CAD (ingresos y estables). Integrado por un número no superior a 60 y conformado a partir del total de demandas: lista de admitidos y lista de espera. Esta última lista es por libertad y/o por incumplimiento de los compromisos contraídos al ingresar en el programa.

Características generales:

- Toxicómanos y/o politoxicómanos.
- Asistencia voluntaria.
- Motivación.
- Aceptación de contrato terapéutico:
 - Individual.
 - Grupal.
- No padecimiento de trastornos psicopatológicos graves que exija derivación a centro asistencial.
- Edad 21-35 años.
- Se valorará positivamente la asistencia a programas de tratamiento.

Características penitenciarias:

- Tendrán preferencia los primarios y hasta tres ingresos, valorándose en cada caso actividad delictiva en general, fecha de reincidencia y actividad penitenciaria anterior y actual (excluyendo faltas por agresiones y valoración en tráfico y tenencia de drogas).
- No habrá exclusión por procedencia de galería.
- Incompatible con desempeño de destino.

Características familiares:

- Que residan en la Comunidad de Madrid.
- Que exista real apoyo familiar y comunicación asidua.
- Firma de contrato.
- Prioridad siempre que exista más de un miembro de la familia recluido, siempre que cumpla los demás criterios de selección.

5.1. Perfil jurídico-penitenciario

Obtenido a partir de un estudio descriptivo que corresponde a un trabajo de campo de febrero a noviembre de 1989.

La intencionalidad del mismo es la de configurar un perfil de los internos atendidos en el programa de tratamiento, utilizando como instrumento de recogida de datos el expediente y protocolo; para ello se ha trabajado con N=103.

A) *Jurídico*

1) Del mismo se ha obtenido que el 46% tienen antecedentes penales, no constando o careciendo de ellos el 54% restante.

2) Respecto al delito cometido, es significativo que el 86% de nuestros sujetos se encuentran en prisión por robo con intimidación y un 11% CSP, teniendo escasa incidencia otros como robo con fuerza (2%), robo con homicidio (1%) o contra la honestidad (1%).

3) Alcanzando un porcentaje del 67% los sujetos con un número de ingresos comprendido de 1 a 3 en concordancia con uno de los criterios de admisión (características penitenciarias); el 33% con un número de ingresos comprendidos entre 4 y más de 7, y que a pesar de tal criterio han sido admitidos, obedece a un flujo de sujetos (bien por demandas específicas del Centro, de Juez de Vigilancia, derivaciones de CAD y/o Juzgados Plaza Castilla, etc.) respecto al cual, por razones ajenas al programa, se ha considerado necesaria una mayor flexibilidad en la aplicación del mismo.

4) De ellos, el 68% son preventivos y el 32% penados, haciendo notar que el cambio de situación se ha ido produciendo en la mayoría de ellos durante su estancia en el programa.

5) En lo referente a las condenas impuestas a estos últimos, el 17% estaría comprendido en una duración de dos a cuatro años, el 10% de cinco a ocho años, descendiendo el porcentaje respecto a condenas de inferior/superior duración a las pautadas (de 9 a 12 años: 2%; más de 12: 4%). En el 64% no consta, ya que se trata de preventivos.

6) El 44% tiene el primer ingreso en prisión entre los 16-20 años, el 39% entre 21-25 años, y entre 26-30 el 15%, no siendo significativo en otros intervalos de edad. Porcentajes que correlacionan positivamente con la edad temprana de inicio de consumo y de abandono escolar.

B) *Penitenciario*

1) Sanciones: Se produce un incremento, aunque poco significativo, de las sanciones leves (del 1 al 5%) y graves (del 12 al 30%). Por incumplimiento de normas institucionales implícitas en aquellos internos que manifiestan un descenso en el nivel de prisionización, indicativo de una menor preocupación por el cumplimiento de normas de escasa importancia regimental y alejamiento de la dinámica carcelaria rutinaria. Así, el 84% de los internos que no tienen sanciones al inicio del programa desciende al final del mismo al 61%.

2) Beneficios: Se observa un incremento en el tanto por ciento de internos que con respecto al inicio tienen nota meritoria, pasando del 9 al 39% al final.

Lo mismo sucede respecto a la concesión de Redenciones Extraordinarias, que pasa del 2% al inicio al 22% al finalizar el mismo.

3) Clasificados: El 37% de la población atendida han sido clasificados: el 26% en segundo grado, el 11% en tercer grado, estando un 4% pendientes de clasificar y otro 4% mixtos (con causas preventivas pendientes y, por tanto, no clasificados).

4) Permisos: Han disfrutado de varios permisos ordinarios el 48% de internos clasificados, que con respecto a la muestra total supondría el 12%. De ellos, el 6% entre 1 y 2, el 2% entre 2 y 4, y el otro 2% entre 5 y 6 permisos.

5.2. Perfil psicológico

La población atendida, con una media de edad de 27,5 años, podríamos considerarla joven, con un Coeficiente de Inteligencia distribuido en torno a la media, pero con una desproporción cultural grande (76% de bajo nivel cultural y 24% de nivel cultural medio). Esto es lógico, por otra parte, debido a la temprana edad en el inicio del consumo y, por tanto, el abandono escolar.

Otro rasgo significativo sería el elevado índice de ansiedad al principio del tratamiento (Ansiedad Rasgo=65% por encima de la media), que baja significativamente en las fases más avanzadas del mismo.

128

De igual forma, factores tales como Ansiedad Social/Timidez y Retraimiento Social muestran un porcentaje elevado en las pruebas realizadas, lo que implica dificultades en las relaciones interpersonales.

6. ORGANIGRAMA DE PERSONAL. ESTRUCTURA E INTEGRACION FUNCIONAL DEL EQUIPO

PERSONAL QUE REALIZA EL PROGRAMA

Es un equipo interdisciplinar, compuesto por 14 personas, de las cuales tres están a tiempo parcial.

Al describir los roles profesionales planteamos los que el conjunto considera necesarios para un perfecto funcionamiento, ya que en la actualidad la carencia de 2-3 de ellos nos limita y dificulta enormemente la labor.

**ROLES PROFESIONALES, PERSONAL PROPIO O COLABORADOR
Y DEDICACION**

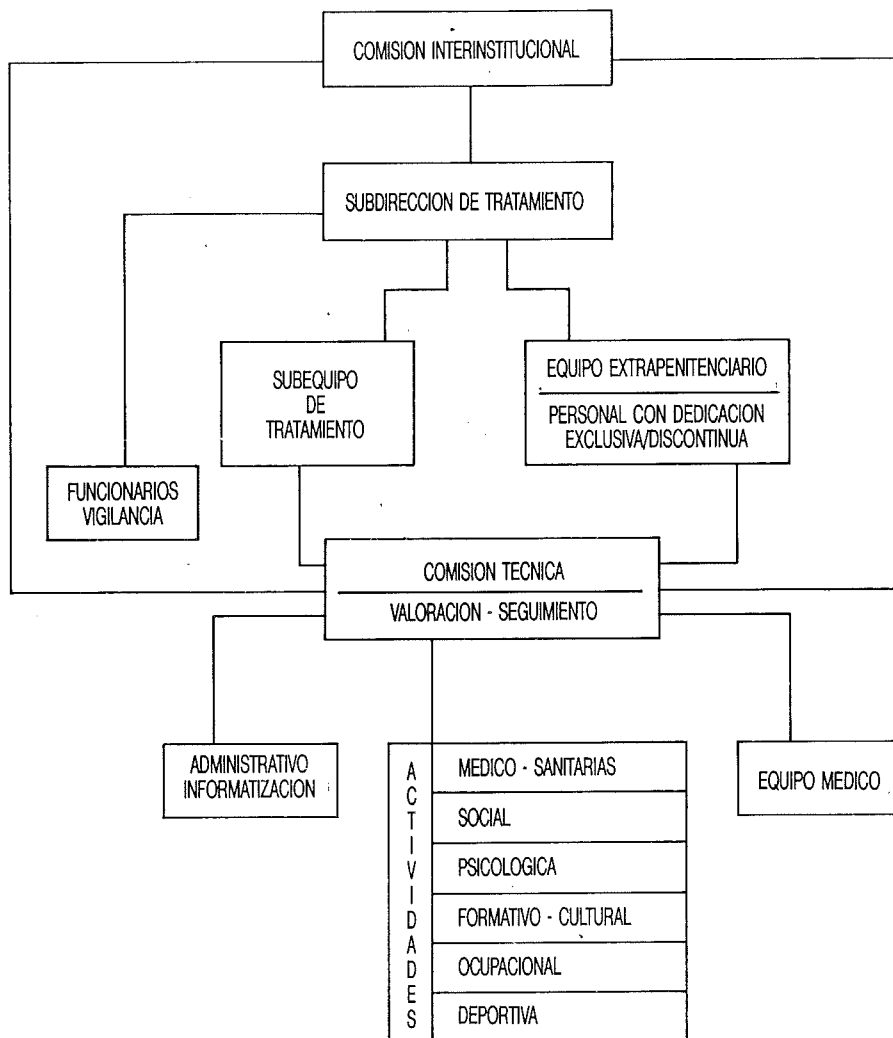
Roles	Centro Penit.	Empresa colab. (SIAD)
Psicólogos	Uno (tiempo total)	Dos (tiempo total)
Médico	—	Uno (tiempo total)
ATS	—	Dos (uno tiempo total, otro tiempo parcial)
Asistentes sociales	Uno (tiempo total)	Dos (tiempo total)
Animador sociocultural	—	Uno (tiempo total)
Terapeutas ocupacionales	—	Dos (tiempo total)
Maestro	Uno (tiempo total)	
Educador	Uno (tiempo parcial)	
Administrativo	—	Uno

129

Los dos roles que apuntamos a continuación se han estimado muy necesarios, haciendo en este sentido una demanda a la DGIP, pero hasta la fecha no se han integrado en el programa:

- Criminólogo.
- Sociólogo.

6.1. Organigrama de personal



130

DESARROLLO DEL ORGANIGRAMA

El plan supone en su realización un trabajo en equipo, sin establecer diferencias en cuanto a la planificación, ejecución y valoración del mismo. No obstante, debido al marco físico en que se encuadra éste —prisión— y distinta procedencia de los especialistas, se establecen funciones específicas, además de las propias de la especialidad, que obligan a los miembros del equipo del centro y, subsidiariamente, condicionan al equipo extrapenitenciario.

1) *Comisión Interinstitucional*

La Comisión Interinstitucional se formará salvaguardando las responsabilidades políticas inherentes a la puesta en marcha, continuidad y obtención de resultados del plan.

La misma tendrá capacidad decisoria en lo relativo a la gestión de personal, proponiendo las evaluaciones periódicas y finales que se determinen.

Las personas que formen parte de esta Comisión se designarán por las instituciones partícipes en el plan, si bien sugerimos que, por razones prácticas de eficacia, en los aspectos técnicos se delegue en los especialistas que, por su dedicación y situación técnico-administrativa, se considere oportuno.

La Comisión analizará la información —relativa al seguimiento y valoración del plan— que suministre la *Comisión Técnica de Valoración y Seguimiento*, estableciendo un canal de *feed-back* que posibilite las recomendaciones y/o modificaciones que para el desarrollo del programa se estimen necesarias.

2) *Subdirector de Tratamiento*

2.1) Tendrá una función de coordinación y organizativa, tanto del equipo del centro como del extrapenitenciario.

2.2) Además, será el canal a través del cual se elevarán todas las cuestiones relacionadas con el tratamiento que tengan implicaciones regimentales, como, por ejemplo, redenciones o refuerzos que supongan la concesión de beneficios penitenciarios: redenciones extraordinarias, notas meritorias, permisos terapéuticos... y/o, en su caso, sanciones disciplinarias, sobre las que resolverá el órgano rector del centro (Junta de Régimen y Administración).

2.3) Asumirá la supervisión de todo lo relacionado con el personal que integra los equipos que desarrollarán el programa (horarios, incumplimientos y todas aquellas cuestiones no relacionadas directamente con competencias profesionales o terapéuticas).

3) *Subequipo de Observación y Tratamiento*

Tendrán como funciones todas aquellas establecidas por el Reglamento Penitenciario para cada uno de los especialistas y como Órgano Colegiado (Equipo de Observación y Tratamiento), con independencia del resto de los miembros que integran el Equipo de Observación y Tratamiento General del centro; asumiendo las funciones de la Junta de Tratamiento en lo que respecta a la toma de acuerdos que afecten a los internos integrados en el programa.

Ello supondría, entre otras:

3.1) Acordar sobre la permanencia o progresión de los grados de Tratamiento Penitenciario*.

3.2) Acordar la clasificación inicial (destino a la galería)*.

3.3) Recoger, a través del jurista-criminólogo, datos sobre la situación jurídico-penal y penitenciaria.

3.4) Recibir los protocolos y documentación de los internos procedentes de otros centros que se integren en el programa.

4) *Equipo extrapenitenciario*

Desarrollarán, además de las funciones propias de sus especialidades, los informes y valoraciones que se determinen por la Comisión Técnica.

A nivel de personal, la dependencia orgánica será competencia del órgano correspondiente del Ayuntamiento, aunque la funcional dependerá del Subdirector de Tratamiento.

5) *Comisión Técnica*

Estará integrada por profesionales de ambos equipos que, por su trabajo en diferentes áreas de intervención y la funcionalidad de sus especialidades, se considere en el programa definitivo que son los más idóneos.

Esta Comisión asumirá las funciones, preferentemente, de coordinación, evaluación y seguimiento, proponiendo las posibles mejoras, reajustes, reorientaciones que el funcionamiento del plan demande en cada momento, y con el objetivo de una evaluación final. Para lo cual se ayudará de un diseño evaluativo específico que atienda al «proceso» y al «impacto» del programa.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Estas se han establecido por áreas (psicosocial, médico-sanitaria, sociocultural, educativa y social) con diferentes fases de intervención y distinta ubicación, y siempre en función de unos objetivos específicos previamente establecidos en cada una de las fases, utilizando para la consecución de los mismos una amplia gama de técnicas.

(Véanse cuadros 2 y 3.)

(*) Los informes y acuerdos del equipo mixto que necesiten, por normativa jurídica, elevarse a los Organos rectores de la Administración penitenciaria serán propuestos por el Equipo de Observación y Tratamiento, sin perjuicio de que su elaboración se realice indistintamente por miembros de los dos equipos.

1) *Comisión Interinstitucional*

La Comisión Interinstitucional se formará salvaguardando las responsabilidades políticas inherentes a la puesta en marcha, continuidad y obtención de resultados del plan.

La misma tendrá capacidad decisoria en lo relativo a la gestión de personal, proponiendo las evaluaciones periódicas y finales que se determinen.

Las personas que formen parte de esta Comisión se designarán por las instituciones partícipes en el plan, si bien sugerimos que, por razones prácticas de eficacia, en los aspectos técnicos se delegue en los especialistas que, por su dedicación y situación técnico-administrativa, se considere oportuno.

La Comisión analizará la información —relativa al seguimiento y valoración del plan— que suministre la *Comisión Técnica de Valoración y Seguimiento*, estableciendo un canal de *feed-back* que posibilite las recomendaciones y/o modificaciones que para el desarrollo del programa se estimen necesarias.

2) *Subdirector de Tratamiento*

2.1) Tendrá una función de coordinación y organizativa, tanto del equipo del centro como del extrapenitenciario.

2.2) Además, será el canal a través del cual se elevarán todas las cuestiones relacionadas con el tratamiento que tengan implicaciones regimentales, como, por ejemplo, recompensas o refuerzos que supongan la concesión de beneficios penitenciarios: redenciones extraordinarias, notas meritorias, permisos terapéuticos... y/o, en su caso, sanciones disciplinarias, sobre las que resolverá el órgano rector del centro (Junta de Régimen y Administración).

2.3) Asumirá la supervisión de todo lo relacionado con el personal que integra los equipos que desarrollarán el programa (horarios, incumplimientos y todas aquellas cuestiones no relacionadas directamente con competencias profesionales o terapéuticas).

3) *Subequipo de Observación y Tratamiento*

Tendrán como funciones todas aquellas establecidas por el Reglamento Penitenciario para cada uno de los especialistas y como Órgano Colegiado (Equipo de Observación y Tratamiento), con independencia del resto de los miembros que integran el Equipo de Observación y Tratamiento General del centro; asumiendo las funciones de la Junta de Tratamiento en lo que respecta a la toma de acuerdos que afecten a los internos integrados en el programa.

Ello supondría, entre otras:

3.1) Acordar sobre la permanencia o progresión de los grados de Tratamiento Penitenciario*.

3.2) Acordar la clasificación inicial (destino a la galería)*.

3.3) Recoger, a través del jurista-criminólogo, datos sobre la situación jurídico-penal y penitenciaria.

3.4) Recibir los protocolos y documentación de los internos procedentes de otros centros que se integren en el programa.

4) *Equipo extrapenitenciario*

Desarrollarán, además de las funciones propias de sus especialidades, los informes y valoraciones que se determinen por la Comisión Técnica.

A nivel de personal, la dependencia orgánica será competencia del órgano correspondiente del Ayuntamiento, aunque la funcional dependerá del Subdirector de Tratamiento.

5) *Comisión Técnica*

Estará integrada por profesionales de ambos equipos que, por su trabajo en diferentes áreas de intervención y la funcionalidad de sus especialidades, se considere en el programa definitivo que son los más idóneos.

Esta Comisión asumirá las funciones, preferentemente, de coordinación, evaluación y seguimiento, proponiendo las posibles mejoras, reajustes, reorientaciones que el funcionamiento del plan demande en cada momento, y con el objetivo de una evaluación final. Para lo cual se ayudará de un diseño evaluativo específico que atienda al «proceso» y al «impacto» del programa.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Estas se han establecido por áreas (psicosocial, médico-sanitaria, sociocultural, educativa y social) con diferentes fases de intervención y distinta ubicación, y siempre en función de unos objetivos específicos previamente establecidos en cada una de las fases, utilizando para la consecución de los mismos una amplia gama de técnicas.

(Véanse cuadros 2 y 3.)

(*) Los informes y acuerdos del equipo mixto que necesiten, por normativa jurídica, elevarse a los Organos rectores de la Administración penitenciaria serán propuestos por el Equipo de Observación y Tratamiento, sin perjuicio de que su elaboración se realice indistintamente por miembros de los dos equipos.

CUADRO 2

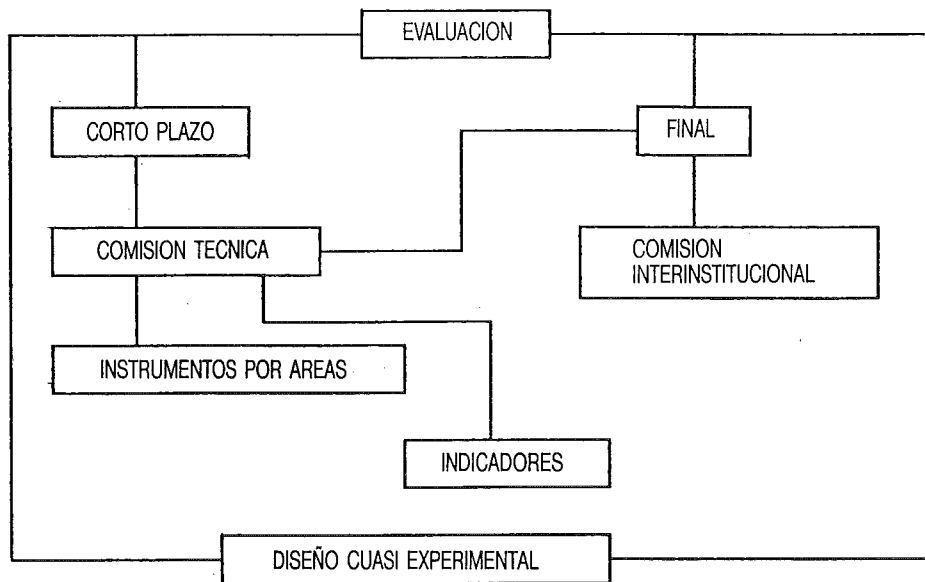
FASES	OBJETIVOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS	UBICACION
INTEGRACION EQUIPO (INICIO: MES ENERO)	<ul style="list-style-type: none"> - CAPTACION - INFORMACION - FIJACION: OBJETIVOS, AREAS, ESTRATEGIAS, TEMPORALIZACION, INSTRUMENTOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - ANALISIS DE LA REALIDAD. 	<ul style="list-style-type: none"> - REUNIONES AMBOS EQUIPOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - CENTRO PENITENCIARIO.
1. ^a Y 2. ^a FASE FEBRERO-MARZO <ul style="list-style-type: none"> - MOTIVACION - INTEGRACION GRUPO 	<ul style="list-style-type: none"> - POTENCIACION DE LA MOTIVACION Y ASUNCION PROGRAMA. - CONOCIMIENTO DE ACTITUDES Y APTITUDES. - ESTABLECIMIENTO LINEA BASE. - ANALISIS FUNCIONAL CONSUMO, NIVEL DE SALUD, CULTURAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - COGNITIVO-CONDUCTUALES INDIVIDUALES Y GRUPALES (REFUERZO + Y MODELADO). - EVALUATIVAS. - OBSERVACION. 	<ul style="list-style-type: none"> - REGISTROS. - AUTOINFORMES. - ENCUESTAS. - FICHAS/PROTOCOLO. - TESTS. - ENTREVISTAS. - H^o CLINICA TOXICOLOGICA. - CONTRATO TERAP. Y FAMILIAR. 	<ul style="list-style-type: none"> - CENTRO PENITENCIARIO (3^a PLANTA GALERIA CULTURAL)
3. ^a FASE (MEDIO PLAZO) ABRIL-JUNIO <ul style="list-style-type: none"> - TRATAMIENTO Y DERIVACIONES - RECURSOS INTERNOS - CENTRO PENITENCIARIO 	<ul style="list-style-type: none"> - IDENTIFICACION Y MODIFICACION DE PENSAMIENTO Y CONDUCTAS DESADAPTATIVAS. - IDENTIFICACION Y ANALISIS DE FACTORES PERSONALES Y SOCIALES DE RIESGO. - PREVENCIÓN Y ANALISIS DE RECAIDAS. - ADQUISICION O POTENCIACION DE H.S. - CONOCIMIENTO/TRATAMIENTO - PATOLOGIAS ASOCIADAS. - PRACTICAS AUTOCUIDADO. - PERIODOS DE ABSTINENCIA CONTINUADA. - AUTOCONTROL - PLANIFICACION OBJETIVOS PERSONALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - COGNITIVO-CONDUCTUALES INDIVIDUALES Y GRUPALES (REFUERZO + MODELADO, CONTRACONDICIONAMIENTO, ETC.). - DETECCION CREENCIAS IRRACIONALES. - DISCUSION DE PENSAMIENTOS Y EMOCIONES ALTERNATIVAS. - RELAJACION. - BUSQUEDA SOLUCIONES Y RESPUESTAS ALTERNATIVAS. - ROLE PLAYING. - TERAPIAS INDIVIDUALES Y DE GRUPO. - REUNIONES CON RESPONSABLES DE C.A.D. - TERAPIA FAMILIAR. 	<ul style="list-style-type: none"> - ANALITICAS. - TEST MODIFICACION DE ACTITUDES RESPECTO AL PROPIO CUERPO. - ENCUESTAS. - FICHAS. - DISENOS DE PROGRAMAS DE SALUD ALTERNATIVOS. - TESTS (2.^a/3.^a FASE). - RELAJACION - AUTOEXPLORACION. - VIDEOS. - PERIODICOS. - EXPRESION CORPORAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - CENTRO PENITENCIARIO. - C.A.D. - COMUNIDAD TERAPEUTICA - CENTRO DE DIA. - TALLERES Y RECURSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO. - ENTORNO SOCIO-FAMILIAR DISFRUTE DE PERMISOS.

CUADRO 3

FASES	OBJETIVOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS	UBICACION
3.ª FASE MEDIO PLAZO	<ul style="list-style-type: none"> — INCIDIR EN EL ENTORNO FAMILIAR. — ESTRUCTURACION DE OCIO — ELEVACION NIVEL CULTURAL — DESHINIBICION CORPORAL. 	<ul style="list-style-type: none"> — PRUEBAS DE CLASIFICACION ESCOLAR 		
4.ª FASE JUNIO-DICIEMBRE LARGO PLAZO — PROGRAMA DE COMPETENCIA SOCIAL — DERIVACION RECURSOS EXTERNOS.	<ul style="list-style-type: none"> — CONSOLIDACION HABITOS SALUD; ENTORNO FAMILIAR. — ABSTINENCIA. — AUTOCONTROL — PLANIFICACION DE OBJETIVOS Y METAS PERSONALES. — DECISION Y SOLUCION DE PROBLEMAS. — FORMACION Y ORIENTACION LABORAL — PROGRAMA DE COMPETENCIA SOCIAL (ENTREVISTA DE TRABAJO, BUSQUEDA DE EMPLEO, ETC.). 	<ul style="list-style-type: none"> — OBSERVACION. — AUTOOBSERVACION. — AUTOINFORME. — SEGUIMIENTO. — ELABORACION DE MAPAS. — COGNITIVO-CONDUCTUALES: <ul style="list-style-type: none"> ● TERAPIA INDIVIDUAL ● TERAPIA DE GRUPO. ● TERAPIA FAMILIAR. 	<ul style="list-style-type: none"> — AUTOREGISTROS. — GESTIONES DE CENTROS CULTURALES, POLIDEPORTIVO. — ANALITICAS. — ROLE-PLAYING. 	<ul style="list-style-type: none"> — CENTRO PENITENCIARIO. — ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL DISFRUTE DE PERMISOS. — SECCION ABIERTA (TERCER GRADO). — BARRIO. — TRABAJO. — CURSOS INEM. — CENTROS ESCOLARES: <ul style="list-style-type: none"> ● C.E.A.S. ● IN.BAD. ● U.N.E.D.
5.ª FASE LARGO PLAZO. — LIBERTAD CONDICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> — INTEGRACION: <ul style="list-style-type: none"> ● FAMILIA. ● LABORAL ● BARRIO. 	<ul style="list-style-type: none"> — TERAPIAS DE GRUPO. — TERAPIA FAMILIAR (SOLO AL INICIO). — SEGUIMIENTO. 	<ul style="list-style-type: none"> — ENTREVISTAS. — REUNION CON FAMILIA. 	<ul style="list-style-type: none"> — ENTORNO FAMILIAR. — BARRIO. — TRABAJO. — CAS. J.º V.ª

7. EVALUACION

Diseño cuasiexperimental:



135

7.1. Mecanismos previstos para llevarla a cabo

Al diseñar el programa se hicieron previsiones de:

- 1) Evaluación a corto plazo.
- 2) Evaluación final.

Evaluación a corto plazo

La primera consiste en llevar a cabo un control y seguimiento de la ejecución y responsables de cada una de las áreas.

Para ello se creó un órgano —Comisión Técnica— (véase organigrama de personal) integrado por dos miembros, uno del equipo penitenciario y otro del extrapenitenciario, y entre sus funciones estaba la de ir recogiendo información semanal de cada una de las áreas, así como las de coordinación, evaluación y seguimiento a corto plazo, con el objetivo de ir proponiendo las posibles mejoras, reajustes y reorientaciones que el funcionamiento del plan demandara en cada momento y que, al mismo tiempo, fuera útil para una evaluación final. Ayudándose para ello de un diseño evaluativo específico que atienda al proceso y al impacto del programa.

Para llevar a efecto esta labor con mayor fluidez sería necesaria una persona integrada en el equipo, con una función exclusivamente evaluativa (considerando ideal para este rol un sociólogo, como estaba previsto).

Evaluación final

Se va a llevar a cabo por una doble vía. La primera por parte del equipo de intervención y la segunda por una Comisión interinstitucional (véase organigrama de personal).

Por lo que respecta a nuestro equipo, se ha previsto la siguiente metodología.

7.2. Instrumentos evaluativos (por áreas)

A) Psicosocial

Hemos realizado un diseño cuasi experimental, consistente en un grupo de tratamiento y un grupo de control (formado por internos que están en la lista de espera), a los que se han pasado diferentes tests y escalas, pretendiéndose determinar si se cubren los objetivos y se producen las modificaciones previstas:

- STAI (escala de ansiedad).
- 16 PF (cuestionario de personalidad).
- Escala de adaptación familiar (FES).
- Escala de adaptación institucional (CIES).
- Entrevista.
- Encuestas.
- Escala de aptitudes (BAS 3).
- Líneas base.
- Registro de adquisición de conductas adaptativas y habilidades sociales objetivables.
- Autorregistros.
- Autoinformes.

B) Médico-sanitaria

- Encuestas.
- Test de modificación de actitudes respecto al propio cuerpo.
- Entrevista.
- Reconocimientos.
- Fichas de consumo.
- Registro de conocimientos adquiridos.

C) Sociocultural-educativa

- Encuestas.
- Tests.
- Exámenes.
- Registro de actividades (olimpiadas, exposiciones, vídeos, obras de teatro, concursos, etc.).

D) *Social*

- Registro de demandas.
- Registro de derivaciones.
- Informes de seguimiento.
- Entrevista.

7.3. **Indicadores**

Número total de altas:	Admisiones
Número total de altas (valoración global del tratamiento)	Expulsiones definitivas Expulsiones temporales Libertades Traslados Abandonos voluntarios
Número total de derivaciones:	Talleres Recursos del Centro Penitenciario CAD CT Otros recursos
Seguimientos:	24 de 36 bajas
Períodos mínimo y máximo de permanencia en ETT.	
Níveis de consumo:	C. O. realizados Abstinencia Recaídas (1, 2, 3) Sustancia mayor consumo Período mayor recaída
Ansiedad E/R:	Pase 1.º - Inicio Pase 2.º - 5 meses Pase 3.º - 9 meses
Factores inhibidores de la adaptación social:	Ansiedad social/timidez Retraimiento social
Número internos según fases.	
Permisos disfrutados y progresiones.	
Número total de demandas:	Lista de espera Atendidos

7.4. Interpretación evaluativa

Realizada a partir de los indicadores detallados en el punto anterior y con el fin de introducir las mejoras, reajustes y reorientaciones que el funcionamiento del programa ha ido demandando en cada momento.

1) Valoración global del tratamiento

Se ha realizado un estudio comparativo entre los períodos de febrero-junio/julio-noviembre, pudiéndose apreciar a través del mismo que el número de internos atendidos se ha incrementado en un 50% (pasando de 45 internos a una población de 103), aspecto que debería reflejarse en el porcentaje de admisiones y que gráficamente no destaca debido a que éstas se han producido en la segunda quincena de junio y ello ha originado un solapamiento entre ambos períodos.

Las propuestas de clasificación en segundo grado se han incrementado de un 2 a un 14% y en tercer grado a un 1% (ello en lo que respecta a clasificación inicial); sin embargo, han pasado a un 5% los internos que han sido progresados de grado, siendo ello indicativo de una evaluación favorable.

Respecto a las libertades, han pasado de un 5 a un 17%, implicando ello una mayor movilidad de parte de la población atendida.

Abandonos voluntarios a un 2% en el segundo período.

Expulsiones definitivas se puede observar cómo pasan de ser inexistentes en el primer período a un 16% sobre la población atendida. Haciendo un análisis de las causas, el porcentaje total queda distribuido como sigue:

- Por cuarta recaída: 14% (refiriéndose al cuarto consumo, después de haberse tratado tres recaídas).
- Incidencias regimentales constitutivas de faltas graves: un 2%.

Expulsiones temporales: pasan de un 6 a un 12%, de las que el 7% tienen su origen en la tercera recaída y el 5% son debidas a conductas de falta de respeto hacia otros compañeros y/o terapeutas, incumplimiento de normas, etc.

Permisos favorables: sufren un incremento en la segunda fase y se produce el efecto contrario respecto a los informados desfavorablemente, que alcanzan un mayor número en la primera fase, sin que la diferencia llegue a ser significativa; incidiendo en esta variabilidad el hecho de que en este período el número de internos que reunían los requisitos jurídicos era menor, además de haber un mayor porcentaje de internos en primera y segunda fase de tratamiento.

2) Número total de bajas

Ascienden a 36 casos. De ellos se ha hecho seguimiento de 24 (67% de los casos) y no se ha realizado sobre 12 (33% de los casos).

El 14% de los casos seguidos han sido derivados: 2% a talleres, 4% a recursos del Centro Penitenciario, 4% a CAD (Tetuán, Vallecas, Villaverde, Arganzuela), 2% a C. Terapéuticos y otro 2% a otros recursos.

De los 24 casos:

- Siete consumen, manifestando un cambio en la vía de administración, pasando a otra menos lesiva (de intravenosa a fumada/esnifada).
- Dos se mantienen abstinentes, llevando una actividad laboral normalizada.
- Quince sobre los que no hay datos fiables respecto al consumo.

3) Período mínimo y máximo de permanencia en el programa

Permanencia	Personas	Porcentaje
Con menos de 15 días	17	15
De 1 a 15 días	6	5
19 días	1	1
1 mes	17	15
2 meses	10	9
3 meses	8	7
3 meses y medio	1	1
4 meses	17	15
5 meses	1	1
6 meses	3	3
7 meses	11	10
8 meses	1	1
9 meses	20	17
TOTAL	115	100

139

El 17% ha estado el período máximo de permanencia (nueve meses), encontrándose en esta frecuencia los sujetos que se mantienen abstinentes desde el inicio del programa (abstinencia prolongada sin recaídas), y que ascienden al 18% de la población atendida.

4) Niveles de consumo

- 4.1) Controles de orina realizados.
- 4.2) Período de abstinencia desde el comienzo.

- 4.3) Porcentaje de consumos y distribución de éstos (una, dos, tres recaídas).
4.4) Sustancias de mayor consumo.

A) *Cómputo global de los indicadores:*

- Analíticas realizadas.
- Resultados negativos.
- Resultados positivos.
- Resultados con una recaída.
- Resultados con dos recaídas.
- Resultados con tres recaídas.

Al hacer un análisis de los controles de orina realizados por meses y comparativo entre ambas fases (febrero-junio/julio-noviembre), no se encuentra variabilidad significativa en el porcentaje de resultados negativos, que alcanza el 89% en el último, frente al 86% correspondiente a la primera etapa; alcanzando los positivos el 14% al inicio, superior en un 3% al porcentaje obtenido en noviembre (11%). Otro dato digno de reseñar es que el mes de mayor incidencia de recaídas ha sido agosto, con un 45% (encontrándose la mayor incidencia de expulsiones definitivas en septiembre).

A la vista de la tabla de indicadores de consumo, podemos concluir que las variables que han incidido en este incremento de recaídas son las siguientes:

140

- 1.^a Se ejerció menor control externo sobre la población.
- 2.^a Coincide con un período de descanso vacacional de los profesionales (sólo tercera parte del equipo).
- 3.^a Mayor tiempo de ocio al suspender las actividades de la tarde por falta de recursos humanos.
- 4.^a Coincidente con un incremento de la población (masificación) debido a cierre de juzgados.
- 5.^a Mayor incertidumbre y carencia de información acerca de la situación jurídica, por inactividad de los juzgados.
- 6.^a Descenso de las comunicaciones con los familiares (en la mayoría de los casos, ausencia de éstas).

Sobre estas variables se va a intervenir en fechas semejantes del año en curso, para posteriormente evaluar (constituyendo éstas, hipótesis de trabajo).

B) *Cómputo parcial de los indicadores:*

Gracias a él hemos podido hallar consumos no sólo de heroína, sino también de cocaína y anfetaminas, con un incremento también significativo (18%) en el consumo de heroína en el mes de agosto.

Respecto a las otras dos sustancias, de 353 controles analizados, elegidos al azar, han resultado 13 positivos a cocaína y dos a anfetaminas.

El porcentaje de abstinentes oscila entre el 69 y el 84%, exceptuando el mes de agosto, en que éste desciende al 54%.

5) *Indicadores psicológicos*

5.1) *Ansiedad estado/rasgo:*

Con el fin de realizar una evaluación del nivel de ansiedad en las distintas fases de tratamiento se han realizado tres pases:

- 1.º Preintervención: inicio tratamiento.
- 2.º Postintervención: cinco meses.
- 3.º Postintervención: nueve meses.

Obteniéndose los siguientes resultados:

En el primer pase los dos indicadores están por debajo de la media. Es significativo, sobre todo, el nivel en rasgo, que alcanza un porcentaje del 65%.

En el segundo pase A/Estado las puntuaciones obtenidas, en la media y por debajo de la media, aumentan hasta el 80%, y disminuye también el nivel de A/Rasgo, situándose en un 51% por encima de la media.

En el tercer pase, tanto la A/E como A/R disminuyen muy significativamente. Situándose la primera en la media y por debajo de la media en un 76% de la población atendida, y la segunda en un 82% en iguales condiciones.

De todo ello puede deducirse la disminución del nivel de ansiedad conforma se avanza en el tratamiento (postintervención).

5.2) *Factores inhibidores de la adaptación social:*

Utilizando la misma metodología, se han obtenido los siguientes resultados:

Ansiedad social/timidez.—Primer pase: se sitúa el 56% en la media y por debajo de ella, al igual que en el segundo pase. Mientras que en el tercero este porcentaje aumenta hasta el 75%, lo que implica una reducción de este factor y, en consecuencia, una mejora de la capacidad para mantener relaciones con el grupo.

Retraimiento social.—Primer pase: el 60% de los sujetos se encuentran por encima de la media.

Segundo pase: el porcentaje desciende al 53%.

Tercer pase: el porcentaje se sitúa en el 56%, en su totalidad, pero se produce un desplazamiento significativo a un intervalo menor y, por tanto, a su acercamiento a la media.

Este fenómeno, de escasa significación a nivel global, podría interpretarse en función de la composición del grupo, dado que estos sujetos que están desde el inicio en el programa pueden ver como factor de riesgo la integración de nuevos internos en fases menos avanzadas.

6) *Distribución de los internos atendidos según fases*

Primera fase	42%
Segunda fase	28%
Tercera fase	17%
Cuarta fase	14%
Quinta fase	Actualmente, 2%

N=103

Los 11 sujetos sobre el N total que se está manejando habitualmente y que aparecen aquí reflejados corresponden a gente que ha ingresado en el programa pero, por diferentes causas, ha abandonado el mismo.

Como es lógico, el mayor número de internos permanecen en la primera fase del programa (42%) porque en ella se incluyen, además de los internos de reciente incorporación, regresiones, expulsiones, traslados, etc., y los 11 sujetos que han tenido un mínimo período de permanencia.

En segunda (28%) y tercera (17%) fases aparece el grueso de sujetos que correspondería al nivel medio de tratamiento.

En cuarta fase (14%) aparece el grupo más avanzado, que forma parte del 18% que se mantiene abstinerente desde el inicio del tratamiento.

En quinta fase no aparece ningún sujeto, por ser la de libertad condicional y no contar con ningún interno que estuviera en esta situación penitenciaria en el momento de hacer la evaluación. Actualmente contamos con dos internos en esta fase.

7) *Permisos disfrutados*

Sobre 25 penados, ha habido un 48% de internos que han disfrutado de varios permisos, que respecto al N total supone un 12%.

8) *Progresiones de grado*

Ascienden al 5% que corresponden a la fase más avanzada del programa.

Esto corresponde a sujetos que cumplen los requisitos jurídico-penitenciarios (18%) y que han manifestado una evolución favorable.

9) *Número total de demandas*

En atención	103
Eliminados por no cumplir requisitos	99
Llamados y en conducción	24
Expulsados	2
En libertad	14
Por traslados a otros centros	2
En lista de espera	105
TOTAL	349

Del total de demandas recibidas (349) se atiende a un total de 103 internos; el resto se distribuye como se hace constar en los datos reflejados anteriormente. Dándose casos de bajas por: conducciones (cuando se ha llamado al interno para que entrara en el Programa de Tratamiento ya había sido trasladado a otro Centro Penitenciario), libertad, por no cumplir requisitos, etc., quedando un total de 105 internos que en la actualidad se encuentran en lista de espera. Esta lista no está cerrada, ya que siguen recibiendo demandas continuamente.

Atendidos con respecto a la población media total del centro:

143

Después de un año de funcionamiento y tras una evaluación de la intervención sobre los sujetos de centro de día, el equipo ha estimado que con el programa de tratamiento se han conseguido los objetivos previstos *a priori*, si bien, por razones obvias, coste-eficacia, también se ha constatado la necesidad de llegar a un mayor número de la población interna en este Centro Penitenciario. Dando al mismo tiempo, con este nuevo planteamiento, respuesta a las exigencias que por parte de las instituciones se vienen formulando.

Como quiera que las posibilidades de actuación se ven limitadas por el número de profesionales (que continúa siendo el mismo), nos vemos obligados a reducir y limitar a largo plazo el número de internos que acogemos en el centro de día.

Esta limitación tendrá como contrapartida la dedicación a prestar un tipo de atención más de tipo inespecífico dirigida a toda la población y en colaboración con el resto de los profesionales del centro. Por lo que la intervención, en cuyo diseño ya estamos trabajando, tendrá objetivos menos maximalistas que los pretendidos en el «centro de día», aunque con un ámbito de actuación más amplio.



J. Ignacio Bermúdez Fernández*

Drogodependencias e institución penitenciaria. Modelos de intervención. Módulos en régimen de comunidad terapéutica

I. MEDIO PENITENCIARIO E INTERVENCIÓN

Aun con fuertes limitaciones, el medio penitenciario se nos presenta como susceptible de ofrecer al interno-toxicómano alguna posibilidad de intervención terapéutica, afirmación que debe tomarse en su sentido literal y sin ánimo provocativo alguno.

La realidad penitenciaria actual, por lo que a recursos humanos se refiere, sin ser en absoluto suficiente, ha mejorado sensiblemente respecto a tiempos no muy pretéritos, alcanzándose en poco tiempo un cierto nivel en la oferta de personal cualificado para la atención del conjunto de necesidades derivadas de la marginalidad que normalmente acompaña la práctica toxicómana.

Sobre esta base, y confirmando el hecho de que el ingreso en prisión de un toxicómano puede suponer para él un «punto de inflexión», un tocar fondo personal, un punto y aparte de antemano como posible tiempo terapéutico, en mayor medida si consideramos que la voluntad del interno NO es tomada en consideración en este momento y que ello supone una disponibilidad que no existiría en otros supuestos.

Hablamos, por supuesto, de aquellos casos clínicos, en absoluto infrecuentes, en los que la voluntad personal se halla totalmente superada y la no intervención siquiera obligatoria mediante intervención judicial, conllevaría un agravamiento de la ya delicada situación toxicómana con consecuencias imprevisibles a todos los niveles. Supuestos que, como señalamos, abarcan un porcentaje muy elevado de entre el total de personas afectadas de la problemática que nos ocupa. Otro tratamiento merecerían aquellos otros casos en los que la persona conserva cierta capacidad de criterio y de discernimiento que le permite tomar alguna decisión tratamental, aun cuando ésta sea ocasional y se encuentre afectada de continuos altibajos e interrupciones.

Aceptar que esto puede ser así —que dentro del colectivo de enfermos toxicómanos existe un porcentaje elevado de personas afectadas de una carencia absoluta de voluntad de superación personal—, lejos de ser una visión catastrofista, debería considerarse, a juicio de quien suscribe, un planteamiento realista confrontado y contrastado diariamente en una práctica profesional que ha supuesto experiencias y resultados diversos.

(*) Psicólogo. Director del Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Orense).

En este nivel de reflexión se podría decir que dentro del colectivo toxicómano hay personas a quienes la estancia en prisión, lejos de constituirse en una dificultad más, insalvable para su proceso de recuperación personal, se define por todo lo contrario, a saber: una oportunidad de iniciar dicho proceso. Afirmación que admito digna de estudio y contraste, pero que, como señalaba, se puede constatar en un importante número de experiencias personales que tienen nombre y apellidos.

Y ello es así porque la estancia en prisión supone, para un elevado número de toxicómanos, la oferta de una situación que se caracterizaría por las siguientes variables ambientales:

— Interrupción del consumo. El ingreso en prisión se acompaña ineludiblemente de un obligado cambio en las pautas de consumo. Se podría definir como un factor desestabilizador del mismo, del que se pueden derivar consecuencias de todo signo que habría que rentabilizar convenientemente.

— Se produce, por tanto, una limitación en dicho consumo. Admitir que en los Centros Penitenciarios se introduce droga, y que por lo tanto la misma es objeto de tráfico, es una afirmación que debe considerarse prudentemente por lo que se refiere a los ya citados parámetros de calidad/cantidad de las sustancias que finalmente se introducen, a pesar de los controles que se puedan establecer. A pesar de todos los pesares, el ingreso y la estancia en prisión suponen una fuerte limitación y contención del consumo de tóxicos. En este sentido, la contención en la oferta y disponibilidad final de sustancias se nos presenta como uno de los escasos aspectos positivos que tiene la estancia en prisión y que es preciso aprovechar.

146

La limitación de la oferta, la escasez de sustancias de calidad, lleva al interno toxicómano a una búsqueda de sustitutivos que, si bien se puede referir exclusivamente a otro tipo de sustancias —el llamado «pastilleo»—, también puede derivarse hacia actividades de entretenimiento y despiste de la necesidad padecida. No podemos olvidar que el 60% de las sustancias decomisadas a los internos —índice bastante aproximado del tipo de consumo habitual— son sustancias psicofármacos, sustancias claramente sustitutorias de aquellas que realmente interesan al interno y de las que muestra un determinado nivel de dependencia.

Sin ser un factor altamente positivo —la búsqueda imperiosa, en algunos casos, de sustitutivos—, sí es digno de estudios y consideración por lo que puede significar en la comprensión de la verdadera entidad de la toxicomanía padecida por la persona.

— La oferta de una cierta calidad de vida que, en numerosos casos, supone el acceso a una serie de servicios asistenciales de los que carecen en su ambiente más cercano. En este sentido, la exigencia de cumplimiento de un horario no especialmente rígido, en el que se alternan tiempo de asueto con tiempo de actividades de muy diferente signo (limpieza, ocupacionales, formativas, deportivas, mantenimiento, etc.) permiten al interno disfrutar de un régimen que puede denominarse «*terapéutico*». El interno toxicómano, al contrario de lo que es norma en su hábitat en libertad, accede a un servicio sanitario más que aceptable, mantiene un horario y dietas de alimentación regulares, disfruta igualmente de horas de descanso suficientes, etc., de manera que, sin proponérselo, se ve inmerso en un régimen de vida de cierta calidad.

Todo ello no debe entenderse en absoluto como «paradisíaco»; existen serias limitaciones y barreras ambientales, personales y de todo tipo que interfieren sobremanera en una realidad que se sabe llena de tensión y dificultades de todo tipo. Más bien al contrario, se trataría de procurar la máxima rentabilidad posible a una circunstancia final como es la de la reclusión. Maximizar y optimizar los recursos, sin perder por ello la perspectiva obligada cuando del tratamiento rehabilitador de personas toxicómanas se trata.

En este sentido, lo hasta aquí reseñado se resumiría en la consideración de que si bien los Centros Penitenciarios no son, por razones obvias, el mejor de los ambientes terapéuticos posibles, tampoco son en absoluto el peor. O, dicho de otra forma: «... el que en la prisión se pueda y se deba actuar, está muy lejos de querer decir que sea el sitio idóneo para la actuación».

«La intervención terapéutica en la Institución Penitenciaria tiene unos condicionantes, a veces insalvables, pero lo que también es cierto y posible es el aprovechamiento de la estancia en prisión para, desde una plataforma de abstinencias forzadas, posibilitar el trabajar abiertamente en favorecer la mentalización de los internos acerca del sentido y riesgos de su drogodependencia, y suscitar motivaciones suficientes para el inicio o mantenimiento de programas de atención».

Afirmaciones como la aquí recogida permiten avanzar en la consideración de los Centros Penitenciarios como lugares con posibilidades terapéuticas, superándose así esquemas rígidos que, o bien por su talante punitivo (todo drogadicto merece su castigo) o bien por su actitud exculpatoria (el drogadicto es un enfermo y la prisión no es el lugar adecuado para procurar su recuperación), favorecían la apatía, la falta de motivación y una resignación y pasividad que es preciso afrontar sin mayor retraso.

147

La Institución Penitenciaria se presenta en este sentido como receptora o compromisaria de un envite «imposible» o, al menos, lleno de contrasentidos o paradojas.

Por un lado, debe soportar un reproche generalizado por parte de la sociedad. A nadie se le ocurre culpabilizar a la Institución Sanitaria por albergar a pacientes diversos; es más, se le reconoce crédito y prestigio social, con independencia de su posible desorganización o menor eficacia. Por el contrario, cuando de la Institución Penitenciaria se trata, el recelo, la desconfianza, el desprestigio social llena de contenido los comentarios, como si la misma, más que receptora de una problemática social compleja y deficitaria, fuese, precisamente, la causante de la misma.

Este ambiente general de descrédito social alcanza niveles preocupantes por lo que se refiere al colectivo de internos toxicómanos. Y aquí ya el rizo se vuelve imposible de resolver. La Institución Penitenciaria, con todas sus limitaciones y dificultades, ha de resolver un problema —el del consumo de drogas por una persona— creado en un ambiente de plena libertad y que ofrecía, por contraste con dicho consumo, cierta oferta rehabilitadora que la misma persona ha despreciado o, cuando menos, no ha atendido. La persona no ha atendido a la oferta terapéutica en libertad y la Institución Penitenciaria debe mantener el tipo ante esta situación procurando su acercamiento al tratamiento, obviando la premisa básica del mismo, a saber: su voluntariedad.

Paradojas, contrasentidos, dificultades, imposibles, todo por hacer. Estrategias diver-

sas, unas de carácter general, otras sobre la base de actuaciones globalizantes sobre un determinado número de internos que responden a un tratamiento perfil psicossociológico. Analicemos ambos planteamientos.

II. MODELOS DE INTERVENCION

A) Modelo globalizante

Cualquier modelo de intervención referido al tratamiento de drogodependientes exige como premisa inicial el procurar un ambiente, un espacio, un ámbito libre de sustancias tóxicas de las que el sujeto presenta su adicción. Cualquier estrategia de intervención terapéutica a desarrollar en un Centro Penitenciario mantiene la misma exigencia y al mismo nivel, es decir, se constituye en la primera prioridad.

Se podrían establecer, por tanto, tres niveles de intervención en un mismo modelo: un primer modelo *preventivo*, un segundo nivel que podríamos denominar *favorecedor de un clima social positivo*, y un tercer nivel que sería el *tratamental* propiamente dicho.

Primer nivel: Prevención

148 La primera exigencia en el modelo de intervención que pretendemos diseñar se sitúa a nivel profiláctico. Las actuaciones se dirigen a reducir, limitar al mínimo la entrada de droga, en sus diferentes tipos, en los Centros Penitenciarios. La intervención se puede orientar en un sentido puramente represivo o bien en o con una intención claramente perturbadora, de manera que, persiguiendo un mismo fin, las diferentes actuaciones se tiñan de sutileza y despieste.

El planteamiento represivo supone la búsqueda y captura de cuantas sustancias puedan o pretendan ser introducidas. Con este planteamiento, cualquier interno es susceptible de sospecha y, por lo tanto, en un ambiente de «guerra abierta» hacia el consumo, las diferentes actuaciones obvian detalles tratamentales básicos, a saber: la confianza y respeto que debe presidir nuestra actividad profesional en las relaciones que debemos establecer con todos los internos, y en particular con los afectados de alguna toxicomanía.

Las limitadas ventajas derivadas de este planteamiento —intimidación, decomisos espectaculares, mejoras y actualización de los sistemas de detección, alerta permanente— no compensan, a mi juicio, la problemática que conlleva y que se puede resumir en la constatación evidente de niveles importantes de retroceso en la política tratamental, por no citar el bloqueo al que la misma se vería sometida.

Planteamiento, el represivo, que considero preciso superar y que, por lo tanto, no es objeto de estudio más detallado en esta propuesta de intervención.

Por su parte, el planteamiento aquí llamado «perturbador», creador de dificultades y obstáculos a esa intromisión de la droga en los Centros, conlleva de forma inherente la

adopción de medidas de marcado tinte tratamental. en fácil armonía con otras claramente fiscalizadoras.

El planteamiento perturbador giraría sobre actuaciones como las siguientes:

— Ubicación de los Centros Penitenciarios alejados de las poblaciones urbanas.

— Actualización y mejora de los sistemas de control y vigilancia, superando la mera inspección ocular y táctil y orientando la actuación hacia sistemas de detección de consumo.

— Reducción, hasta su término, de la entrada de paquetes en los Centros. Una adecuada dotación de los economatos, así como una adecuada cobertura en materia de dietas alimenticias, permitiría la supresión de una más que frecuente vía de entrada de droga en los Centros.

— Seguimiento puntual del régimen de comunicaciones especiales celebradas por los internos.

— Establecer una política diferenciada en la concesión de los permisos de salida, de manera que se tenga en cuenta una especial atención a variables tales como «... situación personal del interno en relación con el consumo de tóxicos», refiriendo esta situación no sólo hacia su propia persona, sino también hacia las posibles ofertas al resto de la población interna. En este sentido, la intervención represiva se orientaría hacia aquellos internos que, sin padecer una problemática toxicómana, faltan a la confianza en ellos depositada con la concesión de un permiso introduciendo droga para obtener lucro, sin perjuicio de tomar en consideración la posible existencia de presiones ambientales para que esa entrada se produzca. En definitiva, se procuraría un estudio individualizado de las circunstancias que definen el disfrute de un permiso de salida por parte de un interno, con especial referencia a las variables que son propias al control del consumo de tóxicos y de la entrada de los mismos en los Centros.

149

— Procurar una adecuada dotación de la Enfermería del Centro, de manera que, en cumplimiento de lo dispuesto en nuestra actual legislación penitenciaria, se reserve una dependencia para la atención de los internos toxicómanos, tal y como prevé el apartado 2 del artículo 145 al señalar que «la enfermería contará con una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos, así como de una unidad para internos contagiosos...». Previsión legal que es preciso desarrollar en toda su extensión, implicando activamente a los servicios médicos del Centro en el tratamiento y seguimiento de las drogodependencias diagnosticadas entre la población interna. En este sentido, la medicalización del tratamiento a desarrollar puede suponer un buen banderín de enganche en un ambiente como el penitenciario, extraordinariamente escéptico en relación con las posibilidades de recuperación de este tipo de internos.

— Finalmente, y no por ello de menor relevancia, se procuraría la implicación directa de los funcionarios, que no tienen asignado de hecho funciones rehabilitadoras, pero sin los que es imposible desarrollar cualquier programa de intervención.

Se trataría, por tanto, de conjugar medidas propias a ambos planteamientos de control —el meramente represivo y el perturbador/tratamental— de manera que se pueda

La satisfacción de estas exigencias se plantea como premisa igualmente básica por cuanto el *objetivo final* sería el de *facilitar la «identificación terapéutica» del conjunto de salas y dependencias en las que el interno desarrolla su vida interna. El interno debe tener conciencia de su situación incluso en el respeto a una distribución interior acogedora y terapéutica ya de por sí. En este sentido señalar, asimismo, la conveniencia de habilitar el o los módulos en Centros de nueva creación, sin apenas historia o «tradicción penitenciaria», y que cuente con dependencias recién estrenadas, dependencias que en definitiva permitan que las labores de limpieza y conservación tengan un sentido, entre otros muchos beneficios.*

b) *Elemento personal*

Se constituye este elemento, con mucho, en el *elemento principal, determinante*, del adecuado desarrollo de la experiencia que define el llamado Módulo Terapéutico.

Se trata *no sólo de filtrar la cualificación profesional*, no sólo de considerar la experiencia en este tipo de proyectos; *se trata fundamentalmente de «enganchar» a profesionales cualificados a un proyecto exigente. La estabilidad del personal que participe de su desarrollo se presenta como condición primera para poder optar a unos resultados mínimamente satisfactorios. Posteriormente nos referiremos más extensamente a esta necesidad.*

152 Antes, ya en *términos cuantitativos*, podríamos señalar como *PERSONAL BASICO* necesario para poder constituir el módulo terapéutico al que sigue:

- UN PSICOLOGO por cada grupo de 20 internos.
- UN ASISTENTE SOCIAL por cada grupo de 20 internos.
- UN EDUCADOR por cada grupo de 20 internos.
- UN PEDAGOGO - JEFE DE EQUIPO.
- UN PROFESOR DE E.G.B.
- UN MAESTRO DE TALLER.
- PERSONAL FACULTATIVO (UN MEDICO, UN A.T.S., UN AUXILIAR DE CLINICA).
- PERSONAL FUNCIONARIAL (un funcionario ENCARGADO DE DEPARTAMENTO y dos funcionarios de servicios de vigilancia).

Se trataría de dar una cobertura amplia y suficiente al conjunto de actuaciones de carácter terapéutico a desarrollar en el módulo, acudiendo para ello a profesionales especialistas en el área de estudio del comportamiento, en el área formativo-cultural, en el área social-familiar; todo ello garantizando en todo momento una atención médico-sanitaria amplia con especial preparación en Toxicomanías.

Los *requisitos* exigibles a cuantos profesionales mostrasen interés por sumarse al proyecto pasarían por la constatación de una *adecuada preparación teórico-práctica* referida al tratamiento de jóvenes toxicómanos y la *superación de un curso de formación específico* centrado en la fundamentación y objetivos finales de la constitución del MODULO TERAPEUTICO, *curso que se orientaría no sólo a la constatación de conocimientos y preparación personal, sino también finalmente a la selección del personal que se considera adecuado —por preparación, talante, interés— para garantizar su buena marcha y resultados.*

Será precisamente en este apartado, en el de los *requisitos exigibles* a quienes deseen sumarse a esta experiencia profesional, donde situaríamos las consideraciones referidas a la necesaria *ESTABILIDAD DEL PERSONAL* que finalmente sea aceptado.

c) *Elemento poblacional*

Este elemento lo integrarían el conjunto de internos a quienes iría dirigido el desarrollo del proyecto de creación del *MODULO TERAPEUTICO*.

Estos *internos*, a quienes se les ofrecería la posibilidad de cumplir sus responsabilidades penales pendientes en el citado módulo, serían *seleccionados igualmente sobre la base de una graduación previa de variables de tipo personal* (edad, personalidad, esquema motivacional, esquema actitudinal, intereses...), *de tipo familiar* (origen familiar, problemática familiar general...), *de tipo social* (ambiente de origen, integración marginal/delincuencial...), *de tipo psiquiátrico* (antecedentes de esta naturaleza, personales, familiares) y, finalmente, todas aquellas *referencias toxicómanas* que permitan una *valoración definida de su situación real en relación con el consumo de sustancias tóxicas y sus implicaciones delincuenciales*.

En este sentido, el *grado de dependencia* que se ha padecido, definido en función de los *parámetros de consumo* —cantidad, calidad, tiempo—, *grado de integración marginal-delincuencial* y existencia de una clara *voluntad de superación personal* —contrastada a través de indicios comportamentales diversos y a través de la aceptación de su integración en un módulo de estas características, aun cuando ello suponga un alejamiento físico importante de su hábitat urbano, familiar, amistoso—, se constituiría en una *amplia variable* decisiva a la hora de proceder a la adjudicación de las plazas ofertadas.

153

Los filtros a aplicar deberían ser, en una primera selección, de una *cierta rigidez*, y ello porque se considera prioritario el lograr una *consolidación del proyecto*, cimentación que exige el que se *puedan afrontar los problemas imprevisibles* que sin duda habrá, sin que haya que soportar al mismo tiempo el peso de una acumulación excesiva de internos no suficientemente concienciados del cambio operado en su situación personal tras el traslado al módulo. La puesta en marcha de una experiencia de este calibre generará una *problemática* que es preciso *abordar con un relativo grado de tranquilidad ambiental generado a través de una exigente selección previa*. Con posterioridad, *la misma experiencia aportará nuevos datos acerca de la importancia de tal o cual variable a la hora de primar el ingreso en el módulo*.

Así planteado, el *número inicial de internos* que, con carácter experimental, podría acoger el módulo terapéutico se situaría en torno a *los 20-25 jóvenes*, para, progresivamente y después de un período de rodaje y aclimatación —cuya duración se estimaría sobre la misma experiencia—, ampliar este número hasta llegar a un *tope* por módulo estimado en *50 internos*.

d) *Elemento regimental*

El elemento regimental viene constituido por la *necesaria adaptación de las nociones regimentales que definen la estancia en un Centro de reclusión a las nociones tratamentales que pretenden dar un contenido positivo a dicha estancia*.

En consecuencia, debería producirse *una absorción del régimen por el tratamiento*, de tal manera que no sólo las inevitables intervenciones disciplinarias deben ser valoradas con *criterios terapéuticos*, sino que la *aplicación* de dichos criterios debe retrotraerse a *la misma definición o conceptualización de lo que se va a considerar como sancionable*.

En este sentido, la integración de la Junta de Régimen del Centro prevería la constitución de una *COMUNIDAD TERAPEUTICA en uno de sus módulos* y, en consecuencia, correspondería al *Equipo de Tratamiento* adscrito al mismo *la potestad sancionadora*. El establecimiento de unas *normas regimentales propias*, en ningún supuesto incompatibles con las exigibles al resto de la población interna, sino más bien al contrario, *especialmente exigentes por lo que se refiere a determinadas conductas que se consideran inadecuadas*, permitiría ajustar la potestad disciplinaria a los fines del módulo terapéutico.

Todo ello por lo que atañe al ámbito disciplinario de una experiencia grupal como la que aquí se relata. Por lo que se refiere al *ámbito motivacional*, al conjunto de incentivos que se presentarían como propios a dicha experiencia, *las posibilidades son ilimitadas*, y lo son no por déficit de estímulos, sino porque la *oferta* con la que cuenta cualquier interno, con independencia de que participe de esta u otra experiencia educativa, es tan numerosa que se hace *difícil* el descubrir *nuevos incentivos* que no pasen directamente por el de la *satisfacción personal* por integrarse en una comunidad de esta naturaleza y pretender con ello una recuperación personal que resultaría difícil de alcanzar en otros medios.

154

No obstante esta dificultad, y considerando *la motivación fundamental* que alberga todo interno —*el retorno inmediato a la vida en libertad*—, podría avanzarse en este terreno orientando los beneficios penales y penitenciarios en este sentido. La posibilidad de una *redención de penas* acorde con su participación e integración decidida en las diferentes actividades se presenta, a botepronto, como el *primer y básico beneficio penitenciario* a obtener por los internos que se apunten al proyecto. La *garantía razonable de una vida regimental normalizada* sobre la que planee la posibilidad real de un cumplimiento de sus responsabilidades penales disfrutando de un *tiempo «vacacional» periódico* —*permisos de salida*— se presenta, igualmente, como otros estímulos a considerar. El término «razonable» debe entenderse referido siempre al conjunto de circunstancias que en todos los órdenes (personal, penitenciario, penal, social) definen la situación de cada interno.

En el ámbito estrictamente penal, el desarrollo de la experiencia terapéutica podría ser útil para introducir una *primera cuña en la discusión doctrinal sobre la «libertad a prueba» en la potenciación de la «Condena Condicional», figuras jurídicas referidas*, en los internos que nos ocupan, *a las responsabilidades penales que puedan tener pendientes los internos*. En el supuesto más que probable de que un interno tenga varias condenas pendientes de cumplimiento, aparte de las que se encuentre cumpliendo, se podría considerar la *proposición a los tribunales sentenciadores o a la Autoridad que corresponda, si no la revisión de los fallos, sí al menos la consideración de lo realizado por el interno en relación con su anterior drogodependencia, causa razonable* —*no necesariamente determinante*— de su conducta delictiva.

Esta posibilidad —la de una *revisión en beneficio pro reo de su situación penal*— se presenta como el *incentivo peculiar de este proyecto*. Se trata, por tanto, *no sólo de disminuir una condena* —cualquier interno mínimamente estable en su conducta reduce su condena en una cuantía cuando menos sorprendente, si es que la cuantía de ciertas condenas deja algún margen a la capacidad de sorpresa—, *sino de ofrecer al interno la posibilidad de «liberarse» mentalmente de la losa psicológica que supone la existencia de un largo y penoso horizonte penal y penitenciario*.

La propuesta que aquí se formula es considerada por quien suscribe como determinante para la trascendencia del proyecto de comunidad terapéutica, y lo es porque, llevándola a buen término, se crearían unas condiciones personales, psicológicas, familiares, penitenciarias... diferentes, ineludibles si se quiere afrontar con posibilidades de éxito la reintegración social de los internos que participan en el mismo.

VALORACION

Los módulos en régimen de comunidad terapéutica, como el hasta aquí diseñado, deberían entenderse no como entes aislados, discontinuos de una realidad social y administrativa compleja, sino más bien como instrumentos finales de dicha realidad, como plataformas de intervención que bien podrían denominarse de tercer nivel.

La Comunidad Terapéutica penitenciaria se integraría así en una red asistencial amplia, estructurada en torno a una intervención inicial que correría a cargo de los equipos ya constituidos en los Centros y de cuyo trabajo se beneficiaría al resultar receptora de los filtros que los mismos hayan establecido. Los equipos multidisciplinares trabajarían la definición de un perfil toxicómano determinado que daría opción a integrarse o no en la experiencia terapéutica reseñada.

155

Por otra parte, y como avance de una problemática que sería propia a la existencia de módulos terapéuticos, sería preciso arbitrar medidas que den autonomía a la decisión de integrar o no a tal o cual interno con independencia de la existencia de un pronunciamiento judicial que decreta dicha integración. La experiencia de módulos en régimen de comunidad terapéutica conlleva un riesgo judicial, y es el de que se produzca un bloqueo en su desarrollo como consecuencia de una utilización indiscriminada de sus posibilidades.

En consecuencia, y como resumen de todo lo hasta aquí señalado, la creación de módulos en régimen de comunidad terapéutica no debe interferir o desviar la atención de otros programas de intervención más generales que afecten al colectivo penitenciario en su mayoría. Sería preciso, por tanto, procurar la armonización de ambos planteamientos, el global y el integral, el que afecta al colectivo y el que tiene por destinatarios a un grupo limitado de internos. El módulo en régimen de comunidad terapéutica se orientaría así como un modelo de intervención de tercer nivel, a disposición en último término de los diferentes equipos multidisciplinares de los Centros a quienes compete la responsabilidad de decidir la integración o no de los internos en su desarrollo.

El destino de un interno al módulo terapéutico debería considerarse, por tanto, como una solución de carácter excepcional tras el fracaso o imposibilidad de desarrollar otras

estrategias de intervención. Lo costoso del proyecto, la especificación de objetivos, la no existencia de otros recursos y, finalmente, la existencia de un perfil personal determinado para ser aceptado son factores que dan idea de la excepcionalidad del citado módulo.

BIBLIOGRAFIA

- GARCÍA MARIJUÁN, José Antonio: «Cumplimiento de la pena en los Centros Penitenciarios», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 1988.
- JIMÉNEZ VILLAREJO, José: «La droga en la Institución Carcelaria», *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 237, Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia, 1987.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, Elena: «Experiencias de ayuda a la persona con drogodependencias, condenada a una pena de privación de libertad», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 1989.
- MEJÍAS VALENZUELA, Eusebio: «Aspectos jurídicos y penitenciarios de drogodependencias y alcoholismo», V Congreso Iberoamericano sobre Drogodependencias y Alcoholismo, Madrid, 1989.
- GARCÍA MARIJUÁN, José Antonio: *Reflexiones sobre las drogodependencias en el ámbito de las Instituciones Penitenciarias*, Madrid, 1989.
- MEJÍAS VALENZUELA, Eusebio: «Acogida y orientación de los drogodependientes», Curso sobre Drogodependencias, Santiago, mayo de 1989.
- MUÑOZ CONDE, Francisco: «La prisión como problema: resocialización versus desocialización» (Ponencia), Jornadas sobre Tratamiento Penitenciario, Lérida, 1985.

Anexo

Lista de participantes

José Alameda Palacios
 Jefe de Servicios de Coordinación
 Asistencial
 Consejería de Salud de la Comunidad
 Autónoma de Andalucía
 República Argentina, 23
 41011 Sevilla

Rosa Natividad Albareda Alvarez
 Jefe de Sección de Trabajo Social
 Dirección General de Instituciones
 Penitenciarias
 Ministerio de Justicia
 San Bernardo, 47
 28071 Madrid

Julio Alvarez
 Coordinador de la Comisión Regional
 de Drogas
 Consejería de Integración Social
 de la Comunidad de Madrid
 Avda. Islas Filipinas, 50
 28003 Madrid

Manuel Araújo Gallego
 Plan Autonómico de Drogodependencias
 Consejería de Sanidad y Consumo
 Comunidad Autónoma de Galicia
 Edificio Administrativo San Cayetano
 Santiago de Compostela (La Coruña)

Alberto Armas Navarro
 Coordinador Autonómico del Plan
 Nacional sobre Drogas
 de la Comunidad Autónoma de Canarias
 Méndez Núñez, 34
 38003 Santa Cruz de Tenerife

José Luis Arrese
 Coordinador del Area de Salud Mental
 Osakidetza
 Avda. de Navarra, 4
 20013 Donostia-San Sebastián
 Antoni Asunción Hernández
 Director General de Instituciones
 Penitenciarias
 Ministerio de Justicia.
 San Bernardo, 47
 28071 Madrid

Gregorio Barrio Anta
 Gabinete Técnico
 Delegación del Gobierno para
 el Plan Nacional sobre Drogas
 Ministerio de Sanidad y Consumo
 Paseo del Prado, 18-20
 28014 Madrid

Jaime del Barrio Seoane
 Coordinador Plan Regional de Toxicomanías
 Consejería de la Presidencia
 Comunidad Autónoma de Cantabria
 Calvo Sotelo, 19
 39002 Santander

José Ignacio Bermúdez Fernández
 Psicólogo
 Director del Centro de Cumplimiento
 Pereiro de Aguiar (Orense)

Rogelio Borrás Serra
 Presidente de la Federación Nacional para
 el Estudio de la Problemática Penitenciaria
 Senador por Ciudad Real
 Cdad. Autónoma de Castilla-La Mancha
 Avda. de Portugal, 67 - 45005 Toledo

Ramón Cánovas Calatrava
 Jefe de Servicio de Asistencia Social
 Dirección General de Instituciones
 Penitenciarias
 Ministerio de Justicia
 San Bernardo, 47
 28071 Madrid

Ana Castellano Vilar
 Comisionada de la lucha contra la Droga
 Consejería de Sanidad y Consumo
 Comunidad Valenciana
 Plaza del Ayuntamiento, 19
 46002 Valencia

Gaspar Cervera Martínez
 Médico
 Consejería de Sanidad y Consumo
 Comunidad Valenciana
 Plaza del Ayuntamiento, 19
 46002 Valencia

Ernesto Coll Triay
 Proyecto Hombre
 Ramón Servera Moya, 42
 07015 Palma de Mallorca

Joan Colom
 Director del Organo Técnico
 de Drogodependencias
 Generalitat de Catalunya
 Travesera de les Corts, 131-159
 08028 Barcelona

Francisco Díaz Gómez
 Coordinador del Plan Regional de Lucha
 Contra las Drogodependencias
 Cdad. Autónoma de Castilla-La Mancha
 Avda. de Portugal, 67
 45005 Toledo

José Vicente Díaz Parra
 Sociólogo
 Director de Programas de la Dirección
 General de Instituciones Penitenciarias
 Ministerio de Justicia
 San Bernardo, 47
 28071 Madrid

Jorge Esteban Martín
 Jurista
 Oficina del Coordinador
 de Drogodependencias
 Diputación General de Aragón
 Edificio Pignatelli
 Paseo María Agustín, s/n
 50004 Zaragoza

Antonio Ferrer Oliver
 Proyecto Hombre
 Ramón Servera Moya, 42
 07015 Palma de Mallorca

José Antonio García Marijuán
 Jefe del Area de Tratamiento
 Dirección General de Instituciones
 Penitenciarias
 Ministerio de Justicia
 San Bernardo, 45
 28071 Madrid

José Antonio Garrido Martín
 Inspector de Servicios
 Dirección General de Instituciones
 Penitenciarias
 Ministerio de Justicia
 San Bernardo, 45
 28071 Madrid

Manuel González de Audicana
 Secretaría General de Drogodependencias
 Gobierno Vasco
 Duque de Wellington, s/n
 01011 Vitoria

Teófilo González González
 Director de Programas de Reinserción
 del Plan Nacional sobre Drogas
 Comunidad Autónoma de Canarias
 Méndez Núñez, 34
 Santa Cruz de Tenerife

Ana González Madrigal
 Asesora de Rehabilitación
 Consejería de Salud
 Comunidad Autónoma de Andalucía
 República Argentina, 23
 41011 Sevilla

Angeles Granados Poveda
Subdirectora General de Sanidad
Penitenciaria
Dirección General de Instituciones
Penitenciarias
Ministerio de Justicia
San Bernardo, 47
28071 Madrid

Tina Ibáñez Pascual
Psicóloga
Gabinete de Toxicomanías
Consejería de Sanidad
Principado de Asturias
General Elorza, 32
33001 Oviedo

Rosa López Gigosos
Gabinete Técnico
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid

Luis Angel López Tajuelo
Subdirector General de Gestión
Penitenciaria
Ministerio de Justicia
San Bernardo, 47
28071 Madrid

María Jesús Manovel
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid

Francisco M. Marín Ferrer
Médico
Centro Penitenciario de Cumplimiento
Servicio de Sanidad
Cartagena (Murcia)

Pedro Marina González
Médico de la Unidad de Tratamiento
de Toxicomanías
Ramón y Cajal, 39
El Coto - Gijón (Asturias)

Carlos Mateo
Coordinador del Area de Asistencia
y Rehabilitación
Plan Regional sobre Drogas
Consejería de Integración Social
Comunidad de Madrid
Avda. de Islas Filipinas, 50
28003 Madrid

Eusebio Megías Valenzuela
Consejero Técnico
Delegación del Gobierno para
El Plan Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid

Ramona Muñoz Esparza
Directora de Programa de Atención
a Toxicómanos en las Instituciones
Penitenciarias
Servicio de Salud Mental
Cdad. Autónoma de la Región de Murcia
Ronda de Levante, 11
30008 Murcia

Manuel Prieto Salido
Médico del Centro de Cumplimiento
Penitenciario I
Psicólogo
Sevilla

Francisco Rábago
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid

Isabel Rodríguez García
Coord. Técnica Programa Extremeño
Consejería de Sanidad y Consumo
Comunidad Autónoma de Extremadura
Plaza de Santa Clara, s/n
Mérida (Badajoz)

María del Mar Rodríguez Pérez
Subdirectora de Tratamiento
Centro Penitenciario Tenerife II
Santa Cruz de Tenerife

Juan Romero Rodríguez
Psicólogo
Centro de Cumplimiento Penitenciario
Pamplona

Javier Sáenz de Buruaga
Secretario General de Drogodependencias
Gobierno Vasco
Duque de Wellington, s/n
01011 Vitoria
Angeles Sánchez Benito
Psicólogo del Equipo de Tratamiento
Centro Penitenciario de Preventivos
Madrid-1
Madrid

Juan Carlos Sánchez Sánchez
Psicólogo
Responsable Sección Drogas
Consejería de Salud Mental
Cdad. Autónoma de la Región de Murcia
Ronda de Levante, 11
30008 Murcia

Magdalena Sánchez Rodríguez
Centro de Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Consumo
Comunidad Autónoma de Extremadura
Plaza de Santa Clara, s/n
Mérida (Badajoz)

José Antonio de Santiago Juárez
Jefe del Servicio de Salud Mental
y Asistencia Psiquiátrica
Consejería de Cultura y Bienestar Social
Comunidad Autónoma de Castilla y León
Avda. de Burgos, 5
47009 Valladolid

Julián Sanz Sanz
Médico
Servicio de Atención en Centros
Subdirección General de Sanidad
Penitenciaria
Ministerio de Justicia
San Bernardo, 47
28071 Madrid

Carlos Serrano
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid

Purificación Tardón Corral
Coordinadora del Area de Reinserción
Plan Regional sobre Drogas
Comunidad Autónoma de Madrid
Avda. Islas Filipinas, 50
28003 Madrid

Luis Torralba
Organo Técnico de Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Seguridad Social
Generalitat de Catalunya
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona

Santiago de Torres
Adjunto al Delegado del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid

Rosa Urrea
Técnico de la Viceconsejería de Justicia
Gobierno Vasco
Duque de Wellington, 2
01011 Vitoria

Paulino Vega García
Médico del Centro de Coordinación
Consejería de Sanidad y Seguridad Social
Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
Cecilio Metelo, 18
07003 Palma de Mallorca

M.^a Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid