

UNIVERSIDAD DE BURGOS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ÁREA DE PSICOLOGÍA BÁSICA



TESIS DOCTORAL

EL TRATAMIENTO INTRAPENITENCIARIO Y EXTRAPENITENCIARIO: ELEMENTO MOTIVADOR DE CAMBIO EN LA CONDUCTA DELICTIVA EN UNA MUESTRA DE RECLUSOS DROGODEPENDIENTES

REALIZADA POR: DÑA. VICTORIA RAMOS BARBERO

DIRIGIDA POR: DR. D. FERNANDO LARA ORTEGA

BURGOS, 2008

El Dr. D. Fernando Lara Ortega, Catedrático de Escuela Universitaria de Psicología Evolutiva y de la Educación, del Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos

CERTIFICA QUE:

La presente Tesis Doctoral, **EL TRATAMIENTO INTRAPENITENCIARIO Y EXTRAPENITENCIARIO: ELEMENTO MOTIVADOR DE CAMBIO EN LA CONDUCTA DELICTIVA EN UNA MUESTRA DE RECLUSOS DROGODEPENDIENTES**, realizada por **DÑA. VICTORIA RAMOS BARBERO**, licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación, sección Psicología, se ha desarrollado bajo mi dirección y supervisión y reúne, a mi juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor para que la autora pueda optar con ella al título de Doctor.

Y para que así conste, firmo en Burgos a 25 de junio de dos mil ocho.

Fdo.: Dr. D. Fernando Lara Ortega

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO

*Llena los ámbitos de la Ley con hombres justos,
pero no tan absolutamente justos que olviden
lo frágil que es lo humano*

Thomas Noon Talfourd

A mi familia
y a todos los que me han acompañado

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de esta investigación estimo importante hacer mención de algunas personas e instituciones que han contribuido, directa o indirectamente, a ella.

Mi director, el Dr. Fernando Lara Ortega, me ha prestado la ayuda imprescindible, el ánimo necesario y colaboración. Por su apuesta decidida, por su paciencia, consejo oportuno y estímulo, mi más sentido reconocimiento.

Quiero dar las gracias a mis compañeros de Departamento más próximos, Mari Cruz Bilbao, Ascensión Antón, Ignacio Moraza, Silvia Ubillos, Consuelo Sáiz, José Luís González, Isabel García, Valeriana Guijo, Sara Tapia, Gemma Santa Olalla, M^a Ángeles Martínez, Jerónimo González, Gloria Garrote y Antonio Sánchez así como al resto de compañeros, que me consta que se alegran por mí. Gracias por vuestro apoyo cuando os lo pedí y por la ilusión que me habéis manifestado por la finalización de este trabajo.

Así también quisiera agradecer al Centro Penitenciario de Burgos, concretamente a Pedro Sánchez Calderón, Juan Carlos Mesas, Fulgencio Villafáfila y Fernando López por estar ahí para resolver mis dudas, por su disponibilidad en ayudarme cuando lo necesité. Especial mención de agradecimiento quisiera hacer a Dolores García Murga, gran profesional y jurista del Centro Penitenciario de Burgos, por facilitarme su apoyo en todo lo que la pedí. Así mismo quisiera agradecer a los funcionarios de la Oficina de Régimen y de Tratamiento, su apoyo en la búsqueda y acceso a los expedientes y protocolos de las personas protagonistas de esta investigación.

Al Servicio Social Penitenciario Externo, en concreto a Purificación Arce y M^a Jesús de la Cal que se prestaron con toda ilusión a colaborar conmigo en la recogida de información.

No deseo pasar por alto el agradecimiento al equipo de Toxicomanías de Cruz Roja de Burgos, en concreto a Yolanda Álvarez, Félix Ángel Palacios, Estrella Díez, Vicenta González, Raquel Gutiérrez, Ana Barrio, Maribel Sánchez y Ana Jesús Robledo con quienes inicié mi andadura profesional como psicóloga en el Centro Ambulatorio de Drogodependencias y en el Centro Penitenciario y a los que agradezco por todo lo que aprendí de ellos tanto a nivel personal como profesional.

También quiero dar las gracias a mi actual equipo de trabajo en temas de drogas de ACLAD, en especial a Concepción Fuentes por su extraordinaria bondad y flexibilidad que me permite compatibilizar mi trabajo en ACLAD con las numerosas exigencias de mi trabajo en la Universidad.

Finalmente también quiero recordar al profesor Rafael Sánchez por su ayuda, exigencia, y preocupación para que se convirtiera en realidad la defensa de esta tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. REVISIÓN TEÓRICA	5
CAPÍTULO 1. SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ADICTIVA Y DELICTIVA	7
1. El consumo de drogas causa delincuencia	10
2. La delincuencia causa consumo de drogas	19
3. No existe relación de causalidad entre consumo de drogas y la delincuencia	21
4. Conclusiones del estado actual del conocimiento acerca de la relación droga – delincuencia	23
5. Variables comunes que influyen en la relación droga – delincuencia	25
5.1. Variables familiares estructurales	32
5.1.1. Hogar roto	34
5.1.2. Tamaño familiar	35
5.1.3. Orden de nacimiento	37
5.2. Variables de funcionamiento familiar	39
5.2.1. Técnicas disciplinarias y supervisión o control familiar	40
5.2.2. Relaciones afectivas	44
5.2.3. Modelado	47
5.3. Variables del grupo de iguales	50
5.3.1. Interacciones afectivas	53
5.3.2. Conductas de los iguales	54
5.4. Capacidad intelectual	56
5.5. Variables de personalidad	60
5.5.1. Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo: Teoría de la Personalidad de Eysenck	62
5.5.1.1. Planteamiento teórico	62

5.5.1.2. Validez empírica	67
6. Conclusiones	78
CAPÍTULO 2. SITUACIÓN DE LAS CÁRCELES EN EUROPA	81
1. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías	83
2. Delitos relacionados con las drogas	84
3. Los consumidores de drogas en las prisiones	85
4. Asistencia y tratamiento a los consumidores de drogas en las prisiones	87
5. Alternativas a la privación de libertad dirigidas a los delincuentes consumidores de drogas en la Unión Europea	89
CAPÍTULO 3. SITUACIÓN DE LAS CÁRCELES EN ESPAÑA	93
1. Características sociodemográficas de la Población General Penitenciaria	95
2. Características de salud de la Población General Penitenciaria	101
2.1. Infección por VIH	101
2.1.1. Prevalencia de la infección por VIH	101
2.1.2. Casos de SIDA	102
2.1.3. Fallecimientos por SIDA	103
2.2. Casos de tuberculosis	103
2.3. Infección por el virus de la hepatitis C	104
2.4. Mortalidad	105
2.5. Salud mental de la población reclusa	107
3. Características de los presos consumidores de sustancias psicoactivas	117
3.1. Consumo de drogas	118
3.2. Tratamiento intrapenitenciario	128
3.3. Incorporación sociolaboral	136
3.4. Tratamiento extrapenitenciario en recursos comunitarios	136

3.5.	Problemas de salud asociados al consumo de drogas	138
3.6.	Drogodependencia en reclusos extranjeros	139
CAPÍTULO 4. TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA		141
1.	El consumo de drogas en el estado español: evolución y cambios desde los años 70	144
2.	El centro penitenciario como espacio de tratamiento en drogodependencias	150
3.	Modelo biopsicosocial en la intervención con drogodependientes ...	154
4.	Proceso terapéutico y proceso de cambio	156
5.	El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente	164
5.1.	Estadios de cambio	165
5.2.	Procesos de cambio	171
5.3.	Integración de los estadios y procesos de cambio	174
5.4.	Niveles de cambio	177
5.5.	Integración de los estadios, procesos y niveles de cambio ...	179
6.	Variables cognitivo – conductuales susceptibles de integración en el modelo transteórico	180
6.1.	Motivación para el cambio o toma de decisiones	181
6.2.	Expectativa de autoeficacia	183
7.	Utilidad terapéutica del modelo: utilidad en el proceso de <i>matching</i>	187
8.	Recaídas y <i>craving</i>	190
9.	Comorbilidad en drogodependientes	192
9.1.	Definición	192
9.2.	Etiología	193
9.3.	Diagnóstico	194
9.4.	Prevalencia	195
9.4.1.	Prevalencia de la comorbilidad en los entornos de tratamiento	195
9.4.2.	Prevalencia de la comorbilidad en las prisiones	199

9.5. Tratamiento	199
------------------------	-----

CAPÍTULO 5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON DROGODEPENDIENTES EN CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES 203

1. Fundamentos de la intervención	206
1.1. Marco jurídico legal	206
1.2. Objetivos	209
1.3. Líneas generales de intervención	213
1.3.1. Prevención	213
1.3.2. Asistencia	214
1.3.3. Reincorporación social	216
2. Programas de Intervención	217
2.1. Programa de prevención y educación para la salud	217
2.2. Programa de intercambio de jeringuillas	218
2.3. Programa de tratamiento con metadona	219
2.4. Programa de deshabituación	221
2.5. Programa de reincorporación social	223
3. Alternativas terapéuticas a la prisión en delincuentes toxicómanos	223
4. Eficacia de la intervención	231
4.1. Intervención intrapenitenciaria	231
4.2. Intervención extrapenitenciaria	244
5. Conclusiones	249

CAPÍTULO 6. LA INVESTIGACIÓN DE LA REINCIDENCIA EN LOS ENCARCELADOS 253

1. Concepto de reincidencia	255
2. Estudios de reincidencia en España	258
2.1. Estudios con población general penitenciaria	258

2.2. Estudios con población penitenciaria drogodependiente sometida a tratamiento	277
3. Conclusiones	284
II. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	287
CAPÍTULO 7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	293
1. Naturaleza y objeto de estudio	295
2. Objetivos	304
3. Metodología	304
3.1. Definición y selección de la muestra	306
3.2. Instrumentos utilizados para la recogida de datos	306
3.3. Definición de las variables	308
3.3.1. Variables individuales y sociofamiliares	308
3.3.2. Variables penales y penitenciarias	316
3.3.3. Variables de conducta objetiva en prisión	325
3.3.4. Variables psicológicas	337
3.3.5. Variables de seguimiento	341
3.4. Análisis estadísticos	345
CAPÍTULO 8. RESULTADOS	347
1. Análisis descriptivo de las características de los internos drogodependientes, derivados a tratamiento extrapenitenciario a lo largo del periodo 1985 – 2003 en el centro penitenciario de Burgos	349
1.1. Variables individuales y sociofamiliares	351
1.2. Variables penales y penitenciarias: modo de cumplimiento de las condenas	368
1.3. Variables de conducta objetiva en prisión	385
1.4. Variables psicológicas	398
1.5. Variables de seguimiento	402

2. Relación entre la reincidencia y las características de los internos drogodependientes, derivados a tratamiento extrapenitenciario a lo largo del periodo 1985 – 2003 en el centro penitenciario de Burgos	414
2.1. Reincidencia y variables individuales y sociofamiliares	414
2.1.1. Antecedentes familiares penitenciarios y reincidencia	415
2.1.2. Hábitos laborales y reincidencia	416
2.1.3. Patología infecciosa por VIH y reincidencia	416
2.1.4. Nivel de estudios finalizados y reincidencia	417
2.1.5. Antecedentes familiares toxicofílicos y malos tratos	417
2.1.6. Antecedentes familiares psiquiátricos y malos tratos	418
2.2. Reincidencia y variables penales y penitenciarias	419
2.2.1. Condena total formal y reincidencia	420
2.2.2. Número de ingresos en prisión, previos a la condena base y reincidencia	420
2.2.3. Edad del primer ingreso en prisión y reincidencia	421
2.2.4. Edad en la excarcelación y reincidencia	422
2.3. Reincidencia y variables de conducta objetiva en prisión	425
2.3.1. Regresión en el grado de cumplimiento y reincidencia	425
2.3.2. Revocación de la libertad condicional y reincidencia	426
2.3.3. Quebrantamiento de condena y reincidencia	427
2.4. Reincidencia y variables psicológicas	430
2.4.1. Extraversión-introversión y reincidencia	428
2.5. Reincidencia y variables de seguimiento	430
2.5.1. Forma de finalización de la condena base y reincidencia	430
2.5.2. Motivo de baja del centro terapéutico extrapenitenciario y reincidencia	431
2.5.3. Tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario y reincidencia	431

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN	433
1. Discusión sobre las características individuales, sociofamiliares y reincidencia	435
1.1. Sexo	435
1.2. Estado civil	437
1.3. Características familiares	438
1.4. Características educativas y laborales	446
1.5. Historia legal	448
1.6. Características de salud	451
2. Discusión sobre las características penales, penitenciarias y reincidencia	457
2.1. Antecedentes de estancia en prisión penado	457
2.2. Condena total formal	458
2.3. Tipología delictiva	460
2.4. Número de ingresos en prisión	462
2.5. Edad del primer ingreso	463
2.6. Edad en la excarcelación	464
2.7. Año de excarcelación	466
3. Discusión sobre las características de conducta objetiva en prisión y reincidencia	467
3.1. Vinculación familiar	468
3.2. Tipo de sanciones	469
3.3. Consumo de drogas institucional	470
3.4. Participación en actividades	470
3.5. Disfrute de permisos penitenciarios	471
3.6. Recompensas concedidas en los distintos periodos de condena	472
3.7. Tratamiento específico de drogas en prisión	473
3.8. Conductas autoagresivas: autolesión, intento de suicidio y huelga de hambre	475

3.9. Conductas que aumentan el tiempo real de internamiento en prisión	476
4. Discusión sobre las características psicológicas y reincidencia	479
4.1. Capacidad intelectual	479
4.2. Características de personalidad	480
5. Discusión sobre las características de los sujetos en el periodo de seguimiento postratamiento y reincidencia	484
5.1. Reingreso en prisión después de la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario	484
5.2. Forma de finalización de la condena base	485
5.3. Reincidencia a su excarcelación de la condena base	487
5.4. Evolución en el tratamiento en el centro terapéutico extrapenitenciario	490
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES, LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES PRÁCTICAS	493
1. Síntesis de resultados	495
1.1. Respecto al perfil del recluso drogodelincuente excarcelado a un centro extrapenitenciario	495
1.2. Respecto al perfil del reincidente	497
1.3. Respecto a las tasas de reincidencia	498
1.4. Respecto al centro penitenciario como espacio de tratamiento	499
2. Líneas futuras de investigación e implicaciones prácticas	500
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	505
ANEXO	547

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de Tesis Doctoral titulada “El tratamiento intrapenitenciario y extrapenitenciario: elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclusos drogodependientes”, pretende revisar y reelaborar el “discurso” sobre los tratamientos de drogas en prisión, conocer qué relación existe entre drogas y delincuencia, cuáles son las características de los presos drogodependientes en las cárceles, qué tipo de intervenciones se llevan a cabo en la actualidad intrapenitenciaria y extrapenitenciariamente, explicar un modelo teórico basado en la motivación al cambio como proceso y a partir del cual trabajar con drogodelincuentes, y finalmente analizar qué factores que se relacionan con la reincidencia.

Creemos que esta tesis tiene una gran importancia a nivel social, político, profesional y científico. La Directora General de Instituciones Penitenciarias, Mercedes Gallizo, ha resaltado la difícil situación en la que se encuentra el sistema penitenciario debido a sus carencias y, especialmente, al enorme número de reclusos (66.919 a fecha 29 de febrero de 2008) en sus prisiones, de los cuáles un gran porcentaje son toxicómanos. Por lo tanto, este estudio goza de una gran relevancia **social**, puesto que va dirigido a un sector muy amplio de la población española, máxime si tenemos en cuenta a las familias, hijos, parejas, etc., de los internos, a los que indirectamente también afecta el ingreso en prisión de un ser querido.

A nivel **político y profesional**, tanto los responsables de crear, proponer y aprobar leyes, como los profesionales directamente encargados del tratamiento de los presos, han de conocer la importancia de los tratamientos de drogas para la salud de los internos y para facilitar la reeducación y la reinserción social del preso, objetivo final de las penas privativas de libertad, como así lo dicta la Constitución Española de 1978 (Artº 25.2) y la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) de 1979 (Artº 1). Este trabajo pretende ser una ayuda importante para políticos y profesionales a la hora de crear leyes

y tomar decisiones de intervención adecuadas que mejore el estado de salud de los presos.

A nivel **científico**, porque aunque existen investigaciones sobre reincidencia y variables penitenciarias es necesario para mejorar la capacidad predictiva incorporar variables sociofamiliares y personales que no hemos encontrado en estos estudios.

Para conseguir todos estos objetivos, dividimos el trabajo en dos secciones: una primera parte de revisión teórica y una segunda parte en la que se desarrolla nuestra investigación.

Dentro de la parte teórica, incluimos un primer capítulo dedicado a revisar las diferentes teorías sobre la relación entre conducta adictiva y delictiva. En el segundo capítulo, describimos la situación de las cárceles en Europa. El tercer capítulo recoge la situación de las cárceles en España. El cuarto capítulo presenta un modelo teórico de intervención con drogodependientes. El quinto capítulo recoge la intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias. El sexto, capítulo último de la parte teórica, revisa las investigaciones sobre la reincidencia en población presa.

El desarrollo de la investigación comienza, en el capítulo séptimo, donde explicamos nuestro objeto de estudio, objetivos y metodología de nuestra investigación. Todo este desarrollo nos conduce, en el capítulo octavo, a la obtención de unos resultados cuantitativos y cualitativos. Estos resultados son discutidos en el capítulo noveno, incluyendo las conclusiones finales, líneas futuras de investigación e implicaciones prácticas, en el capítulo décimo.

I. REVISIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1
**SOBRE LA RELACIÓN
ENTRE CONDUCTA ADICTIVA Y CONDUCTA DELICTIVA**

Resulta imprescindible analizar la relación drogas-delincuencia en su complejidad para poner en marcha las intervenciones (preventivas o asistenciales) más adecuadas. El análisis del consumo de drogas y de la conducta delictiva tiene una larga tradición en estudios británicos y americanos que ha generado un conjunto importante de datos empíricos; no obstante, en nuestro país son escasos los estudios que analizan esta relación, sobre todo con población reclusa (Barcia, Ruiz, Oñate, Seiquer y Ramos, 1991; Elzo, Lidon y Urquijo, 1992; García, 1999; Garrido, 1987; Márquez, 1990; Miranda, Barberet, Canteras y Romero, 1998; Moretín y Gostín, 1998; Otero *et al.* 1995; Otero-López, 1997; Otero-López y Vega, 1993a; Ríos y Cabrera, 1998; Rodríguez *et al.* 1997; Santamaría y Chait, 2004; Silvosa, 1999; Vega *et al.* 1982).

Pese a que los datos proporcionados por los diferentes estudios en el área ponen de relieve la existencia de asociación positiva consumo de drogas-delincuencia, este tipo de conocimiento no avanza nada sobre la naturaleza y la dirección de dicha relación. En otras palabras este tipo de información no permite responder validamente a la pregunta ¿qué causa qué? (¿droga-delincuencia, delincuencia-droga, o quizá, son otros factores los responsables de la relación?). En este sentido, la integración de las conclusiones de los trabajos centrados en validar empíricamente cada una de las hipótesis causales acerca de la relación droga-delincuencia posibilitará averiguar cuál es el estado actual del conocimiento a este respecto.

La literatura científica apunta tres hipótesis en esta relación que a continuación explicamos (Delgado y Torrecilla, 1999; García, 1999, Elzo, 2001; Kaiser, 1998; Márquez, 1990; Otero-López, 1994, 1997, 1999; Otero-López y Vega 1993a; Roca y Caixal, 1999; Santamaría y Chait, 2004; Sanchís y Soler, 1998).

1. EL CONSUMO DE DROGAS CAUSA DELINCUENCIA

La primera hipótesis postula que *la droga causa delincuencia*. Esta hipótesis afirma que la conducta de consumir droga precede a la conducta delictiva y es la necesidad de consumir droga lo que genera, en gran medida, la necesidad de delinquir.

Por un lado cabe la posibilidad de que una vez que el sujeto ha caído en la adicción a una sustancia, no sea capaz de sufragarla por medios no delictivos. Hay que tener en cuenta que drogas ilegales, como la cocaína o la heroína, tienen un alto precio y generan en poco tiempo una alta dependencia física y psíquica, lo que a su vez puede llevar a no poder compatibilizar el consumo de dichas sustancias con una vida sociolaboral más o menos normal, lo que hará aún mayor la distancia entre capacidad económica del sujeto y la posibilidad de adquirirla por vías no delictivas (Harrison, 2000).

Por otro lado, también cabe la posibilidad de que el sujeto se exima de su responsabilidad, culpabilizando de su situación a “la droga” (Santamaría y Chait, 2004).

Un enfoque cada vez más común en los estudios empíricos es el basado en el marco conceptual tripartito propuesto por Goldstein (1985) para delimitar la relación entre drogas y delitos. En este modelo, las drogas conducen a la violencia por la vía de la integración de los modelos inspirados en los conceptos de delitos psicofarmacológicos, delitos compulsivos con fines económicos y delitos sistemáticos.

Dentro de esta primera hipótesis la droga causa delincuencia se han analizado, por tanto cuatro dimensiones que se interrelacionan.

La primera dimensión es la **hipótesis de la necesidad económica** derivada de los primeros trabajos en el área (aquellos que planteaban la existencia de una relación del tipo: consumo de heroína - necesidad económica - conducta delictiva). Esta hipótesis hace referencia, como ya hemos reflejado, a que es el elevado coste de las drogas ilegales lo que lleva al adicto a que, para mantener su nivel de consumo (y, en consecuencia, evitar los efectos indeseables de la retirada o síndrome de abstinencia), realice delitos que le generen ingresos para su hábito (Harrison, 2000; Otero-López, 1997, 1999). Varios de estos delitos económicos son inherentemente violentos (por ejemplo el robo, asaltos, atracos) aunque en ocasiones la violencia proviene de factores no intencionados o ajenos. Debido al alto coste y al patrón compulsivo de consumo, la heroína y la cocaína son probablemente, las sustancias más relevantes en este modelo.

La segunda dimensión, sugiere que los efectos psicofarmacológicos de las drogas incrementan la probabilidad de que el consumidor se involucre en actividades delictivas, fundamentalmente delitos violentos. Este segundo argumento pasaría a formar parte de la **hipótesis psicofarmacológica** (Harrison, 2000; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Que sugiere que algunas personas, como resultado de la ingestión de sustancias tóxicas, a corto y largo plazo, pueden actuar de modo excitado e irracional, y consiguientemente de una forma violenta. La cocaína, por ejemplo, puede provocar al sujeto estados paranoicos en los que sufre alucinaciones visuales y auditivas, interpreta mal los eventos, y se convierte en irritable e hiperactivo, pero también los delincuentes pueden consumir intencionadamente para reducir el nerviosismo o aumentar el valor y facilitar la comisión de delitos previamente planeados (Inciardi *et al.*, 1995). Según Goldstein (1985), las

drogas más relevantes en este modelo son, probablemente, el alcohol, los estimulantes, los barbitúricos y el PCP¹.

Una tercera dimensión es que el consumo de sustancias puede llevar a la comisión de delitos sistemáticos. La **delincuencia sistemática** es la constituida principalmente por actos violentos (agresiones, homicidios) cometidos en el marco del funcionamiento de los mercados de drogas ilegales, como parte de las actividades de suministro, distribución y consumo de drogas. La violencia como estrategia de control se utiliza en distintas situaciones, como en el caso de conflictos territoriales, castigos por engaños, cobro de deudas y enfrentamientos con la policía. En los países de producción y tránsito de drogas en los que el Estado de Derecho no siempre se respeta, los delitos sistemáticos pueden englobar también, por ejemplo, la corrupción de empresas, entidades públicas y sistemas bancarios o los crímenes contra la humanidad cometidos por los traficantes de drogas (OEDT², 2007a).

Los actos violentos de carácter sistemático están vinculados a la prohibición, puesto que se derivan principalmente de la naturaleza ilegal de un mercado caracterizado por enormes beneficios y cuyos participantes no pueden ampararse en la legislación mercantil. No existe ninguna relación intrínseca con el consumo de drogas, y está menos claro en general si las drogas (su tráfico y su consumo) conducen a la comisión de delitos sistemáticos o a la inversa, o incluso si solo son parte de la misma forma de vida en general. No obstante la violencia generalizada en los mercados de

¹ La fenciclidina (PCP, polvo de ángel, píldora de la paz o tranquilizante de caballos) se estudia dentro del grupo de drogas de diseño ya que presenta un amplio espectro de efectos subjetivos difícilmente clasificables. Fue introducida en medicina inicialmente como anestésico general; administrado por vía endovenosa produce una analgesia-anestesia sin pérdida completa de la conciencia. A mediados de los años 60 fue prohibido su uso en medicina humana manteniéndose su uso en medicina veterinaria como anestésico (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

² Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

drogas puede aumentar las probabilidades de que los consumidores se conviertan en autores o víctimas de delitos violentos (OEDT, 2007a).

Y por último una cuarta dimensión en la que el consumo de drogas puede llevar a cometer **delitos contra la legislación en materia de drogas**. Las infracciones de la legislación en materia de drogas pueden revestir la forma de delitos específicos como los consistentes en el consumo, posesión, cultivo, producción, importación y tráfico, pero también de otros delitos afines, como los de fabricación y tráfico ilícitos de precursores o el blanqueo de capitales. Suelen incluirse también en esta categoría los delitos relacionados con la conducción y las drogas (conducción bajo los efectos de las drogas) (OEDT, 2007a).

Otro aspecto que se ha analizado para esclarecer el tipo de causación droga – delincuencia , es aquel que se centra en examinar cuáles son los **tipos de delitos más frecuentemente realizados** por los consumidores, y si éstos tienen como objetivo el conseguir dinero para mantener su hábito. La evidencia una vez más dista de ser concluyente.

Las conclusiones a las que llega el profesor Otero-López (1997), en su extensa revisión bibliográfica (en su mayoría datos referentes a EEUU), es que la mayor parte de los delitos realizados por heroinómanos son delitos contra la propiedad. No obstante también existen investigaciones que concluyen que no existen diferencias respecto al tipo de delitos realizados entre sujetos consumidores y no consumidores.

A este respecto, los estudios revisados con muestras de drogodelincuentes detenidos o en prisión en España, constatan que la mayor parte de los delitos realizados por los consumidores de drogas ilegales son delitos contra la propiedad (Caixal y Roca, 1999; Luque, Ferrer y Capdevila

2004a, 2004b, 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo -ESDIP-, 2006a; Moretín y Gostín, 1998; Otero *et al.* 1995; Roca y Caixal 1999; Santamaría y Chait, 2004; UNAD, 2006; Vegue, Alvaro y García 1998; Silvosa, 1999).

Rodríguez *et al.* (1997) relacionan el tipo de delito con la edad de inicio en el consumo y con la frecuencia de consumo de los sujetos en la calle en el siguiente sentido: cuando la edad de inicio en el consumo de droga es temprana (9 – 16 años) o consumen en la calle diariamente la conducta delictiva manifestada es aquella que atenta contra la propiedad; por el contrario, los individuos presos acusados de delito contra la salud pública se inician en el consumo después de los 16 años o no consumen diariamente.

Para Diéguez (1995) también es importante señalar la existencia de un cierto grado de **relación directa entre los delitos cometidos y los efectos que generan las sustancias consumidas**. Así serán actos violentos, cargados de agresividad, aquellos delitos cometidos bajo la influencia, por ejemplo, de estimulantes, llegando incluso a traducirse en conductas homicidas, lesiones graves, etc; bajo la acción de los depresores (narcóticos), es poco probable la comisión de delitos violentos, el sujeto se encuentra generalmente inmerso en un estado de relajación, ensoñación, evasión de la realidad, etc. Sin embargo, cuando el sujeto politoxicómano está bajo el síndrome de abstinencia o “mono”, se suele mostrar agresivo y peligroso, necesitando conseguir la droga a cualquier precio y sin medir las consecuencias que puedan surgir; se encuentra en una situación crítica que debe resolver sin demora y retraso, y el delito violento, caracterizado por su impulsividad y agresividad, puede ser en muchos casos la única alternativa para obtener la droga. Por otra parte, el consumo habitual de barbitúricos, hipnóticos, pueden generar automatismos que le pueden llevar a la comisión de delitos e incluso a la propia muerte, al seguir ingiriendo la sustancia de una forma automática e inconsciente hasta llegar a la dosis letal no buscada

voluntariamente. Sin embargo, no puede afirmarse tajantemente que el consumo de drogas lleve directamente a la delincuencia, ya que además de la propia sustancia hay que tener en cuenta otros factores.

Por estas razones Diéguez (1995) va a diferenciar entre la criminalidad derivada del consumo de drogas según desempeñe éste un papel directo o indirecto. En relación a la influencia criminógena **indirecta** derivada del consumo de drogas, la más frecuentemente admitida, puede afirmarse que la delincuencia del toxicómano es primordialmente de carácter funcional, es decir, tendente a la obtención de la droga; el toxicómano excluye paulatina y progresivamente el trabajo de sus actividades, centrando sus metas únicamente en la droga. La subida de los precios, así como la adulteración del producto, hacen necesaria una mayor cantidad de dinero para conseguir el producto.

Finalmente dentro de esta cuestión de relacionar el tipo delictivo y los efectos de las sustancias, Elzo, Lidon y Urquijo (1992), acuñan tres conceptos básicos (Delincuencia Inducida, Delincuencia Funcional y Delincuencia Relacional), y un cuarto concepto de naturaleza más específica (conceptualizado por los autores como un subtipo de la Delincuencia Relacional) que se refiere al Tráfico por no consumidor. A continuación presentamos las definiciones propuestas por los autores de los “conceptos” o categorizaciones delictivas, así como la relación que éstos establecen con actividades delictivas concretas y su correspondencia con la categorización hecha por Goldstein:

1. *Delincuencia Inducida*. Tiene su origen en la intoxicación producida por la ingesta de sustancias, y la delincuencia dependerá, en definitiva, de los efectos que la/s sustancia/s consumidas tengan sobre el organismo (euforia, excitación, obnubilación, etcétera). A nivel general, se puede relacionar con

delitos contra las personas, contra la libertad sexual, contra la seguridad interior del Estado, contra la seguridad en el tráfico y, ocasionalmente, contra la propiedad. Se correspondería con la hipótesis psicofarmacológica.

2. *Delincuencia Funcional*. Es la realizada por un drogodependiente con la finalidad de procurarse la sustancia o sustancias que necesita y evitar los efectos indeseables de la retirada. Los delitos más característicos serán los de apoderamiento lucrativo (robos con fuerza en las cosas o con violencia o intimidación en las personas), y ocasionalmente delitos de falsedades (ej., falsificación de recetas), malversación, etc. Se correspondería con la hipótesis de la necesidad económica.
3. *Delincuencia Relacional*. Actividades delictivas que se producen en torno al consumo de drogas y que son facilitadoras de dicho consumo. Algunos ejemplos de esta delincuencia se refieren tanto a las conductas, realizadas por consumidores, de tráfico de drogas en sentido amplio (cultivo, elaboración, tráfico, facilitación del consumo, etc.) como a la compra o venta de objetos de conocida procedencia ilegal. En este sentido ya hemos explicado como Goldstein (1985) habla del modelo sistémico, que propone que la violencia es inherente al sistema de distribución de drogas. Por ejemplo, la violencia es inherente a las disputas territoriales entre los vendedores de drogas rivales, o bien la violencia o amenazas pueden utilizarse para castigar a aquellos que rompen las normas. Un vendedor de drogas puede ser asaltado o incluso asesinado cuando trata de engañar a su cliente o no paga a su proveedor. Las drogas asociadas a este modelo en los EE.UU. son la cocaína y la heroína y especialmente un derivado de la cocaína, el crack. También se correspondería con los delitos contra la legislación en materia de droga.

4. *Tráfico por no consumidor.* Se refiere a cuando el delito de tráfico de drogas es realizado por un no consumidor.

Otros estudios, afirma Otero-López (1997, 1999) en un intento de proporcionar evidencia indirecta a esta primera hipótesis droga causa delito, han demostrado que **la actividad delictiva después de la adicción es significativamente mayor que antes de la adicción**. Algunos estudios han demostrado que una vez iniciada la adicción aumenta de manera significativa la actividad delictiva (Nurco y Dupont, 1977). En nuestro país en un estudio realizado con una muestra de adictos y delincuentes en prisión, se llegó a la conclusión que el 88,6% (78 sujetos) declaró que aumentó el número de delitos que realizaban cuando estaban enganchados (Santamaría y Chait, 2004).

No obstante, la evidencia mostrada por estos trabajos no parece firme, ya que los cambios en la actividad delictiva pueden ocurrir independientemente de la adicción y ser resultado de otros factores tales como el paso del tiempo. La delincuencia entre jóvenes de 16 a 22 años es 5 ó 6 veces superior a la que podemos encontrar entre individuos de edades superiores a éstas. La edad es por tanto un factor modulador de la delincuencia de primer orden (Garrido, Stangeland y Redondo 2001). Desafortunadamente, ninguno de estos estudios ha controlado el efecto de la edad. Además, continúa Otero-López (1997), es necesario señalar que otros estudios realizados con muestras de sujetos no institucionalizados (no están en centros de reforma o prisión) informan que no se aprecia ningún incremento significativo en los índices delictivos posteriores a la adicción.

En cuanto a la primera hipótesis conceptual (droga causa delincuencia), y a pesar de la popularidad de esta perspectiva, los apoyos empíricos son muy limitados y, a menudo se derivan de muestras “específicas” (en tratamiento) y de drogas “concretas” (fundamentalmente narcóticos). Otero-López (1997,

1999) defiende que estos trabajos presentan importantes fallos metodológicos (ej., los datos son descriptivos o de naturaleza correlacional – no se puede inferir causalidad –, existe una pobre especificación de las características muestrales, etc.).

A modo de resumen, cabe postular que a tenor de la literatura esta hipótesis podría explicar, en algunos casos, el vínculo droga – delincuencia bajo determinadas casuísticas: consumidores adultos con un amplio historial de adicción a los narcóticos que están “en tratamiento”. Pues cuando se ha intentado probar, aunque indirectamente, la hipótesis de la necesidad económica en muestras de adolescentes, se ha encontrado que los jóvenes delincuentes y/o consumidores no atribuyen exclusivamente la realización de delitos, que generan ingresos, para conseguir dinero para el consumo de drogas, sino también para obtener objetos o comodidades que no podrían conseguir de otro modo (Carpenter *et al.*, 1988; Johnson *et al.*, 1986 citados por Otero-López, 1997). Con respecto al argumento psicofarmacológico informan que, a pesar de que algunos jóvenes consumen drogas y alcohol antes de realizar actividades delictivas, ninguno de ellos atribuye su conducta a los efectos producidos por dichas sustancias, si bien es pensable que aunque muchos jóvenes no citen el consumo de drogas como uno de los factores que determinan la realización de actividades delictivas, esto no invalida que, en algunos casos, exista algún tipo de relación no percibida por el sujeto.

En cualquier caso, parece razonable afirmar que aunque para algunos sujetos, bajo algunas condiciones, el consumo de drogas pueda llevar a la realización de actividades delictivas, existe poca evidencia empírica para creer que esto ocurra en la mayoría de los jóvenes (Otero-López, 1997).

2. LA DELINCUENCIA CAUSA CONSUMO DE DROGAS

La segunda posibilidad recogida en la literatura, es que *la delincuencia lleva a la drogadicción*. Esta segunda explicación parte del supuesto de que el consumo de drogas es una fase avanzada dentro del historial delictivo de los sujetos inmersos en subculturas “desviadas”: el sujeto no es primariamente adicto aunque acabe, en un segundo momento, recalando en el submundo de la droga por su propia inestabilidad personal o por la propensión a vulnerar las normas. Esto es, considera que es precisamente la implicación en la delincuencia lo que proporciona al sujeto el contexto, el grupo de referencia y las definiciones favorables de la situación que le conducirán a su posterior implicación en el consumo. Por tanto la adicción a la droga no es más que una prolongación de la conducta desviada (Delgado, 1999; Elzo, 2001; Márquez, 1990; Otero-López 1997, 1999; Santamaría y Chait, 2004).

Esta segunda hipótesis tiene un mayor apoyo empírico, si bien la práctica totalidad de los estudios no examinan la relación en términos de causalidad sino en términos de cuál es la conducta que ocurre primero (criterio necesario, aunque no suficiente, para demostrar relación causal) (Otero-López, 1997, 1999).

A este respecto, los trabajos que analizan la secuencia temporal en relación al consumo de heroína, utilizando bien muestras institucionalizadas o bien en tratamiento, concluyen que la delincuencia aparece antes del consumo de heroína. El consenso se ve fortalecido si tenemos en cuenta que a esta misma conclusión llegan otros estudios que incluyen otras sustancias además de la heroína. Pero quizá el apoyo más claro a este planteamiento deba buscarse en algunos estudios con adolescentes de la población general, que demuestran que la delincuencia conduce al consumo de drogas. A pesar del

mayor apoyo empírico que recibió esta hipótesis (frente a la primera), la evidencia tampoco puede considerarse definitiva ya que el patrón de progresión delincuencia-droga no refleja el patrón dominante (Delgado, 1999; Otero-López, 1997, 1999).

3. NO EXISTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LA DELINCUENCIA

La tercera hipótesis es que no existe relación causal entre ambas conductas, la relación es artificiosa ya que ambas conductas son el resultado de la existencia de *determinantes comunes*, de manera que los sujetos expuestos a estos factores pueden desarrollar las dos conductas indistinta o conjuntamente. Delincuencia y consumo de sustancias, son parte de un estilo de vida desviado cuyo origen hay que buscarlo en una serie de factores interrelacionados y cualquier asociación puede ser incidental (Delgado 1999; Mateos, y Prieto 1988; Otero-Lopez 1997, 1999; Rodríguez et al., 1997; Santo-Domingo, 2002; Vega 1990).

La mayor parte de los trabajos, en otros países, que se han realizado para probar esta hipótesis han utilizado muestras de adolescentes de la población general con tipos de consumo relativamente no serio (ej., consumo de tabaco, consumo ocasional de alcohol, consumo experimental de marihuana y otras drogas ilegales) y con conductas delictivas poco serias e infrecuentes. Los resultados con muestras españolas ratifican, igualmente, la potencia explicativa de esta hipótesis en la etapa evolutiva de la adolescencia (Otero-Lopez, 1995, 1997; Otero-López y Vega, 1993b; Otero-López *et al.*, 1994). En concreto, utilizando distintas muestras representativas de la Comunidad Autónoma Gallega (varones escolarizados de la población general, mujeres escolarizadas de la población general, en tratamiento por su conducta de consumo, institucionalizados por sus conductas delictivas y consumidores localizados “en la calle”), los hallazgos apoyan consistentemente la “existencia de terceras variables” que dan cuenta de ambos fenómenos y, por tanto, las “responsables de la relación”. Más específicamente, a tenor de las investigaciones, parece claro que si queremos predecir el consumo o la

delincuencia de los adolescentes o de cualquier grupo muestral, debemos siempre recurrir a variables de sus entornos primarios (familia, escuela y grupo de iguales) y personales (por ejemplo, búsqueda de sensaciones, autoestima, impulsividad) (Otero-López, 1999).

En la actualidad parece poder afirmarse, entonces, que aunque esta hipótesis resulta particularmente prometedora para muestras de adolescentes y jóvenes, será necesario examinarla en otros períodos de edad. Sea como fuere, lo cierto es que tampoco existe en este momento evidencia suficiente y razonable de que la “hipótesis de no-causación” explique la mayor parte del fenómeno (Otero-López, 1999).

4. CONCLUSIONES DEL ESTADO ACTUAL DEL CONCIMIENTO ACERCA DE LA RELACIÓN DROGA – DELINCUENCIA

Según Otero-López (1997, 1999), los hallazgos derivados de la literatura son poco consistentes y difícilmente generalizables dada la diversidad de muestras (estudios con adictos y/o delincuentes detectados, estudios con adictos de la calle y estudios con población general) y definiciones operativas que se han utilizado.

La evidencia empírica, concluye Otero-López, sólo nos permite concluir que dado el complejo interjuego de factores y de condiciones sociales que intervienen en la génesis de ambas conductas, cualquier explicación acerca de cómo se relacionan puede ser razonable pero, en cualquier caso, será parcial.

En este sentido, explica Otero-López, la ausencia de consenso quizá esté reflejando la imposibilidad de definir la relación de manera universal puesto que ésta puede estar mediatizada, aparte de por las innegables limitaciones de algunos estudios, por la existencia de múltiples factores entre los que cabe destacar: el tipo de población a la que pertenezca la muestra utilizada, la edad de los sujetos, la frecuencia y el tipo de consumo y de conducta delictiva que se considere, y el dinamismo temporal de la relación. En este sentido resulta clarificador los apuntes de Inciardi y McElrath, 1995 (citado por Otero-López, 1999):

“Las teorías, hipótesis, conclusiones y otros resultados fueron de muy escaso valor por una serie de sesgos y deficiencias en la misma naturaleza de sus diseños. Dadas las múltiples dificultades metodológicas resultó imposible extraer conclusiones fiables sobre la naturaleza de la relación droga-

delincuencia, sobre su magnitud, forma, alcance y dirección. ...Estas investigaciones no consideraron que hay muchos tipos de drogas y de consumidores, que la naturaleza y los patrones de consumo cambian constantemente, que la pureza y la disponibilidad de las drogas es dinámica y no estática y que, tanto la delincuencia relacionada con las drogas como los delinquentes consumidores sufren una continua metamorfosis” (p.16).

En definitiva, en lo único en que existe acuerdo es en que la relación existe, pero la naturaleza precisa y la dirección de esta vinculación permanece inespecífica y en controversia.

Por ello según Otero-López, es posible que las tres hipótesis que se han formulado para explicar la relación droga-delincuencia tengan validez para distintos grupos de consumidores. Concretamente, que la hipótesis de que el consumo genera delincuencia sea la que mejor “explique” el consumo habitual de los sujetos con un historial de adicción a la heroína y otros narcóticos; la hipótesis de que es el “estilo de vida” delictivo el que lleva a la implicación en el consumo de drogas resulte más probable para predecir el consumo habitual de otras drogas y el consumo experimental de heroína; por último, la tercera hipótesis que defiende que ambas conductas no se relacionan causalmente, sino que son “causadas” por los mismos factores, “de cuenta” de la relación entre el consumo y la delincuencia para los sujetos jóvenes consumidores habituales de alcohol y/o marihuana y para los consumidores experimentales de otras drogas.

Es por tanto importante recordar que la relación entre drogas y delitos puede ser dinámica y variar incluso en una misma persona a lo largo del tiempo.

5. VARIABLES COMUNES QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN DROGA – DELINCUENCIA

La posibilidad de que el consumo de drogas y la delincuencia estén causados por los mismos factores aparece, en las últimas décadas, como uno de los marcos de reflexión más sugerentes en este campo de estudio, ya que probablemente permita integrar algunos hallazgos que no parecen ser fácilmente explicables desde una perspectiva causal (Otero-López 1997).

A continuación vamos a revisar las variables que influyen en la relación droga-delincuencia según los estudios de diversos autores. A este respecto, existen en nuestro país investigaciones en cuanto a factores de riesgo y factores de protección de cada una de estas conductas consideradas aisladamente y realizadas con muestras de adolescentes (Becedóniz *et al.* 2005; Bringas *et al.*, 2006; Graña y Muñoz-Rivas, 2000a; Martínez y Robles, 2001; Miron, Serrano, Godas y Rodríguez, 1997; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Rodríguez y Paíno, 1994; Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000; Torrente y Merlos, 1999 entre otros).

En algunos trabajos de revisión se constata que la mayoría de los estudios se han realizado en culturas diferentes a la nuestra (Delgado 1999, Garrido, Stangeland y Redondo, 2001; Graña, 1998; Robles y Martínez, 1998). La mayor parte de los estudios se realizan en poblaciones de Estados Unidos y, por tanto, las conclusiones vertidas en estos trabajos tienen la limitación propia de la generalización para su aplicación en nuestro entorno (DiClemente *et al.*, 2001; Florenzano, 2002; Jackson *et al.* 1997; Lamborn *et al.*, 1991; Robles y Martínez, 1998; Valdenegro, 2005; Stice y Barrera, 1995).

Aunque en nuestra investigación la muestra son personas presas adultas, muchos de los estudios a los que nos vamos a referir se han realizado con muestras de adolescentes y de diferentes características (población general, institucionalizados, en tratamiento, etc...). Esto es así porque desde distintas atalayas teóricas se defiende, que es necesario analizar la relación droga-delinuencia desde sus primeras fases, conscientes de que ese conocimiento contribuirá a comprender y explicar la relación a edades más avanzadas. En este sentido la sistemática utilización de muestras de adultos que ha caracterizado buena parte de los estudios, ha contribuido muy poco al esclarecimiento de “cómo” es el vínculo (o cómo se establece en un primer momento). Pues no faltan quienes apuntan que éste puede presentar una dinámica cambiante en función de la edad y por ello, el diseño de medidas preventivas debe sedimentarse en el conocimiento de la relación a edades tempranas (Otero-López, 1997).

Por otra parte existen pocos estudios que analicen conjuntamente los antecedentes comunes del consumo de sustancias y delincuencia, sobre todo en nuestro país (Farrel *et al.*, 1992; Farrow y French, 1986; Harrison, 2000; Hays *et al.*, 1996; Mirón, Luengo, Sobral y Otero-López, 1988; Negreiros, 1998; Otero-López, 1997; Otero-López, Mirón y Luengo, 1989, 1991; Otero-López, Romero y Luengo, 1994; Otero-López y Vega, 1993). Queremos aclarar a este respecto los conceptos de conducta antisocial y conducta delictiva.

Desde hace varios años se han venido realizando numerosas investigaciones de la conducta antisocial de niños y jóvenes adaptados, tema que ha alcanzado especial preocupación en nuestra sociedad occidental, llevándolo a considerar un trastorno conductual. La conducta antisocial viene a ser considerada como aquel comportamiento que no se ha ajustado a la normativa social o moral. Hace referencia a un concepto muy extenso, que va desde los rasgos de personalidad psicopáticos hasta los criterios de trastorno

de personalidad antisocial del DSM-IV-TR (APA, 2002). Es decir, se podría entender la conducta antisocial como aquel comportamiento que infringe las normas e intereses sociales, además de ser una acción perjudicial o dañosa contra los demás, tanto personas como animales o propiedades, siendo su factor principal la agresión (Bringas, Herrero, Cuesta y Rodríguez, 2006).

La conducta delictiva es un tipo de conducta antisocial que implica la transgresión de una ley, entendida como una normativa promulgada que tiende a ir acompañada de una coerción y de una amenaza de sanción para su cumplimiento. Es objeto de penalización y de reacción social negativa. La conducta antisocial es objeto de reacción social pero no siempre de penalización (Pérez, 1987a).

No vamos a incluir todas las variables aportadas por la literatura científica que puedan incidir en estas conductas, sino que vamos a seleccionar las que a nuestro juicio pueden ser más importantes para nuestra investigación. En este sentido, teniendo en cuenta que ambas conductas (delincuencia y consumo de sustancias) se enmarcan dentro del amplio rango de conductas desviadas, vamos a optar por los **planteamientos psicosociales** como uno de los marcos teóricos explicativos de la conducta desviada. Y de esta manera el análisis del proceso de socialización, con particular atención a los grupos primarios – familia, escuela o grupo de iguales – se hace necesario, dado que tanto el consumo como la delincuencia podrían explicarse, al menos en parte, por deficiencias en el mismo.

Otro de los marcos teóricos que vamos a tener en cuenta son **las teorías de la personalidad**, en concreto hacer hincapié en algunas variables de personalidad que en los últimos tiempos han capitalizado el interés de los investigadores.

Explicamos a continuación un conjunto de **perspectivas teóricas diversas en la explicación de la delincuencia** y en definitiva de la conducta desviada, que siguiendo a Garrido, Stangeland y Redondo, (2001) vamos a resumir, porque no es nuestro objetivo presentar de manera exhaustiva todo el conjunto de principios teóricos relacionados con la conducta criminal, pero sí hacer hincapié en las principales explicaciones. Garrido, Stangeland y Redondo agrupan las teorías de la conducta delictiva en los siguientes grupos teóricos:

- 1) *El delito como elección.* Los presupuestos de partida de esta perspectiva son la racionalidad humana y la “tendencia al placer” como base de la delincuencia. Según ello, los individuos valorarían para delinquir o no hacerlo las circunstancias de coste y beneficio que les comporta su conducta. Su explicación de la delincuencia sería, por tanto, la existencia de una decisión racional para delinquir. Consiguientemente, la sociedad debe disponer normas y sanciones penales que contrarresten esta inclinación al propio beneficio. Implícitamente, la aseveración de que existe una tendencia humana hacia la obtención de placer presupone, por un lado, una cierta fundamentación biológica y, por otro, la existencia de un ambiente que ofrece la disponibilidad de objetos y situaciones deseables. Este planteamiento teórico domina ampliamente el terreno de la praxis en las políticas criminales de todos los países.
- 2) *Las influencias sociales.* Este grupo teórico lo constituyen aquellas perspectivas que realzan el papel de las influencias sociales que puede derivar en patología social y situaciones de anomia. Su principal elemento común es la propuesta de que la delincuencia es el resultado de la estructura y del funcionamiento social, y especialmente de los desequilibrios existentes entre los objetivos sociales y los medios legítimos disponibles para su obtención. Esto es, entre los objetivos sociales que se proponen a los ciudadanos (poseer más dinero y más estatus social; ser más en definitiva) y las

posibilidades y recursos limitados de que disponen los individuos más frágiles de la sociedad (los que cuentan con menores potenciales educativos o económicos, o con menores habilidades) para el logro de tales objetivos. Esa discrepancia entre objetivos sociales y medios para su obtención genera una tensión en los individuos, que puede traducirse en la aparición de subculturas y de reacciones de ira, de cólera o de malestar social. Como resultado de estas reacciones, y también de la ausencia de controles sociales para su contención, algunos individuos cometerían actos delictivos para encarar el conflicto generado.

- 3) *Las predisposiciones agresivas.* En la actualidad, este sector teórico concibe la agresión como una tendencia adaptativa de los seres humanos a su entorno físico y social. Estas tendencias agresivas serían el resultado de la selección natural operada a lo largo de la selección de las especies, de igual manera que el resto de características morfológicas o de comportamiento. Según ello, la agresión cumpliría un papel adaptativo en la mayoría de las ocasiones, mejorando la supervivencia de los individuos frente a las dificultades ambientales. Sin embargo, en algunas ocasiones algunos individuos podrían excederse en sus manifestaciones agresivas, ya sea por razones biológicas o ambientales, y podrían acabar delinquiendo.
- 4) *Las diferencias individuales.* Vinculado al anterior, este sector teórico propone que los sujetos difieren entre sí en una serie de características personales relacionadas con la edad, el sexo, la inteligencia y la personalidad. Todos estos factores pueden jugar un papel decisivo en su influencia sobre la conducta delictiva. La variable edad aparece claramente relacionada con el desarrollo y la evolución de las carreras criminales de muchos delincuentes. Los varones delinquen más que las mujeres, y la investigación

psicobiológica actual ha puesto de relieve la existencia de diferencias hormonales y neurológicas asociadas al género que se relacionan con la agresividad. Muchos delincuentes muestran algún déficit en su inteligencia social o interpersonal. Por último, algunas teorías psicológicas han planteado la existencia de ciertos rasgos de personalidad vinculados al comportamiento delictivo. Aunque todos los anteriores factores tienen evidentes componentes biológicos en su base, ello no significa que estas características individuales no sean también el resultado final de diversos elementos ambientales y sociales.

- 5) *El aprendizaje de la delincuencia.* Las teorías del aprendizaje de la delincuencia enmarcan, en primer lugar, distintos modelos de conducta como el condicionamiento clásico o por asociación estimular, el condicionamiento operante o aprendizaje mediante las recompensas que siguen al comportamiento, y el aprendizaje vicario o mediante la imitación de modelos. En segundo término, la esencia de este bloque teórico la constituyen las teorías criminológicas del aprendizaje, entre las que se encuentran la *teoría de la asociación diferencial* de Sutherland, y la *teoría del aprendizaje social* de Akers. Su perspectiva fundamental es que la conducta delictiva es, al igual que el resto de la conducta humana, aprendida.
- 6) *La reacción y el conflicto social.* A finales de los años sesenta se produjo un cambio de paradigma en Criminología. Aparecieron las teorías que se agrupan bajo la denominación de *la reacción y el conflicto social*. Este nuevo paradigma del conflicto sostiene que las leyes no son, sin más, el resultado del consenso social entre el conjunto de los ciudadanos. Además, se considera que los factores individuales o sociales aducidos en los anteriores grupos teóricos no son los responsables de la delincuencia, o, al menos no son los elementos más importantes. El factor fundamental es que la sociedad

crea unas normas que coinciden esencialmente con comportamientos característicos de los grupos más desvalidos de la sociedad. Ciertos individuos son etiquetados como delincuentes, como toxicómanos, etc., por razón de su diferencia o de su fragilidad social, ya sea económica o cultural. De esta manera, las leyes y la reacción social frente al comportamiento de algunos individuos, los más débiles de la sociedad, son, en realidad, las que definen y crean la delincuencia. Así pues, el foco de atención de estas perspectivas criminológicas van a ser los procesos de creación de las leyes y las reacciones sociales que siguen a ciertos comportamientos.

- 7) *Teorías integradoras*. Finalmente, se agrupan en un último bloque algunas modernas *teorías integradoras*, cuyo objetivo es desarrollar explicaciones más amplias y comprensivas del fenómeno delictivo. Nos referimos a tres grupos principales de perspectivas integradoras: las *teorías multifactoriales*, que toman en consideración la influencia de diversos elementos sociales, personales y económicos; las *teorías de los "rasgos latentes"*, que consideran que algunos individuos poseen ciertas características personales que los posicionan frente a un mayor riesgo de cometer delitos; y las *teorías de las etapas vitales*, que plantean que del mismo modo que los individuos evolucionan a lo largo de su vida también cambian paralelamente, los factores que influyen sobre su conducta delictiva.

Una vez señalados los límites teóricos de nuestro acercamiento pasamos a clarificar qué aspectos dentro de cada ámbito de interés (familiar, grupal y personal) presentan, en función de la investigación precedente, mayor utilidad potencial en la explicación de las conductas de consumo y delictiva.

5.1 VARIABLES FAMILIARES ESTRUCTURALES

En el campo de estudio de la conducta desviada la familia ha constituido, tanto desde perspectivas tradicionales como contemporáneas, uno de los pilares en los que se asienta la socialización del adolescente. Su consideración como el primer órgano de modelado, de aprendizaje y de socialización confieren a esta “célula social” la potencialidad de inhibir, elicitar y/o neutralizar la implicación del joven en la conducta desviada (Otero-López, 1997).

A través de la socialización las personas se convierten en seres sociales, interiorizan las normas que regulan las relaciones sociales y se forman una imagen de lo que son y del mundo que les rodea. La familia crea en el niño las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima (Lila y Marchetti, 1995).

En este sentido no es de extrañar que, a lo largo y ancho de la ya dilatada historia de la investigación, al núcleo familiar se le haya otorgado una entidad propia al margen de otras fuentes de socialización (por ejemplo el grupo de iguales y la escuela). Así, las interacciones dentro de la familia, a pesar de que puedan mantener características comunes a las que se producen en otros grupos sociales, presentan también una serie de peculiaridades que conforman su “identidad” y que se definen en función de los siguientes parámetros: a) su diversidad (debido a la existencia de sujetos de distintos sexos y edades dentro del grupo familiar), b) su intensidad (debido a los fuertes lazos afectivos entre sus miembros), y c) su perdurabilidad en el tiempo (debido al largo periodo durante el que el individuo vive con su familia) (Otero-López, 1997).

Aunque la importancia de la familia como agente socializador ha gozado siempre de un amplio consenso en la comunidad científica, no ha ocurrido lo mismo con la búsqueda de los factores y/o variables, pertenecientes a este ámbito familiar, más vinculados a la desviación del adolescente; o, lo que es lo mismo, el tratar de dilucidar cuáles son las características familiares “responsables” de las conductas desviadas del joven ha sido, hasta nuestros días, objeto de discusión y debate entre teóricos e investigadores. A este respecto vamos a presentar un breve resumen de cómo, desde la evidencia empírica, determinadas variables familiares (ej.: las estructurales) han ido cediendo protagonismo a otras (ej.: interacciones afectivas, prácticas disciplinarias, modelado).

Según López-Coira (1987) los estudios que centran su atención en la estructura, conciben la conducta desviada como resultado de la educación en un hogar que se aparta de la norma de la estructura familiar en una sociedad determinada. Según este enfoque, las desviaciones y desajustes de la estructura influyen sobre el niño, convirtiéndose en determinantes de la conducta desviada.

Desde una perspectiva histórica los aspectos familiares estructurales que la investigación ha prestado más atención son: el hogar roto, el tamaño familiar y el orden de nacimiento (López-Coira, 1987).

Otero-López (1997), en su profunda revisión sobre determinantes comunes de la relación droga-delincuencia, revela que la evidencia en torno a estos factores es bastante confusa (en ocasiones contradictoria) y que no parecen existir dudas respecto a que no son las variables con mayor capacidad explicativa de la conducta desviada del adolescente.

5.1.1 Hogar roto

En cuanto al “hogar roto”, entendido como aquel grupo familiar en el que uno o ambos padres no están presentes, se postula que esta estructura incompleta provocaría un efecto adverso en el adolescente por la falta de roles adecuados, falta de control, relaciones afectivas deficientes, siendo un antecedente directo de problemas emocionales y conductuales en el adolescente (Wilkinson, 1982, citado por López-Coira, 1987). Es decir, los estudios parten de la tesis de que el desarrollo adecuado del individuo sólo es posible si ambos padres están presentes en el hogar (Otero-López, 1997).

Aunque la revisión de algunos trabajos apunta a una mayor frecuencia de estos hogares en delincuentes y/o toxicómanos con respecto a los que no presentan tales conductas, otros investigadores califican la diferencia de escasa y no significativa (Garrido, 1987; López-Coira, 1987; Otero-López, 1997). Esta disparidad de resultados probablemente esté mediatizada, en gran medida, por cuestiones conceptuales y metodológicas, tales como: la utilización de autoinformes vs. registros oficiales, cómo es definido el “hogar roto” o el motivo de la ausencia (no es lo mismo que la ausencia paterna/materna se deba a la separación o divorcio que a la muerte del cónyuge), el tipo de conducta que se haya considerado, si se han “controlado” otras características familiares (ej.: nivel de ingresos familiares, grado de cohesión, conductas desviadas de los padres), la edad de los chicos estudiados (hay estudios que concluyen que los preadolescentes son los que más acusan la mayor falta de supervisión que se deriva de un hogar roto).

En cualquier caso, en las investigaciones más recientes se confirma que el hogar roto no constituye una variable crítica en la comprensión de la desviación (Lipsey y Derzon, 1997, citado por Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Los resultados parecen avanzar, entonces, que es más importante la “calidad” (vinculación afectiva) de las relaciones que la “cantidad” de padres

presentes en el hogar, de tal forma que un hogar roto pero feliz se asociaría menos con conducta antisocial que uno intacto pero infeliz (Garrido, 1987; Lila y Gracia, 2005; Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Musitu y García, 2004; Pons y Berjano, 1997; Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín 2004; Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón, 1996).

En conclusión, desde perspectivas contemporáneas, el papel causal del hogar roto en la desviación está ampliamente cuestionado por los investigadores, siendo otras variables (por ejemplo, el conflicto familiar, las características negativas de los padres o la inadecuada supervisión paterna) las verdaderamente asociadas a este fenómeno y, en consecuencia, a las que hay que prestar atención desde planteamientos preventivos (Otero-López, 1997).

5.1.2 Tamaño familiar

El *tamaño familiar* ha sido otra de las variables estructurales que se ha supuesto vinculada a la desviación. El hallazgo que consistentemente arrojaban los primeros estudios, de marcado corte sociológico, es que los adolescentes con conducta desviada procedían en su mayoría, de familias con un mayor número de hijos; es decir, se establecía una relación directa entre delincuencia y tamaño familiar (López-Coira, 1987; Otero-López, 1997).

A estos primeros estudios, aparte de imputárseles la limitación de que se habían realizado fundamentalmente a partir de datos de registros oficiales, se les ha achacado también la falta de control de variables que correlacionaban tanto con la conducta desviada como con el tamaño familiar (ej.: nivel de ingresos, desempleo, etc.). En este sentido, no parecía razonable confundir el tamaño familiar con otras variables dado que el tamaño familiar podía variar dependiendo de otras circunstancias tales como la clase social. Por ejemplo, como apuntan Rutter y Giller (1988), el tamaño familiar se relacionaba con la

delincuencia, pero la asociación se fortalecía en las familias de clase baja frente a las de clase alta. Hallazgo que parece sugerir que, probablemente, el número de hijos no influya en la delincuencia cuando las familias tienen suficientes recursos.

En cualquier caso, la clase social fue durante muchos años el “argumento” que subyacía a la relación observada entre delincuencia y tamaño familiar (Garrido, 1987; Sancha, Clemente y Miguel, 1987).

No obstante, como señala Mirón (1990), esta explicación ha ido poco a poco perdiendo vigencia, en parte debido al cuestionamiento de la relación entre clase baja y desviación que se deriva de los estudios que analizan la conducta delictiva en poblaciones no institucionalizadas.

Razón por la cual se han propuesto otras explicaciones alternativas a la asociación tamaño familiar-conducta desviada. En este sentido en la excelente revisión realizada por Mirón (1990) se recogen las nuevas propuestas.

La primera, enfatiza que el papel crucial en la inhibición de la conducta desviada corresponde a los vínculos afectivos que se dan en la familia, de tal modo que, estos vínculos son más intensos en las familias pequeñas que en aquellas con un gran número de hermanos. De este modo, a mayor tamaño familiar (vínculos más débiles) mayor propensión a desarrollar conducta desviada.

Otro argumento es que puede producirse un “fenómeno de contagio” a partir del cual los hábitos antisociales de cualquiera de los hermanos se extienden al resto.

Otro de los mecanismos implicados en el tamaño familiar plantea que la variable fundamental en el control de la conducta desviada de los jóvenes es la incapacidad que tienen las madres de familia numerosa para dedicar la misma atención a cada hijo que las madres de familia con pocos hijos. También es viable pensar que un gran número de hijos dificulta la tarea de supervisión de los padres.

Otero-López (1997) concluye que la mayor supervisión paterna, que caracteriza a las familias pequeñas, actúa inhibiendo o neutralizando la conducta desviada de los hijos, y ésta es una de las hipótesis que parece más plausible para explicar la relación entre el tamaño familiar y la desviación juvenil.

En cualquier caso, y al igual que ocurría con el hogar roto, el tamaño familiar, considerado aisladamente, ha dejado de suscitar la atención de los investigadores ya que su influencia muy probablemente esté mediatizada por otras variables familiares más significativas, tales como la existencia de pobres relaciones afectivas, supervisión inadecuada o falta de atención de los padres con respecto a la conducta de sus hijos.

5.1.3 Orden de nacimiento

Otra de las variables estructurales que se ha relacionado con la conducta desviada en general, y con la delincuencia en particular, ha sido la posición ordinal (comúnmente conocida como orden de nacimiento) que considera la influencia de unos hermanos sobre otros en cuanto a la inducción a la desviación (Otero-López, 1997).

Uno de los hallazgos recogidos en la revisión hecha por Otero-López (1997) es que los chicos que pertenecen a familias en las que ocupan posiciones intermedias, es decir, que tienen hermanos y hermanas mayores y

más jóvenes, tienden a sobrerrepresentar a los delincuentes. En este sentido, según argumentan Jensen y Rojek (1992, citado por Otero-López, 1997), los hijos que nacen en primer lugar reciben toda la atención y afecto de sus padres, pero en cambio los que nacen más tarde entran a formar parte de una situación familiar ya establecida con unos padres con experiencia y con unos hermanos mayores que actúan como modelos de rol. Desde esta perspectiva, los hijos "intermedios" podrían no recibir tanto afecto y atención de sus padres y, consiguientemente, ser más proclives a conductas desviadas.

En la revisión que realizaron Sancha, Clemente y Miguel (1987) al igual que Otero-López (1997) concluyen que la proclividad hacia el delito según la posición ordinal ocupada por los hijos no es una relación simple, ya que vendría modulada por otros factores como: el tamaño de la familia, el sexo de los hermanos, influencia de la conducta desviada de los hermanos sobre la del adolescente, relaciones establecidas entre los hermanos, pertenencia a familias de clase social baja, entre otros.

La comparación de hallazgos acerca de la relación entre las variables estructurales y la conducta desviada (fundamentalmente la delincuencia) sugiere siempre la misma reflexión: existen otras variables que parecen estar mediatizando la relación. Los investigadores guiados por esta hipótesis han diseñado múltiples trabajos en los que los procesos de funcionamiento familiar mostraron, reiteradamente una mayor potencia explicativa que las variables estructurales.

Pasamos, después de esta breve incursión en las variables estructurales (referente de las primeras investigaciones en esta área de trabajo), a revisar las variables de funcionamiento familiar que, según la práctica totalidad de los estudios, constituyen la base del proceso de socialización del adolescente.

5.2 VARIABLES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El *funcionamiento familiar* se refiere al papel de la familia, en especial los padres, en cuanto agentes de socialización y, por tanto, transmisores de actitudes, habilidades y conductas necesarias para la integración del adolescente en la sociedad (Méndez *et. al.*, 2000). Aunque existe un notable consenso en torno a que la interacción en el grupo familiar es un importante factor en el consumo de drogas y conducta delictiva, los investigadores del área no se ponen de acuerdo sobre cuáles son los mecanismos por los que la vida familiar incide en estas dos conductas (Muñoz, 2004).

Así, algunos autores enfatizan la importancia de las relaciones afectivas o la ausencia de tales relaciones, y sugieren que unas relaciones afectivas inadecuadas son suficientes para promover la conducta desviada de los adolescentes (Grossi, Paíno, Fernández, Rodríguez y Herrero, 2000; Kazdin y Buena-Casal, 1994); otros, por el contrario, sugieren que, por ejemplo, el consumo de drogas es una conducta aprendida, y por lo tanto la familia representará un papel destacado en el desarrollo de esta conducta únicamente si proporciona al adolescente modelos de consumo, o si mantiene valores favorables a éste (Becoña, 2001, 2002; Graña, 1998; López-Coira, 1987; Otero-López, 1997). Los defensores de la primera idea se inspiran, fundamentalmente, en los postulados de la Teoría del Control Social de Hirschi (1969, citado por Garrido, Stangeland y Redondo, 2001) que hace especial hincapié en la importancia del apego afectivo a los padres como factor inhibitor de la aparición de conductas antisociales; por el contrario, la segunda explicación conecta claramente con la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1987; Bandura y Walters, 1983) que subraya el papel desempeñado por los componentes del grupo familiar como “modelos” cuyas pautas de conducta tenderán a ser imitadas por el individuo.

Otras propuestas hacen referencia a las “interacciones normativas” (aquellas que promueven la internalización de normas), y que se refieren a las técnicas disciplinarias, supervisión o control de los padres sobre la conducta de los hijos (Becoña, 2002, López-Coira, 1987; Otero-López, 1997). Se postula desde estos acercamientos que los estilos disciplinarios excesivamente autoritarios o demasiado laxos, la educación basada en el castigo, la falta de consistencia o congruencia de la disciplina de los padres, el rechazo paterno y la falta de interacción familiar están relacionadas, en alguna medida, con las conductas desviadas de los hijos.

En suma, tres son los aspectos que en mayor medida han atraído el interés de los investigadores y en torno a los cuales, en consecuencia, existe una evidencia empírica más sólida de su relación con la desviación: 1) los estilos disciplinarios; 2) las relaciones afectivas, y 3) el modelado directo ejercido por los padres (esto es, los padres delincuentes y/o consumidores pueden favorecer este tipo de conductas en el hijo).

5.2.1 Técnicas disciplinarias y supervisión o control familiar

Diferentes autores han puesto de relieve que los mecanismos que los padres utilizan como agentes de socialización, tales como las técnicas disciplinarias y de supervisión, desempeñan un papel determinante en la implicación de sus hijos en conductas desviadas (González-Calleja, García-Señorán y González-González, 1996; Gracia, 2002; Hualde, 1990; Lila y Gracia, 2005; Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Martínez y Robles, 2001; Muñoz-Rivas y Graña, 2001 Repetti, Taylor y Seeman, 2002; Rodríguez y Paíno, 1994; Rodríguez y Torrente, 2003).

Con relación a las *técnicas disciplinarias y las sanciones* utilizadas por los padres, diferentes estudios (Kazdin y Bucla-Casal, 1994) han puesto de manifiesto que tanto una disciplina excesivamente estricta como

excesivamente laxa o permisiva se vinculan con conducta desviada. Además, y claramente relacionado con esta línea argumental, está el hecho de que algunos padres son arbitrarios en la aplicación de pautas disciplinarias en función de la ocasión o de la conducta; esto es, a veces y para algunas conductas no proporcionan ningún tipo de disciplina o supervisión, mientras que en otras ocasiones actúan de un modo excesivamente estricto. Sus reacciones pueden ser imprevisibles, de modo que el hijo nunca está seguro de cómo será valorado su comportamiento. Son, probablemente, este tipo de matices los que han llevado a McCord (1959, citado en Otero-López, 1997) a afirmar que más que la “laxitud” o “dureza” de la disciplina paterna es la inconsistencia en su aplicación la que verdaderamente se relaciona con la conducta desviada del joven. Snyder y Patterson (1987, citado en Otero-López, 1997) profundizan en este tema y matizan que existen dos mecanismos por los cuales las prácticas disciplinarias pobres y erráticas contribuyen al desarrollo de la conducta desviada del sujeto: directo e indirecto. Por un lado tenemos el fracaso en la adecuación y consistencia en la aplicación de los estilos disciplinarios sobre la conducta del hijo (mecanismo directo). Y por otro que los padres sirven de modelos (mecanismo indirecto) al adolescente cuando aplican las normas, reforzando comportamientos agresivos de resolver problemas en otros miembros de la familia.

Pero además de la conducta de los padres, otro aspecto de importancia esencial es la percepción y/o valoración que el adolescente tenga del tipo de disciplina familiar. Así, se ha constatado en algunos estudios recogidos en la amplia revisión realizada por Otero-López (1997) y López-Coira (1987), de tal manera que aquellos jóvenes que califican la disciplina como equitativa o justa, a diferencia de los que la consideran injusta e inconsistente, tienen una menor probabilidad de involucrarse en actividades desviadas.

Por otro lado en este contexto disciplinar, el castigo físico ha ocupado un lugar controvertido. Los resultados de distintas investigaciones han coincidido en señalar que aunque la aplicación de castigos físicos puede inhibir la realización de determinadas conductas desviadas, también puede potenciar otros tipos de comportamiento negativos a través de un proceso de imitación. En este sentido Garrido (1987) indica que los padres de los delincuentes son más severos en su trato con los hijos que los padres de los no delincuentes, empleando mucho más el castigo, no siendo infrecuente el castigo físico. Además, es factible que si el grado de violencia hacia el hijo es elevado se generen otros problemas en el muchacho, del tipo de trastornos de la personalidad.

Con respecto al castigo lo que parece fundamental es cómo se castiga, es decir, la consistencia y contingencia en su aplicación (Fernández Trespalacios, 2000; Wade y Tavis, 2003). Aunque no existen conclusiones definitivas, si existe evidencia suficiente acerca de que los estilos disciplinarios excesivamente autoritarios, punitivos o inconsistentes incrementan la probabilidad de que los adolescentes se involucren en actividades desviadas.

Otro aspecto importante es la *supervisión parental* – o conocimiento que tienen los padres sobre la actividad cotidiana de sus hijos adolescentes (dónde están, qué hacen, con quién, etc.) – y la percepción que los hijos tienen sobre el control paterno. Variables que tienen relación con la conducta desviada del joven (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Garrido, 1987; Kazdin y Buela-Casal 1994; López-Coira 1987; Otero-López 1997; Rodríguez y Paíno, 1994).

En este sentido, los padres de los adolescentes consumidores y/o delincuentes, cuando se les compara con padres cuyos hijos no presentan estas conductas, informan de que tienen un menor control e información de

aspectos tales como: con qué tipo de amigos se relaciona su hijo, las actividades que realiza en su tiempo libre o dónde está cuando se encuentra fuera de casa (Otero-López, 1997).

McCord (1979), sostiene que la supervisión familiar se presenta como una de las variables más prometedoras en el control de la delincuencia, y con un cierto valor predictivo para la delincuencia adulta. En su estudio encontró una asociación entre supervisión débil y delincuencia, siempre y cuando existiera una alta actividad con el grupo de iguales (amigos, pandillas, etc). La supervisión fuerte venía asociada a baja delincuencia independientemente del grado de actividad con el grupo de iguales.

Sin embargo, hay investigaciones que revelan que una supervisión excesivamente estricta también se relaciona con desviación (Kogan, 1980 citado en Otero-López, 1997; Wright, 1982). En las familias orientadas a un estilo de control excesivo sobre el comportamiento del hijo se pueden originar conflictos padres-hijos, incrementándose de este modo la probabilidad de realizar conductas desviadas en la adolescencia.

Kogan (1980 citado en Otero-López, 1997) estudió el control parental desde una perspectiva diferente. En vez de evaluar el control familiar como fuerte o débil, lo consideró desde el punto de vista de su eficacia. Así, en las familias de delincuentes el control parental era ineficaz pese a que la disciplina fuera rígida; ello era debido al conflicto entre autoridades de ambos cónyuges. La disciplina y la autoridad aparecían inconsistentes ante los hijos.

Pero si la supervisión estricta es claramente percibida por los hijos como congruente y justa, entonces se asocia con baja conducta desviada y viceversa. Si la primera potencia la internalización de normas y sistemas de autocontrol del adolescente, la segunda favorecería la aparición de conducta

antisocial y patrones delictivos (Wilson, 1980, citado en Sancha, Clemente y Miguel, 1987).

Otro factor que se considera que refleja una pobre supervisión y constituye un factor de riesgo es la ausencia de reglas sobre dónde pueden ir los niños y cuándo deben volver, permitiendo que vaguen por las calles y realicen muchas actividades independientes y no supervisadas (Kazdin y Buela-Casal, 1994).

Por último, finalizamos este apartado con Otero-López (1997) que concluye que tomando las variables de funcionamiento familiar en su conjunto, existe una evidencia empírica más sólida y consistente respecto a las interacciones afectivas que con respecto a las interacciones normativas. En cualquier caso, y aunque la fortaleza de los hallazgos sea diferencial dentro del ámbito familiar, hoy por hoy no parecen existir dudas entre los teóricos e investigadores acerca de que el conflicto y la ausencia de apego padres-hijos, así como la utilización de técnicas disciplinarias y de supervisión excesivamente estrictas, laxas y/o erráticas, incrementan la probabilidad de la conducta desviada del adolescente.

5.2.2 Relaciones afectivas

La existencia de unas relaciones familiares presididas por el afecto, la armonía y/o la ausencia de conflicto se ha visto, tanto desde perspectivas tradicionales como contemporáneas, como un importante factor “protector” de la implicación de los adolescentes en la conducta desviada (Garrido, 1987; Garrido, Stangeland y Redondo 2001; Kazdin, Buela-Casal, 1994; López-Coira 1987; Otero-López, 1997; Rodríguez y Torrente, 2003).

La expresión *afecto familiar* abarca aspectos como la aceptación que tiene el niño en su casa, la “responsividad” de los padres (en qué medida

responden frente a la conducta del niño) y la dedicación al niño (o el grado en que los padres y otros familiares adultos se ocupan del niño) (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

El debate se ha circunscrito, fundamentalmente, en la clarificación de qué interacciones afectivas, de las que se producían en el hogar, eran más importantes en la conducta desviada del adolescente. Los primeros trabajos concedieron una mayor importancia a las relaciones adolescentes-padres mientras que los estudios más recientes enfatizan también, dada su probable repercusión en los hijos, las relaciones padre-madre (Otero-López, 1997).

Existen algunas investigaciones que han estudiado la relación entre el afecto familiar y la conducta delictiva. Por ejemplo, una investigación de Canter (1982) encontró que el sentimiento de los adolescentes de pertenencia a la familia, evaluado a partir de su grado de implicación en actividades familiares, se relaciona negativamente con la conducta delictiva. El aumento de ese sentimiento de pertenencia familiar tiene una correlación inversa con la conducta delictiva. Es decir, cuanto mayor sea la integración de los jóvenes dentro de la propia familia hay una menor probabilidad de delincuencia juvenil. Según Canter, estos sentimientos de pertenencia a la familia explicarían hasta un 19% de la varianza de la conducta delictiva.

En un estudio posterior Henggeler (1989, citado en Garrido, Stangeland y Redondo, 2001) evaluó 112 familias de jóvenes delincuentes varones y un grupo control integrado por 51 familias de jóvenes no delincuentes, seleccionadas de entre el mismo vecindario. Se observó, en la misma línea de Canter, que unas relaciones familiares inapropiadas (especialmente en lo referente a la falta de atención y ayuda materna) favorecía el inicio de carreras delictivas juveniles, en un grado explicativo (o varianza explicada) del 20%. Pese a todo encontraron que dos factores diferentes, el contacto con jóvenes

delincuentes (grupo de iguales antisocial) y la edad de la primera detención, predecían mejor aún la conducta delictiva que las propias relaciones familiares.

Aunque en un primer momento, se asignó un papel fundamental a la figura materna en la conducta del hijo, posteriormente, las investigaciones han incluido también la figura del padre obteniéndose resultados similares (Otero-López, 1997).

Trabajos realizados en España aportan, también, evidencia complementaria en el sentido que, tanto cuando se analizan muestras de consumidores (Otero-López, 1997; Otero-López *et al.*, 1989, 1991) como de delincuentes (Mirón *et al.*, 1988; Otero-López, 1997; Otero-López *et al.*, 1994) son los adolescentes más involucrados en estas conductas los que informan de una menor confianza, comunicación y una mayor alienación con ambos padres.

López-Coira (1987), con una muestra de 133 sujetos varones recluidos en prisión y otra de 58 sujetos varones pertenecientes a la población general evaluó la percepción del clima familiar por parte de los sujetos de ambos grupos. El clima familiar percibido por los delincuentes se caracteriza por una conflictividad manifiesta (existencia de frecuentes disputas, de roces entre los miembros de la familia y de diferencias de opinión) y una clara expresión y manifestación de las tensiones internas. Según López-Coira este nivel de conflictividad expresado por los sujetos delincuentes es un elemento diferenciador de los sujetos no delincuentes.

En definitiva, se puede concluir, que la existencia de unas relaciones afectivas adecuadas entre ambos padres y entre éstos y el hijo se asocia con conducta no desviada, mientras que el conflicto y/o las relaciones no afectuosas entre padres e hijos se asocian con conducta desviada.

No obstante, no está claro que la relación entre afecto familiar y conducta desviada de los jóvenes tenga una direccionalidad unívoca. Con anterioridad se pensaba que la mala relación entre los padres y los jóvenes, y sus efectos perjudiciales favorecedores de conducta desviada, tenía su origen exclusivo en los padres. En la actualidad se considera que esta mala interacción entre padres e hijos tiene un carácter recíproco y bidireccional (Lila y Gracia, 2005; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Aunque en muchas ocasiones, los padres son el origen primero de esta relación inapropiada con sus hijos, puede suceder también, por ejemplo, que el comportamiento antisocial de los hijos se halle en el origen de ciertos problemas maternos, que puedan acabar influyendo sobre su superación. Los problemas de conducta desviada pueden, de este modo, tener una influencia negativa sobre la familia, fomentando el estrés y la desunión de los padres y originando procesos de rechazo hacia el joven.

5.2.3 Modelado

Otro de los mecanismos que influyen en la conducta del adolescente es el *modelado*. Es un hecho constatado que, con frecuencia, los adolescentes consideran a sus padres como modelos de rol y que intentan imitar su conducta en las más diversas actividades (Berger y Thompson, 1998).

En este sentido, si los padres realizan actividades desviadas, sus hijos tendrán una mayor probabilidad de imitarlas. Esta idea se asienta en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (Bandura, 1987; Bandura y Walters, 1983), que mantiene que la observación directa y el modelado de un comportamiento particular es el proceso esencial para adquirir tal comportamiento. Así, es conocido que los procesos de aprendizaje social pueden conllevar cambios tanto en las conductas como en las actitudes y valores de los adolescentes. Más concretamente, uno de estos procesos es la imitación por parte de los hijos de la conducta desviada de los padres. Un segundo proceso hace

referencia al refuerzo social: los sujetos responden a lo que otros (los padres en este caso) definen como conductas apropiadas.

La conclusiones de los trabajos confirman, prácticamente de forma unánime, que la mayoría de los adolescentes consumidores de drogas legales e ilegales tienen padres que consumen drogas -fundamentalmente alcohol, tabaco y barbitúricos- (Becoña, 2002). Asimismo, los adolescentes delincuentes tienen padres que se involucran en mayor medida en estas conductas (Kazdin y Buena-Casal, 1994; Garrido *et al.*, 1998; Muñoz, 2004).

Los trabajos de Otero-López (1997) con distintas muestras de adolescentes (adolescentes escolarizados: varones y mujeres, adolescentes institucionalizados, adolescentes en tratamiento y adolescentes consumidores localizados en la calle) confirman la importancia del consumo de drogas (alcohol, tabaco, cannabis y tranquilizantes) por parte de los padres como “factor explicativo de primer orden” para comprender el consumo de drogas de los adolescentes. El poder predictivo del factor “consumo de drogas por parte de los padres” sobre la conducta de consumo de drogas de los hijos destaca en el siguiente orden de importancia: muestras especiales -institucionalizados y en tratamiento- y localizados “en la calle”; a continuación se situarían las dos muestras de adolescentes escolarizados: varones y mujeres, lo que en definitiva confirma el modelado ejercido por los padres. No obstante ya adelantamos que es el consumo por parte de los iguales el que tiene mayor poder de modelado.

Los resultados de otros trabajos realizados con adolescentes consumidores (Otero-López *et al.*, 1989, 1991), permiten matizar algunos apuntes de interés: 1) la mayor asociación entre el consumo del padre y del hijo corresponde al consumo de la misma sustancia, y 2) el consumo de tranquilizantes de la madre se asocia, de forma importante, con todo tipo de

consumo del adolescente.

Este último hallazgo se puede interpretar en el sentido, de que lo que los hijos aprenden no es, únicamente, el consumo de una sustancia concreta, sino también la legitimidad de consumir sustancias que alteran el estado físico y/o psíquico del organismo. Es decir, tal y como postula la Teoría del Aprendizaje Social desarrollada por Akers *et al.* (1997, citado en Garrido, Stangeland y Redondo, 2001) el comportamiento humano está condicionado por las “definiciones” o “los propios significados, creencias o actitudes que una persona vincula a determinada conducta”. Se trata de racionalizaciones y actitudes morales o evaluativas que orientan los comportamientos y los valoran como adecuados o inadecuados, como buenos o malos, como deseables o indeseables, como justificables o no justificables. Estas creencias o definiciones se adquieren a través de la imitación (es decir, a partir de lo que uno ve y oye a su alrededor, de las actitudes generales de la sociedad, de los amigos, de los padres, etc.). Así, unos padres consumidores y/o delincuentes no están proporcionando únicamente al hijo modelos conductuales que el adolescente puede imitar, sino que están promoviendo la creación en el hijo de una serie de actitudes (o definiciones) favorables hacia estas conductas desviadas.

En definitiva, de las variables familiares, se concluye que las relaciones afectivas y el modelado han sido las variables que han aportado una evidencia más concluyente en el estudio de la conducta desviada (delictivo y/o de consumo).

5.3 VARIABLES DEL GRUPO DE IGUALES

La familia es el más importante de cuantos sistemas ejercen influencia en los niños y en su conducta. Otra cuestión es si ella sigue siendo tan relevante cuando el niño es ya un adolescente, ya que actualmente la investigación señala que la influencia del grupo de coetáneos es muy superior en esos años a la de la familia (Harris, 2000).

En este sentido el grupo de iguales, o grupo de amigos, representa en la actualidad un marco de referencia explicativo especialmente útil para predecir las conductas, desviadas o no, del adolescente. Su importancia en la socialización del sujeto se deriva de que es justamente en este contexto, además del familiar, en donde tiene lugar gran parte del aprendizaje de conductas, valores y normas que determinarán su comportamiento (Delval, 1996).

Más específicamente, los compañeros proporcionan información directa e indirecta de las conductas que son apropiadas y/o valoradas en determinadas situaciones, distintas a las que se le presentan al adolescente en el hogar. Los amigos se convierten en “moduladores de conductas” del adolescente proporcionando “prestigio”, “seguridad en sí mismo” y “oportunidades de realizar actividades más o menos excitantes” que no se pueden llevar a cabo en el ámbito familiar. La influencia grupal será, entonces, especialmente relevante con respecto a aquellas conductas que deben ser aprendidas específicamente, como es el caso del consumo de drogas y de la conducta delictiva (Kimmel y Weiner, 1998).

Otero-López (1997) señala las características diferenciales como agente socializador del grupo de iguales con respecto al grupo familiar:

- Una de las más relevantes, por su novedad para el adolescente, es la relativa *posición de igualdad* del sujeto con respecto al resto de los componentes del grupo. Las interacciones en el hogar están siempre determinadas, especialmente en los primeros años, por una situación de dependencia del hijo con respecto a sus padres; el grupo de compañeros será uno de los primeros entornos en el que el individuo aprende a desarrollar interacciones en términos igualitarios, dado que, aún cuando en el grupo se establezcan posiciones de jerarquía, éstas vendrán determinadas por características muy diferentes a las que se establecen en la familia.
- La *homogeneidad o similitud de intereses*, conductas, e incluso edades, es otra característica importante del grupo de iguales, y diferencial con respecto a la familia.
- Por último, los dos aspectos señalados, igualdad y homogeneidad, favorecen el establecimiento de una tercera característica, que hace referencia a la *conformidad*. Esta conformidad del individuo con respecto a los patrones de conducta del grupo está apoyada, además, en el hecho de que la pertenencia al mismo ha sido elegida por el sujeto, circunstancia que, de nuevo, permite establecer una diferencia entre el grupo de iguales y el grupo familiar.

Señaladas las diferencias entre ambos contextos de socialización (familia y grupo de amigos), cabe reseñar que el grupo de iguales emerge con una “identidad propia” en cuanto a su potencial influencia en el adolescente. Influencia que radica, en gran medida, en el hecho de que la asociación con los compañeros de la misma edad es una etapa prácticamente “obligada” (o necesaria) en la maduración del adolescente (Oliva, 2001).

Desde una perspectiva histórica, las relaciones con los iguales siempre han tenido un importante eco en la investigación. Los primeros acercamientos al tema se produjeron en las primeras décadas del siglo XX de la mano de las teorías sociológicas; buenos ejemplos de éstas serían las teorías subculturales de Shaw y McKay y Miller, y las teorías de la “tensión” de Cohen, Cloward y Ohlin; posteriormente, al igual que sucedió para la familia, fueron las teorías psicosociales -ej.: Teoría de la Asociación Diferencial de Sutherland, Teorías del Aprendizaje Social (en concreto el modelo de Akers *et al.*)- las que cobraron protagonismo. De igual modo, el concepto arcaico de “bandas juveniles” (que caracterizaba los primeros acercamientos) fue sustituido por el concepto de “grupo de iguales” (propio de los planteamientos psicosociales) (Otero-López, 1997).

Presentamos, a continuación, aunque de forma breve y a partir de la revisión hecha por Garrido, Stangeland y Redondo (2001), algunas pinceladas sobre los marcos explicativos más relevantes desde una óptica psicosocial, ya que serán éstos el referente de las variables más analizadas en esta área de trabajo.

La Teoría de la Asociación Diferencial desarrollada por Sutherland postula que la asociación con compañeros desviados provoca la exposición a patrones de conducta desviados y que estos patrones serán internalizados por el sujeto tanto a través de la comunicación verbal como de la observación de las conductas. Así, se establecen dos tipos de “asociación diferencial”: 1) asociación con actitudes diferenciales: las comunicaciones verbales con iguales desviados conllevan la formación en el adolescente de actitudes o definiciones favorables hacia la desviación, y 2) asociación con actividades diferenciales: la observación de las actividades desviadas de los iguales lleva a la imitación de las mismas por parte del adolescente.

Las Teorías del Aprendizaje Social pretenden clarificar los mecanismos por los cuales el adolescente que participa en una determinada subcultura desarrolla una conducta desviada. La conducta desviada es considerada, en esta teoría, como el resultado del condicionamiento operante que tiene lugar en aquellos grupos que controlan las principales fuentes de refuerzo del individuo. En concreto, se postula la existencia de mecanismos de aprendizaje tales como el refuerzo diferencial, la imitación, etc., que determinarán la conducta del sujeto.

La evidencia empírica generada en torno a la relación grupo de iguales-desviación es abundante, siendo dos los aspectos que han capitalizado el interés de los investigadores y, en consecuencia, en torno a los cuales existe mayor apoyo empírico; se trata de la dimensión afectivo-interaccional y la dimensión conductual (Otero-López, 1997).

5.3.1 Interacciones afectivas

El estudio de los vínculos afectivos entre el adolescente y sus iguales ha constituido una importante línea de trabajo en el campo de la desviación. La hipótesis que subyacía a la mayor parte de los estudios era que los adolescentes que presentaban conductas desviadas, presentaban a su vez relaciones afectivas cálidas (apego) con amigos desviados. Desde esta perspectiva se defendía la idea de que no es suficiente que el individuo se relacione con iguales que realizan conductas desviadas sino que debe estar, además, afectivamente vinculado a ellos (Muñoz, 2004; Valdenegro, 2005).

En la revisión hecha por Otero-López (1997) se concluye que la evidencia empírica a este respecto se muestra confusa y contradictoria. Mientras algunos estudios demuestran que el apego a iguales no convencionales elicit conductas no convencionales, otros informan de que no existen diferencias, en cuanto a la vinculación afectiva con los iguales, entre

delincuentes y no delincuentes. Incluso, no faltan quienes encuentran que es la carencia de implicación afectiva y confianza la que caracteriza a los adolescentes desviados.

Otero-López concluye que los hallazgos dispares han llevado a que este aspecto sea uno de lo más controvertidos y polémicos en este área de estudio y ha generado, consiguientemente, una importante cantidad de hallazgos, que aun cuando no han contribuido a clarificar cuál es la naturaleza de la relación, sí han puesto de manifiesto un aspecto importante: la existencia de vínculos con iguales desviados, por sí misma, no parece tener un papel especialmente importante, excepto cuando existe, además, una marcada ausencia de vínculos con el entorno familiar. Conclusión que se sitúa en la línea de las investigaciones de Hoffman (1993), desde las que se sugiere la necesidad de considerar no sólo las relaciones afectivas con los iguales sino también las del entorno familiar.

5.3.2 Conductas de los iguales

Los patrones conductuales de los iguales han sido objeto de intensa y fructífera atención por parte de los investigadores interesados en predecir la conducta del adolescente y, además, se han convertido en uno de los referentes explicativos obligados en cualquier aproximación comprensiva al fenómeno de la conducta desviada del sujeto.

Los hallazgos muestran que si queremos predecir el consumo y/o la delincuencia del adolescente, uno de los correlatos más claros está en la realización de estas conductas por el grupo de amigos con los que el adolescente se relaciona (García-Pindado, 1993; Graña y Muñoz-Rivas, 2000b; Moral, Ovejero y Pastor, 2004; Otero-López, 1997; Otero-López *et al.*, 1991, 1994; Otero y Vega 1993b; Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón, 1996). Esta intensa relación parece estar ligada a la importancia que el grupo de iguales

adquiere como agente de socialización durante la adolescencia.

Sin embargo este amplio consenso existente entre los investigadores acerca de que tener amigos desviados incrementa la probabilidad de que el adolescente presente conducta desviada, se transforma en disenso en cuanto a cuál es el mecanismo de influencia grupal.

En este sentido autores como García-Pindado (1993) y Otero-López (1997) plantean que hay dos hipótesis que parecen competir a un nivel explicativo. La primera, etiquetada como “hipótesis de influencia grupal”, plantea, de acuerdo con los postulados de los modelos psicosociales de la asociación diferencial y del aprendizaje social (ya expuestos), que el grupo de iguales desviados causa desviación en los adolescentes; esto es, las conductas, actitudes y valores desviados del grupo serán asumidos, a través de mecanismos tales como el modelado, el reforzamiento directo y el castigo, por el adolescente, quién integrará y exhibirá esos patrones comportamentales. La segunda, conocida como “hipótesis de selección”, sugiere que son los adolescentes los que “eligen”, “seleccionan” iguales que son similares a ellos en actitudes y conductas; el grupo, en este caso, actuaría únicamente como un contexto facilitador de la expresión de las inclinaciones conductuales desviadas “previas” del individuo.

Por tanto la influencia de los compañeros se hace más sutil y difícil de definir, pero aunque exista cierta polémica en cuanto a cuál es el mecanismo de influencia grupal, lo cierto es que también existe una abrumadora evidencia acerca de la influencia de las conductas de los iguales sobre la conducta del adolescente.

A modo de conclusión, cabe reseñar que la evidencia empírica parece consolidar a la familia y al grupo de iguales como dos fuentes de influencia de

importancia crucial en la socialización del adolescente. Pero, como nuestro interés es realizar un acercamiento integrador a las conductas de consumo y delictivas del adolescente, vamos a contemplar también características de la dimensión de lo personal y de lo individual.

5.4 CAPACIDAD INTELECTUAL

Gran parte de la investigación más antigua que relacionaba la delincuencia con factores de pensamiento, se limitó durante décadas a poner de manifiesto la existencia de una cierta correlación entre baja inteligencia (como constructo global) y conducta delictiva (Rutter y Giller, 1988).

Hernstein y Murray (1994, citado en Garrido, Stangeland y Redondo, 2001) han revisado la literatura que analiza la relación entre cociente intelectual (CI) y delincuencia. En promedio, los delincuentes presentan un cociente intelectual de alrededor de 92 puntos, que se halla, por tanto, 8 puntos por debajo de la media poblacional (que se sitúa en 100).

Un estudio de Chico (1997), en el que comparaba la inteligencia general de 300 presos de la cárcel de Tarragona con 300 soldados, mostró claramente la menor puntuación en esta variable por parte de los delincuentes, en concreto, una media de 6 puntos menos en el test de las Matrices Progresivas de Raven. Además, los delincuentes crónicos o persistentes muestran niveles de inteligencia todavía más bajos. De Diego (1990), llegó a las mismas conclusiones de afirmar la existencia de diferencias significativas entre delincuentes y soldados.

Ardil, Forcadell, Miranda y Pérez (2006), estudian la influencia de la inteligencia en el comportamiento adaptativo al proceso de rehabilitación en

una muestra de presos y en una muestra de jóvenes delincuentes pertenecientes a diferentes centros de reforma de Cataluña. Con la muestra de adultos presos la correlación encontrada entre la variable de inteligencia con el indicador de adaptación (comportamiento normativo) fue muy débil y no significativo. En la muestra de niños y jóvenes (entre 11 y 18 años) en centros de reforma obtuvieron relaciones significativas negativas entre inteligencia y no regreso al centro después de un permiso, y no obtuvieron relaciones significativas con otros comportamientos desadaptativos como: número de fugas del centro y número de incidentes en el centro. Es decir con respecto a la relación entre la variable inteligencia y proceso rehabilitador, estos autores no obtuvieron resultados contundentes a favor de la relación entre inteligencia y conducta desadaptativa.

La concepción clásica de la inteligencia, tal y como es evaluado por los tests, presenta dos factores distintos: el verbal (que tiene que ver con todas aquellas habilidades que se relacionan con el pensamiento y con el lenguaje) y el manipulativo (que se refiere a una inteligencia mecánica). Aunque se ha observado que los delincuentes generalmente no presentan una menor inteligencia manipulativa, muestran, sin embargo, carencias importantes en el factor inteligencia verbal (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

Henggeler (1989, citado en Garrido, Stangeland y Redondo, 2001) ha formulado una hipótesis explicativa sobre la posible conexión indirecta entre dificultades intelectuales (especialmente verbales) y conducta delictiva, a partir de tres caminos diferentes:

- Según esta hipótesis, en primer lugar, las bajas habilidades intelectuales en inteligencia verbal darían lugar a dificultades académicas en la escuela. Cuando los niños y jóvenes tienen problemas para expresarse en clase, para hacer los ejercicios, para examinarse y para contestar a las preguntas que se les hacen en el

ámbito escolar, tendrán probablemente problemas académicos. Y según sabemos por la investigación criminológica, el fracaso escolar manifiesta una alta correlación con la conducta delictiva, siendo uno de sus mejores predictores.

- En segundo término, las bajas habilidades intelectuales se asocian también a dificultades psicosociales en general en las relaciones con otras personas. Cuando alguien es incapaz de expresar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, o de analizar los problemas de un modo ordenado, es más probable que surjan dificultades en la vida (con los amigos, con la familia, con la pareja o en el trabajo). Y entre estas dificultades psicosociales se halla también la propia conducta delictiva.
- Por último, la pobreza de habilidades intelectuales, especialmente de inteligencia verbal, se relaciona con retrasos en la adquisición de los procesos cognitivos necesarios para la interacción, tales como la habilidad para expresar los propios sentimientos o la habilidad para resolver cognitivamente los problemas.

Así pues, según Henggeler, podría existir una triple vía de relación de la baja inteligencia verbal con la delincuencia, a partir de procesos intermedios como las dificultades académicas, las dificultades psicosociales en general y el retraso en la adquisición de las habilidades cognitivas de interacción, todos los cuales presentan una alta correlación con la conducta delictiva.

Por ello, más recientemente, en la década de los noventa, la investigación criminológica ha mostrado un camino más fructífero, dirigiendo sus esfuerzos a: (1) el análisis de específicas habilidades cognitivas, de especial relevancia para la vida social, que serían deficitarias en algunos delincuentes, y (2) la creación de técnicas para enseñar tales habilidades a los delincuentes (Ross, 1987; Ross *et al.*, 1990).

Gardner (1995) puso de relieve cómo el cociente intelectual, que es la medida habitual de inteligencia, predice sólo un 20% del éxito en la vida. El 80% restante dependería de otros factores como la habilidad para automotivarse, la habilidad para persistir ante las dificultades o las frustraciones, la capacidad para controlar los impulsos y para demorar gratificaciones, la habilidad para empatizar, es decir, para comprender los sentimientos de otras personas, y, en general la habilidad para el control emocional.

La constatación que tenemos en Criminología hoy es que muchos delincuentes tienen un notable retraso en la adquisición de estas destrezas cognitivas que resultan esenciales para el ajuste social (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

El bajo rendimiento académico y fracaso escolar es también uno de los factores que clásicamente se ha indicado como de riesgo para el consumo de drogas, sin embargo no debemos olvidar que en muchos casos el fracaso escolar está relacionado con otros factores distintos a la capacidad intelectual o a la posibilidad de aprendizaje, como puede ser el clima en la familia, el barrio en el que vive, etc., y que en muchos casos son los que llevan directamente al fracaso escolar. También las creencias de los padres sobre la escuela y lo que sus hijos pueden aprender en ella es muy importante, al transmitirles unas expectativas en un sentido o en otro (Becoña, 2002).

5.5 VARIABLES DE PERSONALIDAD

Otro conjunto de variables que en los últimos tiempos ha capitalizado el interés de los investigadores son las variables de personalidad.

Desde esta perspectiva, mientras algunos autores (Wood, Cochran, Pfefferbaum y Arneklev, 1995; White, Labouvie y Bates, 1985) han dirigido sus esfuerzos a profundizar en la relación entre variables de personalidad aisladas (ej.: autoestima, búsqueda de sensaciones) y la conducta desviada, otros han intentado reconciliar posturas al incluir conjuntamente en modelos explicativos de la conducta desviada variables tanto de corte social como personal (Barnea, Teichman y Rahav, 1992; Martin y Robbins, 1995).

En cualquier caso, y apostando por el último planteamiento, la cuestión a dilucidar, es qué tipo de variables se seleccionan. Desde la literatura, a juicio de revisiones hechas por algunos autores, dos marcos explicativos deben abrigar la elección de las variables de personalidad: el psicobiológico y el sociocognitivo (Romero, Sobral y Luengo, 1999; Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000; Otero-López, 1997).

Desde el primero, son variables de corte psicobiológico o temperamental³; a saber, la extraversión, el neuroticismo, el psicoticismo (desde la concepción eysenckiana, Eysenck, 1976); la impulsividad, variable clave en la explicación de la delincuencia en el modelo de Gray y cuya relevancia ya nadie discute a la luz del impresionante apoyo empírico que ha recibido su vinculación con la delincuencia, así como con la conducta antisocial y el comportamiento violento, etc., mostrando además una notable

³ Las variables temperamentales se caracterizan por su fundamentación biológica, aparición en etapas tempranas de la vida e importante grado de estabilidad a lo largo del ciclo vital (Romero, Sobral y Luengo, 1999).

homogeneidad transcultural (Romero, 1996); la búsqueda de sensaciones, ingrediente sustancial del modelo de Zuckerman, y variable que se ha mostrado como una de las asociaciones más consistentes y potentes con la conducta antisocial, superando la prueba de las muy diferentes muestras en cuanto a género, edad y contexto sociocultural (Romero, Sobral y Luengo, 1999; Chico, 2000).

La otra línea de investigación hace referencia a la influencia de las llamadas variables sociocognitivas, en un intento de resaltar la intención de referirse así a un conjunto de elementos que, sin dejar de ser patrimonio de lo individual, hablan de un sujeto conectado a personas y eventos del entorno. Es en este contexto en el que nos encontramos con la influencia sobre la conducta antisocial de las expectativas, el locus del control, las destrezas en el manejo interpersonal, la autoestima y la jerarquía de valores del individuo (Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000).

Algunos trabajos han contribuido a reafirmar, si cabe más, tanto la búsqueda de sensaciones⁴ como la autoestima como importantes factores de riesgo tanto del consumo de drogas como de la delincuencia (Barnea, Teichman y Rahav, 1992; Kaplan, 1995; Luengo, Otero, Romero y Gómez, 1996; Newcomb y McGee, 1991; Otero-López, 1997; Romero, Luengo y Otero-López, 1995; Otero-López, Romero y Luengo, 1994; Romero 1996; Romero, Luengo, Carrillo y Otero-López, 1994).

No es nuestro objetivo hacer una revisión detallada de cada una de estas variables porque se nos escapa del alcance de nuestra investigación, pero sí queremos detenernos en el análisis de la triada de variables de

⁴ “La búsqueda de experiencias y sensaciones variadas, nuevas, complejas e intensas y la disposición a asumir riesgos físicos, sociales y financieros a fin de lograr tales experiencias” (Zuckerman, 1994, citado en Otero-López, 1997).

personalidad que recoge la teoría de Eysenck (neuroticismo, extraversión y psicoticismo). La razón que nos empuja a tomar esta decisión es que de todo el conjunto de variables de personalidad, éstas son precisamente las que han sido medidas en nuestra investigación dentro del contexto penitenciario.

Por otra parte dentro de los contextos penitenciarios occidentales, la personalidad juega un importante papel en las tareas de clasificar a los sujetos dentro de los distintos regímenes de cumplimiento de la pena, planificar el tipo de intervención rehabilitadora, emisión de informes relativos a la conveniencia de permisos, cambios de grado, libertad condicional, etc. (Ley Orgánica General Penitenciaria, 1979).

5.5.1 Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo: Teoría de la Personalidad de Eysenck

Seguimos en este apartado principalmente la excelente revisión que realizaron Garrido, Stangeland y Redondo (2001) y Romero, Sobral y Luengo (1999).

5.5.1.1 Planteamiento teórico

Eysenck formuló una teoría sobre la personalidad que se reconoce en la actualidad como una de las más sólidas que la Psicología ha ofrecido (Andrés Pueyo, 1997; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001; López y López, 2003; Pérez, 1987c; Romero, Sobral y Luengo, 1999).

La teoría de Eysenck de la personalidad delictiva es una teoría psicológica con una clara fundamentación orgánica. Más concretamente, concede una gran relevancia al funcionamiento del sistema nervioso. Eysenck formuló la teoría en 1964 en su libro *Crime and personality* (delincuencia y personalidad) (Eysenck, 1976). La teoría tiene dos elementos explicativos principales (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001):

a) El proceso de *adquisición de la conciencia moral*, en los niños mediante condicionamiento de evitación. Eysenck explica cómo aprenden los individuos a inhibir conductas de transgresión de las normas, a través de una secuencia en la cual se combinan dos mecanismos: el condicionamiento clásico aversivo y el reforzamiento negativo. Veámoslo más en detalle:

Según Eysenck, la conciencia moral en los niños se adquiere, en primer lugar, mediante un proceso de condicionamiento clásico, de tal manera que las conductas antisociales tempranas -como, por ejemplo desobedecer a los adultos, sustraer pequeñas cantidades de dinero o faltar al colegio- se asocian generalmente con pequeños estímulos aversivos habituales en los procesos de crianza. Cuando un niño es sorprendido “robando en casa” una pequeña cantidad de dinero, el padre o la madre seguramente le reñirán o castigarán. Es decir su conducta antisocial temprana se asociará con leves estímulos aversivos que le producirán sensaciones de dolor, miedo o ansiedad condicionada, por simple apareamiento estimular. En un segundo momento, la ansiedad condicionada que el niño experimenta ante la oportunidad de llevar a cabo conductas semejantes (por ejemplo, está a su alcance una pequeña cantidad de dinero), se verá reducida si el niño inhibe la realización del comportamiento prohibido. Así, la no realización de la conducta prohibida es recompensada y mantenida en su repertorio de comportamiento a través de un proceso de reforzamiento negativo (o sea, por la evitación de la ansiedad que experimentaba ante la posibilidad de conducirse de modo inadecuado).

El segundo elemento explicativo de la teoría lo planteamos como pregunta.

b) ¿Por qué difiere la gente en su capacidad para mostrar un comportamiento prosocial? Después de reconocer que deben tenerse en cuenta factores como la mayor permisividad de la sociedad actual -que fracasa

a la hora de proporcionar adecuadas experiencias de condicionamiento- y la circunstancia de que los padres y adultos que rodean al niño pueden reforzar positivamente las conductas antisociales, Eysenck (1996) considera más relevante considerar las diferencias individuales en personalidad:

“Una activación escasa hace más difícil que se produzca el condicionamiento, de tal modo que personas altas en las dimensiones Extraversión y Psicoticismo, comparadas con aquéllas que puntúan bajo en esas dimensiones, tendrán más problemas para agregar esas experiencias a su conciencia. De ello se sigue que mostrarán una resistencia menor a las tendencias antisociales que todos poseemos derivadas de nuestra naturaleza animal” (p.149).

Es decir, Eysenck se fundamenta en la investigación que avalaba el hecho de que las personas tienen diferentes capacidades de condicionabilidad, que hacen que unos se condicionen más rápidamente que otros. Aquellos que presentan peor condicionabilidad, y por tanto aprenden con mayor lentitud a inhibir su comportamiento antisocial, tienen más posibilidades de convertirse en delincuentes.

Eysenck señala que muchos delincuentes poseen las siguientes características (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001):

1. Una baja activación cortical inespecífica o un bajo arousal cortical. Esta característica se relaciona con aquellos estados de consciencia asociados a diferentes actividades y personas. La actividad cortical varía en las personas a lo largo del día y a lo largo de situaciones: por la mañana el grado de consciencia es bajo; es un momento en que las respuestas son lentas y la comprensión de mensajes baja. En cambio, el estado de consciencia aumenta ante situaciones problemáticas. Además, el estado de consciencia o activación

varía también de unos individuos a otros frente a las mismas situaciones. El fundamento de este proceso -y por consiguiente, de la dimensión **extraversión** (E)- radica en un mecanismo del tallo cerebral denominado sistema de activación reticular, el cual se cree que actúa como un centinela que despierta y mantiene alerta al córtex cerebral. Los delincuentes muestran, en general, un disminuido estado de consciencia -o una baja activación cortical o arousal-. Un nivel inferior de arousal determina una menor condicionabilidad que hace que los individuos posean una gran necesidad de estimulación y una gran tolerancia al castigo (Pérez, 1987b). Este disminuido nivel de arousal se manifiesta a través de la dimensión psicológica extraversión, que es alta en los delincuentes. Los individuos extravertidos son impulsivos, activos -no pueden permanecer mucho tiempo quietos concentrados en algo- y amantes de los riesgos. Eysenck postuló que la relación extraversión y delincuencia sería particularmente sólida en el caso de los delincuentes jóvenes, siempre más deseosos de nuevas excitaciones y de correr riesgos.

2. Una segunda dimensión psicológica que es alta en los delincuentes es la dimensión **neuroticismo** (N), relacionada con una alta excitabilidad autónoma. El neuroticismo se refleja en una gran inquietud y desajuste emocional. El individuo neurótico reacciona con gran facilidad frente a los estímulos ambientales. Los delincuentes mostrarían un mayor neuroticismo porque se trata de una dimensión de personalidad que dificulta el proceso de condicionamiento: una persona alta en neuroticismo reacciona intensamente y durante largo tiempo ante las situaciones de estrés. Mientras que la dimensión extraversión-introversión encuentra su fundamento biológico en el sistema nervioso central, en el caso del neuroticismo tenemos que ubicarlo en el sistema nervioso autónomo y sus dos partes, el simpático o activador ante las emergencias y el parasimpático o restaurador del equilibrio. Para Eysenck, los neuróticos disponen de un sistema límbico (que incluye a la amígdala y al hipotálamo, entre otras estructuras neuronales) más sensible, que hace que las

emociones se activen antes y tarden más en disiparse. En esencia, una dificultad en controlar el sistema simpático a través del parasimpático es lo que le sucede a los neuróticos.

3. Posteriormente a la formulación de la teoría en 1964, Eysenck introdujo una nueva dimensión a la que llamó **psicoticismo** (P), a la que no asignó ningún mecanismo fisiológico específico, pero que se correspondería sustancialmente con la psicopatía. Sin embargo, al final de su vida, Eysenck vinculó esta dimensión con el metabolismo de la serotonina que interviene en la inhibición de la conducta. Conductualmente el psicoticismo se corresponde con las acciones crueles, la insensibilidad social, la falta de emociones auténticas, la búsqueda de emociones y de peligros, y el desprecio de los demás (no hay que confundir esta dimensión con la enfermedad mental denominada genéricamente psicosis). Eysenck relaciona un alto psicoticismo con los delitos más violentos y repetitivos.

Según Eysenck, estas tres dimensiones -extraversión, neuroticismo y psicoticismo- tienen una importante base biológica de carácter hereditario. La principal proyección aplicada de la teoría es que, consideradas estas predisposiciones genéticas, la mejor manera de intervenir sobre los individuos, para prevenir su conducta agresiva o antisocial en general, es actuar sobre el medio ambiente. El individuo que posee tendencias agresivas heredadas necesita procesos intensivos de entrenamiento, que le permitan establecer los necesarios aprendizajes inhibitorios. Esto supone una dura crítica de Eysenck al funcionamiento habitual del sistema de justicia criminal:

“En general, puede decirse que las prácticas modernas suponen justo lo opuesto de lo que la psicología recomendaría. Los efectos de la prisión dependen de la historia de condicionamiento del delincuente, y lo cierto es que aquélla se utiliza de forma tal que pierde su capacidad preventiva. Así, los

delincuentes más jóvenes no pueden ser tocados por la ley; en vez de ser castigados, reciben muchas amonestaciones. Luego, antes de ser enviados a prisión son puestos en libertad a prueba varias veces. (...). Existe una amplia evidencia de la existencia de la llamada inhibición latente, es decir, el hecho de que cuando un estímulo condicionado no es seguido por una respuesta condicionada adecuada, entonces será más difícil establecer una relación apropiada más tarde” (Eysenck, 1996, p. 150).

En otras palabras, el delincuente no llega a aprender una respuesta de ansiedad fuerte (que sería la respuesta condicionada) que le evite cometer el delito una vez que se halla frente a una situación tentadora (sería el estímulo condicionado). Y la razón hay que buscarla en que el sistema de justicia impide ese aprendizaje al dar respuestas blandas y no consistentes cuando el joven empieza a delinquir. Para Eysenck, es en esos momentos en los que es más importante la consistencia y certeza del castigo. Además, este fracaso en el condicionamiento tiene como consecuencia que dificulta el aprendizaje posterior de la conducta prosocial (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

5.5.1.2 Validez empírica

Una de las mayores críticas que se le ha hecho a Eysenck -que es un “biologicista”, y defensor de la teoría de que el “crimen se hereda”- está claramente sesgada debido a los prejuicios ideológicos y, más simplemente, al conocimiento real de lo que Eysenck escribió. Porque, claramente, su planteamiento fue biosocial, como lo es la propia Criminología, y en este sentido su obra es un modelo de lo que ha de ser una parte al menos de la Criminología científica (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Andrés-Pueyo (1997) planteó esta cuestión con todo rigor:

“La aproximación al tema de la criminalidad [de Eysenck] es un claro ejemplo de la consideración biosocial de la naturaleza humana y de la posibilidad de integrar el planteamiento biológico (predisposiciones) y social

(influencias sociales) en la consideración de la personalidad (...) La socialización del individuo es la clave de la aparición de la conducta antisocial...” (p. 478).

Múltiples estudiosos se han enfrentado a la empresa de recopilar y analizar cualitativamente esta evidencia empírica intentando ordenarla e intentando extraer de ella conclusiones significativas (Furnham y Thompson, 1991; Pérez, 1986; Romero, Sobral y Luengo, 1999). Estas revisiones han tendido a observar la existencia de un patrón de resultados diferencial en función de la técnica que se utilice para evaluar la conducta delictiva.

Una de las estrategias más comúnmente utilizadas por los autores que se han aproximado a la contrastación de las hipótesis de Eysenck ha consistido en la comparación entre grupos de presos y grupos “control” procedentes de la población general (Haapasalo, 1990; Nuñez, Gil y Garrido, 1990; Rebollo, Herrero y Colom 2002; Santibáñez, 1994). Este método de “grupos conocidos” ha tendido a apoyar la idea de que los delincuentes obtienen puntuaciones elevadas en P y en N. Sin embargo, los resultados tienden a no sustentar las hipótesis de Eysenck en lo referente a E; en contra de lo que el modelo de Eysenck sugería, los delincuentes institucionalizados no presentan, en general, niveles más altos de extraversión que los supuestos “no delincuentes”.

Ante este tipo de resultados, que parecen poner en tela de juicio los postulados de Eysenck en torno a lo que es la dimensión más central de la teoría, el propio Eysenck (1977, citado en Romero, Sobral y Luengo, 1999) ha avanzado diferentes explicaciones.

Así, ha argumentado que la situación de encarcelamiento puede ser la responsable de que los sujetos respondan de un modo “introvertido” ante ítems que implican una vida social activa (asistir a fiestas, hacer amigos fácilmente,

etc.). Y, por otra parte, Eysenck plantea que, si bien en la población general E y N son dimensiones independientes, cuando N es elevada tienden a establecerse correlaciones negativas y significativas entre ambos factores. De este modo, en los presos (que muestran un elevado grado de neuroticismo) las puntuaciones en E aparecerían reducidas con respecto a otras muestras menos “neuróticas”.

No obstante, y dejando al margen estas posibles explicaciones proporcionadas por Eysenck, no hay que olvidar como argumentan Romero, Sobral y Luengo, (1999) y Pérez (1987c) que la táctica de comparación entre institucionalizados y no institucionalizados no es precisamente una estrategia idónea para evaluar la relación entre personalidad y delincuencia. Ya que la delincuencia más que una realidad de “todo o nada” constituye un continuo comportamental que puede asumir un amplio rango de valores y que no solamente se manifiesta en los individuos oficialmente “etiquetados” como “delincuentes”.

En estudios como los que acabamos de comentar, en los que se supone la existencia de un grupo “delincuente” y otro “no delincuente”, no se garantiza que el grupo llamado “control” esté integrado por individuos que realmente no han incurrido en actividades ilícitas. Como señalan Eysenck y Gudjonsson (1989, citado en Romero, Sobral y Luengo, 1999), probablemente los dos grupos se solapen, en alguna medida, dentro del continuo conductual de la delincuencia, por lo que la dicotomía “delincuente – no delincuente” pierde sentido. Esto significa por tanto que las muestras de delincuentes institucionalizados son poco representativas del conjunto de sujetos que comenten delitos.

Por otro lado, como ha indicado Pérez, (1986), en esta clase de trabajos difícilmente puede descartarse la posibilidad de que sea el internamiento el que origine cambios en la personalidad del recluso. Las vivencias angustiantes de

la prisión podrían elevar el nivel de neuroticismo del individuo; y el estilo de vida característico de este medio podría incrementar el grado en que aparecen conductas de “frialidad afectiva” típicas del psicoticismo.

Y, por otra parte, como nos explican Romero, Sobral y Luengo (1999), estos estudios no permiten eliminar tampoco la hipótesis de una “aprehensión diferencial” en función de la personalidad de los sujetos; la inestabilidad emocional del delincuente neurótico, por ejemplo, podría redundar en una menor eficacia a la hora de evitar la detección y el procesamiento por parte de los sistemas de control formal. De este modo, en las prisiones podría producirse una sobrerrepresentación de individuos altos en N.

Ante las críticas de que fueron objeto los trabajos de comparación institucionalizados – no institucionalizados, a los que subyace una concepción “legalista” de la delincuencia, surgió otro tipo de estudios que, conceptualizando la delincuencia como “conducta” más que como etiqueta sociolegal, utilizan autoinformes (o cuestionarios de autodeclaración) para la medición de la conducta antisocial. Estas investigaciones permiten superar las limitaciones asociadas a la dicotomización “delincuente – no delincuente” y facilitan la evaluación de la relación entre personalidad y delincuencia independientemente de los efectos del factor institucionalización.

Las revisiones realizadas sugieren que esta otra modalidad de investigación exhibe un perfil de resultados diferente al obtenido con las comparaciones reclusos-controles. (Romero, Sobral y Luengo, 1999, Pérez, 1987c). Si en tales comparaciones N y P (pero no E) aparecían vinculadas a la delincuencia en el sentido que Eysenck hipotetizaba, los estudios realizados con autoinformes en sujetos no institucionalizados tienden a mostrar una relación positiva de E y P con la conducta antisocial, mientras que N ofrece resultados menos consistentes.

Este patrón de hallazgos ha sido encontrado en diversos trabajos, algunos de ellos con población española (Cerezo, 2001; Gomà, Grande, Valero y Puntí, 2001; Jamison, 1980; López y López, 2003; Martín, 1985; Rushton y Chrisjohn, 1981).

Eysenck, de nuevo, ha avanzado una posible explicación a estos resultados (Romero, Sobral y Luengo, 1999). La clave para entender estos dos tipos de hallazgos podría residir, en el factor edad y en el hecho de que los estudios con reclusos tiendan a utilizar muestras de adultos, al tiempo que los trabajos con autoinformes emplean habitualmente muestras de individuos más jóvenes. Así, Eysenck plantea que probablemente E sea un factor más relevante para comprender la delincuencia en niños y adolescentes, etapas en las cuales se produce la adquisición de los hábitos antisociales. En adultos, sin embargo, E perdería valor explicativo a favor de N, la dimensión más asociada al mantenimiento de las tendencias conductuales ya adquiridas.

Sin embargo, Romero, Sobral y Luengo, (1999), concluyen que las dos pautas de resultados que aquí hemos anotado sólo pueden considerarse como tendencias muy globales que se vislumbran al observar el panorama que nos presentan los trabajos empíricos. Pero las excepciones que pueden encontrarse ante esos dos “tipos” de hallazgos son numerosas.

En lo que respecta a los estudios con institucionalizados, por ejemplo, diversas investigaciones han encontrado apoyo a Eysenck sólo en lo referente a la dimensión P (Forrest, 1977, citado en Romero, Sobral y Luengo, 1999; Putnins, 1982). En otros trabajos, sin embargo, se ha encontrado que los tres superfactores diferencian a delincuentes y no delincuentes en la dirección hipotetizada (Rahman, 1992; Rebollo, Herrero y Colom, 2002).

Algo semejante ocurre con los estudios realizados a partir de datos de conducta antisocial autoinformada. En algunos casos sólo se han encontrado relaciones significativas entre la delincuencia y P (Furnham y Thompson, 1991; Gomà, Grande, Valero y Puntì, 2001; Heaven, Caputi, Trivellion-Scott y Swinton, 2000; López y López, 2003); en otros, la delincuencia parece asociarse a las tres dimensiones del modelo de Eysenck (Allsopp y Feldman, 1974, citado en Romero, Sobral y Luengo, 1999).

De manera resumida, la evidencia empírica se manifiesta dispersa y confusa. En el caso del neuroticismo parece claro que la teoría no se comprueba. Hay un apoyo débil para la dimensión de extraversión, mientras que la evidencia empírica a favor del psicoticismo es más sólida. Además, P ha mostrado ser la dimensión que mejor discrimina entre diferentes tipos de delincuentes (por ejemplo, reincidentes vs. no reincidentes, Pérez, 1986, 1987a).

En un estudio realizado en nuestro país (Romero, 1996) se ha comprobado, de hecho, la capacidad de P para diferenciar entre grupos de individuos con distintos niveles de conducta antisocial autoinformada, no sólo dentro de muestras de jóvenes de la población general, sino dentro de los propios delincuentes institucionalizados. Este estudio indicó, asimismo, que la dimensión extraversión parece estar ligada fundamentalmente a conductas antisociales leves; la delincuencia más severa se asocia, por el contrario, con un patrón personal más tendente a la introversión.

Otros estudios más recientes siguen subrayando la asociación entre psicoticismo y la conducta antisocial y delictiva autoinformada en adolescentes (López y López, 2003) y entre adultos jóvenes (Gomà, Grande, Valero y Puntì, 2001). En este último estudio con respecto a la dimensión extraversión, dicha relación parece estar mejor estimada a partir del rasgo búsqueda de

sensaciones y sus subescalas (búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento), que la dimensión propiamente dicha.

Con respecto a la dimensión neuroticismo, en la investigación de Gomà, Grande, Valero y Puntì (2001), los resultados van en la dirección predicha por la teoría de Eysenck, es decir relación positiva entre conducta delictiva autoinformada y N. Los trabajos iniciales de Eysenck y otros autores en que se comparaban grupos de delincuentes frente a no delincuentes, los resultados favorecerían las hipótesis respecto a N; sin embargo, los estudios posteriores realizados con autoinformes en población general no eran favorables a dichas hipótesis (Furnham y Thompson, 1991). Gomà *et al.*, (2001) señalan que la conducta delictiva, antisocial, evaluada mediante autoinformes formaría parte de un extremo del continuo de la conducta antisocial que haría referencia a transgresiones leves, no penadas, de la “norma”; sin embargo, a medida que las transgresiones fueran de mayor empaque y gravedad incrementaría su relación con N tal como se desprende de la interpretación del neuroticismo como elemento motivacional y multiplicador (Nichols y Newman, 1986; Wallace, Newman y Bachorowski, 1991). De este modo, el hecho de hallar un elevado neuroticismo entre la población reclusa se podría interpretar no como el resultado del encarcelamiento, sino del hecho de que en general los que están reclusos son los que han cometido más faltas o las faltas más graves (Gomà, 1999). En este sentido, los resultados del estudio de Gomà, Grande, Valero y Puntì (2001) son muy ilustrativos: los sujetos que puntúan más alto en el cuestionario de conducta delictiva autoinformada también puntúan más alto en N y constituyen el grupo de sujetos reclusos. En este caso concreto y según los autores, la elevada puntuación en Neuroticismo no se puede asignar al fenómeno del encarcelamiento, ya que los sujetos que componían la muestra a lo sumo llevaban dos o tres años en la cárcel. Así pues, un elevado neuroticismo no sería consecuencia de los años de encarcelamiento, y sí que un elevado N iría parejo a una mayor delincuencia autoinformada, lo cual es

indicativo de mayor número de actos delictivos cometidos o lo que es lo mismo, mayor reincidencia.

Por otra parte, como afirman Romero, Sobral y Luengo (1999) y Garrido, Stangeland y Redondo (2002) las inconsistencias halladas en este campo de trabajo ha dado lugar a que múltiples investigadores hayan optado por hacer descender el foco de su análisis, pasando a prestar atención a dimensiones más específicas que los grandes superfactores de Eysenck (Beleña y Báguena, 1993; Chico, 2000; Herrero, Ordóñez, Sala y Colom, 2002; Horvath y Zuckerman, 1996). Entre ellas, la variable impulsividad y búsqueda de sensaciones han ocupado un lugar privilegiado en los últimos 20 años (Muñoz, 2004).

Por lo que al **consumo de drogas** se refiere ya hemos hecho referencia también que entre las variables de personalidad que han mostrado una relación consistente tenemos la búsqueda de sensaciones, que parece ser la más relevante (Beleña y Báguena, 1993; Calafat *et al.*, 2000; Cárdenas y Moreno, 1989; Fernández, 2003; González, García-Señorán y González, 1996; González, Peñacoba, Moreno, Muñoz, Palomar y Ramiro, 2003; Gonzalez, Sáiz, Quirós y López, 2000; Luengo *et al.*, 1996; Martinez-Lorca, Alonso-Sanz, 2003; Otero-López 1997; Saiz *et al.*, 1999; Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000; Pardo, Aguilar, Molinuevo y Torrubia, 2002; Ramos y Garrote, 2008, Zuckerman *et al.*, 1990). Podríamos decir que a mayor gravedad de consumo mayor acentuación de este rasgo, resultado que cabría esperar ya que este rasgo de la personalidad está incorporado en la dimensión de psicoticismo de Eysenck (Andrés-Pueyo, 1997a).

Los estudios sobre consumo de sustancias y variables de personalidad de Eysenck en muestras de **adolescentes** y **jóvenes** han revelado que las puntuaciones en extraversión constituyen el mejor predictor del consumo de **tabaco** (Canals, Blade y Domenech, 1997; Dinn, Aycicegi y Harris, 2004; Harakeh, Scholte, de Vries y Engels, 2006; Inglés *et al.*, 2007; Knyazev, 2004; Sáiz *et al.*, 1999) y **alcohol** (Anderson, Schweinsburg, Paulus, Brown y Tapert, 2005; Gotham, Sher y Word, 2003; Inglés *et al.*, 2007; Kirkcaldy, Siefen, Surall y Bischoff, 2004; Knyazev, 2004; Loukas, Krull, Chassin y Carle, 2000; Merenakk *et al.*, 2003; Sáiz *et al.*, 1999), seguidas, en la mayoría de los casos, por las puntuaciones en neuroticismo. Además, las puntuaciones en psicoticismo parecen mostrar mayor relación y capacidad predictiva respecto al consumo de alcohol.

Los sujetos con elevados niveles de neuroticismo utilizarían el tabaco como un mecanismo para reducir su ansiedad, especialmente en los sujetos introvertidos. González, Sáiz, Quirós y López (2000) piensan que estos mismos mecanismos podrían estar implicados en la relación entre los elevados niveles de neuroticismo y el consumo de **cannabis** encontrados en este estudio y en un estudio previo (Sáiz *et al.*, 1999). Del mismo modo, la extraversión sería otra variable que mediaría el consumo a través de la fuerte necesidad que tienen estos sujetos de excitación. Sin embargo, el rasgo que parece ser el predictor más potente de consumo de sustancias ilegales es la búsqueda de sensaciones (Jaffe y Archer, 1987).

Los estudios específicos sobre rasgos de personalidad y consumo de cannabis se centran más en el rasgo búsqueda de sensaciones e impulsividad, que como ya hemos comentado anteriormente estarían representados por la dimensión de psicoticismo de Eysenck.

Aunque se acepta que no existe una personalidad prototípica del consumidor de sustancias, existe un elevado interés por conocer el papel que juega la personalidad en el desarrollo de la adicción, especialmente de cara a la intervención (Calafat, Amengual y Farres, 1985). En este sentido los factores de personalidad que han sido relacionados con la conducta uso-abuso de **cocaína** son la búsqueda de sensaciones y el psicoticismo (Sáiz, González, Paredes, Martínez y Delgado, 2001). Aunque hay que tener en cuenta según los autores que el consumo de cocaína está fuertemente asociado con el consumo de otras drogas legales e ilegales y que dicho policonsumo dificulta el establecimiento de un perfil psicológico propio de los consumidores de cocaína.

Resultados similares se han obtenido en investigaciones sobre personalidad y uso – abuso de **éxtasis** (Bobes *et al.*, 2002; García-Portilla *et al.*, 2003; Sáiz *et al.*, 2001). Los consumidores de MDMA se asocian con mayores niveles de neuroticismo y dureza en el EPQ-A⁵ y con mayores puntuaciones en la escala de búsqueda de sensaciones.

En la revisión bibliográfica realizada, no hemos encontrado estudios de nuestro país que investiguen con la misma prueba (EPQ-A) las dimensiones de personalidad de **drogodependientes en tratamiento en contextos clínicos**. Sin embargo algunas investigaciones en otros países concluyen que los adictos en tratamiento obtienen puntuaciones más altas en P, N y puntuaciones más bajas en E en comparación con un grupo control de no adictos (Lodhi y Sangita, 1993; Doherty y Matthews, 1988). El estudio de Gossop y Eysenck (1983) que utiliza como grupo control una muestra de presos, obtiene similares resultados para P, N y E que los dos estudios citados previamente. En líneas

⁵ Cuestionario de Personalidad de Eysenck para Adultos. Evalúa las siguientes tres dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo, Intro-extraversión, y Psicoticismo o Dureza. Además posee una escala de sinceridad que intenta medir la tendencia al disimulo de algunos sujetos para presentar un “buen aspecto”. Consta de un total de 94 ítems de respuesta dicotómica sí-no; 24 ítems evalúan la dimensión de neuroticismo, 20 la de extro-intraversión, 24 la de dureza y 25 ítems evalúan la sinceridad (Eysenck y Eysenck, 1995).

generales, los resultados subrayan la importancia desempeñada por N o por la dimensión de psicoticismo (P). Por otro lado también se concluye en estos estudios que las personas adictas a la droga posiblemente obtienen puntuaciones más bajas en sociabilidad (dimensión de E en el EPQ) lo que justifica la hipótesis de que los adictos a la droga son introvertidos.

Con respecto a los estudios con muestras de **reclusas**, Beleña y Báguena, (1993) concluyen que los aspectos de introversión social e inestabilidad emocional (neuroticismo) se encuentran más fuertemente relacionados en el grupo de reclusas consumidor de drogas en comparación con reclusas no consumidoras.

En la actualidad una cuestión de especial interés es poder determinar si los distintos rasgos de personalidad asociados a la conducta desviada (sea de consumo o delincuencia) son factores de riesgo de dicho comportamiento desviado, o por el contrario son consecuencia. Para ello harían falta estudios prospectivos que nos ayudaran a determinar si determinados rasgos de personalidad predisponen al sujeto a la conducta desviada o por el contrario la conducta desviada produce cambios de personalidad.

6. CONCLUSIONES

La conducta desviada (sea consumo o delincuencia) se conceptúa como un fenómeno multicausal que es necesario abordar desde enfoques globalizadores, de amplio espectro, que sean capaces de integrar todos aquellos determinantes (o factores de riesgo) que se hayan mostrado potencialmente “disparadores” del mismo (Otero-López, 1997).

Así, y anclados en una concepción interactiva del comportamiento humano, hemos presentado una panorámica tanto de las principales variables de los ámbitos psicosociales (familia e iguales) como de los determinantes personales que se han relacionado con la conducta desviada.

Ahora bien, la interacción entre factores contextuales, temperamentales y sociocognitivos, por lo que a sus efectos sobre el comportamiento se refiere, se ha sometido a prueba en escasas ocasiones (Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000). La inmensa mayoría de los investigadores que se han ocupado de estos asuntos parecen haber asumido una perspectiva aditiva: a más factores de riesgo presentes, mayor probabilidad de conductas problemáticas. Sin embargo la conducta antisocial es un comportamiento complejo donde es muy probable que la co-presencia de esos factores implique que alguno modere el efecto de algún otro, que a su vez pueda amplificar el de un tercero, y así en adelante. En estos sistemas complejos, suele ser la dinámica funcional interactiva la que permite aclarar (cuando es posible) cual sea la contribución real de cada variable a un determinado estado resultante del sistema.

Hay líneas de investigación que han tenido como finalidad el análisis de alguna de esas interacciones. Por ejemplo, los trabajos acerca de los factores de protección o inmunización que diseccionan ciertas interacciones complejas

entre factores psicosociales, recurriendo a la perspectiva longitudinal; concretamente, hay una pregunta que intentan responder estas líneas de investigación: ¿qué ocurre cuando tenemos adolescentes que reúnen un amplio conjunto de factores de riesgo y, sin embargo, no desarrollan patrones de conducta antisocial? ¿Qué les está protegiendo, qué variables amortiguan o eliminan los efectos de los factores de riesgo? (Lösel y Bliesener, 1994; Luthar, Doemberger y Zigler, 1993; Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000).

Así pues, es necesario estudiar los efectos de las interacciones para mejor comprender los procesos implicados en la génesis, mantenimiento y prevención de la conducta antisocial.

CAPÍTULO 2

SITUACIÓN DE LAS CÁRCELES EN EUROPA

En este capítulo, analizaremos el problema de las drogas en el marco europeo.

1. EL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT)

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías es una de las Agencias de la Unión Europea (a partir de ahora UE). Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores, y profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas.

El informe anual, una visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea, es un libro de referencia fundamental para quienes deseen conocer los últimos descubrimientos sobre drogas en Europa.

El informe Anual del OEDT será el documento oficial que revisaremos para describir la situación de los consumidores de drogas en prisión en el ámbito europeo.

2. DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

Ya hemos señalado en el capítulo 1 que los delitos relacionados con la droga pueden agruparse en una de las cuatro categorías que figuran a continuación (OEDT, 2004a; OEDT, 2007a):

- Delitos psicofarmacológicos: delitos cometidos bajo los efectos de una sustancia psicoactiva.
- Delitos compulsivos con fines económicos: delitos cometidos para obtener dinero (o drogas) con el fin de financiar la adicción o las drogas.
- Delitos sistemáticos: delitos cometidos en el marco del funcionamiento de los mercados ilegales, como parte del negocio de la distribución y el suministro de drogas ilegales (lucha de territorios, soborno de funcionarios etc.).
- Delitos contra la legislación en materia de drogas (consumo, posesión, tráfico, etc.).

En la UE sólo existen datos rutinarios de este último tipo de delitos, los que violan la legislación antidroga. Los datos sobre las tres primeras categorías son escasos en la UE y los que existen proceden de estudios *ad hoc* locales que normalmente no se llevan a cabo de forma rutinaria y que no se prestan a una extrapolación, mientras que otros hacen referencia únicamente a un tipo específico de delitos relacionados con la droga (OEDT, 2006 y 2007).

Las conclusiones sobre los delitos relacionados con las drogas recogidas en el último informe del OEDT (2007) son:

- Durante el periodo 2000-2005, el número de notificaciones de infracciones a la legislación antidroga aumentó en la mayoría de los países de la UE.

- En la mayoría de los países europeos, el **cannabis** continúa siendo la droga ilegal implicada con mayor frecuencia en las infracciones a la legislación antidroga. Durante el quinquenio 2000-2005, el número de “notificaciones” de infracciones a la legislación antidroga relacionadas con el cannabis se mantuvo estable o aumentó en la mayoría de los países que han proporcionado datos.
- El número de delitos relacionados con la **cocaína** se ha incrementado durante el período 2000-2005 en todos los países europeos, a excepción de Alemania, donde se han mantenido relativamente estables.
- Durante el mismo período, el porcentaje de delitos relacionados con la **heroína** descendió en la mayoría de los países de la UE.

3. LOS CONSUMIDORES DE DROGAS EN LAS PRISIONES

La información nacional rutinaria sobre el tipo y las pautas del consumo de drogas entre los presos es escasa y desigual. Muchos de los datos disponibles en la UE provienen de estudios específicos basados en muestras de tamaño variable, cuyos resultados (y tendencias) son muy difíciles de extrapolar (OEDT, 2005).

Los consumidores de drogas están sobrerrepresentados en la población de las prisiones, si se compara con la población en general. En la mayoría de estudios realizados en la UE, la prevalencia de vida del consumo de drogas en la población encarcelada es superior al 50%; sin embargo, presenta grandes variaciones entre prisiones, centros de detención y países (del 22% al 86%). En la UE, la prevalencia del consumo regular o de la dependencia previa al ingreso en prisión oscila entre el 8% y el 73% (OEDT, 2005).

La mayoría de los consumidores de drogas suspende o reduce su consumo cuando ingresa en prisión debido a la dificultad para encontrar drogas ilícitas. No obstante, muchos reclusos continúan el consumo tras la encarcelación y algunos empiezan a consumirlas en prisión (OEDT, 2005):

- Los estudios disponibles revelan que entre el 8% y el 60% de los presos declara haber consumido drogas en prisión, y entre el 10% y el 42% se consideran consumidores regulares.
- Entre el 15% y el 50% de los presos afirma haber consumido drogas por vía parenteral en algún momento de su vida; no obstante, en algunos estudios aparecen porcentajes de tan sólo el 1% o de hasta el 69%.
- Cuando existen datos comparables, se observa que los delincuentes jóvenes son menos proclives que los adultos a consumir drogas por vía parenteral y, entre la población reclusa, las mujeres lo son más que los hombres.
- Basándose en varios estudios realizados en la UE, Bird y Rotily (2002) han demostrado que aproximadamente una tercera parte de los presos adultos de sexo masculino consumen drogas por vía parenteral.
- Según los datos ofrecidos por los puntos focales Reitox¹, entre el 0,2% y el 34% de la población penitenciaria ha consumido drogas por vía parenteral durante su estancia en prisión.
- Según varios estudios realizados en Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Austria, Portugal y Suecia, entre un 3% y un 26% de los consumidores de drogas en prisión afirman haber consumido drogas por primera vez en la propia prisión (OEDT, 2002).

¹ Reitox es la red europea de información sobre drogas y drogadicciones. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega, los países candidatos y la Comisión Europea. Los puntos focales son autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al OEDT. En España el punto focal es el Plan Nacional sobre Drogas (OEDT, 2005).

4. ASISTENCIA Y TRATAMIENTO A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS EN LAS PRISIONES

En todos los Estados miembros y países candidatos existen sistemas de algún tipo para asegurar que los consumidores de drogas en prisión dispongan de asistencia, aunque la variedad de servicios y su disponibilidad presentan diferencias considerables. Una tendencia notable es el mayor reconocimiento de que los reclusos tienen los mismos derechos que el resto de la población en lo referente a la atención sanitaria, incluyendo la asistencia y el tratamiento para los drogodependientes (OMS, 2002). Entre los servicios a los que han de tener acceso los reclusos se encuentran las estrategias de prevención, incluyendo programas de tratamiento libre de drogas, tratamientos de desintoxicación, tratamientos con metadona y otras sustancias, asesoramiento y educación (OEDT, 2005).

Sin embargo, los países señalan algunos problemas para facilitar una asistencia adecuada. Por ejemplo, en Estonia los servicios son precarios; en Letonia no existen servicios específicos para drogodependientes; Polonia tiene largas listas de espera para recibir tratamiento; en Suecia las prisiones están saturadas y las dotaciones de personal son insuficientes; y Rumanía necesita legislación adecuada. En Chipre, aunque no existe un programa de apoyo integrado para los consumidores de drogas encarcelados, se han tomado algunas medidas preventivas.

La educación y las actividades de formación representan estrategias de prevención general. En la mayoría de países de la UE y países candidatos, estas actividades se realizan tanto para los consumidores en prisión como para el personal de prisiones. Entre los países que declaran realizar este tipo de activi-

dades están Estonia, España, Chipre, Hungría, Rumania y Eslovenia (Informes nacionales de la red Reitox, 2004).

Otro elemento de prevención es la creación de módulos libres de drogas en las prisiones. La participación es voluntaria, por lo general después de que los presos consumidores hayan firmado una declaración de aceptación de ciertas condiciones, como por ejemplo, un análisis periódico de orina. Este tipo de módulos existen en todos los países de la Europa de los Quince². En la mayoría de los “nuevos” Estados³ miembros se han creado módulos libres de drogas. La evaluación de la zona sin droga de una prisión austriaca demostró que, a su salida de prisión, los reclusos ocupantes de esa zona reincidían con menos frecuencia que los que salían de los módulos normales de la prisión (el 35% frente al 62%).

La modalidad de tratamiento más común en las prisiones es el tratamiento libre de drogas, que existe en todos los Estados miembros (salvo Chipre y Letonia), aunque su disponibilidad varía. En muchos países, los centros de tratamiento de la comunidad prestan apoyo y tratamiento, así como atención posterior.

En la mayoría de los países, los tratamientos de mantenimiento con sustancias de sustitución no tienen la misma disponibilidad en el interior de las prisiones que fuera de ellas. El tratamiento de mantenimiento sólo está extendido en España, y es administrado al 18% de todos los presos, o al 82% de los drogodependientes que permanecen en prisión. Luxemburgo también dispone de una amplia cobertura. Entre los países que registran aumentos considerables

² La Europa de los Quince está formada por los siguientes países: Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Dinamarca, Irlanda, Reino Unido, Grecia, España, Portugal, Finlandia, Suecia y Austria.

³ República Checa, Chipre, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, República Eslovaca, Eslovenia, Rumanía y Bulgaria.

en la disponibilidad de tratamiento con asistencia médica están Francia - principalmente con buprenorfina⁴ - e Irlanda (Informes nacionales de la red Reitox 2004). En los Países Bajos, el tratamiento con asistencia médica sólo se ofrece a los presos con poca condena que tomaban metadona antes de su encarcelamiento, mientras que en Polonia, el primer programa de tratamiento con metadona con catorce pacientes se introdujo en situación de libertad bajo fianza.

España es el único país que aplica de forma sistemática los programas de intercambio de agujas y jeringuillas en las prisiones. En 2005, se distribuyeron en 38 centros penitenciarios 22.989 jeringuillas a través de estos programas. No está prevista la aplicación de programas similares en otros Estados miembros y países candidatos (OEDT, 2005; Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

5. ALTERNATIVAS A LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD DIRIGIDAS A LOS DELINCUENTES CONSUMIDORES DE DROGAS EN LA UNIÓN EUROPEA

La cárcel es un ambiente especialmente perjudicial para los consumidores de drogas problemáticos, y existe un amplio consenso político sobre el principio de tratamiento como alternativa a las penas de privación de libertad. Las alternativas al encarcelamiento que pueden ofrecerse a los delincuentes que consumen drogas comprenden todo un abanico de sanciones que pueden retrasar, evitar, sustituir o complementar las penas de privación de libertad para aquellos consumidores de drogas que han cometido un delito que normalmente se castiga con el ingreso en prisión por las leyes nacionales.

⁴ La buprenorfina es un fármaco opiáceo que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de pacientes dependientes de opiáceos (Roncero y Casas, 2005).

Desde 1960, los acuerdos, estrategias y planes de acción de las Naciones Unidas y de la Unión Europea han reafirmado y reforzado en varias ocasiones el principio de tratamiento, educación y rehabilitación como alternativa a la condena y castigo de los delitos relacionados con las drogas. Este hecho se ha trasladado a la legislación nacional de los Estados miembros de la UE, y el sistema de justicia penal, al igual que los servicios sociales y sanitarios, se han adaptado con este fin. Los jóvenes consumidores de drogas son especialmente vulnerables al círculo vicioso de las drogas y el delito, y parece clara la determinación a evitar el encarcelamiento de los jóvenes delincuentes.

La aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad se enfrenta, sin embargo, a ciertas dificultades debidas a los distintos sistemas administrativos y sus distintos principios fundamentales. Se han realizado esfuerzos para salvar las distancias entre el sistema judicial y los servicios sociales y sanitarios a través de estructuras e iniciativas de coordinación, es decir, entre policía, tribunales, prisiones y los servicios de tratamiento de las drogodependencias. A menudo, los mecanismos informales de cooperación a nivel local son los precursores de unas formas institucionalizadas más estables.

Entre los Quince, el recurso a las alternativas a la privación de libertad ha ido en aumento durante las últimas décadas, y últimamente se ha estabilizado en algunos de ellos; en cambio, la legislación y la aplicación de alternativas en los “nuevos” Estados miembros ha sido más tardía. Normalmente, se recurre al sistema de tratamiento más corriente para asegurar el tratamiento de los delincuentes con problemas de consumo de drogas. En la mayoría de los países, el tratamiento suele proporcionarse en entornos residenciales, pero también existe la posibilidad de seguir programas de tratamiento ambulatorio.

Los estudios de evaluación europeos del tratamiento como alternativa a la privación de libertad no son frecuentes ni concluyentes. No obstante, de acuerdo con otros estudios sobre tratamiento, **la permanencia del paciente en el tratamiento demuestra ser un indicador clave de éxito**, mientras que las tasas de abandono constituyen uno de los mayores problemas para las alternativas a la privación de libertad. Todo apunta a que lo importante para que el tratamiento tenga éxito es la calidad del tratamiento aplicado y no la vía por la que ha llegado el paciente al tratamiento. El tratamiento como alternativa a la prisión parece funcionar mejor si los drogadictos están motivados por el tratamiento, si las instalaciones cumplen requisitos clínicos adecuados y si el personal es suficiente y está cualificado (OEDT, 2005).

CAPÍTULO 3

SITUACIÓN DE LAS CÁRCELES EN ESPAÑA

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN GENERAL PENITENCIARIA

El número de internos en centros penitenciarios ha seguido una evolución creciente, este incremento afecta tanto al número de penados como de preventivos. A 29 de febrero de 2008 había 66.919, (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2008) personas encarceladas, de las cuales son 50.223 penados (75%) y 16.696 preventivos (25%), 61.373 hombres (91,7%) y 5.546 mujeres (8,3%).

Desde 1990 hasta 2008 la población penitenciaria se ha duplicado, las causas de este aumento pueden ser diversas: modificaciones legales, alarma social y consiguiente aumento del control social, la problemática de las drogas, la crisis económica, etc. También se ha reflejado durante este período un incremento de la población penitenciaria femenina, y extranjera (OED, 2005). En los últimos años vuelve a aumentar la población penitenciaria (Gráfico1).

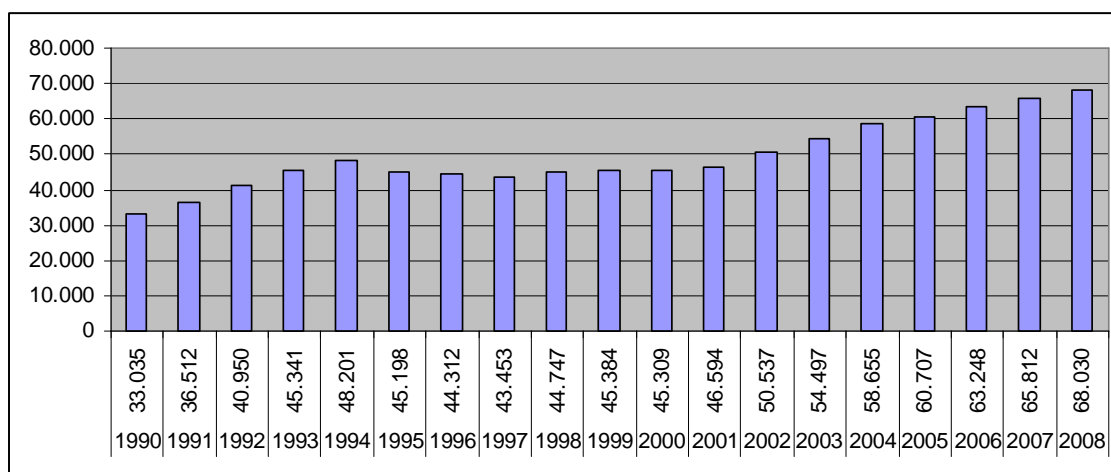


Gráfico 1. Evolución de la media de población reclusa. Periodo 1990-2008*.

* Población reclusa hasta el mes de mayo del 2008.

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias 2008.

En el gráfico 2 se pueden observar las características de la población reclusa en el período 1999-2005 (Plan Nacional sobre Drogas, 2007, en adelante PNsd). El perfil de la población penitenciaria sigue presentando las mismas características observadas en los últimos años: predominantemente masculina (92,2%) y con un envejecimiento paulatino que hay que relacionar con la variable de reincidencia. Asimismo, la población extranjera continúa la línea ascendente observada en los últimos años. El 30,5% de la población penitenciaria es extranjera según el PNsd (2007) y según la Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) un 30,6% de los internos son extranjeros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

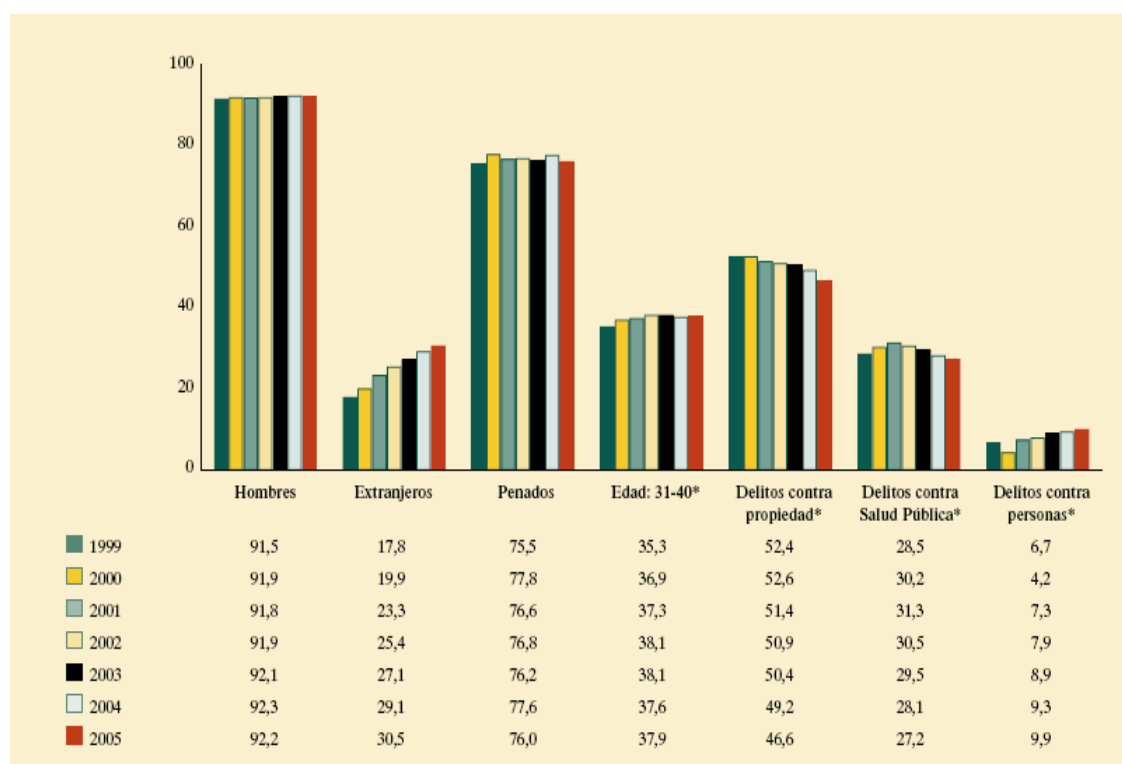


Gráfico 2. Evolución del perfil de la población penitenciaria. España, 1999-2005 (%).

* Porcentajes sobre población penada.

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas, 2007.

El incremento en el número de extranjeros encarcelados responde a cierta realidad estadística que debe matizarse por la existencia de toda una serie de factores sociales, penales y judiciales.

Las dificultades que encuentran los inmigrantes en acceder a los servicios sociales y sanitarios y al mercado laboral, explica en parte su implicación en actividades delictivas. Pero también hay una política de control mayor por los servicios policiales. No obstante, se debe reconocer la presencia importante de extranjeros en delitos cometidos contra la salud pública (tráfico de drogas), como es el caso de los procedentes del Magreb vinculados con el tráfico de hachís y de los hispanoamericanos en el caso de la cocaína (Informe del Defensor del Pueblo Andaluz, 2004).

En el período 1999-2005, los penados por delitos contra el orden socioeconómico descienden mientras que han aumentado los penados por delitos contra las personas. Este hecho puede estar mediatizado por las variables de edad y de reincidencia, ya que los estudios apuntan que a medida que aumenta la edad de los sujetos delincuentes existe un desplazamiento del tipo delictivo cometido (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Si bien, otros factores pueden estar interviniendo.

En este sentido, algunos estudios a nivel internacional (Naciones Unidas, 2003) señalan la influencia que pueden tener ciertos tipos de drogas sobre la evolución de la delincuencia violenta. Esta influencia específica de ciertas drogas podría explicar las diferentes tendencias de la delincuencia. Así, la delincuencia violenta se presenta asociada al uso de crack, cocaína, anfetaminas y policonsumo (Inciardi *et al.*, 1995, Monahan, 1996; Watts y Wright, 1990; West y Farrington, 1973), mientras que la delincuencia no violenta está asociada al uso de opiáceos (Plair y Jackson, 1970; McGlothlin, Anglin y Wilson, 1978, citados en Otero, 1997).

Hasta ahora en el sistema punitivo español, se había observado la relación entre consumo de heroína y delitos contra la propiedad, no destacando en este grupo de usuarios el contenido violento de los delitos (Silvosa, 1999; Otero, 1997; Elzo, Huete, Laespada y Santibáñez, 1995; Elzo, Lindon y Urquijo, 1992).

En relación con la tipología delictiva, hay que tener en cuenta que la estructura de la población penitenciaria informa de la población condenada a penas privativas de libertad y medidas de seguridad¹ pero no es un reflejo de la criminalidad. De hecho, el consumo de drogas ilegales (heroína y cocaína) no es la responsable de la mayoría de los delitos que se cometen en nuestra sociedad, no hay que menospreciar la incidencia de alcohol en delitos de sangre, de agresión sexual, de violencia doméstica, de tráfico rodado, y otros, debido a la capacidad desinhibitoria conductual del alcohol (PNsD, 2003).

Los tipos delictivos predominantes siguen siendo, en primer lugar, los delitos contra la propiedad, (el 46,6% de la población penitenciaria) seguidos de los delitos contra la salud pública (el 27,23% de la población penitenciaria). Según la variable sexo, el 47,26 % de los hombres estaban recluidos por delitos contra el patrimonio, mientras que el 44,7% de las mujeres estaban recluidas por delitos contra la salud pública (PNsD, 2007).

Con respecto a la reincidencia jurídica el 52,3% de la población penitenciaria penada era reincidente en el año 2005 (PNsD, 2007).

¹ Se señalan dos tipos diferentes de respuesta ante el delito: LA PENA (en que dominan más los aspectos retributivos) y LA MEDIDA DE SEGURIDAD (en que predomina la dimensión rehabilitadora) (Segovia, 2004)

Datos de la Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a) nos informan de otras características sociodemográficas de la población penitenciaria:

- Un 19% no ha completado los estudios primarios. Este dato es significativamente inferior al 31,1% en el curso 2004-2005 (Ministerio del Interior, 2005). Esta diferencia se explica porque el informe general del Ministerio del Interior trabaja con toda la población penitenciaria (51.975 personas en el curso 2004-2005) y la Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas fue realizada con una muestra de 4.934 personas. Por otro lado el 11,8% de toda la población penitenciaria es analfabeta. Lo que nos da una idea del bajo nivel educativo de la población reclusa.
- El 20,7% de la población penitenciaria activa² estaba en situación de desempleo. La tasa de paro en las mujeres era del 21,1% y en hombres del 20,7%.
- Un 5% vivieron en alojamientos precarios (barracas, chabolas, casas ocupadas, calle, etc.) un 10% en instituciones y un 1% en pensiones u hostales la mayor parte del tiempo en los 12 meses previos a la entrada en prisión.
- Un 13% había estado ingresado alguna vez en un centro de reforma para menores.
- Un 42% había estado ya en prisión previamente, un 26% más de dos veces.
- Un 53% llevaba más de 6 años en prisión.
- La mayor parte de los internos estaban ingresados por delitos contra la propiedad o el patrimonio (42%) o contra la salud pública (33%), incluyendo en estos últimos, la elaboración, tráfico y venta de drogas.
- Entre los hombres predominan los delitos contra la propiedad o el patrimonio (42%) y entre las mujeres los delitos contra la salud pública

² Estaban en situación activa el 85,5% de los reclusos (en edad de trabajar y que no estaban incapacitados o enfermos)

(57%). El aumento de la población penitenciaria femenina en los últimos años se ha debido, sobre todo, al incremento de su participación en los delitos contra la salud pública, principalmente mujeres extranjeras (OED, 2002).

Por último, señalar la promulgación de la ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas y la ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. Estas leyes conllevan un endurecimiento del acceso al tercer grado³ y de la libertad condicional que afectan al aumento de la población penitenciaria.

A la luz de los datos arrojados, es posible concluir que en la población penitenciaria podemos distinguir tres grupos característicos:

- Un alto porcentaje de españoles reincidentes reclusos por delitos contra el orden socioeconómico y consumidores de distintas sustancias psicoactivas, principalmente heroína y cocaína.
- Un significativo porcentaje de extranjeros reclusos por delitos contra la salud pública.
- Un reducido porcentaje de mujeres, destacando el colectivo de extranjeras y reclusas mayoritariamente por delitos contra la salud pública.

Los tres grupos tienen como denominador común la oferta y la demanda de las drogas, ello conlleva destacar la importancia del diseño de las políticas sobre drogas enlazadas con políticas sociales.

³ La clasificación en tercer grado determina la aplicación del régimen de vida abierto en cualquiera de sus modalidades: Secciones abiertas, Centros de Inserción social, Unidades Dependientes, Unidades de Madres y Unidades Extrapenitenciarias privadas o públicas para la atención a drogodependientes (Ríos, 1999).

2. CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN GENERAL PENITENCIARIA

2.1 INFECCIÓN POR VIH

2.1.1 Prevalencia de la infección por VIH

El promedio de internos con infección por VIH conocida, según las encuestas de mayo y noviembre de 2005 (Ministerio de Interior, 2006), ha sido de 10,0%, en la línea descendente de los últimos años.

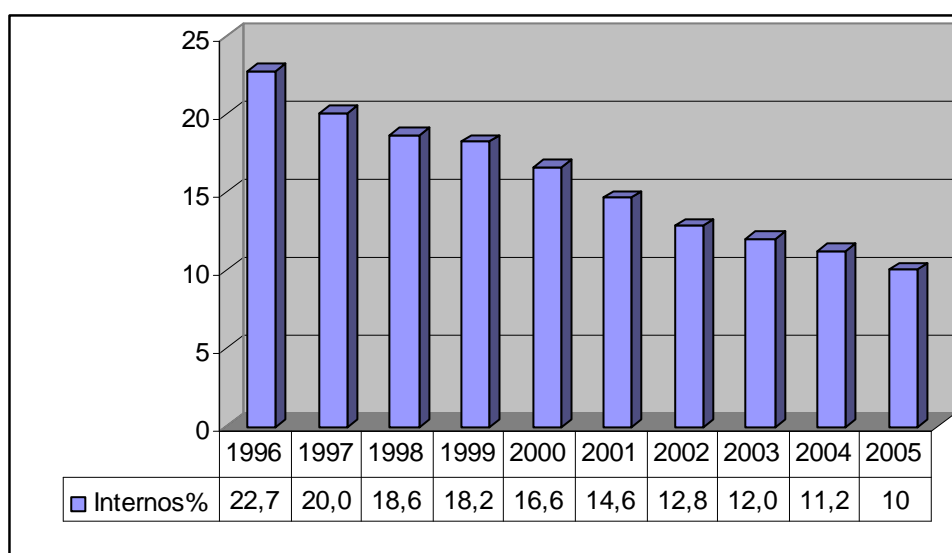


Gráfico 3. Evolución de la prevalencia de infección por VIH en población reclusa. España, 1996-2005.

Fuente: Ministerio del Interior (2006).

Otra fuente de información sobre la prevalencia de infección por VIH en los internados en Instituciones Penitenciarias nos la ofrece los resultados obtenidos en la Encuesta Estatal sobre Salud y Droga entre los Internados en Prisión (ESDIP), del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2006 comparados con los resultados obtenidos en el 2000. Según este estudio en los últimos 5

años se ha producido una reducción de infección por VIH en internos e internas en instituciones penitenciarias. La prevalencia de infección por VIH en población general se estima en un 0,3% frente al 15% de la población penitenciaria.

2.1.2 Casos de SIDA

Hasta agosto de 2006 se han notificado de forma activa 41 casos de SIDA diagnosticados en 2005 (Ministerio del Interior, 2006). Aunque este dato es provisional, se observa la tendencia descendente desde 1995. La vía de transmisión más frecuente fue la de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y la edad media de los casos notificados en 2005 es de $36,1 \pm 7,4$ años, inferior a la de años anteriores.

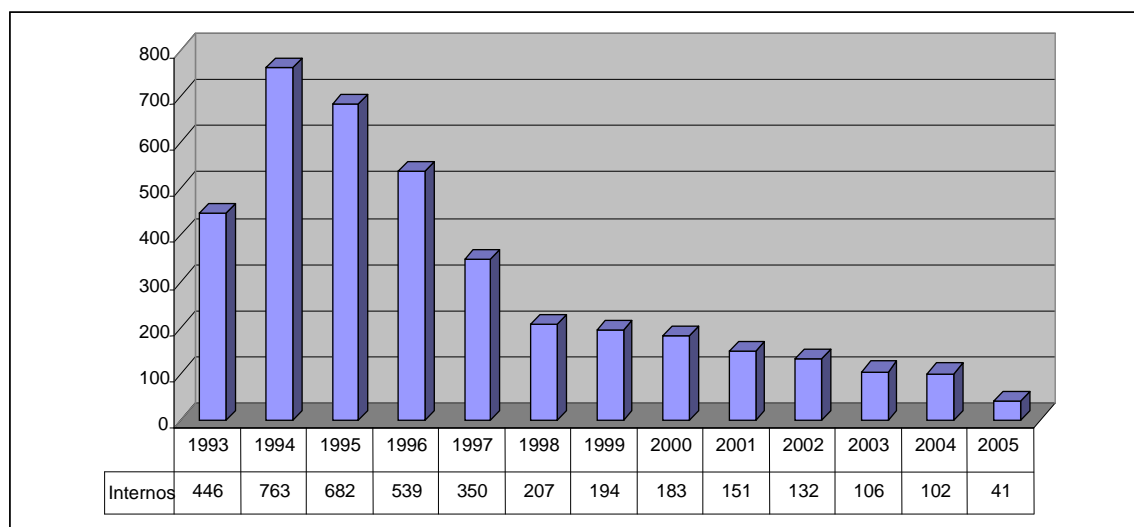


Gráfico 4. Casos diagnosticados de SIDA en Instituciones Penitenciarias, según año de diagnóstico.

Fuente: Ministerio del Interior (2006).

2.1.3 Fallecimientos por Sida

Durante el año 2005 fallecieron por SIDA 35 pacientes bajo custodia de Instituciones Penitenciarias. Por otra parte fallecieron en libertad condicional 74 personas a las que se había aplicado el artículo 196.2⁴ del Reglamento Penitenciario (RP) por padecer infección por VIH en estadio avanzado (Ministerio del Interior, 2006).

2.2 CASOS DE TUBERCULOSIS

Los casos de tuberculosis diagnosticados en prisión se notifican al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de forma numérica e individualizada. Las notificaciones individualizadas pasan a formar parte del Registro de Casos de Tuberculosis, que recoge información detallada sobre las características clínico-epidemiológicas de los casos y su evolución, y se completa mediante el cruce con otras fuentes de información (Ministerio del interior, 2006).

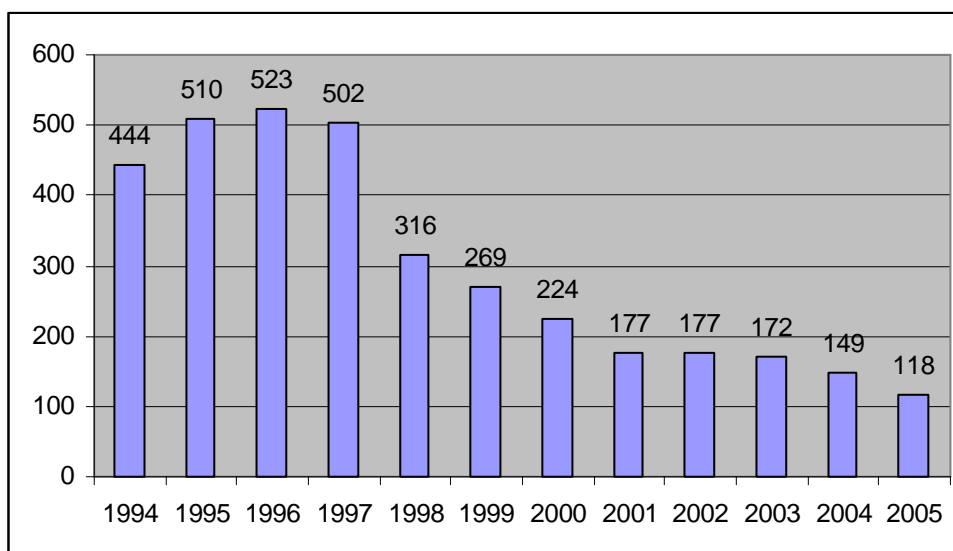


Gráfico 5. Evolución del número de casos de tuberculosis.
Fuente: Ministerio del Interior (2006).

⁴ El artículo 196.2 del RP autoriza la concesión de libertad condicional cuando se trate de enfermos muy graves con padecimientos incurables y previo informe médico (Real Decreto 190/1996).

Aunque los datos de 2005 son todavía provisionales, ya que están pendientes de completarse con otras fuentes de información, se puede estimar que el número de casos declarados será muy similar al de 2004.

Los casos de tuberculosis en los centros penitenciarios han ido disminuyendo desde 1996; el mayor descenso interanual se produjo entre los años 97 y 98 y fue debido, sobre todo, a la mejoría producida en los pacientes VIH tras la aparición de los tratamientos antiretrovirales de alta eficacia (PNsD, 2003).

2.3. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)

El promedio de internos con infección por VHC conocida, según las encuestas de mayo y noviembre de 2005, ha sido del 33,0%, siguiendo la tendencia descendente de los últimos años (Ministerio del Interior, 2006).

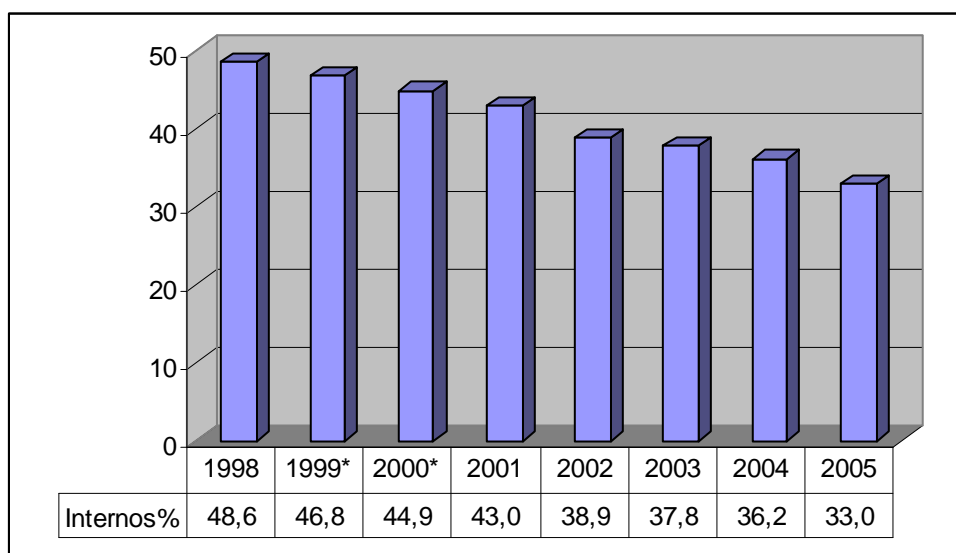


Gráfico 6. Evolución de la prevalencia de la infección por VHC (1998-2005).
Fuente: Ministerio del Interior (2006).

* Datos estimados.

La tabla siguiente recoge los casos notificados de enfermedad Hepatitis C y su evolución descendente durante los últimos años:

Tabla 1. Evolución de los casos notificados de Hepatitis C en los últimos años (Ministerio del Interior, 2006).

Enfermedad	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hepatitis C	246	110	39	39	62	58	37	39

2.4. MORTALIDAD

Durante el año 2005 se han notificado al Registro de Mortalidad de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria 201 fallecimientos ocurridos en los Centros Penitenciarios o en los hospitales de referencia. Otras 22 personas fallecieron en situación de permiso u otras asimilables y 150 estando en libertad condicional por Art. 196.2 del RP o Arts. 90 y 91 del Código Penal⁵.

De los 201 fallecidos, 191 eran hombres y 10 mujeres, y la edad media fue de 42 años.

La tabla siguiente (tabla 2) muestra la distribución según el motivo de fallecimiento de las personas fallecidas en situación de privación de libertad. Las principales causas naturales de fallecimiento han sido la cardiopatía isquémica, la hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis C y los tumores. Habiendo experimentado un aumento las causas naturales en su conjunto respecto del 2004. Los fallecimientos por intoxicación accidental por drogas han experimentado un ligero aumento este año en números absolutos; en los informes toxicológicos forenses se observa una tendencia al aumento del número de casos de envenenamiento accidental con metadona en fallecidos que no estaban incluidos en programa de mantenimiento, lo que indica el uso

⁵ Los artículos 90 y 91 del Código Penal regulan la concesión de la libertad condicional en las penas privativas de libertad (Díaz-Maroto y Suárez, 2002)

de la misma como droga de abuso, en sustitución o junto con otros opiáceos y/o benzodiacepinas. Se observa un descenso del número de fallecimientos por suicidio y de la tasa de fallecimientos por esta causa, y se rompe la tendencia ascendente de años anteriores. En los fallecimientos por VIH/SIDA se observa una tendencia a la estabilización de la tasa de fallecimientos por esta causa en los últimos años. En el año 2005 no se produjo ningún fallecimiento por agresión entre internos (Ministerio del Interior, 2006; Millana 2005).

Tabla 2. Distribución según el motivo de fallecimiento de las personas fallecidas en situación de privación de libertad (Ministerio del Interior, 2006).

Motivo de fallecimiento	2001	2002	2003	2004	2005
Causa natural no VIH	60 (42,0%)	47 (30,9%)	63 (39,4%)	66 (36,7%)	86 (36,7%)
Envenenamiento accidental por drogas	21 (14,7%)	38 (25,0%)	35 (21,9%)	40 (22,2%)	43 (36,7%)
Suicidio	21 (14,7%)	25 (16,4%)	28 (17,5%)	40 (22,2%)	33 (16,4%)
Infección VIH/SIDA	37 (25,9%)	35 (23,0%)	31 (19,4%)	31 (17,2%)	35 (17,4%)
Muertes accidentales	3 (2,1%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	2 (1,1%)	4 (2,0%)
Muertes violentas	1 (0,7%)	5 (3,3%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)
TOTAL	143	152	160	180	201

Varios estudios han indicado que existe un riesgo importante de muerte por intoxicación aguda de drogas entre las personas que han abandonado recientemente la cárcel (Taylor *et al.*, 2003; Seaman, Brettle y Gore, 1998). Por lo que se refiere a los factores de riesgo identificados, los resultados indican que la situación laboral (la inactividad), el estado civil (no tener pareja) y el tipo de delito (los reclusos por delitos sexuales) incrementan considerablemente el riesgo de fallecimiento. Asimismo, el hecho de no haber consumido drogas durante la estancia en prisión aumentó considerablemente el riesgo de muerte por sobredosis. Respecto a los factores de protección, los reclusos que habían

sido institucionalizados durante la niñez tuvieron, sorprendentemente, un menor riesgo de fallecimiento por consumo de drogas. Los resultados sirven de orientación al tipo de intervención que puede realizarse para pasar de forma positiva ese período crítico que supone la estancia en prisión.

2.5. SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN RECLUSA

Nos parece importante hacer un análisis de la salud mental de los internos en prisión por tres razones.

La primera, porque diversos estudios ponen en evidencia que las condiciones de vida en la Institución Penitenciaria supone una situación de estrés de tal envergadura que pone a prueba al ser humano hasta tal punto que puede desencadenarle un desequilibrio importante que no de manera infrecuente da lugar a la aparición de algún trastorno mental (Herrera y Hernández, 2003; Espinosa y Herrera, 2003; Carmona, Hernández y Gutiérrez, 2003; Pato, 2003). Si a esto le añadimos que hoy en día una proporción muy numerosa de la población reclusa lo es en virtud de delitos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, y que en función de esta circunstancia, existe un desequilibrio mental previo y se añade un factor de riesgo más.

La segunda tiene que ver con el insuficiente desarrollo de servicios en los procesos de reforma psiquiátrica habidos, en especial de estructuras intermedias de cuidados a largo plazo, que puedan dar lugar a una *“progresiva carcelación de los problemas psiquiátricos más conflictivos porque la estructura asistencial ignora esas situaciones que obliga al enfermo mental que delinque en función de su enfermedad, y que no es considerado responsable, a mantenerse en situaciones penitenciarias”* (Valbuena, 1991).

La tercera está en relación con el proceso de establecer una continuidad de los cuidados a la Salud Mental desde el espacio comunitario. En este sentido, al igual que en algunos ámbitos se ha establecido un programa de coordinación entre Atención Primaria y el Equipo de Salud Mental (Tizón, 1992), así mismo existen experiencias eficaces de la coordinación entre el Equipo de Salud Mental y el Equipo sanitario responsable de este tipo de atención a la población interna de los centros penitenciarios (Herrera y Hernández, 2003; Espinosa y Herrera, 2003; Carmona, Hernández y Gutiérrez, 2003; Pato, 2003).

Herrera y Hernández (2003), según los datos epidemiológicos-descriptivos disponibles y del funcionamiento global de la asistencia a estos pacientes, ponen de relieve los siguientes aspectos:

- En torno a un 5% de la población penitenciaria general, los considerados imputables respecto al delito cometido, padecen trastornos psicóticos. Otras fuentes (Abad, Rincón y García, 2003) nos indican que entre un 5-8% de la población reclusa sufre trastornos mentales graves y/o crónicos. La mayor parte de ellos son atendidos por profesionales sanitarios, médicos generales y enfermeros, mientras comparten el ámbito general de la prisión. Eventualmente permanecen recluidos dentro de la prisión en las enfermerías de las cárceles, y sólo muy excepcionalmente son trasladados a hospitales u otros dispositivos como comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación; unidades residenciales, de la red sanitaria general. Ante trastornos psiquiátricos sobrevenidos durante su ingreso, pueden ser trasladados a unidades de custodia en hospitales generales, por plazo de unos días para proceder a evaluación diagnóstica.
- Existe la posibilidad de acceder a consulta con psiquiatra, variable según unas u otras cárceles; en algunos casos a psiquiatras proporcionados por Sanidad Penitenciaria; en otros casos, mediante interconsulta con psiquiatras, u otros profesionales, del equipo de salud mental comunitaria de la red, lo que actualmente resulta excepcional.

- Entre los declarados inimputables, la mayoría cumplen medidas sustitutorias a la pena en alguno de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. En la actualidad existen dos hospitales psiquiátricos penitenciarios en Sevilla y Foncalent (Alicante).

A continuación detallamos las conclusiones más relevantes de algunas investigaciones realizadas con muestras de reclusos de determinados centros penitenciarios del estado español.

Espinosa y Herrera (2003) analizan la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el Equipo de Salud Mental comunitaria Bahía, Puerto de Santa María (Cádiz) en el período 1989-2000. El estudio se realiza con el total de las 337 historias clínicas que registran las demandas de los Centros Penitenciarios al equipo de salud mental del distrito, entre los años 1989 y 2000. De sus conclusiones destacamos:

- De una muestra válida de 193 (en el resto de la muestra no existían datos sobre consumo de tóxicos) en el 58,5% (113 sujetos) constaba politoxicomanía y en un 10,4% (20 sujetos) constaba problemas de alcohol, sin embargo sólo un 3,4% (10 sujetos, en una muestra válida de 294 sujetos) demandaron ayuda específica al Equipo de Salud Mental por abuso de tóxicos. Es llamativo el bajo porcentaje respecto a lo esperado de trastornos por abuso, lo que informaría de que este vector de demanda se atiende suficientemente por los Servicios Médicos de prisiones.
- El mayor número de sujetos que demandan ayuda en el Centro de Salud Mental tienen un diagnóstico psiquiátrico según criterios de la CIE-10 de Trastornos de Personalidad y del comportamiento del adulto (F 60) con un 32%; seguidos de Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F 40) con un 20,7%; en tercer lugar tendríamos los Trastornos esquizofrénicos (F 20) con un porcentaje del 20,1%.
- Aunque el porcentaje es muy bajo, nos encontramos que un 2% tiene diagnóstico de retraso mental (F 70).

Carmona, Hernández y Gutiérrez (2003) analizan la experiencia llevada a cabo entre el Equipo de Salud Mental del Distrito Sanitario de Jerez de la Frontera (Cádiz) y el Centro Penitenciario de esta ciudad. Esta experiencia de coordinación comenzó en el inicio de 1990 con la presencia semanal de un psiquiatra consultor en el Centro Penitenciario, que aproximadamente dos años después se hizo con periodicidad quincenal. Este programa finalizó al terminar el año 2000 por cierre de Centro Penitenciario. El estudio se realiza con el 100% (N=246) de los casos derivados al psiquiatra consultor. De los resultados obtenidos los autores extraen varias conclusiones a varios niveles:

- Existe un porcentaje de derivación al psiquiatra consultor del 9,52%, cifra que está muy por encima del 1,7% correspondiente a la población general (Goldberg y Huxley, 1980). Esta cifra nos confirma el mayor riesgo de la población reclusa, que incluye el que un porcentaje alto de esta población tiene antecedentes de padecimiento de algún trastorno mental, en especial el derivado del consumo de tóxicos, lo que ya la hace más vulnerable. Este aspecto se ve corroborado por los datos del estudio cuando cruzan el diagnóstico recibido en la interconsulta y los antecedentes psicopatológicos (casi el 75% de los casos tiene como antecedentes el consumo de sustancias que producen dependencias).
- La influencia positiva de una coordinación reglada, constante, con presencia del nivel especializado en el Centro Penitenciario, permite una mejor discriminación respecto de los casos que requieren una atención especializada y, en la medida que se desarrolla esta forma de coordinación, el nivel primario de atención adquiere destrezas y herramientas terapéuticas que incrementan las posibilidades de atención a esta población.
- Existen otros datos que nos indican algunas de las dificultades que presenta el tratamiento de estos pacientes. Esto se demuestra en el número de seguimientos que reciben, en las características del alta y, como consecuencia en el tipo de tratamiento.
- En cuanto al número de seguimientos casi el 90% de la muestra (N=100) tenían entre 1 y 3 visitas del psiquiatra consultor, dato coincidente con el estudio realizado por Espinosa y Herrera (2003) aunque las condiciones de derivación son diferentes, pero da a entender un bajo seguimiento de las

patologías. El seguimiento de aquellos casos que requieren tratamiento especializado es frecuentemente interrumpido por traslado a otro centro penitenciario, salida en libertad y abandono.

- Por último y como un dato más de las dificultades de tratamiento de esta población se añade el alto porcentaje de tratamiento farmacológico/apoyo (58,9%) (N=146) frente al tratamiento psicoterapéutico (2,7%). El 38,4% restante no precisó tratamiento especializado.

Pato (2003) analiza la incidencia de trastornos mentales en reclusos del Centro Penitenciario de Villabona del Principado de Asturias. Realiza una selección de una muestra de 90 internos de ambos sexos, preventivos y penados, procedentes de libertad y que ingresaron a prisión durante el primer trimestre de 2002. Teniendo en cuenta que el hecho de extraer una muestra implica que los resultados del estudio son sólo estimaciones de los datos que se habrían obtenido si se hubiera examinado toda la población, sus principales conclusiones son las siguientes:

- Únicamente una cuarta parte de la población reclusa no presenta malestar psíquico (22 sujetos), y un alto porcentaje es usuaria de los Servicios de Salud Mental del Principado 61,5% (55 sujetos).
- El 68,18% son consumidores habituales de tóxicos. Debemos tener en cuenta que diversos estudios con población penitenciaria (Anderson, 1997; Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley y Malcom, 2001; Broke, Taylor, Gunn y Maden, 1996; Hodgins y Coté 1990); dan a conocer que existe un 60-80% de comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, y las asociaciones más frecuentes son: trastorno de personalidad, fobias (y otros trastorno de ansiedad) y depresión; por lo que los resultados de este estudio se encuentran dentro de dicho nivel, al ser las dos últimas patologías las más diagnosticadas en este estudio.
- Los delitos más frecuentes 70% (63) en este estudio son: Contra la Salud Pública y Robo con / sin lesiones; ambos relacionados con el diagnóstico más común, el de abuso de sustancias.

Abad, Rincón y García (2003) analizan la experiencia y puesta en marcha de un programa de rehabilitación psicosocial dirigido a personas reclusas que padecen enfermedad mental crónica⁶ en el centro penitenciario de cumplimiento Madrid IV (Navalcarnero):

- De una muestra de 180 personas atendidas, el perfil es el de un varón penado clasificado en segundo grado con una edad media de 34 años, en la mayoría de los casos solteros y sin profesión definida, en situación de penado o reincidente por un delito principalmente relacionado con robo con fuerza o intimidación.
- Relacionado con aspectos clínicos, la mitad de los atendidos padecen trastornos psicóticos, principalmente esquizofrenia tipo paranoide y la otra mitad trastornos de personalidad, principalmente borderline, paranoide y antisocial; prácticamente la totalidad con una evolución del proceso psicopatológico mayor de 10 años y con tratamiento farmacológico en prisión. Los diagnósticos suelen ser mixtos, observándose una alta tasa de comorbilidad de estas enfermedades con adicciones a sustancias (88%) y se aprecia que más del 50% de estos han intentado tratamiento extrapenitenciario por toxicomanía sin éxito.
- Cabe destacar que un 65,1% no ha tenido contacto con Servicios de Salud Mental (SSM) previamente, pero sí ingresos psiquiátricos en más de un 50% de estos. Del 34,85% que sí ha tenido contacto previo con SSM, la mayoría no ha mantenido o enganchado con la red asistencial pública y ninguno ha llevado a cabo programas de rehabilitación.
- La mayoría de los enfermos mentales crónicos atendidos presentaban una problemática variada sobreañadida a la enfermedad (patología dual, marginación y exclusión social, ambiente externo desestructurado, escaso o nulo apoyo y enganche a recursos), añadiéndose además una gran falta de capacidad de afrontamiento a las demandas del medio y un escaso soporte socio-familiar en ocasiones nulo (familia en paradero desconocido,

⁶ El término "enfermos mentales crónicos" según la literatura epidemiológica hace referencia a: "aquellas personas que sufren ciertos trastornos mentales graves y crónicos que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a (tres o más) áreas o aspectos de la vida diaria como higiene personal y autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, ocio etc.; y que dificultan el desarrollo de su autonomía o autosuficiencia económica" (Goldman, Gatozzi y Taube, 1981).

desaparecida o rechaza al enfermo), iniciando a edades tempranas un tipo de vida marginal. De ahí el marcado % de reincidencia con condenas refundidas, un 50% con atenuante por drogadicción y el otro 50% con eximente incompleta por alteración psíquica.

Este conjunto de problemáticas sobreañadidas incluida la ausencia o vacío de alternativas sociales y dispositivos asistenciales que provocan desamparo, desprotección a todos los niveles, desatención e inadaptación, tienen una serie de consecuencias importantes sobre el funcionamiento de las personas que las padecen. Interfieren negativamente en la sintomatología propia de cada trastorno y en la “capacidad social y funcional” suponiendo un progresivo deterioro que en muchas ocasiones tiene como consecuencia el reingreso en prisión y en otras la muerte. Este programa pudo constatar dos fallecimientos al mes de obtener la libertad.

Basándose en esta experiencia el equipo de profesionales plantea las siguientes reflexiones que nos parecen muy interesantes de cara a entender aspectos negativos y positivos del sistema carcelario (Abad, Rincón y García, 2003).

A) Análisis de la interrelación entre las características intrínsecas del medio penitenciario de cumplimiento y las características propias de la población objeto de este tipo de intervenciones

Se ha observado que existen una serie de características relacionadas con el matiz represivo-carencial de este entorno que influyen negativamente tanto en el proceso psicopatológico como en el de rehabilitación del sujeto recluso atendido por enfermedad mental crónica:

- A largo plazo aumenta la probabilidad de aparición de crisis y del incremento del deterioro psicosocial al representar un ambiente sobreprotector y crítico a la vez. En general es un ambiente con limitación y pobreza estimular, escasas fuentes de gratificación y baja exigencia, que en ocasiones agrava la sintomatología ya existente sobre todo la negativa como es el aislamiento y apatía, y en otros casos hace que florezca por primera vez.
- Al disminuirse considerablemente la comunicación con el exterior, en cierta medida se reduce el contacto con la "realidad". Esto puede suponer una visión pobre y parcializada de la realidad autopsíquica. La privación de libertad en sí misma limita el proceso creativo, explorativo y madurativo de la persona.
- No facilita la visión de uno mismo como parte de una red social. La persona debe hacer el esfuerzo extra de aprender una dinámica relacional distinta y peculiar relacionada con el establecimiento de clases sociales, roles, creencias, valores, lenguaje y costumbres concreta. Se produce una disminución de la cantidad y calidad de las relaciones afectivas.
- Dificulta la interiorización de la necesidad de normas sociales, viviendo éstas como una imposición desafiante impregnada de arbitrariedad y rigidez.
- Acelera la aparición del mecanismo de indefensión aprendida y de manipulación, viviendo las situaciones estresantes y/o conflictivas con impotencia y falta de control.
- Dificulta en cierta medida el aprendizaje a largo plazo de capacidades, debido a la existencia de un sistema de reforzamiento escaso. El control externo del comportamiento (aumento, disminución y mantenimiento) se promueve básicamente a través de un "sistema de castigo" (positivo o negativo) lo que provoca frecuentemente en la persona una postura defensiva.
- Por otro lado estas consecuencias en la persona también interfieren a la inversa en el sistema de funcionamiento y organización del medio penitenciario de cumplimiento. Es un sistema no ideado directamente para este tipo de población, ni actualmente dotado de todos los recursos especializados necesarios, y por tanto algunas de las consecuencias mencionadas junto con las características propias de esta población desestructuran el funcionamiento del centro penitenciario.

Se observa también que existen una serie de características relacionadas con el matiz contenedor y promotor que influyen positivamente

tanto en el proceso psicopatológico como en el de rehabilitación del sujeto recluso atendido en el programa:

- Es un contexto que encuadra y contiene marcando pautas relacionadas con horarios, normas de interrelación y convivencia en la vida diaria. Esto facilita en la población atendida el aprendizaje por lo menos a corto plazo de ciertos hábitos de conducta adecuados.
- Da cobertura a necesidades básicas: alimentación, higiene, salud...
- Es un contexto de baja estimulación que favorece en ocasiones la reflexión y focalización de la atención sobre uno mismo y su problemática, permitiendo en ocasiones aumentar el nivel de conciencia de enfermedad.
- Es un contexto con variada dotación de recursos profesionales y materiales de cercano acceso. Esto facilita la posibilidad de desarrollar diversas áreas personales: educativa, laboral (posibilita el aprendizaje de hábitos y desempeño laboral con oficios remunerados), autocuidados de salud (dispone de atención social, terapéutica, sanitaria general y especializada), ocupacional y de ocio con ofertas variadas.

B) Análisis de la interrelación entre las características intrínsecas del medio penitenciario de cumplimiento y las características propias de un programa de rehabilitación psicosocial

Las peculiaridades de organización y funcionamiento de este medio han interferido en ocasiones negativamente en la adaptación y desarrollo de este programa:

- Las fuentes de información son diversas (historial regimental, historial médico, protocolo de tratamiento) y en ocasiones la misma información escrita es recogida por distintos profesionales resultando confusa, descoordinada, escasa, imprecisa, poco contrastada y dispersa. En muchos historiales no consta diagnóstico preciso.
- Las dificultades de coordinación entre las áreas de tratamiento y sanitaria, y de estas con los recursos extrapenitenciarios, interfieren en el desarrollo del proceso de atención. Todo esto se suma al desconocimiento generalizado por parte del personal intra y extrapenitenciario sobre las características específicas, la realidad

social y las necesidades de este tipo de población, dificultando el proceso de externalización y fomentando el fracaso en la continuidad de cuidados y reinserción en la comunidad, sobre todo para el subgrupo de población atendida que no tiene apoyo sociofamiliar ni residencial.

- Una de las piedras angulares del tratamiento integral es la atención clínica especializada y en este medio es muy escasa la atención psiquiátrica a todos los niveles: diagnóstico y seguimiento de pauta farmacológica, atención en crisis etc.
- Según la ley orgánica penitenciaria de 1979 en un Centro de penados lo regimental debe estar sometido a lo tratamental pero la realidad es otra.
- Escasez en recursos humanos disponibles. Las dificultades económicas y la escasa dedicación de personal intra y extrapenitenciario en este programa, frente a la elevada demanda, impide el desarrollo pleno de los objetivos del mismo. La parte del personal colaborador perteneciente al Centro Penitenciario no está liberado y el modelo deficiente de financiación (subvención anual estancada no asumida por la administración penitenciaria), no garantizan unos mínimos de continuidad, estabilidad y atención completa.

De todos estos estudios revisados podemos concluir:

- Que es posible adaptar programas de rehabilitación psicosocial en centros de cumplimiento.
- El trastorno mental es común entre los internos.
- Y por último que es necesario intensificar los programas de tratamiento y salud.

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PRESOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las investigaciones realizadas por Ríos y Cabrera (1998, 2002); Equipo Barañí (2001); Manzanos (1992); el estudio *“Evaluación terapéutica del drogodependiente que ingresa en prisión”* realizado en 1994 por el PNsD; el estudio transversal *“Estudio sobre Drogodependientes que ingresan en prisión: consumo y prácticas de riesgo”* (ESDIP, 2000) realizado entre noviembre y diciembre de 2000, por la Subdirección de Sanidad Penitenciaria y en colaboración con el Plan Nacional sobre el Sida (Ministerio del Interior, 2005); el estudio realizado por la Fundación CREFAT (2001), *“Investigación sobre el perfil sociosanitario de los usuarios de los programas de Cruz Roja en Instituciones Penitenciarias. Evaluación de intervención 2001”*; el estudio realizado por la Fundación CREFAT (2002), *“La identidad robada. Análisis del discurso de los usuarios de programas de atención a drogodependencias dentro de las prisiones”*; la *“Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP, 2006)”* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a); el estudio realizado por la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a Drogodependientes (UNAD, 2006) *“Drogodependencia y Prisión: situación de las cárceles españolas”*; son las investigaciones más recientes sobre la situación de las personas con problemas de drogas en prisión en las cárceles españolas. Todas ellas aportan datos significativos que explicamos a continuación.

3.1 CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas afecta a una mayoría de personas que ingresan en prisión. Resultando que el 22,8% de los internos no era consumidor de drogas en el mes anterior al ingreso en prisión, mientras que por el contrario el 77,2 % de los internos consumía drogas en el **mes anterior al ingreso**, generalmente en un contexto de policonsumo. Según sustancia principal de consumo, este 77,2% se distribuye en varios grupos (Ministerio del Interior 2006):

- Un grupo importante de personas que, aunque no consumían heroína y/o cocaína, eran consumidoras de otras drogas, principalmente alcohol y cannabis, consumo que generalmente se realizaba junto a otras sustancias, fundamentalmente psicofármacos. Este grupo de drogodependientes supone el 31% de las personas que ingresan en prisión.

- El grupo mayoritario, que supone el 46,2% de las personas que ingresan en prisión, eran consumidoras de heroína y/o cocaína como drogas principales. Este consumo de heroína y/o cocaína era muy frecuente en el mes previo al ingreso en prisión, de varias veces al día en el 66,5% de estos consumidores.

Referido al total de la población penitenciaria, el 30,7% de las personas que ingresan en prisión están consumiendo heroína y/o cocaína con una frecuencia de varias veces al día, en el mes previo al ingreso.

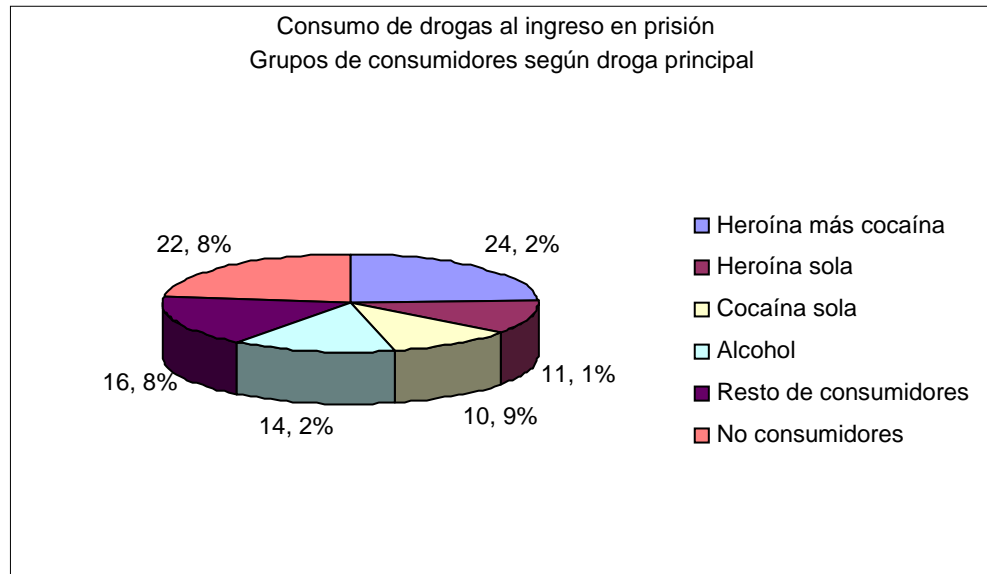


Gráfico 7. Distribución del total de internos según droga principal.
Fuente: Ministerio del Interior 2005.

Los consumidores de heroína más cocaína son el grupo más frecuente (24,2%), seguido de los consumidores de heroína sola (11,1%) y de cocaína sola (10,9%). Además de consumir heroína y/o cocaína, estas personas generalmente también consumían el resto de sustancias, principalmente alcohol, cannabis y psicofármacos.

La ESDIP (2006) compara el consumo de drogas psicoactivas entre población penitenciaria y población general (ver tabla 3):

Tabla 3. Porcentaje de consumidores de drogas psicoactivas entre los internados en prisiones y entre la población general española (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

	Población penitenciaria		Población general 15-64 años (2003)	
	Alguna vez en la vida	Alguna vez últimos 12 meses fuera de prisión	Alguna vez en la vida	Alguna vez en últimos 12 meses
Alcohol	88,3	71,5	88,6	76,6
Tranquilizantes sin receta	32,7	18,7	—	3,1
Cannabis	64,7	46,6	29,0	11,3
Heroína	41,6	27,1	0,9	0,1
Metadona sin receta	9,4	4,6	—	—
Otros Opiáceos sin receta	14,2	4,8	0,4	0,1
Cocaína	58,9	44,8	5,9	2,7
Anfetaminas	24,4	6,2	3,2	0,8
Éxtasis	24,1	7,6	4,6	1,4
Alucinógenos	26,1	4,5	3,0	0,6

Un 41,6% de los reclusos ha declarado haber consumido heroína alguna vez en la vida y un 58,9% cocaína, y un 24,3% y un 40%, respectivamente, consumían estas drogas en los últimos 30 días previos al ingreso en prisión (ver gráfico 8). En términos absolutos, 26.000 internos habían consumido heroína alguna vez en la vida, y 36.000 cocaína, y 15.000 y 24.000, respectivamente, consumían dichas drogas al ingresar en prisión. Antes de ingresar en prisión la extensión del consumo de drogas entre los internados era muy alta, y en cualquier caso mucho mayor que en la población general española.

Otras encuestas sobre uso de drogas en prisiones europeas han arrojado las mismas conclusiones (Gore *et al.*, 1996; Masson, Birmingham & Grubin, 1997; Boys, Farrell, Bebbington *et al.*, 2002 citados en Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

A nivel europeo, la ENDSP (Red Europea de Servicios relacionados con Drogas y SIDA en prisión) estima que el 46,5% de los reclusos son drogodependientes ya antes de ser encarcelados, mientras que entre el 3% y el 25% de los reclusos se inicia en el consumo en las Instituciones Penitenciarias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006b).

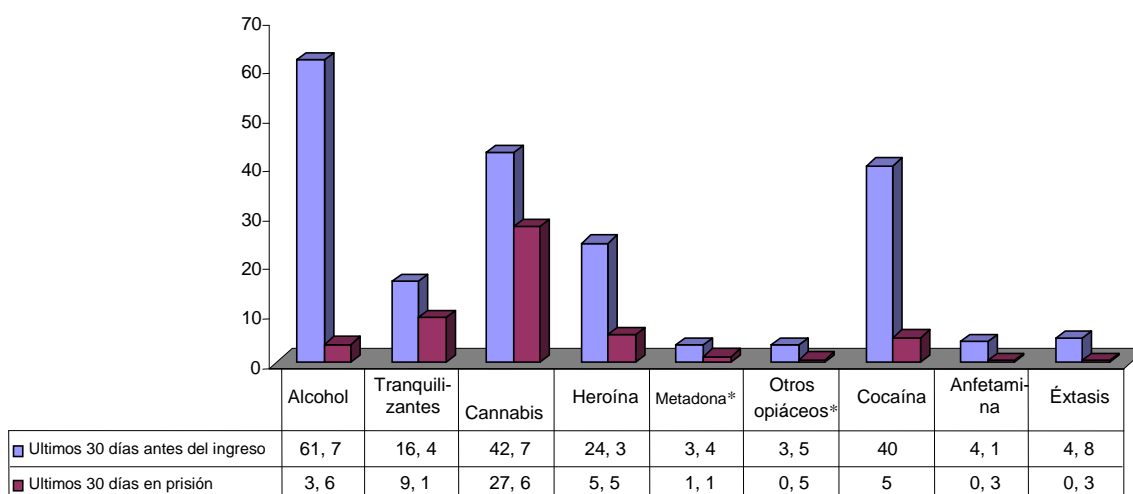
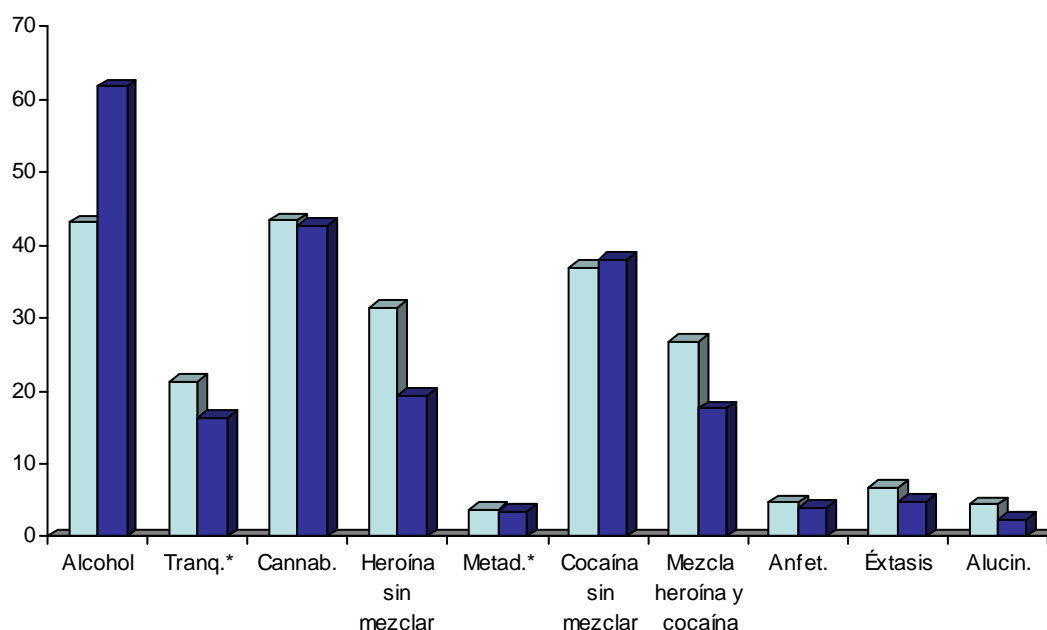


Gráfico 8. Porcentaje de internos en prisión que han consumido drogas psicoactivas antes del ingreso y dentro de prisión, España, 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

* Sin receta.

La ESDIP (2006) (ver gráfico 8) compara el porcentaje de internos en prisiones españolas que han consumido drogas psicoactivas antes del ingreso y dentro de prisión. Los reclusos durante su estancia en prisión consumen menos y cambian su patrón de consumo con respecto a las sustancias que consumían antes de ingresar en prisión.

Comparando la encuesta sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) del 2006 con la del 2000 (ver gráfico 9 y 10), se ha producido una disminución del porcentaje de consumidores de heroína, tranquilizantes, éxtasis y alucinógenos, y ha aumentado el porcentaje de consumidores de alcohol en los últimos 30 días en situación de libertad y en prisión.

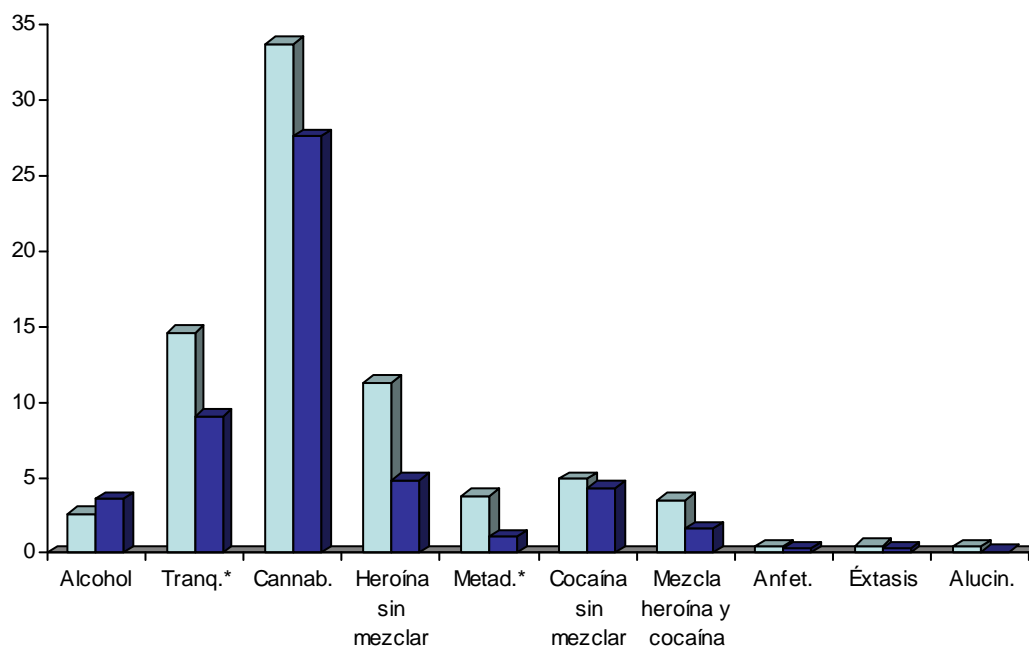


	Alcoh.	Tranq.*	Cannab.	Heroína sin mezclar	Metad.*	Cocaína sin mezclar	Mezcla heroína y cocaína	Anfeta.	Éxtasis	Aluc.
2000	43,1	21,3	43,4	31,4	3,8	37	26,8	4,7	6,8	4,4
2006	61,7	16,4	42,7	19,3	3,4	38,1	17,6	4,1	4,8	2,4

Gráfico 9. Porcentaje de internos que han consumido drogas en los últimos 30 días previos al ingreso en prisión, España, 2000 ⁽¹⁾ y 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

(1) La encuesta del 2000 no incluía Cataluña.

(*) Sin receta.



	Alcoh.	Tranq.*	Cannab.	Heroína sin mezclar	Metad.*	Cocaína sin mezclar	Mezcla heroína y cocaína	Anfeta.	Éxtasis	Aluc.
2000	2,6	14,6	33,7	11,3	3,8	4,9	3,5	0,4	0,5	0,4
2006	3,6	9,1	27,6	4,8	1,1	4,3	1,6	0,3	0,3	0,1

Gráfico 10. Porcentaje de internos que han consumido drogas en los últimos 30 días en prisión, España, 2000 ⁽¹⁾ y 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

(1) La encuesta del 2000 no incluía Cataluña.

(*) Sin receta.

El estudio realizado por la UNAD (2006) constata que entre el 70% y el 80% de las personas privadas de libertad en España lo están a causa de su adicción. Con respecto al **consumo de drogas en el último año** un 63,5% manifiestan haber consumido sustancias psicoactivas. De las sustancias no prescritas el tabaco constituye el consumo mayoritario con el 76,8%, seguido del cannabis (59,7%), cocaína (44,8%), heroína (37,9%), alcohol (32,5%), heroína y cocaína (27,7%), crack (21,3%), y en las frecuencias más bajas éxtasis (10,4%) y alucinógenos (8,0%).

En el estudio realizado por Fundación CREFAT (2001), un 68,2% del total de los reclusos recibió atención en drogodependencias en los diferentes dispositivos de deshabituación y de reducción del daño. Siendo las tres drogas más consumidas **en los últimos 30 días** el hachís (63,3%), tranquilizantes (46,7%) y heroína (18,8%).

Un porcentaje similar, 56% y 56,4% de personas con problemas de adicción, se deduce de las encuestas de Cabrera y Ríos de 1998 y 2002 respectivamente. La alta incidencia de las drogodependencias en las prisiones españolas hace de este tema un aspecto esencial para poder entender la vida dentro de las prisiones.

La media de **edad de inicio** del consumo es muy temprana (Ministerio del Interior, 2005; Fundación CREFAT, 2001), así la media de edad de inicio en el consumo de heroína estaba en 17,64 años y para la cocaína en 17,82 años, con una historia de consumo de más de 10 años.

Consumían en menor medida heroína y/o cocaína, las mujeres (39,8%) que los hombres (46,9%), y los extranjeros (21%) que los españoles (52,2%), siendo más numerosos los consumidores específicos de alcohol (24,3%) entre los extranjeros (Ministerio del Interior, 2005).

Es importante discriminar el consumo de sustancias psicoactivas por **grupos de edad** para poder observar los nuevos patrones de consumo.

Por grupos de edad, el 55,2% de las personas entre 26 y 30 años eran consumidores de heroína y/o cocaína, en el mes previo al ingreso en prisión, el 48,6% de los que tienen entre 31 y 40 años, el 47% de los que tienen entre 21 y 25 años, el 42,1% de los menores de 20 años, y el 23,3% de los mayores de 41 años.

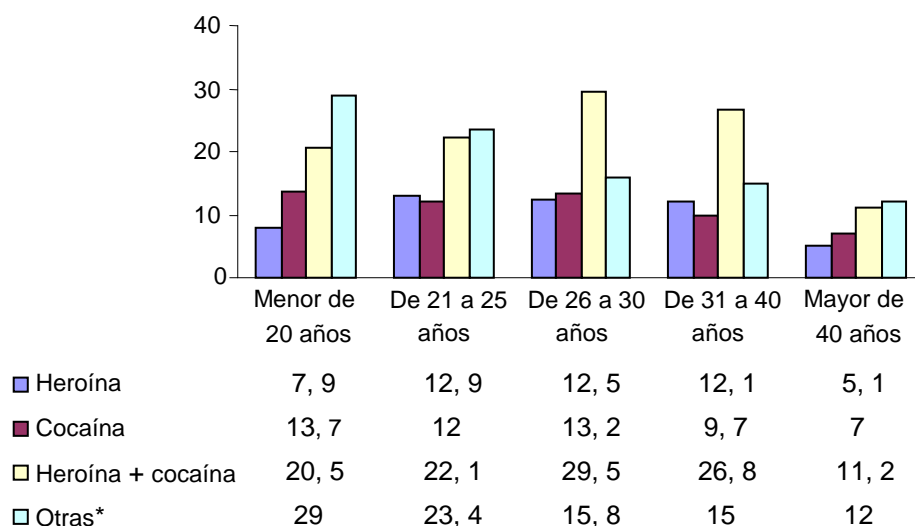


Gráfico 11. Consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad según droga principal de consumo en el mes previo al ingreso en prisión (%). España, 2000.

* Otras sustancias: Cannabis, psicofármacos, drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos.
Fuente: "Drogodependientes que ingresan en prisión: consumo y prácticas de riesgo", estudio transversal realizado en noviembre-diciembre de 2000 por la Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida (PNsD, 2003).

En el grupo de 26-40 años predomina el consumo de la mezcla de heroína más cocaína, destacando también el consumo de cocaína sola. El grupo de menores de 20 años presenta los mayores porcentajes de consumo de cocaína y otras sustancias (distintas a heroína y alcohol) (PNsD, 2003).

Hay que tener en cuenta que la población menor de 20 años en centros penitenciarios es una población residual, en diciembre de 2000 sólo el 4,2% de la población penitenciaria pertenecía a este grupo de edad, y en el año 2003 se redujo este sector de la población al 2,8%. La promulgación de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, ha conllevado el no ingreso en prisión de los menores de 18 años (PNsD, 2003).

Con respecto al **consumo de drogas por vía parenteral**, un porcentaje elevado de personas internadas en prisión (25,2%) se han inyectado drogas alguna vez en la vida frente al 74,8% que nunca se han inyectado drogas, especialmente en el grupo de 31 a 40 años de edad (37,8%). El porcentaje de inyectores es mucho más alta entre los presos españoles (34,7%) que entre los extranjeros (3,7%), y algo más alta entre los hombres (25,8%) que entre las mujeres (17,9%) (ver gráfico 12). En población general (15-64 años) la prevalencia de inyección de heroína o cocaína alguna vez en la vida era del 0,4% según la encuesta domiciliaria del 2003 (OED, 2005).

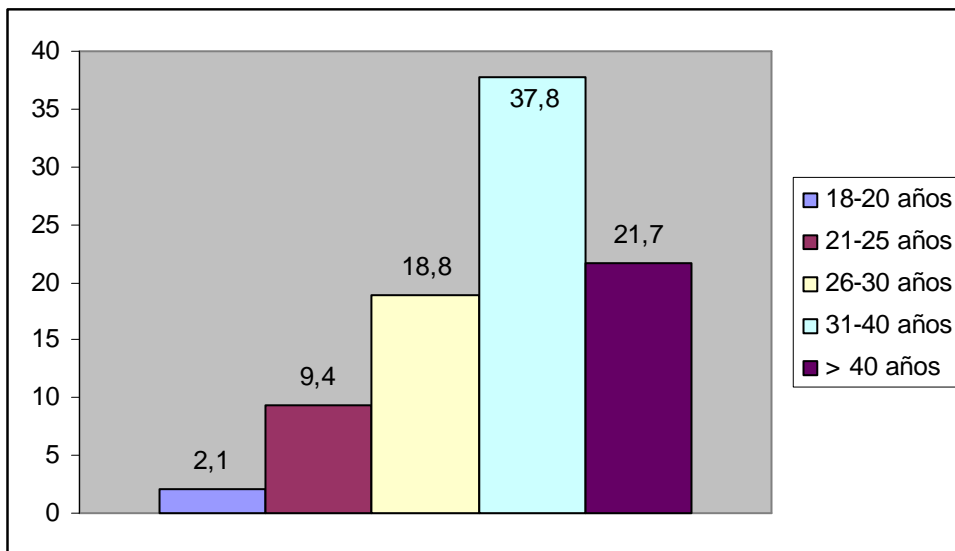


Gráfico 12. Historia de inyección de drogas entre los internados en prisión en España, según edad. 2006.

Fuente: "Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión" (ESDIP) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

El porcentaje de internos en prisión que se inyectaba drogas cuando estaba en libertad, antes de su ingreso en prisión, era mayor que el porcentaje de internos que se las inyecta dentro de la prisión. Igualmente la frecuencia de inyección era mayor en libertad que dentro de la prisión (ver gráfico 13) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

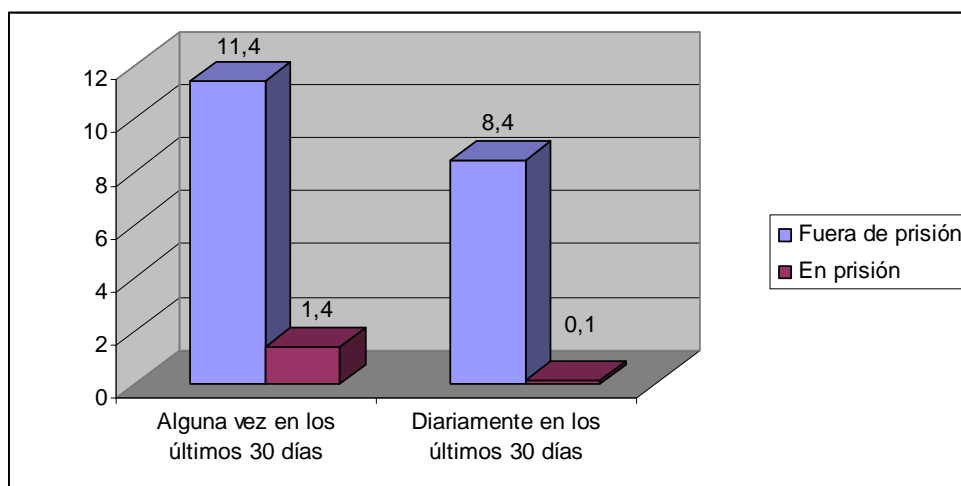


Gráfico 13. Porcentaje de internados en prisiones que se han inyectado drogas fuera y dentro de prisión.

Fuente: “Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión” (ESDIP) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

Los cambios sufridos en los patrones de consumo de drogas en España en los últimos años tienen su reflejo en el sistema penitenciario. En un estudio realizado sobre una cohorte de jóvenes usuarios de heroína (De la Fuente, Brugal, Ballesta *et al.*, 2005), se ha observado una gran extensión del uso de cocaína en esta población (frecuentemente en forma de base o crack⁷ y/o mezclada con heroína en la misma dosis). Estos nuevos usos tienen su repercusión en el sistema penitenciario teniendo en cuenta que el 42,3% de la muestra estudiada había estado en prisión, lo cual pone de manifiesto la importancia de estudiar nuevas variables y nuevos factores de consumo, en especial relacionados con la cocaína.

⁷ Crack o “rock”: cocaína base o purificada resultante de tratar el clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico y amoníaco. Se presenta en forma de microcristales, que al ser sometidos a la acción del calor emiten unos vapores que son inhalados. Se trata de un preparado altamente tóxico por la rapidez con la que alcanza el cerebro y la brevedad de su duración. Los efectos son prácticamente inmediatos (5 segundos), de gran intensidad (se dice que 10 veces superior a la cocaína esnifada) y muy fugaces (4-5 minutos) lo que obliga al sujeto a consumir de forma continua para evitar los síntomas de “bajada”. El crack produce una dependencia psicológica intensísima responsable del uso compulsivo y continuado a pesar de las grandes complicaciones físicas y psicológicas asociadas. El nombre de crack viene del ruido de crepitación que producen los cristales cuando son sometidos a la acción del calor (Terán, 2004).

3.2 TRATAMIENTO INTRAPENITENCIARIO

Dentro de los centros penitenciarios se llevan a cabo las mismas ofertas terapéuticas que en el exterior. Los programas que se van a exponer a continuación hay que verlos como programas permeables, es decir, los internos drogodependientes pueden pasar de un programa a otro, en función de su evolución terapéutica. De la memoria del Plan Nacional sobre Drogas del año 2005 (2007) extraemos un análisis de la población penitenciaria total atendida con problemas de drogas.

En el gráfico 14 podemos observar la evolución del número de internos en programas de drogodependencias en centros penitenciarios de España.

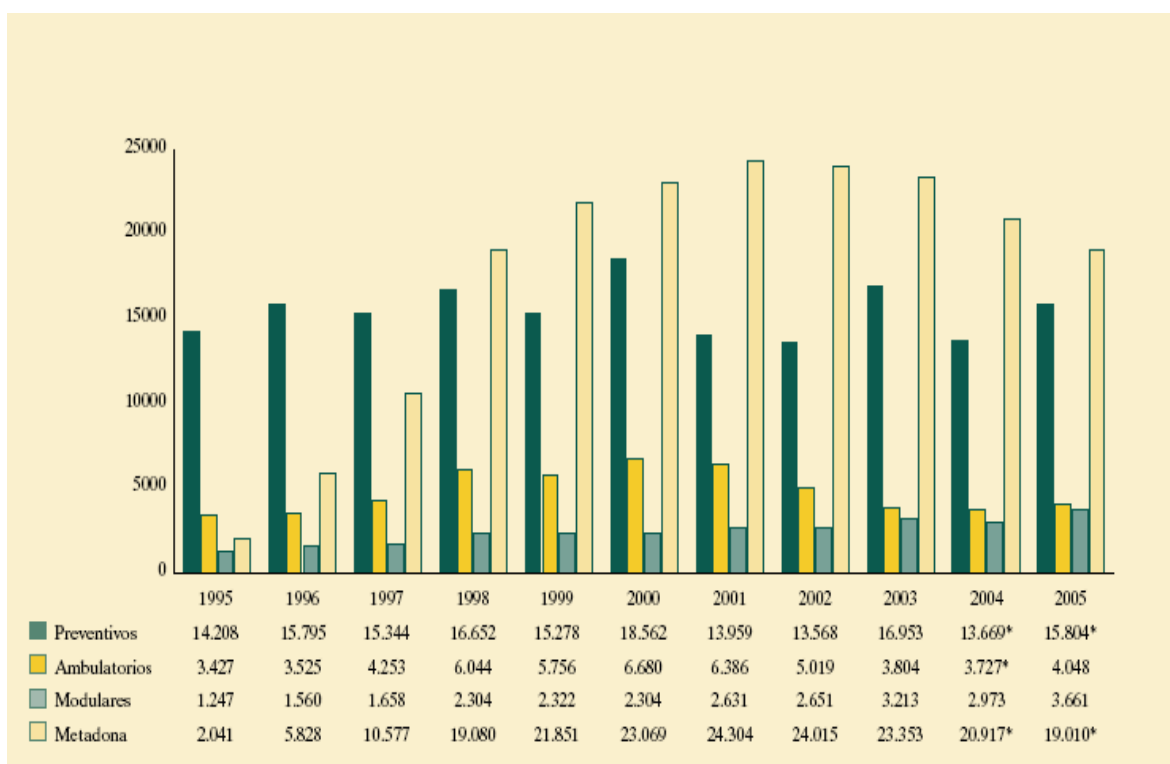


Gráfico 14. Evolución del número de internos en programas de drogodependencias en centros penitenciarios. España (1995-2005).

* No incluidos los datos referidos a la población penitenciaria de Cataluña.

Fuente: PNsD (2007).

En todos los centros penitenciarios se han desarrollado **programas preventivos** y de educación para la salud, tanto desde los dispositivos propios como en coordinación con los comunitarios. Estos programas van dirigidos a reclusos drogodependientes y a internos con riesgo de que puedan empezar a consumir dentro de la prisión.

El número de internos que han pasado por este tipo de programas ha sido de 15.804 internos procedentes de todos los centros penitenciarios dependientes de la Administración Central.

Los programas de **desintoxicación** se ofertan a todos los sujetos que a su entrada en prisión son diagnosticados como drogodependientes activos y no han sido incluidos en tratamiento con metadona. El número de internos incluidos en desintoxicación pautada durante 2005 fue de 1.868 drogodependientes internos en 56 centros penitenciarios dependientes de la Administración Central del Estado.

Durante el año 2005 fueron atendidos en modalidad terapéutica de **deshabitación** (que comprende la asistencia ambulatoria y en módulos terapéuticos) 7.709 internos:

- *Programas de deshabitación en régimen ambulatoria.* Los internos atendidos conviven con el resto de la población penitenciaria y utilizan los recursos generales del entorno. Durante 2005, se ha incluido a 4.048 internos en este tipo de programas.
- *Programas de deshabitación en espacio terapéutico específico.* Estas actuaciones se desarrollan en un módulo específico del centro, pueden ser tipo centro de día o tipo módulo terapéutico cuando pernoctan en el módulo. Durante 2005 han recibido tratamiento en módulo terapéutico 3.298 internos de 27 centros penitenciarios. Y

bajo el modelo de centro de día 363 internos de 9 centros penitenciarios.

Las intervenciones de deshabitación en espacio terapéutico específico conllevan una metodología dirigida a un segmento de la población de perfil muy definido, proporcionando a los drogodependientes una atención intensiva y frecuente.

Con estos datos, de acuerdo con el gráfico 15, se puede decir que se ha incrementado el número de usuarios en programas residenciales y ha aumentado el número de centros que disponen de módulos terapéuticos.

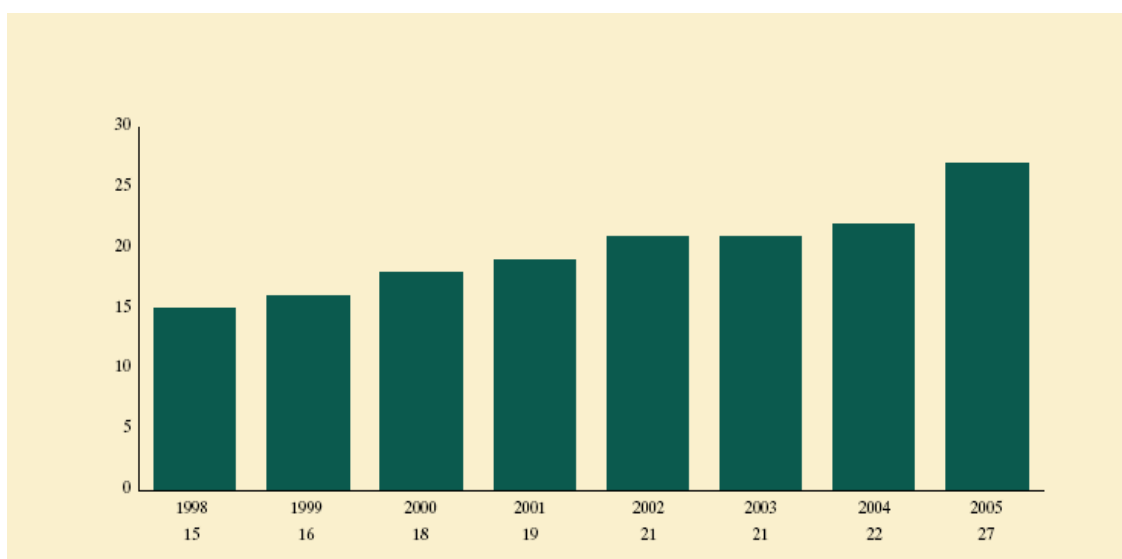


Gráfico 15. Evolución de los módulos terapéuticos intrapenitenciarios. España, 1998-2005. Fuente: PNSD (2007).

En los últimos años ha habido un esfuerzo doctrinal y jurisprudencial orientado a ofrecer una respuesta racional: una política criminal más abierta a la realidad social, lo que ha dado lugar a proporcionar una cobertura legal a las iniciativas de reducción del daño. Este cambio de filosofía asistencial tuvo su reflejo en el ámbito penitenciario. De tal forma que *“sólo en España los*

servicios de reducción del daño están disponibles en todas las prisiones” (World Health Organization, 2005).

Los servicios de reducción del daño disponibles en el sistema penitenciario español son: oferta de material preventivo, programas de promoción de sexo seguro, talleres de consumo de menor riesgo, programas de intercambio de jeringuillas y programas de mantenimiento con metadona (PMM):

- *Programas de mantenimiento con metadona (PMM)*. Durante 2005 han recibido tratamiento con metadona un total de 19.010 internos de 66 centros penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Y un total de 936 internos recluidos en centros penitenciarios de Cataluña estaban en tratamiento con metadona al finalizar el año. Paralelamente a lo sucedido en la comunidad, en prisiones estos programas tuvieron una evolución ascendente hasta 2002, con una ligera disminución a partir de 2003, probablemente por haber alcanzado su techo (gráfico 16).
- *Programas de intercambio de jeringuillas (PIJs)*. Durante el año 2005 en 34 centros de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y en 4 centros de Cataluña se han intercambiado jeringas (gráfico 17)

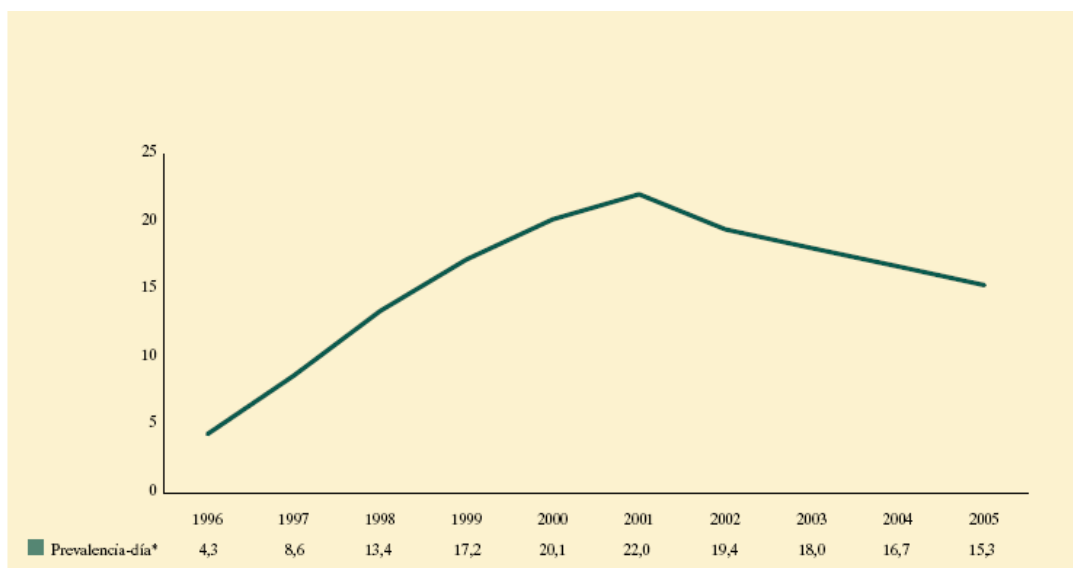


Gráfico 16. Evolución de la población penitenciaria atendida en programas de metadona. España, 1996-2005*.

*Porcentaje de la población penitenciaria dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias que recibe tratamiento sobre el total de la población reclusa en una fecha determinada.

Fuente: PNSD (2007).

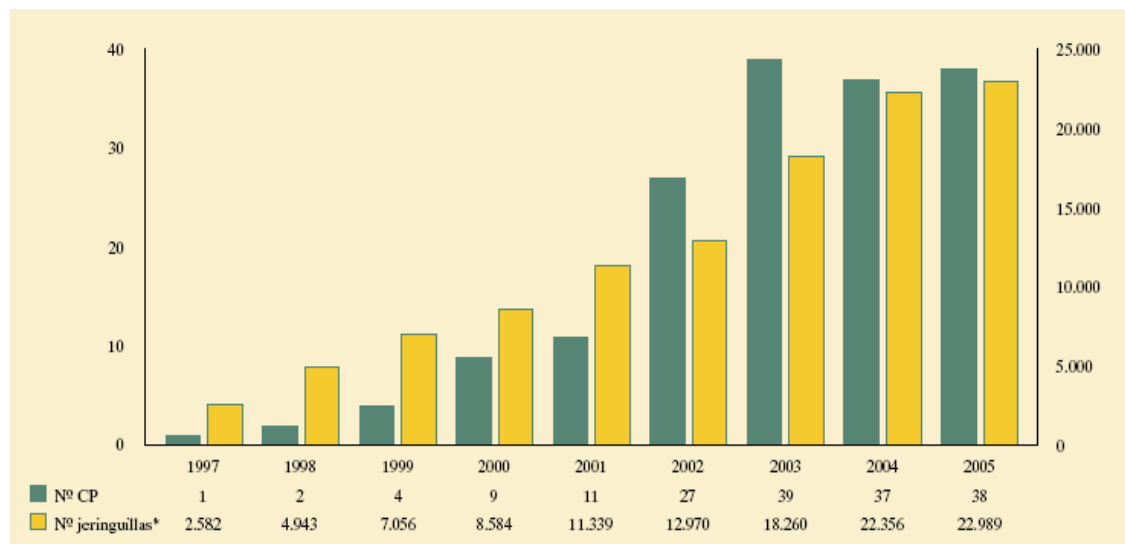


Gráfico 17. Evolución de los programas de intercambio de jeringuillas en centros penitenciarios. España, 1997-2005.

* Faltan datos de Cataluña.

Fuente: PNSD (2007).

En el “*Estudio sobre drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo*”, se concluye que entre las personas que al ingreso en prisión eran consumidores de heroína y/o cocaína en noviembre y diciembre de 2000 el 49,2% han estado al menos una vez en tratamiento de drogodependencias estando en libertad. Según tipo de tratamiento, el 23,8% ha estado en tratamiento con metadona⁸ y el 33,5% en deshabituación. En el momento del ingreso en prisión estaban en tratamiento el 16,6% de los que eran consumidores de heroína y/o cocaína, tratamiento que en la mayoría de los casos era con metadona, continuándose el mismo en prisión (Ministerio del Interior, 2005). Este dato nos indica que un porcentaje alto no estaban en tratamiento en el momento de ingresar en prisión.

La “*Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en prisión*” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a) ha resaltado que un 30,5% de los reclusos (unos 19.000) han estado alguna vez en tratamiento de drogodependencias en prisión, para dejar o controlar el uso de drogas. De los cuales la mayoría (15.000) valoran de forma positiva la atención recibida. Además, un 21% (12.800) del total de los internos (Población penitenciaria en noviembre de 2005 cuando se realizó el estudio: 61.054; muestra ajustada a la población de referencia: 4.934) continúa en tratamiento. El último tratamiento realizado en prisión por la mayoría de los internos fue tratamiento sustitutivo con metadona, el 68%, aunque entre los más jóvenes disminuye la proporción de tratamientos por heroína y aumenta por cocaína.

El estudio realizado por la UNAD (2006), cuyo trabajo de campo (N= 1.039 sujetos drogodependientes privados de libertad) se realizó del 15 de marzo al 30 de abril de 2005, en una población reclusa que en febrero del año

⁸ La metadona es un analgésico opiáceo de origen sintético. Utilizado para el tratamiento farmacológico de la drogodependencia a la heroína (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

2005 ascendía a 50.799 repartida por todas las instituciones penitenciarias del país⁹, también ha querido conocer cuantos sujetos reciben en prisión tratamiento para su drogodependencia y qué tipo de tratamiento.

En este sentido destaca que el 63,8% de los sujetos de la muestra si reciben algún tipo de tratamiento. En su mayoría éste es farmacológico (metadona, antagonistas¹⁰, ansiolíticos y otros medicamentos), ya que del total se someten el 82,3%:

-“Siempre pastillas, antidepresivas...tranquimazín 150...venga pastillas, somos farmacias ambulantes. Tomo por la mañana y tomo por la tarde”.

- “Esto te deja atontado”. (Grupo Discusión 3, UNAD, 2006)

El tratamiento más frecuente es la metadona (79,2%), la valoración que recibe el programa de metadona en el centro penitenciario es considerada como buena por el 43,3% de los sujetos que reciben el tratamiento, como regular por el 33,3%, y como mala el 23,4%. Aquellos que valoran regular o malo el programa de metadona lo hacen, en primer lugar, porque lo entienden insuficiente (34,1%):

- “No te dan otra opción más que la medicación y las hay coño, que te pueden asistir poco a poco, y que no tengas que estar dependiendo ni de la metadona ni de las papelinas en el patio”.

- “Nos cubren las necesidades físicas con la metadona pero no tenemos apoyos psicológicos.”

- “La metadona es algo que... hay muchas personas que dicen, no yo no quiero tomar metadona ¿y por que no la dejas? No, me dicen que tengo que tomarla, te la dan aunque no la necesites”.

⁹ Dentro de esta cifra se engloban todas las comunidades autónomas, excepto Cataluña, la cual al tener transferidas las competencias correspondientes no se contabiliza dentro del total.

¹⁰ Se trata de fármacos que bloquean la acción de ciertas drogas.

- *“Es una forma de quitarse el problema de encima”.*

(Grupo Discusión 1, UNAD, 2006)

Del 63,8% de los que tienen tratamiento, un 48,3% reciben otro tipo de terapia, bien combinado con metadona o como única vía terapéutica. Este tipo de tratamiento tiene que ver con los grupos de terapia, que bien pueden estar organizados por el propio centro penitenciario, a los que acuden el 52,4%; o bien organizados por otras entidades colaboradoras, a las que acuden un mayor número (56,7%). Pese a la permanencia en estos programas consideran, en su mayoría, que no reciben un seguimiento individualizado, tanto por el centro (77,2%), como por las organizaciones (70,5%):

- *“Tenemos problemas y no sabemos enfrentarlos”*

- *“Aquí no viene nadie, todo el mundo al patio, venga señores al patio”*

- *“En 6 meses no ha venido a verme nadie, ni el psiquiatra, ni el educador, ni el psicólogo, no te viene a ver nadie”.*

(Grupo Discusión 2, UNAD, 2006)

Con respecto al tratamiento intrapenitenciario hemos visto como en los últimos años, se han generalizado los programas encaminados a la reducción de riesgos y daños derivados del consumo: los programas de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas y, en general, aquéllos que perseguían mejoras en las condiciones sanitarias, pero también es necesario un tratamiento individualizado del preso.

3.3 INCORPORACIÓN SOCIOLABORAL

El objetivo final de la intervención con internos drogodependientes en centros penitenciarios es la inserción social, por lo que las actuaciones en este medio han de estar dirigidas en primer lugar, a evitar los daños asociados al consumo, y en segundo lugar, a posibilitar la normalización e integración social de los drogodependientes. Por ello, las alternativas terapéuticas no deben quedar aisladas como programa de tratamiento en sí, sino integradas dentro de actuaciones que contemplen la atención formativa y cultural.

Existe toda una formación académica, prelaboral y laboral penitenciaria a través de la impartición de cursos ocupacionales del INEM, cursos del Organismo Autónomo del Trabajos Penitenciarios, y los talleres productivos en los centros penitenciarios.

Durante el año 2005, 8.471 internos han iniciado cursos de Formación Profesional Ocupacional y 1.140 internos han iniciado programas de Orientación para la Inserción Laboral. Se estima que el 50% de estos alumnos eran drogodependientes (PNsD, 2007) (No está incluido en este apartado los datos referidos a la población penitenciaria de Cataluña).

3.4 TRATAMIENTO EXTRAPENITENCIARIO EN RECURSOS COMUNITARIOS

Se consideran programas de incorporación social, ya que se desarrollan en el ámbito extrapenitenciario, por medio de la aplicación de los artículos del Reglamento Penitenciario que permiten el acceso periódico o definitivo de los internos drogodependientes a los recursos comunitarios.

Durante 2005, un total de 4.693 internos dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias han sido derivados a dispositivos comunitarios (gráfico 18) (PNsD, 2007):

- Un total de 604 internos han sido derivados a centros ambulatorios externos.
- Un total de 3.244 internos han sido derivados a programas de metadona externos.
- Un total de 531 internos han sido derivados a comunidades terapéuticas externas.
- Un total de 314 reclusos han sido derivados a otros recursos de deshabitación.

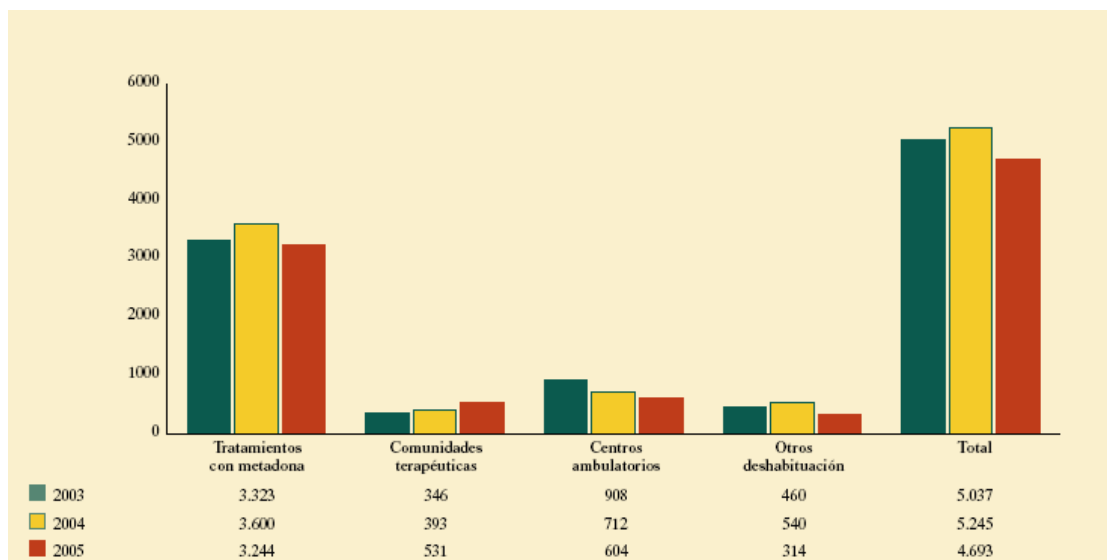


Gráfico 18. Derivaciones de drogodependientes desde Instituciones Penitenciarias a dispositivos de tratamiento comunitarios*. España, 2003-2005.

* No incluidos los datos referidos a la población penitenciaria de Cataluña.

Fuente: PNsD (2007).

3.5 PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Los drogodependientes que ingresan en prisión presentan una situación biopsicosocial con deterioro importante, además de la problemática jurídico-penal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; Ministerio de Sanidad y Consumo 2006b; UNAD, 2006; PNsD, 2006):

- Entre los **problemas orgánicos** además de enfermedades asociadas en un porcentaje importante, como Sida, seropositividad al VIH, hepatitis B y C., también son frecuentes, otros problemas infecciosos relacionados con las condiciones ambientales y estilo de vida, como es la enfermedad tuberculosa y las enfermedades de transmisión sexual, o problemas odontológicos y carenciales. Entre los inyectores de drogas son muy frecuentes los comportamientos que aumentan el riesgo de transmisión de infecciones por vía sanguínea, como el compartir el material de inyección en numerosas ocasiones. Otros problemas orgánicos son el riesgo de sobredosis.
- Entre los **problemas psíquicos**, además de los efectos tóxicos de cada sustancia y de los problemas de desajuste personal que provoca la adicción, son frecuentes los trastornos psíquicos inducidos por el consumo (de tipo psicótico, del estado de ánimo...) o la agravación de trastornos previamente existentes, constituyendo en definitiva una comorbilidad psiquiátrica o patología dual, al coexistir dos tipos de trastornos, la drogodependencia y el trastorno psíquico.
- Carencia de hábitos de aseo e higiene corporal, así como de rutinas normalizadas, conocimientos deficientes sobre los riesgos de enfermar o de medidas preventivas, además de escaso contacto

previo con los servicios sanitarios comunitarios (centros de salud, hospitales, etc.) y centros de tratamiento de drogodependencias. Es de reseñar el caso de los consumidores de cocaína como sustancia principal, pues suelen presentar rutinas normalizadas de aseo e higiene.

- Nivel de estudios muy bajo, abandono del estudio a edad muy temprana, antes de los 15 años. No desarrollo de actividad laboral, deficiente cualificación laboral y dificultades para la reinserción social.
- Trastornos en el desarrollo de la personalidad, con inmadurez afectiva, personal y social, autoimagen negativa, carencia de hábitos y habilidades sociales, desestructuración familiar, marginalidad, prostitución, tráfico de drogas.

3.6 DROGODEPENDENCIA EN RECLUSOS EXTRANJEROS

La drogodependencia en población reclusa extranjera está poco estudiada. Entre los factores posibles se barajan la existencia de dificultades de accesibilidad a los programas; así como problemas de acercamiento por el idioma, la cultura y el desarraigo (Defensor del pueblo andaluz, 2004; OED, 2002).

Entre los pocos datos que se aportan sobre esta materia, hay que reseñar el estudio realizado por la Fundación CREFAT “*Perfil sociosanitario de los usuarios de los programas de Cruz Roja en Instituciones Penitenciarias*” (2001). Esta investigación arroja el dato de que sólo el 4,4% de los usuarios de programas terapéuticos implantados por Cruz Roja en centros penitenciarios son extranjeros. Además, los profesionales de estos programas afirmaron en el mismo estudio, la existencia de cierto recelo por parte del colectivo extranjero, especialmente africano, a la participación en programas.

CAPÍTULO 4

TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA

En la actualidad, tanto investigadores como clínicos han considerado que las ideas más influyentes sobre la naturaleza de la dependencia y abuso de droga están incluidas en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (APA, 2002) y en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10) (OMS, 1992). Ambas publicaciones incluyen secciones sobre trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sustancias psicoactivas. En ambas se presentan las definiciones de los distintos síndromes y un conjunto de criterios que permiten a un clínico o investigador juzgar si un caso determinado se ajusta a la definición. Nuestra investigación tiene como objeto general el tratamiento del drogodependiente en prisión y es aquí donde centraremos nuestra atención. En consecuencia, hemos optado por prescindir de otros temas estrechamente conectados, tales como aspectos conceptuales y teorías explicativas de la drogodependencia para extendernos en las posibilidades que ofrece el contexto penitenciario en el tratamiento de reclusos con problemas de drogas.

Pero antes de centrarnos en el marco teórico desde el que poder trabajar desde un punto de vista psicoterapéutico en el cambio de la conducta de consumo de drogas, quisiéramos de manera breve describir la evolución del consumo de drogas en España.

1. EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ESTADO ESPAÑOL: EVOLUCIÓN Y CAMBIOS DESDE LOS AÑOS 70

Al finalizar la década de los años setenta acontecen dos fenómenos sociales con importantes consecuencias en las décadas posteriores: la extensión del consumo de algunas drogas ilegales y el surgimiento de una delincuencia urbana que, imperando el modelo policial-represivo en lo relativo a las drogas y las drogodependencias como en otros ámbitos de la vida social, influyeron en que las respuestas desarrolladas desde las instituciones públicas, estuvieran más relacionadas con medidas represivas, que con las respuestas sociales y sanitarias. Tan sólo se aplicaron medidas sancionadoras al objeto de tranquilizar la alarma social generada. Los consumos de heroína, hachís y otras drogas en menor medida, que se sumaban al uso del alcohol, tabaco y algunos tipos de psicofármacos, se extendieron por amplios sectores de población, juvenil fundamentalmente, de forma anteriormente desconocida. Los consumidores eran tipificados de enfermos o delincuentes y como tales tratados desde un modelo médico y aislados, dando por sentado que los tratamientos y aislamientos serían eficaces, lo que se ha comprobado erróneo una vez conocidos los resultados (Márquez *et al.*, 1994).

Así, desde los años 70, la problemática del consumo de drogas ilegales en nuestro país ha estado girando en torno a la heroína y alrededor de su consumo se originó una gran alarma social, vinculada principalmente a situaciones de delincuencia, marginación e inseguridad ciudadana, así como un enorme problema de salud pública, derivado principalmente de los problemas asociados a su consumo, y en particular al sida. De hecho, incluso las redes asistenciales, se crearon y diseñaron tomando como punto de partida a la heroína y la dependencia de opiáceos (Del Río y Álvarez, 1994, citado por

Álvarez y Fierro, 2006a; Del Río et al., 1997, citado por Álvarez y Fierro, 2006a; Gamella y Álvarez, 1997; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Sánchez (2001) analiza la evolución de los consumos de drogas ilícitas en España prestando atención a cómo los cambios políticos, económicos y sociales que registró España en la década de los setenta, entre otros efectos, provocaron la incorporación de nuestro país a las corrientes culturales dominantes en Europa. De este modo, irrumpen progresivamente en la sociedad española nuevas sustancias y patrones de consumo de drogas, que irían adquiriendo un protagonismo creciente entre los sectores juveniles.

Uno de los cambios más relevantes ocurrido en la década de los ochenta y noventa y que recoge Sánchez (2001) es el que afecta a la función asignada a los consumos de drogas ilícitas. Si en los años setenta, y parte de los ochenta, los consumos de estas sustancias eran en buena medida una forma de expresión del rechazo de ciertos sectores juveniles a las normas y valores sociales dominantes (y en consecuencia se asociaban a determinadas corrientes culturales y movimientos sociales), en la actualidad han variado sustancialmente su significado y las funciones que se atribuyen a los mismos, de tal forma que la mayor parte de los consumidores de drogas vinculan los consumos con usos recreativos y lúdicos. Detrás de este cambio se encuentra un doble proceso de universalización o generalización de los consumos, primero de carácter cualitativo, por el cual los consumos de drogas ilícitas dejan de ser patrimonio de ciertas élites sociales y se instauran en todas las clases o grupos sociales, y más tarde de carácter cuantitativo, puesto que las importantes prevalencias de uso de ciertas drogas (como por ejemplo los derivados del cannabis) acaban haciendo de estas conductas una realidad cotidiana.

Calafat *et al.*, (2000) analizan el papel de las drogas en el mundo recreativo de los jóvenes, a partir de la constatación de que la vivencia de la diversión a través de lo que se denomina en el lenguaje juvenil “salir de marcha” se ha convertido en un fenómeno colectivo en el que participa un elevado número de jóvenes. De tal manera que el consumo de drogas se ha convertido en un elemento de referencia en la cultura juvenil, elemento articulador del ocio de amplios sectores de adolescentes y jóvenes españoles y europeos.

Los datos que nos aportan las encuestas realizadas por el Observatorio Español sobre Drogas (O.E.D. Informe 2004, 2005; Informe nº 6, 2003; informe nº 5, 2002; Informe nº 4, 2001; Informe nº 3, 2000; Informe nº 2, 1999; Informe nº 1, 1998) nos muestran que el consumo de drogas de tipo recreativo está ocupando cada vez más un espacio central y dominante en este modo de vivir el tiempo de ocio. Así, frente a concepciones anteriores, las drogas dejan de ser un elemento que ayuda a escapar de la realidad cotidiana, para convertirse, fundamentalmente, en parte de esa realidad, principalmente en momentos muy determinados como son los fines de semana y los días festivos. En estas ocasiones se busca un estado de ánimo especial, en cuya consecución el consumo de drogas es un aliado imprescindible para un amplio sector de la juventud (Calafat *et al.*, 2000). Como los propios autores señalan, las personas que forman parte de esta población suelen estar integrados socialmente, pertenecen a clase media o media-alta y, en una gran mayoría, trabajan o estudian. Más del 90% son solteros y la mayoría conviven con sus familias. Entre los principales problemas o conflictos que el consumo de drogas produce en este contexto cabe destacar el bajo rendimiento escolar, los episodios de agresividad, los accidentes de tráfico y, en general, problemas relacionados con la convivencia social.

Del Río y Álvarez (2002) señalan tres aspectos importantes que han cambiado en la actualidad con respecto al consumo de opiáceos, cocaína y drogas de diseño:

1. Por una parte, el consumo de heroína y de opiáceos en general, está estabilizado o en lento retroceso. Además, se ha producido un notable cambio en los estilos de su consumo. De hecho, cada vez es más frecuente su consumo por vía respiratoria (pulmonar o fumada), y menos su administración por vía parenteral (o inyectada), lo cual contribuye a que progresivamente se vaya reduciendo la infección por VIH entre los drogodependientes (De la Fuente *et al.*, 1997; Secretaria del Plan Nacional sobre SIDA, 1997).
2. En los inicios de los años 80 se produjo un notable incremento del consumo de cocaína (en forma crack) en algunos países, y principalmente en USA. Ello dio lugar a que se alertase de un posible incremento en el consumo de cocaína-crack (como representante de las drogas estimulantes, baratas y seguras – no administración por vía parenteral y no riesgo de contagio de VIH –) en nuestro país, y de la necesidad de adaptar la red asistencial a la previsible demanda de diversos problemas derivados del abuso y dependencia de cocaína. Por distintos motivos, lo cierto es que en general a lo largo de los años 80 se llegó a producir un incremento del consumo de cocaína en nuestro país, si bien no de la magnitud esperada, y tampoco pareció popularizarse el crack (Barrio *et al.*, 1993). A partir del año 2000 se observa un notable incremento en la demanda de tratamiento de personas con dependencia a la cocaína, tanto entre personas que nunca habían sido tratadas por esta situación, como entre aquellas que lo habían sido previamente. Así mismo, el número de urgencias hospitalarias en que se menciona la cocaína ha aumentado de manera notable en los últimos años (O.E.D., 2005). La explicación de este hecho podría estar en que ahora comienzan a

aflorar los problemas derivados del consumo de cocaína, cuyo consumo ya era popular a finales de los años 80.

3. Desde los inicios de los noventa comienzan a tener relevancia social las denominadas drogas de síntesis que han tenido una gran expansión en un periodo corto de tiempo. Pero lo más peculiar es que estas sustancias son consumidas por determinados sectores juveniles, consumidas los fines de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos y con la única motivación de divertirse. Así mismo, es importante resaltar que estos consumos no encierran generalmente comportamientos marginales y nos enfrentamos a nuevas modas y formas de consumo (Arana *et al.*, 2000; Megías *et al.*, 2000; Grupo Igia, 2000).

Estas tendencias son aplicables hoy en día. Sin embargo, sin lugar a dudas entre 2000 y 2004 hay que destacar el “resurgir” del cannabis (Álvarez y Fierro, 2006). No sólo se ha popularizado su uso y, quizás, disminuido la percepción de los riesgos asociados a su consumo, sino que además en algunos sectores es visto como una droga inocua, menos dañina que el alcohol (droga legal de referencia). Las investigaciones en relación a los receptores para cannabinoides y los posibles usos terapéuticos de los fármacos que actúen sobre estos receptores son objeto de creciente interés (Ramos y Fernández-Ruiz, 2000a, 2000b). Sin embargo, la interpretación, en opinión de Álvarez y Fierro (2006) inadecuada en muchos casos de estos hechos, ha permitido interpretar a algunas personas como que el cannabis, tal como hoy es utilizado, es un fármaco útil en gran variedad de patologías. Y consecuentemente ver al cannabis como un medicamento y no como una droga. El futuro nos mostrará si esta menor percepción de su riesgo se acompaña de una mayor prevalencia de consumo y de problemas relacionados con su uso.

La situación del consumo de drogas, reflejada en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2005-2006, PNsD, 2006a) y en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2006-2007, PNsD, 2007a), no es muy distinta a la existente en Europa. Las sustancias psicoactivas de consumo más extendido entre la población española son el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína. Los principales rasgos que caracterizan esta situación son el policonsumo de sustancias y los consumos recreativos ligados al ocio y a la diversión.

La segunda droga ilegal, después del cannabis, más consumida en la actualidad es la cocaína, tanto en España como en Europa. No se trata de un problema nuevo para nuestro país, como no lo es tampoco para los países de nuestro entorno. España ya se encontraba, desde mediados de los años noventa, entre los países europeos con mayor consumo de cocaína.

Como conclusión podría decirse que en España, hoy, se ha producido una normalización en el uso de las drogas. Sus usuarios ya no tienen estigma. De hecho hay una tendencia a la banalización de riesgos, y se advierte un aumento del consumo sobre todo recreativo, lúdico y asociado a los fines de semana.

En cuanto a las sustancias, se ha pasado de los opiáceos y los narcóticos a los psicoestimulantes, entre los que se cuentan la cocaína, el speed y las drogas de diseño, en una tendencia muy afín a los tiempos que vivimos: la necesidad de estimulación, emociones intensas, las necesidades de diversión constante.

Hoy las drogas están sometidas a un control total e indiscriminado. Una estricta normativa mundial que, sin embargo, no consigue atajar el gran problema: las drogas constituyen un complejo sistema comercial que permite

beneficios multimillonarios legales e ilegales. A veces símbolo de rebeldía y otras veces de aceptación social, no es extraño que las drogas estén cargadas de ideología. Las necesitamos, las negamos, las permitimos o las combatimos. Es preciso que cada uno de nosotros haga una reflexión crítica no para juzgar las drogas, sino para aprender a estar en un mundo que, de una forma u otra no puede vivir sin ellas.

2. EL CENTRO PENITENCIARIO COMO ESPACIO DE TRATAMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS

Tanto para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su versión décima de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 1992 (CIE-10) como para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su versión cuarta y revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 2002 (DSM-IV-TR), consideran que el curso de la drogodependencia es habitualmente crónico y recidivante (al menos en los casos más graves), es decir de larga evolución y con episodios de remisión y otros de reaparición de los signos y síntomas, e indican que para delimitar y diagnosticar la drogodependencia se deben utilizar criterios cognitivos, comportamentales y fisiológicos.

Como afirman Miller y Rollnick (1999):

“Una característica definitoria de las conductas adictivas es que implican la búsqueda de la gratificación a corto plazo a expensas de un daño a largo plazo. A menudo la persona es bastante consciente de las consecuencias dañinas y decide controlar o abandonar la conducta adictiva, aunque una vez tras otra vuelva al antiguo patrón conocido de conducta. Las conductas adictivas son condiciones crónicas con tendencia a la recaída” (p.17).

En este sentido Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo (2001) recogen algunos aspectos importantes del tratamiento de la drogodependencia en prisión:

- Que la drogodependencia es un trastorno crónico y recidivante implica que no se emplea habitualmente el término “curación” al no poder en la práctica asegurar que el drogodependiente ha resuelto total y definitivamente la drogodependencia. Por otra parte, es conocido que muchas veces el conseguir la abstinencia de una droga supone aumento en el consumo de otra. Más apropiado es utilizar los términos “compensado”, “abstinente” y “en tratamiento con metadona” para indicar que la persona ha sido dependiente y ya no consume drogas. De hecho, en cualquier intervención terapéutica, las recaídas en el consumo se consideran como una etapa del proceso terapéutico de abandono del consumo, episodios que se deben trabajar dentro de un contexto de prevención y tratamiento.
- Es frecuente que el drogodependiente intente dejar la sustancia sin ayuda externa. Cuando ya es evidente que esto no es posible, son múltiples los factores que pueden obligar a un drogodependiente a solicitar ayuda terapéutica. Generalmente es una situación de “obligación”, pues es el conjunto de presiones familiares, laborales, económicas y legales las que le conducen a iniciar tratamiento, ya que en situaciones de consumo “controlado” pocos sujetos solicitan asistencia. Esto implica que uno de los supuestos que durante mucho tiempo ha sido considerado como básico para poder conseguir un tratamiento eficaz, la existencia de motivación, debe ser reconsiderado. Si bien es prácticamente imposible recuperar a un drogodependiente en contra de su voluntad, tampoco puede exigírsele, como condición indispensable para iniciar un tratamiento, que demuestre poseer una gran motivación para dejar la droga, ya

que su capacidad volitiva y de decisión están sensiblemente disminuidas por la dependencia.

- El drogodependiente que ingresa en prisión tiene una historia adictiva de policonsumo (heroína, cocaína, alcohol, hipnóticos-sedantes, etc.), siendo la dependencia de heroína la que en mayor medida ha determinado, y determina, su trayectoria personal, social y penal. Aunque en la actualidad la heroína ha dejado paso a la cocaína. Así, en el momento de efectuar el planteamiento terapéutico de los drogodependientes en prisión, partimos de que el eje principal está constituido por el tratamiento de la dependencia de heroína y cocaína, tratamiento que será con metadona o de deshabituación, y además no perderemos de vista que en los casos de personas policonsumidoras también deberemos efectuar intervenciones para el resto de drogas de consumo. El objetivo ideal del tratamiento de la dependencia de heroína es la abstinencia, sin embargo algunos dependientes se encuentran en una situación personal y social en la que no se pueden plantear este objetivo a corto plazo, no se pueden plantear entrar en un tratamiento de deshabituación. Son personas que están viviendo una situación de consumo activo, en muchas ocasiones con prácticas de riesgo, o que presentan una desestructuración personal importante, con deterioro físico-psíquico y problemas de tipo familiar, laboral o legal. En estas situaciones de riesgo y de deterioro lo adecuado es intervenir en la estabilización del drogodependiente como objetivo prioritario, por medio de un tratamiento con metadona, y plantearse el objetivo de la abstinencia a largo plazo.
- Por otro lado, determinadas personas que llevan bastante tiempo en tratamiento con metadona han logrado mantener una estabilidad física y psíquica importante, con una conducta social adaptada. Se

constata que los tratamientos con metadona favorecen la disminución del consumo de drogas, la evitación del consumo por vía parenteral, la mejora del estado físico y mental, el incremento de la higiene y los hábitos saludables, el descenso de la conflictividad, la reducción de las actividades antisociales, la disminución de la reincidencia en el delito y reingreso en prisión y la mejora de la situación familiar y laboral.

Por otra parte el NIDA¹ (National Institute on Drug Abuse, 1995) afirma que la recuperación de la adicción es un proceso continuo y que aunque la participación en el tratamiento puede comenzar en el entorno carcelario, es de vital importancia la atención posterior o continuada. Por lo tanto, un modelo de tratamiento deberá incluir el tratamiento hasta que el recluso sea puesto en libertad, la atención durante el periodo de transición y el tratamiento posterior o continuado.

¹ Instituto Nacional sobre la Drogadicción en Estados Unidos

3. MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON DROGODEPENDIENTES

A la hora de trabajar con drogodependientes nos encontramos ante un proceso biopsicosocial (Bolinches, De Vicente, Reig, Haro, Martínez-Raga y Cervera, 2003; García 1999; Graña, 1998; Martín y Lorenzo, 2003; Mayor y Cano, 1995 Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo 2001). En el desarrollo de las Ciencias de la Conducta, como en otras ciencias, se ha evolucionado desde planteamientos generalistas hacia modelos explicativos parciales para volver de nuevo a teorías más integradoras por acumulación de las tesis más verificadas y/o más fructíferas desde el punto de vista práctico. Buena parte de los Psicólogos de las primeras décadas del siglo XX en su afán de conseguir un status de ciencia para su disciplina redujeron el estudio y atribución explicativa de la conducta a variables directamente observables y cuantificables relativas al estímulo y la respuesta, como los dos únicos elementos de su esquema teórico. Posteriormente este modelo se abrió a lo social y a lo cognitivo, en un sentido amplio, de tal forma que hoy día el paradigma para el análisis y explicación de la conducta humana trata de integrar cuatro elementos básicos: estímulo, ambiente, sujeto y respuesta.

Si a partir de ese modelo pasamos a considerar el fenómeno de las drogodependencias, tendremos los siguientes elementos básicos: la sustancia, la persona que usa dicha sustancia, el ambiente social y familiar y la conducta propiamente dicha. Es cierto y estamos de acuerdo con García (1999) que en la búsqueda tanto de explicaciones teóricas al consumo de drogas como de soluciones a la problemática que genera se han dado reduccionismos o se ha puesto el acento en uno u otro de dichos elementos; pero actualmente es mayoritaria una perspectiva integradora.

Como dicen Merlo y Lago (1993):

“La superación de los enfoques parciales ha dado paso al reconocimiento máximo de la naturaleza biopsicosocial de las drogodependencias, en cuyo proceso están presentes la totalidad de las variables referidas a las sustancias (propiedades químicas y físicas, mecanismos de acción, forma de administración, etc.), al sujeto consumidor (historia personal, estructura de la personalidad, etc.) y el contexto propio de cada sujeto entendido en un sentido amplio (aspectos culturales, legales, estilos de vida, estereotipos sociales, etc.)” (p. 27).

Si en la drogodependencia están afectadas todas las manifestaciones del ser humano: lo biológico, lo psíquico y lo social, el tratamiento de un drogodependiente obliga a actuar sobre todos esos ámbitos y, en definitiva, a reconocer al modelo biopsicosocial como el modelo de intervención con más posibilidades de éxito, tal como hace el Plan Nacional sobre Drogas (2003).

Para García (1999) asumir dicho modelo de tratamiento implica una serie de consecuencias que a continuación exponemos brevemente:

- En primer lugar, el tratamiento del drogodependiente tiene un carácter multidimensional. Es necesario actuar sobre distintas áreas: sanitaria, educativo-cultural, cognitivo-conductual, familiar, laboral etc.

- En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, el personal encargado del tratamiento ha de ser un equipo multiprofesional, en el que se integren, al menos, profesionales sanitarios, psicoterapeutas y trabajadores sociales; todos ellos expertos en la problemática de las drogodependencias.

- Por último, el carácter integral del modelo biopsicosocial ha de impregnar el diseño del plan terapéutico, que como todo plan ha de partir de un diagnóstico de la realidad para fijar los objetivos, fases y tipos de actuación, así como las técnicas y medios, y por último evaluar el proceso y los resultados.

Veremos ahora los elementos del denominado proceso terapéutico.

4. PROCESO TERAPÉUTICO Y PROCESO DE CAMBIO

Para Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo (2001) cuando hablamos de proceso terapéutico nos estamos refiriendo al proceso de recuperación del drogodependiente en el cual intervienen los diferentes profesionales.

Según Graña (1998), a la hora de trabajar con drogodependientes nos encontramos ante un proceso biopsicosocial que sigue una dinámica muy variable, como se refleja en el itinerario personal de cada individuo en su interacción con la(s) droga(s). Dicho proceso se refiere a las etapas o estadios por los que va pasando el adicto antes de alcanzar el objetivo terapéutico final (la abstinencia y el cambio de estilo de vida). Esta dinámica variable se traduce en épocas favorables de abstinencia o de consumos reducidos y controlados, generalmente estando en algún tipo de tratamiento que le resultaba eficaz; y épocas desfavorables de consumo elevado de alto riesgo y en las que no estaba en tratamiento o éste no era eficaz por no ser adecuado a sus características, a su situación, con consecuencias graves físicas, psíquicas y sociales (Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001). García (1999) apoya esta idea cuando afirma que cambiar el estilo de vida del drogodependiente requiere un proceso largo, en el que con seguridad se producirán avances y retrocesos, recaídas y nuevos intentos de superación hasta llegar al resultado final de querer y saber vivir sin la droga. Siguiendo a Megías (1990) probablemente, tendremos que modificar nuestro enfoque terapéutico: no se trata tanto de “curar ahora” como de conseguir que el drogodependiente lo sea el menor tiempo posible y con las menores consecuencias posibles.

En consecuencia, se afirma que plantearse como único objetivo terapéutico la abstinencia y para siempre, es trabajar para el fracaso.

En este sentido señalan Tejero y Trujols (1998):

“Tradicionalmente se ha definido implícita y poco sofisticadamente el cambio o modificación de una conducta adictiva como el movimiento o paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado igualmente estable de abstinencia. Esta definición tradicional conlleva, entre otras implicaciones erróneas, conceptualizar el cambio como un suceso dicotómico y utilizar únicamente categorías discretas (abstinencia vs. consumo, por ejemplo) como criterios para evaluar la eficacia de los programas de intervención” (p.3).

La intervención terapéutica en el proceso del drogodependiente se inicia con la valoración de la compleja problemática biopsicosocial y el establecimiento de un plan terapéutico. Este plan terapéutico debe establecerse entre el drogodependiente y el equipo terapéutico y debe comprender, para ese momento concreto que define la situación personal, los objetivos individualizados y todas las fases y actividades que se pueden llegar a desarrollar. Posteriormente, en función de una valoración de la evolución y situación a la que ha llegado el drogodependiente en el proceso, se deben ir modificando los objetivos y las actividades, que pueden ser más o menos exigentes, siempre según la situación alcanzada y las nuevas necesidades (Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001; García 1999; Graña, 1998; Garrido y Pastor, 1993).

Pero antes de entrar en los programas de tratamiento a drogodependientes vamos a comentar determinadas características de la intervención terapéutica, como son el proceso de cambio y la intervención multidisciplinar.

Graña (1998) afirma que para cambiar un hábito de dependencia de las drogas por otro que conlleve un estilo de vida nuevo se necesita que tanto el drogodependiente como su familia participen de forma activa en el programa de tratamiento. En el trabajo de prisión tenemos enfrente al drogodependiente y no tanto a su familia, por ello hablamos del proceso de cambio desde una orientación individual.

Según Mother y Weitz (1986), el proyecto de dejar la droga como un proceso de cambio, no es algo que suceda de hoy para mañana, sino que pasa por etapas: 1) admitir que uno tiene problemas con las drogas y decidir abandonarlas; 2) dejar de consumir drogas totalmente, es decir superar la abstinencia física de la heroína y otras drogas; esta etapa trae consigo molestias físicas y problemas de ansiedad que el adicto, normalmente, tiende a amplificar, dependiendo de la intensidad de los síntomas de abstinencia, de los mitos, creencias y expectativas que mantiene acerca del tratamiento; es más, el recuerdo y el deseo de la droga va a estar presente en aquellos individuos que superen el síndrome de abstinencia; 3) producir cambios en el estilo de vida que le permitan adaptarse al ámbito familiar, social, laboral y comunitario; ésta es la etapa crucial y suele ser la más larga; para ello no sólo tiene que cambiar su forma de comportarse socialmente, sino que tiene que adquirir nuevas habilidades y recursos para consolidar un nuevo estilo de vida sin drogas, y 4) afrontar problemas de la vida diaria, crisis y recaídas; esta fase es una continuación de la anterior pero, en este caso, el adicto tiene que consolidar los logros terapéuticos para mantener su proyecto personal de cambio.

Ahora bien desde el punto de vista de la intervención, es importante diferenciar el proceso de cambio terapéutico de las técnicas o procedimientos de intervención. Independientemente de la orientación teórica respecto de las técnicas y programas de tratamiento, actualmente se admite de manera

unánime que el proceso terapéutico con drogodependientes ha de comprender tres fases claramente diferenciadas en el tiempo, en los objetivos y en las técnicas de intervención, cuales son: desintoxicación, deshabituación y reinserción social, que se describen en todos los manuales sobre drogodependencias (Casas y Gossop, 1993; Graña, 1998; Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003; Megías, 1987; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986).

Siguiendo a Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003) vamos a explicar brevemente estas tres fases.

La **desintoxicación** está orientada a que el paciente deje de consumir la droga, sin padecer síndrome de abstinencia agudo. La desintoxicación es un primer paso dentro del tratamiento global, especialmente en la dependencia a las drogas cuya retirada desencadena un manifiesto síndrome de abstinencia (heroína).

El síndrome de abstinencia agudo (“mono”), como expresión de la dependencia física, no es la parte más importante ni más grave de la drogodependencia, por muy molesto y espectacular que pueda ser. Se puede superar con medios farmacológicos o incluso con medidas paliativas de otro tipo (ejercicio físico, soporte psicoterapéutico, etc.) en un ambiente adecuado.

Debemos saber que una vez superado el síndrome de abstinencia agudo, entrando incluso en una fase de aparente normalidad, es erróneo pensar que el problema (el consumo de droga) está superado. El fenómeno clave de la drogodependencia no es la dependencia física sino la dependencia psicológica, por eso en el tratamiento de una dependencia el proceso más importante y más complejo es el de la deshabituación.

La **deshabitación** está orientada a que el drogodependiente se enfrente al problema (su consumo de droga) con esperanzas de éxito. Esto se hace a través de estrategias que logren neutralizar aquellos factores que le llevaron al consumo de la droga. La deshabitación es un proceso multidimensional en el que se ponen en juego medidas farmacológicas, higiénicas, psicoterapéuticas, socioterapéuticas, etc. Estas terapias requieren de un ambiente adecuado y, a veces, se precisa de un régimen de internamiento (comunidades terapéuticas, pisos protegidos, etc.). También las personas del entorno más próximo (padres, hermanos, otros familiares e, incluso, amigos) deben participar en muchas de estas terapias junto al drogodependiente o en grupos propios, pues en general, están, asimismo, muy afectadas e involucradas psicológicamente en todo el comportamiento que ha realizado el adicto.

La **reinserción social, familiar y laboral**, como objetivo final del proceso terapéutico del drogodependiente, le permite al sujeto mantener su nuevo estilo de vida sin droga, es decir una conducta y unas actitudes en un estado de normalidad sin dependencia de la droga.

En cuanto a las **técnicas terapéuticas** estamos de acuerdo con García (1999), Graña (1998), Garrido y Pastor (1993), Sanchez-Hervás, Tomás y Morales (2004) en que partiendo del planteamiento de que las drogodependencias son -no sólo pero sobre todo- un trastorno de conducta, consideramos con mayores probabilidades de éxito la intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales. La terapia cognitivo-conductual representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias, y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene de sí misma. La filosofía de la intervención está

basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. Sin embargo, una vez asumido un modelo de tratamiento integral, de carácter biopsicosocial, la mejor manera de llegar a todas las áreas afectadas de la persona del drogodependiente y al mismo tiempo individualizar el tratamiento será la utilización de una amplia variedad de técnicas. La preferencia por unas u otras estará en función de la modalidad, fase y objetivos del programa, así como de las necesidades concretas del sujeto y de la orientación teórica del personal de tratamiento.

Garrido y Pastor (1993) afirman que el tratamiento del abuso de drogas constituye un área compleja de investigación e intervención en la que no existen soluciones simples. Según estos autores los toxicómanos constituyen un grupo muy heterogéneo, por lo que no puede decirse que un programa sea igualmente efectivo para todo tipo de sujetos. Bajo esta consideración, las distintas modalidades y técnicas de tratamiento no deben ser interpretadas como alternativas mutuamente excluyentes sino más bien como opciones terapéuticas que pueden llegar a complementarse, siempre que se integren adecuadamente dentro de programas amplios, comprensivos y bien estructurados.

Como señala Megías (1987):

“En un proceso de rehabilitación de una persona toxicómana han de mezclarse todo tipo de intervenciones y es preciso que los profesionales que manejen los distintos instrumentos terapéuticos funcionen al unísono. Un proyecto terapéutico exige la consideración global de la situación y sólo una visión global y jerarquizada de los objetivos, con lo que supone de estrategias combinadas, simultáneas o sucesivas, permitirá que sea razonablemente posible acercarse al fin último de la reinserción” (p. 24).

En este sentido Garrido y Pastor (1993) abogan por el concepto de cadena terapéutica:

“Los programas combinados o de amplio espectro constituyen cadenas en las que distintas estrategias de tratamiento aparecen enlazadas como elementos coordinados dentro de un mismo proceso terapéutico orientado a la rehabilitación integral del toxicómano. Dichos programas integran las distintas opciones terapéuticas. De este modo permiten una asistencia más globalizada, al poder contemplar diversas posibilidades y disponerlas y aplicarlas según las circunstancias, los casos, las fases del proceso o el momento de la intervención” (p.346).

Por lo tanto, el drogodependiente tiene que llevar a cabo un proceso de aprendizaje activo para alcanzar los objetivos enumerados en su proceso de cambio personal. Graña (1998) apoya la idea de que generalmente, la consecución de los objetivos terapéuticos depende de la motivación del paciente, que es un tema que preocupa a los profesionales que trabajan en este campo. En este sentido, afirma Graña, ha surgido un elaborado sistema de creencias que considera a los drogodependientes carentes de motivación y resistentes al cambio terapéutico. O como señala Mayor y Cano (1995) la motivación de los sujetos dependientes de las drogas se caracteriza por dos notas fundamentales: su bajo nivel y su carácter fluctuante. De ahí que algunos autores destaquen la radical ambivalencia del sujeto drogodependiente ante cualquier tratamiento (Funes y Romaní, 1985).

El análisis motivacional de las adicciones, aunque difícil y complejo es una tarea necesaria, tanto en el plano de la prevención como en el del tratamiento. Según Tejero y Trujols (1998) el cambio de una conducta adictiva no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio, desde el momento en que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el

punto en que ésta ya no existe. Hay muchos cambios que preceden y siguen a la consecución de la abstinencia.

El inicio de esta concepción procesual del cambio en el ámbito de las conductas adictivas surge en los años 70 con modelos relativos a la adicción a la nicotina. Tejero y Trujols (1998) consideran que todos estos modelos proponen al menos tres estadios: a) contemplación del cambio y motivación; b) compromiso y acción, y c) mantenimiento.

De los muchos modelos explicativos y de intervención en el campo de la motivación, destacamos el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente porque aparte de su elevado valor heurístico, es el que ha recibido un significativo mayor soporte empírico en relación tanto a su capacidad descriptiva y explicativa como predictiva de la dinámica de cambio en el abandono de las conductas adictivas (Sánchez-Hervás *et al.*, 2001; Santos *et al.*, 2001a, 2001b; Tejero y Trujols, 1998).

Se considera que el modelo de Prochaska y DiClemente tiene un carácter transteórico porque los diferentes constructos o variables del modelo derivan de un amplio abanico de teorías y paradigmas y, consecuentemente, las técnicas de intervención para incidir sobre dichas variables provienen de múltiples y muy diversas escuelas de intervención (Tejero y Trujols, 1998).

5. EL MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional. Prochaska y DiClemente han desarrollado el modelo transteórico a partir de un análisis sistemático de las teorías y de las investigaciones en psicoterapia y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas, realizados básicamente en fumadores (Prochaska, 1979, 1984 citado por Tejero y Trujols, 1998; Prochaska y DiClemente, 1982; citado por Tejero y Trujols, 1998).

Siguiendo a Prochaska y Prochaska, 1993; Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001; y Tejero y Trujols, 1998 resumimos las bases teóricas y presupuestos básicos del modelo.

El modelo transteórico, en su versión más reciente (Prochaska y DiClemente, 1992 citado por Tejero y Trujols, 1998; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993) es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.

5.1 ESTADIOS DE CAMBIO

Los siguientes cinco estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Tejero y Trujols, 1998). Estas etapas hacen referencia a *cuándo* los internos se deciden a realizar cambios que modifiquen sus conductas adictivas (Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001).

Prochaska y Prochaska (1993) describen la **Precontemplación** como un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses. Utilizamos un período de seis meses ya que éste parece ser el intervalo máximo de tiempo en el que las personas pueden planear seriamente el cambio de conductas como las adicciones. Los individuos pueden permanecer en el estadio de precontemplación porque no están informados o porque están poco informados sobre las consecuencias de su conducta. Otros individuos se sienten desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello. Lo más frecuente es que los individuos en estadio de precontemplación estén a la defensiva en relación a sus conductas adictivas y se resistan a las presiones externas para que cambien. Para Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), no se trata de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de la adicción superior a los aversivos.

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

vez que la presión externa haya disminuido, reanudarán rápidamente su patrón de vida previo.

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

Siguiendo a Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), puede definirse el estado de **contemplación** como el estadio en que los adictos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio. Así, durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

Para Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, (2001) en esta etapa se hace más aguda la presencia de la ambivalencia: viven la drogodependencia como un problema que quisieran no tenerlo, pero el cambiarlo supone un elevado esfuerzo que puede o no compensar el hacerlo. Este esquema puede perdurar en el tiempo hasta casi hacerse crónico,

tenemos delante al interno que lejos de prepararse para el cambio piensa insistentemente sobre el mismo. En palabras de Prochaska y Prochaska (1993) sustituyen la actuación por la acción de pensar.

Para Tejero y Trujols, (1998) el estadio de **preparación** combina criterios intencionales y conductuales. Se caracteriza por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, como por ser la fase en la que la persona adicta realiza algunos pequeños cambios conductuales (reducir la frecuencia de la conducta adictiva o disminuir la dosis de heroína consumida, por ejemplo) aunque dichos cambios no cumplan los criterios necesarios (abstinencia total de heroína, por ejemplo) para considerar que el adicto se halla en el siguiente estadio, el de acción.

Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, (2001) describen el estadio de preparación como la etapa o momento en el que el interno toma la decisión de integrarse en algún programa que exista en la prisión. Es una parte del proceso psicológico de notable importancia, puesto que los beneficios de abandonar la conducta adictiva son mayores a los de mantenerla y a la vez el interno confía en su propia capacidad para dejar de consumir.

El estado de **acción** es la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta manifiesta y encubierta, con el objetivo de superar la adicción. El estadio de acción requiere un compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Estos cambios del estado de acción (la abstinencia por ejemplo), al ser más visibles para las personas cercanas al adicto, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social (Tejero y Trujols, 1998).

Como señalan acertadamente Prochaska, DiClemente y Norcross, (1992), la mayoría de personas, incluyendo muchos profesionales, equiparan erróneamente acción y cambio, omitiendo tanto el trabajo previo indispensable de preparación para la acción como los considerables esfuerzos necesarios para mantener y asentar los progresos realizados en el estadio de acción.

Según Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, (2001) en este momento el interno está preparado para llevar a cabo un programa terapéutico concreto, sea de deshabitación o de mantenimiento con metadona. Tras un tiempo dándole vueltas y pensándolo ha decidido dar el paso hacia delante y cambiar. Los condicionantes que le atan a su imagen en la prisión dejan de ser relevantes. En su dinámica psicológica mantendrá intereses o intenciones congruentes e incongruentes con los objetivos terapéuticos, como es su planteamiento de si está metido en un programa será mejor valorado para permisos o para el tercer grado. Lo verdaderamente importante es que sea cual sea el programa, el interno quede “enganchado”, esto es, se le gane para mantenerse en el cambio.

En el estadio de **mantenimiento**, el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Este estadio no consiste, pues, en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída (Prochaska y Prochaska, 1993).

El período de mantenimiento empieza a los seis meses de producirse el cambio y termina cuando la conducta adictiva ha finalizado (Prochaska y Prochaska, 1993). Se define el fin de la conducta adictiva como la no existencia de tentaciones a lo largo de todas las situaciones problema. Para estos autores el mantenimiento es un periodo de cambio continuo, mientras que la finalización es mucho más estable y el individuo no necesita utilizar procesos de cambio para impedir la recaída.

Una **recaída** ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse, pues, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado meditado y planificado de una decisión conscientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujols y Casas, 1993).

Aun cuando en las versiones iniciales del modelo transteórico la fase de recaída era conceptualizada como un estadio bien definido y diferenciado, en trabajos posteriores se ha constatado que implica un movimiento a un estadio de preacción (precontemplación, contemplación o preparación) (Tejero y Trujols, 1998).

Prochaska y DiClemente (1984, citado por Tejero y Trujols, 1998) han especulado respecto a la existencia de un supuesto estadio, el de **finalización**, que pondría fin al proceso de cambio. Este estadio implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo “extra” de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex-adicto.

Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992, citado por Tejero y Trujols, 1998) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo, y b) la confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100 por 100. Según estos criterios, dichos autores consideran que, en el caso de la dependencia de nicotina, el estadio de finalización se situaría alrededor de los cinco años de abstinencia mantenida, reconociendo, no obstante, que algunos fumadores no conseguirán nunca cumplir los criterios citados aunque mantengan la abstinencia más allá de dicho periodo de tiempo. La extrapolación de estos resultados a otras conductas adictivas como, por ejemplo, la dependencia de opiáceos, no debe realizarse de forma automática ya que no existen, por el momento, datos al respecto. No obstante, conocer si existe el estadio de finalización (o si sólo es válido en el caso de determinadas conductas adictivas) o, por el contrario, si el estadio de mantenimiento posee una duración de por vida, es una cuestión que no afecta en demasía la conceptualización del modelo transteórico, ni a los procedimientos de evaluación e intervención que de él derivan (Tejero y Trujols, 1998).

Así, podemos concluir que el abandono exitoso de una conducta adictiva engloba una progresión desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento pasando por los de contemplación, preparación y acción.

No obstante, y dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva es el de las elevadas tasas de recaídas, el modelo transteórico resalta el hecho de que la mayoría de individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio (Casas y Gossop, 1993). La Figura 1 presenta un modelo en espiral que refleja, con mayor fidelidad que un modelo lineal, el proceso de cambio en el campo de las conductas adictivas.

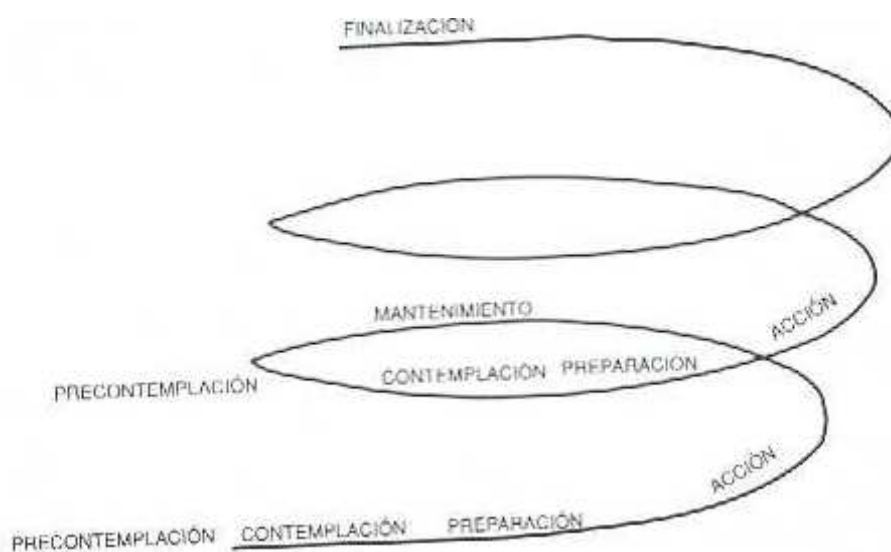


Figura 1. Un modelo en espiral de los estadios de cambio. (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

5.2 PROCESOS DE CAMBIO

Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar cuándo el interno acomete determinados cambios en sus intenciones, actitudes o conductas, los procesos de cambio posibilitan comprender *cómo* suceden dichos cambios. Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas (mentales) o manifiestas (observables/conductuales) iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo (Prochaska y Prochaska, 1993; Tejero y Trujols, 1998).

A continuación se presentan brevemente los diez procesos básicos de cambio identificados por Prochaska y DiClemente a partir de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas, por un lado, y de estudios retrospectivos, transversales y longitudinales en el ámbito de las conductas adictivas por otro. Estos diferentes estudios han demostrado la existencia de un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión a través de los diferentes estadios, independientemente del hecho

de que dicha progresión se realice sin recurrir a ayuda profesional o mediante facilitación e, incluso, independientemente del modelo o escuela psicológica de intervención a la que se adscriba dicho recurso o técnica terapéutica (Prochaska y Prochaska, 1993; Tejero y Trujols, 1998).

1) *Aumento de la concienciación*

Consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata, pues, de un proceso esencialmente cognitivo.

2) *Auto-reevaluación*

El proceso de auto-reevaluación consiste en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.

3) *Reevaluación ambiental*

Consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto de la conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio adicto, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo

4) *Relieve dramático*

Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos -esencialmente las consecuencias sobre la salud- asociadas a la conducta adictiva.

5) *Autoliberación*

El proceso de autoliberación representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

6) *Liberación social*

El proceso de liberación social también representa un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

7) *Manejo de contingencias*

El proceso de manejo de contingencias es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta (no consumir heroína, por ejemplo) relativa al cambio conductual ocurra. Consiste en el auto y/o heterorefuero de dicha conducta.

8) *Contracondicionamiento*

Consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente, es esencialmente conductual.

9) *Control de estímulos*

El proceso de control de estímulos consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva se reduzca significativamente.

Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava (1988, citados por Tejero y Trujols, 1998) señalan que estos diez procesos de cambio, en tanto que factores latentes o variables de primer orden, se organizan según un modelo jerárquico en relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la concienciación, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos). Esta estructura jerárquica ha sido confirmada igualmente en el caso de la adicción a opiáceos, cocaína y alcohol.

5.3 INTEGRACIÓN DE LOS ESTADIOS Y PROCESOS DE CAMBIO

Uno de los resultados más importantes que se desprenden de los trabajos de Prochaska y DiClemente es que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993).

Durante el estadio de *precontemplación*, los adictos utilizan significativamente menos los procesos de cambio que aquellos que se hallan en cualquier otro estadio. Los precontempladores son los que procesan menos información referente a su conducta adictiva; utilizan menos tiempo y energía reevaluándose a sí mismos; experimentan menos reacciones emocionales frente a las consecuencias negativas de su adicción; se muestran significativamente menos abiertos y comunicativos respecto a su problemática; y realizan muy poco esfuerzo para dirigir la atención a su entorno y hacia la superación de sus problemas. Los precontempladores suelen acudir a terapia porque reciben presión de sus cónyuges, padres, superiores, maestros o

jueces. En el contexto terapéutico, suelen presentar resistencia a los esfuerzos de terapeuta para ayudarles a cambiar, existiendo un alto riesgo de abandono en estos casos.

¿Qué se puede hacer para ayudar a estas personas a moverse del estadio de precontemplación al de contemplación? Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) en la siguiente tabla sugieren varios procesos de cambio útiles en estos casos:

Tabla 4. Integración de los estadios y procesos de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
	Aumento de la concienciación			
	Relieve dramático			
	Reevaluación ambiental			
		Auto-reevaluación		
			Autoliberación	
				Manejo de contingencias
				Relaciones de ayuda
				Contracondicionamiento
				Control de Estímulo

Los procesos de cambio, aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental son los procesos de cambio enfatizados por la mayoría de adictos situados en el estadio de contemplación (Tejero y Trujols, 1998).

En primer lugar las intervenciones encaminadas a conseguir un aumento de la concienciación, como las observaciones, las confrontaciones y las interpretaciones, pueden despertar la conciencia de los pacientes ante su conducta adictiva. Pero los precontempladores, como hemos explicado en

párrafos anteriores se caracterizan por una tendencia a la defensa y a la resistencia, capaz de impedir el aumento de la concienciación respecto de las consecuencias nocivas de su conducta adictiva a corto y largo plazo. Por ello, con frecuencia, el primer paso debe dirigirse a poner en evidencia la presencia de estas defensas antes de demostrarles el motivo de su resistencia (Prochaska y Prochaska, 1993).

Para Prochaska y Prochaska, otra forma de llegar a los pacientes es a través de las experiencias de alivio obtenidas mediante la dramatización. Las experiencias de tipo afectivo, como por ejemplo las utilizadas en el psicodrama o en las técnicas de la gestalt, despiertan emociones relacionadas con las adicciones. Los acontecimientos vitales estresantes también pueden alterar el estado emocional de los adictos; por ejemplo, la enfermedad o la muerte de un amigo o de un ser querido, sobre todo si estos sucesos están relacionados con la ingesta de drogas.

La auto-reevaluación se muestra como el proceso de cambio que hace de puente entre el estadio de *contemplación* y el de *preparación* (Tejero y Trujols, 1998). Los individuos en estado de contemplación suelen utilizar con más frecuencia las intervenciones tipo biblioterapia u otras intervenciones educativas (Prochaska y Prochaska, 1993). A medida que los pacientes se vuelven más conscientes de sí mismos y de la naturaleza de sus problemas, adquieren mayor libertad para auto-reevaluarse a nivel afectivo y cognitivo. Los individuos en estadio de contemplación también reevalúan los efectos de su conductas adictivas con respecto a su entorno, sobre todo en relación a las personas importantes para ellos. ¿Qué pienso y cómo me siento con respecto a vivir en un entorno que se deteriora y que me coloca a mí y a mi familia en una situación de mayor riesgo de enfermedad, muerte, pobreza o encarcelamiento?

Para Prochaska y Prochaska (1993) el paso de la precontemplación a la contemplación y el progreso dentro del estadio de contemplación conlleva un mayor uso de los procesos de cambio cognitivos, afectivos y de evaluación. La preparación de los individuos para la acción requiere cambios en la forma de pensar y de sentir en relación a su conducta adictiva y en la valoración de sus estilos de vida.

En el estadio de *preparación* y como enlace con el de *acción*, es donde se utiliza más el proceso de autoliberación (Tejero y Trujols, 1998; Prochaska y Prochaska, 1993). Los individuos necesitan creer que poseen la autonomía necesaria para cambiar sus vidas en los aspectos clave. El punto más importante es que el uso de la sustancia se vaya considerando en mayor medida bajo control propio más que bajo control biológico. Por otra parte, deben aceptar que la coacción forma parte de la vida tanto como la autonomía.

Los procesos de cambio relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento forman el vínculo entre los estadios de *acción* y de *mantenimiento* al ser enfatizados en ambos, lo cual es consistente con la concepción de que el estadio de mantenimiento es un estadio de cambio activo más que de ausencia de cambio (Tejero y Trujols, 1998).

5.4 NIVELES DE CAMBIO

Los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano (Prochaska y Prochaska, 1993; Tejero y Trujols, 1998). La tercera dimensión del modelo transteórico de Prochaska y

DiClemente, los niveles de cambio, aborda esta cuestión, es decir la que se refiere a *qué* cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva.

La dimensión de los niveles de cambio representa una organización jerarquizada de los cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Estos niveles son los siguientes:

1. Síntoma/situacional
2. Cogniciones desadaptadas
3. Conflictos interpersonales actuales
4. Conflictos sistémicos/familiares
5. Conflictos intrapersonales

Tradicionalmente, cada sistema psicoterapéutico ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles y ha centrado su atención en la resolución de los mismos. Los conductistas se han centrado en los determinantes sintomáticos y situacionales; los terapeutas cognitivos en las cogniciones desadaptativas; los terapeutas familiares en el nivel de familia/sistema y los psicoanalistas en los conflictos intrapersonales. Según Prochaska y Prochaska (1993) es esencial, para el proceso de cambio, que tanto los terapeutas como los pacientes se pongan de acuerdo en el motivo a que atribuyen el problema y en el nivel o niveles que desean trabajar para cambiar la conducta patológica.

Según el modelo transteórico se prefiere intervenir inicialmente en el nivel síntoma/situacional por cuatro motivos principales: a) el cambio tiende a suceder con más facilidad en este nivel más manifiesto y observable; b) este nivel generalmente representa el motivo principal del adicto que acude a tratamiento; c) puesto que este nivel es el más consciente y contemporáneo (a medida que nos vamos centrando en un punto de la jerarquía más bajo, más se alejan los determinantes del problema de la conciencia del individuo), el grado

de inferencia necesaria para una evaluación e intervención clínicas es menor, y d) dado que estos niveles no son independientes (los síntomas suelen relacionarse con conflictos intrapersonales; las cogniciones desadaptativas suelen reflejar las creencias o normas de la familia/sistema), el cambio en uno de ellos probablemente provoca cambios en otros.

En resumen, según el enfoque transteórico, un tratamiento global consiste en la aplicación diferencial de los procesos de cambio en cada uno de los cuatro estadios dependiendo del nivel del problema que está siendo tratado. La integración de los niveles con los estadios y procesos de cambio permite la aplicación de un modelo de intervención jerárquica y sistemática en el contexto de un amplio abanico terapéutico.

5.5 INTEGRACIÓN DE LOS ESTADIOS, PROCESOS Y NIVELES DE CAMBIO

Según Prochaska y DiClemente, (Tejero y Trujols, 1998) existen, esencialmente, tres estrategias de intervención a través de los diferentes niveles. La primera, consiste en una estrategia de *cambio de niveles*: la intervención terapéutica se focaliza en la conducta manifiesta del adicto y en las situaciones que elicitán y/o mantienen dicha conducta. Si mediante la intervención en este primer nivel el adicto progresa a través de los estadios de cambio, la intervención terapéutica puede completarse sin pasar a un nivel más complejo de análisis. En caso contrario, habrá que centrarse progresivamente en otros niveles.

La segunda estrategia es la de *nivel clave*. Si se demuestra la existencia de un nivel clave de causalidad en la adquisición y/o el mantenimiento de la

conducta adictiva, el proceso terapéutico puede focalizarse casi exclusivamente en este nivel clave.

La tercera alternativa es la estrategia del *máximo impacto*. Cuando existen evidencias de que diferentes niveles están involucrados ya sea como causa, consecuencia o mantenedor de la conducta adictiva. En este caso, las intervenciones terapéuticas deben diseñarse con el objetivo de incidir en el adicto a diferentes niveles de cambio para intentar maximizar el impacto terapéutico y, así, alcanzar el cambio de manera sinérgica en lugar de secuencial.

6. VARIABLES COGNITIVO – CONDUCTUALES SUSCEPTIBLES DE INTEGRACIÓN EN EL MODELO TRANSTEÓRICO

La mayoría de las variables (sociodemográficas, de personalidad, psicopatológicas, etc.) relativas al propio adicto que han demostrado ser predictores de la abstinencia o indicadores de buen pronóstico en diferentes estudios, son de acuerdo con Tejero y Trujols (1998), variables tipo rasgo, esencialmente estáticas.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, tal como se desprende de la anterior presentación de las variables que lo constituyen, no sólo permite una aproximación a factores dinámicos que sí están bajo el control potencial de los programas de tratamiento, sino también la integración de otras variables, igualmente dinámicas y potencialmente modificables mediante intervenciones terapéuticas, no originarias del propio modelo.

Es el caso de las dos variables siguientes: la motivación para el cambio o toma de decisiones y las expectativas de autoeficacia.

6.1 MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO O TOMA DE DECISIONES

Para Tejero y Trujols, (1998) algunas de las posibles causas por las que no se ha considerado seriamente el problema de la motivación para el cambio en el campo de las conductas adictivas, ni se han realizado hasta hace poco las primeras investigaciones rigurosas sobre el papel que juega dicha variable en el proceso de cambio de dichas conductas, radican, adoptando las conclusiones de Klinger (1987, citado por Tejero y Trujols, 1998) respecto al estado de evaluación de la motivación en el campo de la exploración de la personalidad, tanto en el poco interés demostrado por parte de la mayoría de teorías en la utilización de constructos motivacionales como en el hecho de que los esfuerzos destinados a la evaluación de la motivación para el cambio chocaban con la baja calidad psicométrica de las estrategias de medida.

Otra causa que añaden Tejero y Trujols (1998) es la siguiente: el hecho de que hasta los inicios de los años 80 no ha empezado a prevalecer el modelo dinámico de la motivación para el cambio, es decir la concepción de la motivación para el cambio como un estado y no como un rasgo inevitablemente asociado al hecho de ser un adicto. Davies (1979) reconocía que a finales de los años 70 aún predominaba el modelo estático de la motivación para el cambio como un rasgo, a pesar de que los trabajos precursores del modelo dinámico databan de los años 60 (Canter, 1969; Sterne y Pitman, 1965).

Por lo tanto la ausencia de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad inherente a todo adicto, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la

utilización de cierto tipo de intervenciones (Marlatt, 1993; Miller y Rollnick, 1999; Sánchez-Hervás, Tomás y Morales, 2004; Trujols, Tejero y Abellanas, 1993).

El modelo transteórico ha operativizado la variable motivación para el cambio a partir del modelo de toma de decisiones de Janis y Mann (1977, citado por Prochaska y Prochaska, 1993; Janis, 1987). A partir de la delimitación igualmente operativa realizada por Janis y Mann de los componentes motivacional y cognitivo implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual, concretados esencialmente en los beneficios (pros) y costes (contras) para uno mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales, en nuestro caso abandonar o mantener una conducta adictiva (balance decisional).

En nuestro país Tejero y Trujols (1998) han creado el autoinforme Balance Decisional para Adictos a Heroína (BD-AH) diseñado para evaluar el conflicto/balance decisional relacionado con el abandono de la adicción a opiáceos (ámbito principal de evaluación e intervención en el que desarrollan su actividad los autores). El BD-AH ha sido desarrollado a partir de la adaptación al caso de la dependencia de heroína, de un autoinforme paralelo existente para adictos a la nicotina (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985). Ambos autoinformes han sido elaborados a partir de los desarrollos teóricos de Janis y Mann.

6.2 EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

Bandura (1982, 1986) define la autoeficacia percibida como el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados.

Los conceptos de expectativa de autoeficacia y de expectativa de resultados son, pues, diferentes (Tejero y Trujols, 1998). La autoeficacia percibida es un juicio respecto a la propia capacidad de alcanzar un cierto nivel de acción (no consumir heroína, por ejemplo), mientras que una expectativa de resultado es un juicio sobre la posible consecuencia de esa acción (aceptación por parte de la familia, por ejemplo). Es importante diferenciar estos conceptos ya que puede suceder que un individuo crea que una determinada conducta producirá ciertos resultados, pero dude de poder llevar a cabo la conducta necesaria.

Las expectativas de autoeficacia contribuyen a la calidad del funcionamiento psicosocial determinando en parte (Bandura, 1986):

- a) las decisiones que se toman;
- b) la cantidad de esfuerzo y tiempo empleado en llevarlas a cabo, a pesar de obstáculos o experiencias adversas;
- c) los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales durante las interacciones reales o anticipadas con el ambiente.

Las fuentes de información sobre los niveles de autoeficacia que se poseen son variadas y el peso asignado a cada una de ellas varía según el ámbito de actividad en cuestión (Bandura, 1982, 1986). Estas fuentes son:

- a) la propia experiencia, es decir los resultados o niveles que se alcanzan;

- b) las experiencias vicarias derivadas de la observación de los resultados alcanzados por un modelo similar;
- c) la persuasión verbal (y otros tipos de influencia sociales) de que se poseen ciertas capacidades;
- d) los estados fisiológicos a partir de los cuales se juzga en parte las propias capacidades y vulnerabilidades.

Las expectativas de autoeficacia son una medida de estado, es decir una medida específica para cada interacción persona-conducta en particular, y no una medida de rasgo, generalizable a diferentes situaciones. Consecuentemente, varían en diversas dimensiones (magnitud, generalidad y fuerza) que tienen importantes implicaciones sobre el rendimiento conductual (Bandura, 1982, 1986). El nivel o magnitud de una expectativa de autoeficacia deriva del grado de dificultad de la conducta respecto a la cual se evalúa dicha expectativa, la cual puede referirse a cursos de acción sencillos, extenderse a otros relativamente difíciles o, incluso, a los de más dificultad. Respecto a la generalidad, algunas clases de experiencias (mantenerse abstinentes en una unidad hospitalaria de desintoxicación, por ejemplo) sólo crean expectativas limitadas de autoeficacia, mientras que otras suscitan un sentido de autoeficacia generalizado a diferentes situaciones. En cuanto a la fuerza, las expectativas de autoeficacia débiles serán fácilmente modificadas cuando uno se enfrenta a experiencias disconfirmadoras, mientras que los individuos que poseen fuertes expectativas de autoeficacia perseverarán en sus conductas de afrontamiento a pesar de las experiencias disuasorias.

La fluctuación de los niveles de autoeficacia a través de los diferentes estadios de cambio resulta igualmente manifiesta (Tejero y Trujols, 1998). Los niveles de autoeficacia permanecen consistentemente bajos durante los estadios de precontemplación y contemplación, aumentan sustancialmente

cuando el adicto pasa al estado de acción, y alcanzan su techo durante el estadio de mantenimiento.

Aun cuando los niveles de autoeficacia discriminan fiablemente los diferentes estadios de cambio, su principal interés no radica en la clasificación sino en la predicción de los movimientos entre estadios (Tejero y Trujols, 1998). Los niveles de autoeficacia demuestran ser capaces de predecir los cambios de dos de los grupos de adictos más variables, es decir los correspondientes a los estadios de contemplación y acción. Las puntuaciones medias de los niveles de autoeficacia evaluados inicialmente en un grupo de contempladores discriminaban significativamente los adictos que seguirían en el estadio de contemplación de aquellos que cambiarían de estadio. Respecto a los adictos inicialmente situados en el estadio de acción, los niveles de autoeficacia diferenciaban significativamente los sujetos que mantendrían la abstinencia de aquellos que recaerían.

En cuanto a la evaluación de la autoeficacia en el campo de las conductas adictivas, el desarrollo de procedimientos específicos es aún limitado (Tejero y Trujols, 1998). Sin embargo Tejero y Trujols destacan dos autoinformes:

El *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ) (Annis y Martin, 1985, citado por Tejero y Trujols, 1998) (Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir) es un autoinforme destinado a evaluar los niveles de autoeficacia o seguridad de no consumir opiáceos en una serie de situaciones de riesgo para su consumo. Los 50 ítems del DTCQ incluyen situaciones representativas de cada una de las ocho categorías de situaciones de alto riesgo que favorecen las recaídas y que son clasificadas en intrapersonales e interpersonales. Entre las intrapersonales se encuentran: estados emocionales negativos, estados emocionales positivos, comprobando el control sobre la conducta adictiva, y la experiencia de urgencias y tentaciones para consumir o

experiencias de *craving* desencadenadas por estímulos condicionados ambientales. Entre las interpersonales se hallan las situaciones de conflicto interpersonal, las situaciones de presión social para consumir y los estados emocionales positivos o momentos agradables con los demás.

El DTCQ puede ser de gran utilidad respecto a la planificación del tratamiento ya que proporciona un perfil individualizado de las áreas de mayor riesgo para el consumo de heroína. Este hecho resulta, pues, de especial interés para poder diseñar de forma individualizada algunas de las técnicas a instaurar durante un programa de intervención cognitivo conductual y, especialmente, en la fase de prevención de recaídas.

El objetivo del *Situational Confidence Questionnaire for Heroin Users* (SCQ [H]) (Barber, Cooper y Heather, 1991, citado por Tejero y Trujols, 1998) (Cuestionario de Confianza o Seguridad Situacional -Heroína-) es igualmente medir los niveles de autoeficacia o seguridad de no consumir heroína en diferentes situaciones de riesgo.

7. UTILIDAD TERAPÉUTICA DEL MODELO: UTILIDAD EN EL PROCESO DE *MATCHING*

Los problemas derivados del abuso de drogas (tradicionalmente centrados en el alcoholismo y en la actualidad también en el uso de otras sustancias como la heroína y la cocaína), han supuesto la proliferación de diversos enfoques para explicar la naturaleza de tales problemas y, las estrategias terapéuticas para tratarlos. En una revisión realizada por Lettiere, Seyers y Pearson (1980, citado por Sánchez-Hervás *et al.*, 2002b), se identifican más de 40 perspectivas teóricas que tratan de explicar los problemas y las conductas de adicción a sustancias de abuso.

Uno de los retos más importantes existentes actualmente en el ámbito de las conductas adictivas es el de la delimitación de las variables más adecuadas para determinar la elección del recurso terapéutico más apropiado para cada adicto (*matching*), es decir la asignación adicto-intervención más adecuada para maximizar la facilitación del proceso de cambio del adicto (Tejero y Trujols, 1998).

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente proporciona un marco incomparable para facilitar el proceso de *matching*. La variable estadios de cambio deber ser uno de los ejes principales de este proceso (Marlatt, 1988, citado en Tejero y Trujols). Como afirman Prochaska y DiClemente (1992, citado en Tejero y Trujols, 1998), si los adictos no son un grupo homogéneo en relación a su actitud, disposición o preparación para abandonar su conducta adictiva, entonces las intervenciones terapéuticas deben diferenciarse y variar en términos del grado de acción -en su acepción de estadio de cambio-requerido a su clientes y, por consiguiente, los procesos de cambio que el

cliente debe adquirir o desarrollar deben delimitarse en función del estadio de cambio en que se halle.

No obstante, clásicamente y en su mayoría aún en la actualidad, los diferentes procedimientos de intervención están orientados y diseñados, casi exclusivamente, para aquellos adictos situados en el estadio de acción. Demasiado a menudo se olvida que estas intervenciones orientadas a la acción sólo son apropiadas para el grupo de adictos que están preparados para la acción, grupo cuyo porcentaje es ciertamente limitado tal como se desprende de los trabajos de Albiach, Llinares, Palau y Santos (2000); Santos, Fons, González, Forcada y Zamorano (2001a, b); y Trujols, Tejero y Abellanas (1993) en el ámbito de la adicción a opiáceos, cocaína y alcohol.

No es de extrañar, pues, la creciente aparición y desarrollo de técnicas de intervención para adictos situados en estadios anteriores al de acción, técnicas como las intervenciones motivacionales y de optimización de la toma de decisiones respecto al cambio de una conducta adictiva (Baldwin, 1991; Miller, 1983; Miller y Rollnick, 1999; Tober, 1991; Trujols, Tejero y Abellanas, 1993; Van Bilsen y Van Emst, 1986, 1989).

En la actualidad y utilizando como pilar principal para facilitar el proceso de *matching* el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, se están desarrollando e implementando programas terapéuticos con intervenciones diferenciadas en función del estadio de cambio en que se halla un determinado adicto, intervenciones que propiciarán la adquisición o desarrollo de los procesos de cambio que permitan al adicto progresar hacia el siguiente estadio y, en definitiva, al de mantenimiento. Ejemplos de programas que intentan maximizar su eficacia asignando cada adicto a determinadas intervenciones en función de su estadio de cambio pueden hallarse en el caso de la dependencia

a alcohol en Davidson, Rollnick y MacEwan (1991) y en el de la adicción a los opiáceos en Tejero, Trujols y Casas (1993).

Tejero y Trujols (1998) también resaltan la importancia de la tercera dimensión del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente en el proceso de *matching*, aunque sea a través de su integración con la variable estadio de cambio. Si se intenta intervenir a un nivel respecto al cual el adicto no está preparado para su abordaje, puede crearse una falta de entendimiento y resistencia – y, consiguientemente, propiciarse el abandono del programa de intervención por parte del adicto – similar a la producida si se intenta intervenir en un estadio diferente de aquel en el que se halla el adicto.

En conclusión la propuesta de Prochaska y DiClemente intenta solucionar el problema de los modelos teóricos que adolecen a menudo de un marco de referencia donde puedan integrarse las distintas intervenciones a realizar con los pacientes. Esta propuesta considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidos a: conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifiquen sus conductas adictivas; cómo se realizan estos cambios, y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de adicción. Y en esta línea encontramos diversas investigaciones que en la actualidad en nuestro país intentan validar el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente en conductas adictivas a la heroína, alcohol, cocaína y tabaco aunque el número de investigaciones todavía es limitado (Albiach, 2003; Albiach, *et al.*, 2000; Sánchez-Hervás, *et al.*, 2002a, 2002b; Sánchez-Hervás, Tomás y Morales, 2004; Santos, Fons, González, Forcada y Zamorano, 2001a, 2001b; Vázquez, Becoña y Míguez, 2001; Vázquez, Palacios y Cernuda, 2001).

8. RECAÍDAS Y CRAVING

Independientemente del tipo de conducta adictiva que presente una persona, las recaídas, o los procesos de recaída, constituyen un reto asistencial continuo o ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan (Marlatt, 1993; Saunders, 1993). En el tratamiento de las adicciones, las posiciones de los terapeutas ante las recaídas han variado desde la exigencia de abstinencia a los pacientes, a los planteamientos de la formulación de la hipótesis de los procesos de cambio, en el que las recaídas se entienden como algo tan frecuente que se integran como un eslabón más en dicho proceso (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Las conductas de recaída sólo podríamos considerarlas atípicas si no se observaran con frecuencia fracasos en el incumplimiento de la conducta humana. Las personas nos proponemos constantemente objetivos que luego no cumplimos. Los hombres tienden a iniciar acciones y a no mantener posteriormente el esfuerzo. La pregunta a plantear sería si la tasa de recaídas en las conductas adictivas es más alta que en cualquier otro propósito que las personas hacen normalmente para cambiar sus hábitos (Saunders, 1993).

Las impresiones clínicas y de investigación, se han obtenido principalmente a partir de muestras clínicas. Este método está sesgado, porque los entrevistados son individuos que en general han presentado “recaídas negativas”. Los individuos que han recaído, pero que no han experimentado consecuencias adversas, o los que han sentido satisfacción, estaban excluidos de la muestra sujeta a análisis. El reconocimiento de la influencia del placer inherente a muchos incumplimientos de propósitos, debe incorporarse a cualquier perspectiva del proceso de recaída. Estas consideraciones

desmienten el hecho de que las recaídas sean irracionales y están más allá del control del individuo (Saunders, 1993).

Las repercusiones del fenómeno de la recaída son manifiestas y de amplio espectro. Cabe citar que los procesos de recaída son motivos de perplejidad por parte del propio adicto, porque la mayoría de veces se trata de un fenómeno que le sobrepasa y que escapa a su propio control, motivo de desespero familiar y social, dado que no se entiende por qué se producen, y motivo de frustración por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la clínica de conductas adictivas (Trujols, Tejero y Casas, 1996).

Las recaídas en el consumo de drogas no pueden entenderse sin una aproximación al concepto de *craving* (Sánchez-Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás y Morales, 2001). Algunos autores, distinguen entre *craving* e impulso, describiendo el primero como la sensación subjetiva (deseo, necesidad, arousal físico, arousal emocional) de deseo por conseguir el estado psicológico inducido por las drogas; mientras que el impulso se describe como el determinante conductual de búsqueda y consumo de sustancia.

9. COMORBILIDAD EN DROGODEPENDIENTES

La existencia conjunta de trastornos inducidos por el consumo de sustancias y de enfermedades psiquiátricas en una misma persona, comúnmente denominado “patología dual” o “comorbilidad”, no constituye un fenómeno nuevo (OEDT, 2004). No obstante, en los últimos años este problema ha ido ganando terreno en el debate político y profesional y se ha hecho evidente que un gran (y probablemente creciente) número de personas se ve afectado por este fenómeno. El eje de este apartado será la coexistencia de los trastornos psiquiátricos y de personalidad y el consumo de drogas ilegales. De hecho, con frecuencia resulta apropiado hablar de “multimorbilidad”, ya que las personas afectadas suelen sufrir además enfermedades somáticas, por ejemplo están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el virus de la hepatitis C, así como trastornos sociales tales como problemas familiares, desempleo, encarcelación o falta de hogar. Los servicios de asistencia y tratamiento no suelen estar preparados para satisfacer debidamente las necesidades de diagnóstico y tratamiento de este grupo de pacientes, al no prestar atención y/o ser incapaces de hacer frente a la totalidad de los problemas de los pacientes. El resultado suele ser una situación de “puerta giratoria”, en la que los pacientes que necesitan urgentemente un tratamiento son enviados de un servicio a otro, mientras su situación se va deteriorando paulatinamente.

9.1. DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (1995) definió la comorbilidad o “patología dual”, como también se conoce, como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno producido por el consumo de una sustancia

psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. Esta es una realidad de elevada prevalencia que ocasiona importantes problemas clínicos.

9.2. ETIOLOGÍA

Determinar la etiología de la comorbilidad es como saber qué fue primero, si el huevo o la gallina. Los estudios actuales sobre las relaciones causales entre los trastornos psiquiátricos y los inducidos por sustancias no son concluyentes. Los síntomas de los trastornos mentales y de los problemas de adicción interactúan y se condicionan mutuamente (OEDT, 2004).

La relación entre el consumo de sustancias y la patología psiquiátrica sigue siendo controvertida. Varias investigaciones señalan que los trastornos psiquiátricos y de la personalidad suelen presentarse antes que los trastornos inducidos por el consumo de sustancias, es decir, aumentan la susceptibilidad del individuo frente al problema de la adicción (Bakken *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 2001). Sin embargo los trastornos psiquiátricos también pueden verse agravados por el consumo de drogas, por ejemplo, la depresión u ocurrir de forma paralela (McIntosh y Ritson, 2001).

Para algunos autores defensores de la hipótesis de la automedicación, el consumo de drogas representa un intento por parte del individuo de aliviar su sintomatología psiquiátrica o de personalidad ya presente; el hecho de que el consumo de la sustancia alivie los síntomas de la angustia producida por la patología psiquiátrica, fomenta el desarrollo de la adicción (Williams *et al.*, 1990; Rooney *et al.*, 1999). Desde esta óptica el trastorno psiquiátrico sería primario y la dependencia secundaria, el tratamiento de la dependencia pasaría por abordar el trastorno primario. Esta teoría podría servir para explicar el inicio del consumo de drogas en sujetos con sintomatología ansiosa o depresiva, ya

que la sustancia, aunque de forma pasajera, mejora esa sintomatología y podría contribuir al inicio y mantenimiento de la dependencia.

Siguiendo las teorías anteriores, se han identificado cuatro categorías diagnosticadas de patología dual, cada una de las cuales presenta un perfil diferente: I) diagnóstico primario de un trastorno mental, con un diagnóstico psiquiátrico (dual) posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental; II) un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental; III) diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y trastorno psiquiátrico; y IV) diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo un trastorno de estrés postraumático (Krausz *et al.*, 1999).

9.3. DIAGNÓSTICO

Con mucha frecuencia la comorbilidad es infravalorada e infradiagnosticada. Se han llevado a cabo diversos estudios para analizar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y de la personalidad, y su relación con el consumo de drogas en la población general y en consumidores de drogas, tanto desde servicios de tratamiento hospitalarios como ambulatorio (OEDT, 2004a; 2004b). Los resultados tanto en la prevalencia como en el tipo de diagnósticos, varían considerablemente, dependiendo de la muestra y la metodología empleadas (OEDT, 2004a; 2004b).

9.4. PREVALENCIA

Se han llevado a cabo numerosos estudios para medir la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y de la personalidad, así como las pautas de consumo de drogas en la población en general y entre los pacientes psiquiátricos y los consumidores de drogas en los servicios de tratamiento hospitalario y ambulatorio. Los resultados, tanto por lo que respecta a las cifras como a los diagnósticos, varían considerablemente, dependiendo de la disponibilidad y la selección de la población, los métodos de muestreo, las técnicas y la competencia de diagnóstico, la validez y la fiabilidad de los instrumentos de diagnóstico empleados y el período de estudio (OEDT, 2004a).

Muchos profesionales en esta materia consideran que la prevalencia de la drogodependencia en combinación con trastornos mentales está aumentando, aunque algunos argumentan que esto se debe a una mayor concienciación sobre este tema y/o a los cambios en el diagnóstico y en la clasificación de los trastornos psiquiátricos y/o a la reestructuración de los sistemas sanitarios. El informe nacional de España señala que el aumento observado en la comorbilidad podría deberse en parte al incremento de la dependencia de psicoestimulantes (OEDT, 2004a).

9.4.1 Prevalencia de la comorbilidad en los entornos de tratamiento

Varios estudios han indicado que el 40-50% de individuos no tratados con abuso/dependencia de sustancias, presentan criterios diagnósticos de trastornos psiquiátricos (Robins y Regier, 1991, citado en Alvarez *et al.*, 2006; Kessler *et al.*, 1994). Cuando el análisis se realiza en pacientes en tratamiento se detectan asimismo unos altos niveles de comorbilidad (50% a 90%) entre trastornos por consumo de sustancias y problemas psiquiátricos tanto en adultos (Flynn *et al.*, 1996; Grant, 1997) como en adolescentes consumidores

de sustancias psicoactivas (Bukstein, 2000; Reebye *et al.*, 1995; Rounds-Bryant *et al.*, 1999).

También cabe destacar que el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, ha comunicado que entre un 30% y un 50% de los pacientes que reciben actualmente tratamiento en Europa, padecen algún trastorno mental, unido a otros trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas, en particular alcohol, sedantes o cannabis (OEDT, 2004a).

Otro aspecto de gran importancia es la patología psiquiátrica que con más frecuencia se detecta, Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (OEDT, 2004a) concluyeron que el diagnóstico más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de personalidad, que afecta a un porcentaje de población situado entre el 50% y el 90%, seguido de un trastorno afectivo (del 20% al 60%) y de trastornos psicóticos (20%). En esta línea el estudio de Kessler *et al.*, (2001) estimó que entre el 10% y el 50% de los pacientes presentan más de un trastorno comórbido del carácter o de la personalidad y dentro de los trastornos de personalidad, los antisociales representan un 25% de los clínicos estudiados.

En este sentido, los datos disponibles en Europa (OEDT, 2004b) ofrecen el siguiente panorama:

“En varios estudios clínicos, los trastornos de personalidad oscilan del 14% al 96%, con preponderancia de los de carácter antisocial y borderline; la depresión oscila de 5% al 72%; y los trastornos de ansiedad, entre el 4% y el 32%. Estas grandes variaciones se deben, probablemente, a las diferencias en las prioridades de la valoración del diagnóstico y al tipo de muestra elegida, y señalan, además, la falta de datos comparables entre los Estados miembros de la Unión Europea. La variación en las prioridades de la evaluación del diagnóstico psiquiátrico, manifiesta la necesidad de realizar investigaciones

estructuradas con muestras cuyas características estén bien especificadas y de disponer de herramientas de evaluación en todos los estados miembros” (p.1).

Según Alvarez *et al.*, (2006) en nuestro país la información disponible sobre patología dual es limitada existiendo escasos datos sobre la misma, así como pocos recursos de tratamientos específicos para pacientes con diagnóstico de patología dual.

Alvarez *et al.*, (2006) han realizado un estudio (N=700) con el objetivo principal de conocer la prevalencia de patología dual en pacientes drogodependientes en tratamiento en Castilla y León. En cuanto a la posible existencia o no de patología dual presente en estos pacientes los autores concluyen:

- En uno de cada cuatro pacientes estudiados (25,9%), no existe información sobre la existencia o no de patología dual.
- El 29,6% si presentan patología dual.
- El 39,4% no tienen patología dual
- Un 5,1% están siendo evaluados

En relación a la patología dual según el tipo de droga consumida:

- El 60% de los dependientes a anfetaminas presentan patología dual.
- El 36,8% de los dependientes a cocaína presentan patología dual
- El 27,6% de los dependientes a heroína presentan patología dual
- Los pacientes con menor frecuencia de patología dual son los dependientes de cannabis 18,7%.

Un parte importante de la muestra (79%) son policonsumidores, es decir, que consumen más de una droga de las estudiadas. Conviene señalar que la

patología dual es más frecuente en los policonsumidores (30,5%) que entre los que consumen una sola droga (26,1%).

Las patologías psiquiátricas más frecuentes agrupadas por grupo diagnósticos son:

- Trastornos de la personalidad: 52,2%.
- Trastornos afectivos: 27,5%.
- Esquizofrenia y trastornos esquizotípicos: 14%.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) suscribió la Declaración Europea de Salud Mental elaborada durante la Conferencia Ministerial que, sobre este tema, organizó la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que se celebró en enero de 2005 en Helsinki. Al firmar este documento, España, donde un 1% de la población padece una enfermedad mental grave, y, según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, el 8,4% de los españoles declaran padecer depresión, problemas de nervios o dificultades para dormir; se compromete a fortalecer sus políticas de salud mental, reforzando la atención comunitaria y las redes integrales de atención, que permitan un diagnóstico precoz y una rápida intervención, incluyendo la atención domiciliaria, los programas de rehabilitación, la participación de las asociaciones, el impulso a los programas de prevención e investigación y el desarrollo de sistemas de información potentes (Alvarez *et al.*, 2006).

9.4.2 Prevalencia de la comorbilidad en las prisiones

La población penitenciaria merece especial atención. La prevalencia de desórdenes psiquiátricos, al igual que la prevalencia del consumo de drogas, es mucho más elevada en la población penitenciaria que entre la población en general. Los datos notificados por Irlanda indican que el 48% de los hombres presos y el 75% de las mujeres presas sufren trastornos mentales, mientras que el 72% de los hombres y el 83% de las mujeres en prisión afirman haber tenido alguna experiencia con las drogas en algún momento de la vida. En 1999, el 23% de los consumidores problemáticos de drogas en el centro de detención policial de Viena presentaba problemas psiquiátricos. La tasa de recaída entre los consumidores de drogas que habían cumplido sus penas de prisión es elevada, y se reconoce cada vez más que la encarcelación puede contribuir a agravar los problemas de salud mental. La situación es incluso más dramática en las prisiones para penas de larga duración y en las de alta seguridad (OEDT, 2004).

En el apartado salud mental de la población reclusa en España hemos profundizado en esta cuestión.

9.5. TRATAMIENTO

El perfil de los pacientes en tratamiento por consumo de drogas, con este tipo de patología presenta como factores dominantes el consumo de heroína, anfetaminas o cocaína y uno o varios trastornos de personalidad, seguidos de depresión y ansiedad y, en menor medida, de trastornos psicóticos. Estas características se deben tener en cuenta a la hora de elegir un tratamiento adecuado, dado que, en muchos casos, precisan intervenciones combinadas, de carácter farmacológico y psicosocial durante un tiempo prolongado (Regier *et al.*, 1990).

Por otro lado, el tratamiento de la dependencia de sustancias con comorbilidad psiquiátrica en adultos, obtiene peores resultados, (elevadas tasas de recaída, respuesta disminuida a las medicaciones, resultados pobres en el tratamiento), que en los dependientes de sustancias sin patología psiquiátrica (Horton *et al.*, 1997). Así, en un estudio se ha señalado que el mejor predictor del uso de la droga y del seguimiento del tratamiento fue la severidad de la patología psiquiátrica en el momento de la admisión a tratamiento (McLelland *et al.*, 1983). La severidad de la comorbilidad psiquiátrica no sólo predice resultados del tratamiento a corto plazo (6-7 meses) sino también los resultados después de 2-3 años de tratamiento sugiriendo que la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con el uso problemático de las drogas en los adultos (Kranzler *et al.*, 1999).

El pronóstico de los trastornos psiquiátricos empeora en los casos en los que el paciente empieza a consumir drogas a una edad temprana y continúa consumiéndolas durante mucho tiempo (Anderson *et al.* 1989, citado en Alvarez *et al.*, 2006; Kandel *et al.*, 1978, citado en Alvarez *et al.*, 2006;). En sentido contrario, se ha señalado que el presentar trastornos de conducta en la infancia o adolescencia es un factor predictivo importante para presentar abuso/dependencia de sustancias en la edad adulta. En todo caso se ha sugerido por algunos autores que el consumo a edades tempranas de la sustancia adictiva, era un predictor importante del abuso/dependencia de dicha sustancia, incluso en ausencia de trastornos de conducta en la infancia o adolescencia (Sung *et al.*, 2004).

El tratamiento de los pacientes con patología dual presenta una serie de problemas y complicaciones, ya que normalmente se realiza en dos servicios de forma paralela, por un lado, el tratamiento de la patología psiquiátrica en un servicio de salud mental con formación predominantemente médica, cuyo personal, a veces, tiene limitados conocimientos de los tratamientos en materia

de drogas, y por otro lado, el tratamiento de la dependencia a la sustancia en servicios específicos de tratamiento de drogodependencias con formación eminentemente psicosocial. Las necesidades de ambos tratamientos a menudo se cubren con enfoques terapéuticos distintos y el modelo médico de psiquiatría podría entrar en conflicto con el modelo psicosocial de los servicios de drogodependencias (Álvarez *et al.*, 2006).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ha efectuado en 2004 una serie de recomendaciones para el tratamiento de pacientes con comorbilidad psiquiátrica:

- El objetivo del tratamiento de los pacientes con patología dual será básicamente conseguir la abstinencia en el consumo de sustancias, la estabilización de la comorbilidad psiquiátrica y la mejora de los trastornos médicos asociados.
- El tratamiento resulta eficaz siempre que su aplicación esté fundamentada en la investigación y se planifique y gestione de manera individual.
- Los servicios de atención a los pacientes con patología dual deben coordinarse e integrarse cuidadosamente para que el tratamiento surta efecto. La gestión de casos resulta muy eficaz en este tipo de pacientes.
- Es necesario proporcionar formación a todos los niveles al personal de cada una de las organizaciones involucradas, para que apliquen un enfoque holístico a la hora de tratar a los pacientes con patología dual y garantizar así el éxito del tratamiento.
- Unos servicios de tratamiento multidisciplinarios, coordinados, integrados y flexibles, fundamentados en la investigación y sometidos a supervisión, reducirán la rotación de personal y resultarán rentables.

- La asistencia postratamiento y las medidas de reinserción social son importantes para evitar recaídas y, por tanto, la necesidad de una asistencia que resulta muy costosa.

Para finalizar este capítulo queremos concluir haciendo hincapié en que para obtener eficacia y efectividad en los aspectos físicos, psicológicos y sociales es determinante que en los tratamientos de drogodependencia, tanto los de deshabituación como los de metadona, se realicen intervenciones desde diversas perspectivas, sanitaria, psicológica, social, formativa, laboral y de apoyo, las cuales permitan el mejor desarrollo de la vida social y humana.

CAPÍTULO 5

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON DROGODEPENDIENTES EN CENTROS PENITENCIARIOS

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

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

Este capítulo lo dedicamos a la intervención con internos drogodependientes. Analizamos cuáles son los objetivos de la Institución Penitenciaria en esta materia y describimos las características de los principales programas, como son los de prevención y educación para la salud, los de reducción de riesgos y de daños, y los de tratamiento de la dependencia. El apartado relativo al tratamiento de la dependencia en el medio penitenciario se ha orientado intentando dejar claro que son precisos varios requisitos para

que ese trabajo sea eficaz, dentro de las posibilidades y situación de cada persona en concreto. Entre ellos sobresale uno fundamentalmente, el trabajo multidisciplinar, abarcando los aspectos físicos, psíquicos, sociales, educativos y culturales, trabajo multidisciplinar en el que pueden y deben participar profesionales penitenciarios de las diferentes áreas (sanidad, psicología, educación, trabajo social, vigilancia...) y profesionales externos, de otras instituciones y ONGs.

1. FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCIÓN

La intervención con drogodependientes en centros penitenciarios se fundamenta en las características de la población drogodependiente y en el planteamiento de unos objetivos terapéuticos y reinsertadores, que determinan un conjunto de actividades para lograrlos, todo ello en consonancia con el marco legislativo (Circular 17/2005).

1.1 MARCO JURÍDICO LEGAL

La Constitución Española de 6 de diciembre de 1978 establece que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social. Conforme al artículo 25.2, las penas privativas de libertad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social, gozando el condenado a pena de prisión, de los derechos fundamentales. Es competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios necesarios, así como fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte y facilitar la adecuada utilización del ocio (Santamaría, 1982).

En los Centros Penitenciarios el mandato constitucional adquiere su desarrollo legislativo por medio de la Ley Orgánica 1/79 de 26 de septiembre General Penitenciaria (LOGP), del Real Decreto 190/96 de 9 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (RP), de la Circular 17/2005 de 15 de diciembre de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, sobre “Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias” y de la Instrucción 5/2001 SP de 7 de junio, sobre “Programa de Intercambio de Jeringuillas”.

Así se establece que el fin de los Centros Penitenciarios es la reeducación y reinserción social (artículos 1 LOGP¹ y 3 RP²), desarrollando las actividades dirigidas a su consecución (artículo 59 LOGP), por lo que se utilizarán los programas y técnicas de carácter psicosocial que vayan orientadas a aquellas problemáticas específicas (artículo 110 RP). La Dirección General de Instituciones Penitenciarias velará por la vida, integridad y salud de los internos (artículos 3 LOGP y 4 RP), siendo de su competencia, la planificación, organización y dirección de las actividades dirigidas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de internos con problemas de drogodependencias, estableciendo las líneas generales de actuación. A los fines de obtener la recuperación social de los internos, la Administración Penitenciaria debe ofertar, a todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, la posibilidad de seguir programas de tratamiento y de deshabituación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias. Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones, como son los Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas y las Organizaciones no Gubernamentales y Entidades, realizará en los centros penitenciarios los

¹ Ley Orgánica General Penitenciaria

² Reglamento Penitenciario

programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten, consistentes en programas de prevención, de reducción de daños y de riesgos, de tratamiento con metadona, de deshabituación y de reincorporación social (artículos 69 LOGP, 3, 62 y 116 RP, Circular 17/05, Instrucción 5/01).

Los Reales Decretos 75/1990, de 19 de enero, y 5/1996, de 15 de enero, regulan los tratamientos con opiáceos, al demostrarse eficaces en el control de patologías infecciosas, particularmente el VIH, y también al constatarse que hay personas que precisan este tipo de tratamiento, aunque aún no hayan realizado tratamiento en otra modalidad terapéutica, y aunque no sean VIH positivo; estableciéndose como único criterio de inclusión en los programas de tratamiento con opiáceos, el diagnóstico confirmado de dependencia a los mismos (De Marcos, 2001).

El Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia nacional sobre drogas para el período 2000-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2000), establece la colaboración de las Comunidades Autónomas en la consecución de metas y objetivos en materia penitenciaria, la formación de funcionarios, la constitución de los GAD en todos los centros, y el desarrollo de diversos tipos de programas y actividades: preventivos, de intercambio de jeringuillas, de intervención psicosocial en programas de reducción de daños, de módulos y comunidades terapéuticas, programas para mujeres y programas de formación laboral para internos drogodependientes.

1.2 OBJETIVOS

La gravedad de las complicaciones biopsicosociales de las drogodependencias, en los aspectos de salud, desestructuración de la personalidad, convivencia familiar, actividad formativa y laboral, deterioro social, marginalidad y problemas jurídico-penales, exige un adecuado abordaje que necesariamente ha de ser integral y multiprofesional, basado en la organización y coordinación, tanto en el Centro Penitenciario como con los recursos asistenciales extrapenitenciarios.

En concordancia con la Constitución Española y la Ley Orgánica General Penitenciaria, el objetivo genérico de la intervención reside en la normalización e integración social del interno drogodependiente. Normalización e integración social como estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que se enfrente y de la forma más autónoma posible. Ello quiere decir que las intervenciones van dirigidas a obtener y mantener, dentro de las posibilidades individuales, una estabilidad psicofísica y una conducta social adaptada.

Objetivos generales

Los objetivos generales que definen la intervención en materia de drogodependencias en Centros Penitenciarios son los siguientes (Circular 17/2005; Ministerio del Interior, 2005):

1.- Evitar el inicio en el consumo de drogas en una población abstinentes, minimizar las conductas de riesgo de aquellas personas que se han iniciado en el consumo de drogas, y reducir los daños asociados en aquellas personas que ya han desarrollado la adicción.

2.- Rentabilizar terapéuticamente la entrada en prisión de los drogodependientes.

3.- Posibilitar la continuidad del proceso rehabilitador en los drogodependientes que lo hubieran iniciado antes de su entrada en prisión.

4.- Estimular el inicio en la rehabilitación de aquellas personas que no hubieran tenido previamente contactos con dispositivos terapéuticos.

5.- Evitar la hipermarginación del drogodependiente, no sometiéndolo a una identificación y estigmatización discriminatoria en la dinámica penitenciaria por la condición de presentar adicción.

6.- Impulsar en aquellos drogodependientes cuyas condiciones jurídicas, penitenciarias y personales lo permitan, la derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 182 del Reglamento Penitenciario de 1996.

Artículo 182. Internamiento en centro de deshabitación y en centro educativo especial.

1. El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabitación de drogodependencias y otras adicciones, dando cuenta la juez de vigilancia. (RD 190/1996).

Objetivos específicos

Las características biopsicosociales de la población interna y el deber de protección de la salud y la finalidad de rehabilitación y reinserción social que debe caracterizar a las penas privativas de libertad y a las medidas de seguridad, al amparo del mandato constitucional y lo dispuesto en la legislación penitenciaria, determinan la necesidad de priorizar las intervenciones, ofertando programas de intervención adecuados a los problemas y necesidades (Circular 17/2005; Ministerio del Interior, 2005).

La intervención terapéutica con el interno drogodependiente debe ajustarse a las necesidades de esa persona en particular, en cada momento concreto. No es viable determinar una única modalidad terapéutica para todos los drogodependientes, dada la diversidad de problemas biopsicosociales, la existencia de diferentes subgrupos de internos con necesidades diferentes, e incluso las distintas necesidades que se pueden dar en estas personas según la evolución y el momento del proceso terapéutico en el que se encuentren. Por eso mismo, los objetivos específicos de intervención con internos drogodependientes, en orden a las prioridades y según las necesidades individuales, son los siguientes (Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001):

1.- Prevenir el inicio en el consumo de drogas y las conductas de riesgo, siendo prioritario desarrollar programas de prevención y educación para la salud, dirigidos a prevenir y reducir riesgos, en la población abstinerente, internos primarios y jóvenes.

2.- Prevenir y reducir los riesgos y los daños asociados al consumo, desarrollando actividades orientadas a:

- Evitar fallecimientos por sobredosis.
- Evitar el incremento del deterioro físico.
- Controlar los trastornos de salud asociados al consumo.
- Disminuir la progresión de la infección por VIH y otras enfermedades.
- Reducir la conflictividad y la actividad delictiva.
- Mejorar la adaptación social y laboral.
- Modificar hábitos de consumo.

Hacia estos objetivos prioritarios están dirigidos los programas de reducción de riesgos y de daños, para obtener mejora de la calidad de vida del drogodependiente y mejoras parciales en relación al consumo de drogas. Son fundamentalmente las intervenciones sanitarias, las intervenciones de

prevención y de educación para la salud, los programas de intercambio de jeringuillas y los programas de tratamiento con agonistas opiáceos, ya que también un adecuado programa de deshabituación y una incorporación social apropiada son eficaces intervenciones de reducción de riesgos y de daños.

3.- Conseguir periodos de abstinencia, que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social, desarrollando programas de tratamiento de la drogodependencia, ya sea con metadona (programa sustitutivo) o deshabituación (programa libre de drogas).

4.- Optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad. Hacia este objetivo están dirigidos los programas de preparación para los permisos y para la libertad, y la derivación a dispositivos comunitarios para la continuación del tratamiento o para el cumplimiento de la condena, evitando una ruptura en el proceso terapéutico.

El tratamiento de la dependencia requiere un enfoque biopsicosocial. Por ello, tanto los programas de tratamiento con metadona como los de deshabituación comprenden tres áreas, las intervenciones sanitarias, las de carácter psicosocial y las de preparación para la salida y reincorporación social (Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001).

Un tratamiento con metadona que abarque únicamente la dispensación del fármaco es una intervención fundamentalmente de reducción de daños y de riesgos. Un programa de tratamiento con metadona que comprenda actividades de apoyo psicosocial y de preparación para la salida es una intervención de carácter normalizador y rehabilitador. Como veremos más adelante, dependiendo de las características y situación personal del drogodependiente

que está en tratamiento, la intervención individualizada, en ese momento concreto, irá encaminada en un sentido o en otro.

1.3 LÍNEAS GENERALES DE INTERVENCIÓN

Las líneas generales de la Institución Penitenciaria en materia de drogas comprenden, por un lado, las intervenciones enfocadas a la reducción de la oferta, y por otro, los programas dirigidos a la población penitenciaria o intervenciones sobre la demanda (Circular 17/2005 IP³). Explicaremos a continuación las intervenciones sobre la demanda que es la parte que nos interesa para entender algunos aspectos de nuestra investigación.

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

1.3.1 Prevención

Son objetivos de los programas de prevención mejorar la información sobre las drogas, evitar el inicio del consumo, reducir el consumo, educar para la salud, cambiar actitudes relacionadas con el consumo, dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones de incitación al consumo y mejorar la competencia individual y social (DGIIP⁴, 2000).

³ Instituciones Penitenciarias

⁴ Dirección General de Instituciones Penitenciarias

1.3.2 Asistencia

La ausencia de decisión del drogodependiente para abandonar el consumo de drogas o determinadas características, tales como la existencia de unos estilos de vida totalmente afectados por el consumo de drogas o la existencia de problemas sociales o sanitarios graves, determinan que el objetivo de la abstinencia, aunque deseable, no siempre sea alcanzable (Circular 17/2005 IP).

Por otro lado la adicción a sustancias tóxicas provoca en la persona una desestructuración global a todos los niveles. Ello hace que la intervención con drogodependientes requiera un enfoque biopsicosocial a través de un trabajo multidisciplinar, desde diversas perspectivas, sanitaria, psicológica, social, formativa, laboral y de apoyo, las cuales permitan el mejor desarrollo de la vida social y humana de estas personas, la conformación de un mejor proyecto de integración personal, y si ello fuera posible, la eliminación de la dependencia.

Por todo ello, los programas del área asistencial con drogodependientes, dirigidos a aquellas personas que padecen problemas biopsicosociales a causa de su adicción y/o a causa de los patrones de consumo de drogas, consistirán en:

1. Reducción de riesgos y daños.
2. Deshabitación.
3. Intervención sanitaria.
4. Intervención psicosocial.

Reducción de riesgos y daños

Los programas de reducción de riesgos y daños no pretenden conseguir la abstinencia como objetivo principal, sino que éste reside en tratar de reducir los efectos nocivos a nivel sanitario, psicológico y social del consumo de drogas. Sus objetivos son evitar la transmisión de enfermedades contagiosas, impedir el deterioro de la salud de los propios consumidores, reducir la actividad delictiva al no precisarse la financiación de un consumo ilegal y sin control técnico sanitario, propiciar el contacto de los consumidores con los servicios de salud, modificar hábitos de consumo y mejorar la adaptación social y laboral.

Los programas de reducción de riesgos y daños se constituirán como área transversal, implicando y constituyendo el fundamento básico de todas y cada una de las estrategias, programas y recursos del centro penitenciario en materia de drogas. Todas y cada una de las intervenciones en esta materia se inspirarán en el objetivo de reducir las consecuencias del consumo antes que cualquier otro fin.

Los principales programas de reducción de riesgos y daños son:

- Prevención y Educación para la Salud.
- Intercambio de Jeringuillas.
- Tratamiento con metadona.

Deshabitación

Las intervenciones de deshabitación se dirigirán a internos drogodependientes con buenas perspectivas para iniciar un proceso de cambio orientado a la abstinencia.

Intervención sanitaria

La intervención sanitaria con los drogodependientes en centros penitenciarios tiene una especial trascendencia, ya que un porcentaje muy importante de los drogodependientes tienen serias deficiencias en hábitos saludables, o efectúan consumo de drogas con elevado riesgo, o la situación de salud es muy deficiente, e incluso en ocasiones con riesgo vital.

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades será realizado por el Equipo Sanitario del centro penitenciario, con la colaboración de la atención especializada y hospitalaria cuando los casos lo precisen. Estarán establecidos los diferentes programas y protocolos de actuación, entre los que cabe destacar, intervención en sobredosis, prevención de enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, desintoxicación de sustancias de abuso y tratamiento farmacológico con metadona o antagonistas.

Intervención psicosocial

La intervención psicosocial, dirigida a la mejora en la competencia psicológica y social, es un elemento clave para obtener e incrementar la mejora de salud física y mental, la adquisición de hábitos de prevención de prácticas de riesgo, los cambios comportamentales de actitudes y de estilos de vida, y la adquisición de habilidades laborales y sociales.

1.3.3 Reincorporación social

La reincorporación social contempla un proceso complejo de socialización y normalización que debe responder a las necesidades personales del drogodependiente, tratando de apoyar su incorporación a la vida familiar y medio cultural, laboral y social evitando su marginación.

Reincorporación social supone considerar todo el proceso de recuperación y no sólo su fase final. Por ello es necesaria una preparación progresiva del drogodependiente, en cuanto a facilitar la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.

2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

2.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Ya hemos explicado anteriormente los objetivos de la prevención nos detendremos ahora en el tipo de actividades que se realizan para alcanzar estos objetivos son (Circular 17/2005):

- Talleres de sexo más seguro.
- Talleres de consumo de menor riesgo.
- Talleres de manejo del estrés, habilidades sociales, habilidades de comunicación y de resolución de conflictos.
- Educación para la salud.
- Mediadores en salud.

La formación de mediadores de salud como método de educación entre iguales ha demostrado su eficacia y efectividad en los centros penitenciarios en los que se está desarrollando, por lo que se recomienda la implantación generalizada de este tipo de intervención. Los objetivos residen en capacitar a grupos de internos como mediadores en la promoción de estilos de vida saludable, difundiendo información preventiva entre otros internos usuarios de drogas, buscando de igual modo la mejora de la salud y de la autoestima y

cambios en las conductas de riesgo de los propios agentes de salud (Ministerio del Interior, 2005).

2.2 PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS (PIJ)

La Subdirección General de Sanidad Penitenciaria perteneciente al Ministerio del Interior en colaboración con la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo elaboraron en 2003 el Programa Marco de Intercambio de Jeringuillas en el medio Penitenciario. A partir de este documento explicamos los objetivos del programa.

El intercambio de jeringuillas en Instituciones Penitenciarias es un programa de reducción de daños que se instaura con objeto de prevenir la transmisión de enfermedades entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) a través del uso compartido del material de inyección.

Aunque el acercamiento de los UDI al equipo sanitario se puede y debe aprovechar para asesorarles en todo lo que atañe a la protección de su salud, la intervención terapéutica sobre su proceso adictivo no es el objetivo principal que se pretende. Se trata por lo tanto de una actividad de carácter exclusivamente sanitario, independientemente del enfoque terapéutico de la adicción del paciente, y que no debe afectar ni interferir con la políticas institucionales del abordaje de las drogodependencias ni de control del uso y tráfico de drogas en la prisión.

Dicho documento marco recoge los siguientes objetivos del Programa de Intercambio de Jeringuillas:

- Prevenir las infecciones por VIH, VHB, VHC y otros agentes patógenos asociados al uso inyectado de drogas en la población reclusa.
- Integrar los programas de reducción de daños en los servicios sociosanitarios que ofrece el centro penitenciario.
- Reducir la frecuencia de uso compartido de jeringuillas y agujas para la inyección de drogas mediante la distribución de material de inyección estéril.
- Mejorar las condiciones higiénicas de la autoinyección mediante la información y la educación para la salud, así como favorecer la modificación de otros comportamientos de riesgo para evitar la transmisión de estas enfermedades por vía sexual.
- Facilitar la comunicación entre los UDI y los profesionales sanitarios, de modo que se propicie la derivación a programas de tratamiento de la drogodependencia.
- Conocer las características y necesidades de la población UDI, con el fin de diseñar y priorizar adecuadamente las intervenciones de asesoramiento y educación para la salud.
- Motivar y sensibilizar a los trabajadores de los centros penitenciarios sobre los beneficios de los PIJ.

2.3 PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA

Según la Circular 17/ 2005 de la Dirección General de Instituciones Penitenciaria los objetivos de dicho programa son:

- Reducir los riesgos y daños asociados al consumo.
- Facilitar la disminución del consumo de opiáceos y otras drogas.
- Evitar el consumo por vía parenteral.
- Mejorar el estado físico y mental.

- Incrementar la higiene y hábitos saludables.
- Favorecer el descenso de la conflictividad.
- Mejorar la calidad de vida.
- Mejorar la competencia psicológica y social.
- Mejorar la adaptación social y laboral.
- Facilitar la normalización e integración social.

En función de las características de la persona, se pueden establecer dos tipos de modalidades:

- a) Programa de prescripción y dispensación de metadona.** Es una intervención de reducción de riesgos y daños en la que los objetivos principales residen en controlar el consumo activo, la vía parenteral y el deterioro físico, psíquico y social. La intervención básica y casi exclusiva consiste en la administración de metadona. Es un programa paliativo o de bajo umbral, dirigido a consumidores activos o con deterioro psicofísico.
- b) Programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona.** Además de la prescripción y dispensación de metadona se realizan intervenciones de mejora de la competencia psicológica y social. En determinados casos incluso se puede desarrollar un programa adaptativo o de alto umbral, dirigido a drogodependientes en tratamiento con metadona en los que hay un control del consumo de drogas y una estabilidad psicofísica, pudiendo llegar a plantearse la posibilidad de pasar a un programa de deshabituación.

2.4 PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

Según la Circular 17/2005 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias los objetivos de dicho programa son:

- Conseguir periodos de abstinencia que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social.
- Facilitar la adquisición de elementos, estrategias terapéuticas y pautas de conducta que permitan la normalización e integración social, enfrentándose con posibilidades de éxito a los factores adversos, internos y externos, que en otras condiciones tenderían a precipitar el consumo de drogas.

En la Circular 17/2005 y en Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo (2001) se recoge que la intervención biopsicosocial en drogodependientes en tratamiento de deshabituación se organiza en dos modalidades, tipo ambulatorio-centro de día y/o tipo modular, en función de las posibilidades arquitectónicas del Centro Penitenciario.

Deshabitación ambulatoria/centro de día

Este modelo de intervención se desarrolla en los centros penitenciarios con estructura radial o modular que no permite destinar al menos un módulo para albergar, de forma independiente del resto de la población reclusa, exclusivamente a internos drogodependientes en programa de deshabituación.

Se destinan espacios adecuados en el centro penitenciario para que los profesionales puedan desarrollar las actividades terapéuticas propias con los internos incluidos en programa. La intervención de tipo “ambulatoria” proporciona una atención individual/grupal, en dependencias específicas en cada galería o módulo, a los drogodependientes de ese departamento. En la intervención de tipo “centro de día” se desarrollan actividades propias del

programa con internos de diferentes galerías o módulos en una dependencia centralizada, con diversas aulas y despachos, en horario de media jornada, retornando por tanto los internos a sus departamentos respectivos.

En aquellos centros penitenciarios en los que también se desarrolla una intervención de deshabituación en módulo terapéutico, los internos drogodependientes pueden pasar por el programa ambulatorio/centro de día como fase previa o de pre-entrada al programa modular (y como fase de expulsión temporal del mismo).

Deshabituación en módulo terapéutico

Este modelo de intervención se desarrolla en los centros penitenciarios con estructura modular que permite destinar al menos, un módulo para albergar, de forma independiente del resto de la población reclusa, exclusivamente a internos drogodependientes en programas de deshabituación. Se proporciona una atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades en el módulo, evitando en todo momento el contacto de estos internos en programa con el resto de internos.

Con respecto a la intervención, se realizan terapias individuales y fundamentalmente grupales de: técnicas de reducción de ansiedad, mejora de la asertividad, manejo del estrés y resolución de conflictos, prevención de recaídas, habilidades sociales, educación para la salud y trabajo con familias. La intervención se debe complementar con actividades generales: educativas, deportivas, de formación profesional y ocupacional y de reinserción social y laboral.

2.5 PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

La preparación para la salida y reincorporación social es parte inseparable de toda la intervención que se realiza con los internos drogodependientes, por tanto es básico el desarrollo de las siguientes actividades (Circular 17/2005; Sanz, Comerón, García Murga, Longoria y Tarrazo, 2001):

- La formación prelaboral y laboral a través de la incorporación en cursos de formación.
- La derivación hacia los dispositivos comunitarios de atención especializada al drogodependiente en los casos de progresión a tercer grado, permisos de salida y libertad.
- Talleres de preparación para la salida y reincorporación social.
- Salidas programadas
- Participación en los recursos sociales que favorezcan la normalización.

3. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS A LA PRISIÓN EN DELINCUENTES TOXICÓMANOS

La pena privativa de libertad como respuesta al delito es bastante reciente (Segovia, 2004). Contrariamente a lo que suele pensarse, la cárcel como pena no tiene más allá de dos siglos. Aparece como forma de humanizar la ejecución de la pena. Hasta entonces se castigaba el cuerpo (corte de manos, de lengua, trabajos en galeras, minas...), a partir de ese momento, se empieza, por razones de humanidad, a castigar el alma como dice Foucault:

“Quizá hoy nos avergoncemos de nuestras prisiones. Sin embargo, en el siglo XIX fueron motivo de orgullo los presidios construidos en los márgenes -y a veces en el corazón mismo- de las ciudades; los patíbulos dieron paso a

nuevas edificaciones teñidas de benevolencia; ya no se trataba de castigar los cuerpos sino de corregir las almas” (Foucault, 2005).

En primer lugar la historia de la alternativa terapéutica es muy reciente. Antes de 1983, sólo se dio la alternativa terapéutica en algún caso aislado, pero sin base en el Código Penal, sino en base a los “fines de la pena” (Art. 25.2 Constitución Española).

En la Reforma del Código Penal de 1973 de 25 de junio de 1983, se permite el internamiento terapéutico o sometimiento a tratamiento ambulatorio para los sujetos a los que se les aprecie una “eximente incompleta de trastorno mental transitorio” por drogadicción o síndrome de abstinencia (en ambos casos se supone disminución del control de la voluntad). Cuando no había “eximente” (lo normal es que sólo se aprecie “toxicomanía” como mera “atenuante”), seguían dándose casos de alternativa terapéutica, como antes del 83, sin base penal, sino según el criterio del juez, en base a los “fines de la pena” (Elzo, Lidon y Urquijo, 1992).

En la reforma del Código Penal de 1973 del 24 de marzo de 1988, en el Art. 93 bis, aparece la posibilidad de **remisión condicional de la pena de privación de libertad**, a los condenados a penas cuya duración “no exceda de dos años” que hubiesen cometido el acto delictivo por *motivo de su dependencia* de las drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas siempre que se den las siguientes circunstancias:

- 1º. Que se declare probada en la sentencia *la situación de drogodependencia* del sujeto, así como que la conducta delictiva fue realizada por motivo de tal situación.
- 2º. Que se certifique suficientemente por *centro o servicio* debidamente acreditado u homologado, que el reo se encuentra *deshabitado o sometido a tratamiento* para tal fin en el momento de concederse el

beneficio.

3º. Que el sujeto *no sea reincidente* ni haya gozado con anterioridad del beneficio de la remisión condicional”.

Termina el artículo fijando unas condiciones durante “el plazo de suspensión de ejecución de la pena”, hasta que una vez transcurrido, el Juez o Tribunal acuerde su remisión; en caso contrario ordenará su cumplimiento. Tales condiciones son:

- La autoridad judicial requerirá al condenado o a los centros o servicios que participen en su tratamiento de deshabituación lo necesario para comprobar el comienzo y la continuidad del mismo, así como para controlar su evolución y las modificaciones que hubiere de experimentar.
- La suspensión de la ejecución de la pena quedará condicionada a que el reo no delinca en el período que se señale, así como a que no abandone el tratamiento.
- Cumpliendo lo anterior, una vez transcurrido el plazo de suspensión y acreditada la deshabituación del reo, el Juez o Tribunal acordará la remisión de la pena. De lo contrario ordenará su cumplimiento.

Esta situación de la experiencia terapéutica con relación al Código Penal supone un nuevo avance, ya que se acepta simplemente la situación de drogodependencia probada como base de aplicación, y hay referencias al centro o servicio de tratamiento. Pero, como en situaciones anteriores, siguen produciéndose casos que “se salen” de esos supuestos fijados, que se quedan cortos con relación a la realidad social. Los delitos de la mayor parte de los toxicómanos incurren en condenas de por los menos cuatro años, y con mucha frecuencia los toxicómanos son reincidentes (Elzo, Lidon y Urquijo, 1992).

Todo ello llevó a la práctica inoperatividad de este precepto, introducido en 1988, como se ha indicado, con la mejor intención, pero con poco acierto.

En cambio, con el Código Penal de 1995, se facilita la búsqueda de una solución al acuciante problema que con el sistema del Código Penal de 1973, suponía el tratamiento penal post-sentencia de los delincuentes toxicómanos.

Cuando una persona es declarada responsable (no tiene ninguna alteración en las facultades psíquicas –inteligencia, voluntad-) de haber cometido un delito se le impone la pena que esté prevista en el Código Penal para el delito que se trate. En cambio, para las personas que no son declaradas responsables penales (eximente completa o incompleta) porque han cometido el hecho en unas circunstancias que les impiden comprender que el hecho cometido es ilícito y no pueden actuar conforme a esa comprensión puede concurrir en ellos alguna de las circunstancias 1ª, 2ª y 3ª del artículo 20 del Código Penal de 1995 (anomalía o alteración psíquica, intoxicación plena de alcohol, drogas...cometer el hecho bajo los efectos del síndrome de abstinencia, alteración de la percepción de la realidad que altere la conciencia de la misma), se impone, no una pena sino una **medida de seguridad** atendiendo fundamentalmente a su peligrosidad para cometer delitos (Ríos, 2004).

Por lo tanto las personas que hubieren cometido el delito a causa de su dependencia de las sustancias se prevé la medida de internamiento en centro de deshabitación público o privado, debidamente acreditado u homologado. El régimen de vida en el centro de deshabitación puede ser cerrado o en tratamiento ambulatorio (Ríos, 2004).

Por otro lado el Código Penal de 1995 contempla la posibilidad de **suspensión de la ejecución** para personas drogodependientes que hubiesen cometido el delito a causa de su dependencia a determinadas sustancias (alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos). Esta alternativa consiste en dejar en suspenso la

ejecución de la condena durante un plazo determinado. No se exige que se reconozca en sentencia la drogadicción como atenuante o eximente; simplemente es necesario acreditar la drogadicción, incluso con posterioridad a la sentencia (Ríos, 2004).

Para la concesión de la suspensión se exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

1. Que la pena sea inferior a 5 años. La nueva reforma incrementa de tres a cinco el límite para que la pena pueda ser suspendida.
2. Que se certifique por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.
3. En caso de reincidencia (ejecutoriamente condenado por un delito del mismo título y naturaleza), el Juez valorará, por resolución motivada, la oportunidad de conceder o no el beneficio de la suspensión de la ejecución atendidas las circunstancias del hecho y del autor.

La suspensión en estos casos se condiciona a que el reo no delinca durante el plazo de la suspensión y a que no abandone el tratamiento hasta su finalización (Ríos, 2004).

Esta primera vía de acceso a un centro terapéutico como medida alternativa a la prisión es propuesta por el juez al procesado. Puede darse la circunstancia de que el sujeto esté en libertad provisional o en prisión preventiva.

Dentro de estas posibilidades, según se recoge en la investigación hecha por Elzo, Huete, Laespada y Santibáñez (1995), podemos encontrar

diferentes motivaciones:

- Algunos encuestados declararon haberse acogido con convencimiento personal de la necesidad de una rehabilitación. De alguna manera el juez “les da ese empujón” que necesitaban. El juez les ofrece la posibilidad de reintegrarse, algo que ellos ya andaban planteándose. Es una canalización de su propia voluntad y el proceso judicial lo facilita. En algún caso, incluso se lo piden al propio juez.

- Otros se acogieron por no ir a la cárcel, pensando que cualquier posibilidad es mejor que ir a prisión, pero sin una clara convicción de rehabilitarse. De alguna forma engañan al juez. En este caso, pueden ser conscientes de su deterioro físico, pero la inercia les empuja a no cambiar de situación. El motivo puede ser variado, pero si tenemos en cuenta que se han socializado en ese ambiente, podemos deducir que no tienen una idea clara de lo que es la vida “normal” o convencional, ante la que tienen muchos prejuicios e incluso “desprecios”, de forma similar a lo que nos ocurre a las personas que llevamos una vida convencional con respecto a su estilo de vida, los desconocemos y nos producen rechazo. Pero, y esto es lo interesante, el centro terapéutico, la terapia les “engancha”, notan el cariño de sus compañeros, aprenden a apreciar la amistad. Se da un acercamiento de la familia, algo que consideran de vital importancia la mayoría de ellos, realizan pequeñas actividades que van aprendiendo y comienzan a sentirse útiles. A través de las terapias se redescubren, se aceptan como son y van queriéndose un poco más cada día. Esto les estimula a continuar, incluso aunque los primeros momentos fueron muy duros, y el único motivo por el que se estaba era por no volver a la cárcel.

- Pero la mayoría acceden a la medida alternativa una vez que se encuentran en un centro terapéutico voluntariamente decidido y el juez accede a que siga el tratamiento computándose la condena. La decisión de entrar en el centro es voluntaria o presionado por las circunstancias en las que se encuentra, pero el primer paso, el acudir a un centro es dado por el propio

toxicómano y el poder judicial no hace sino impedir que haya una regresión en el tratamiento con el ingreso en prisión del toxicómano, en definitiva es evitar poner trabas a su recuperación y premiarla, si es efectivo el tratamiento, con una computación de la o las condenas pendientes. La voluntariedad es producto de su estado final, de su degradación física y psíquica, de la presión que ejerce la familia e incluso el temor a entrar en la cárcel. Todos estos motivos a la vez o alguno de ellos con más intensidad, hace que se tome la decisión de iniciar un tratamiento que saben que es duro y costoso. En unos casos son ellos mismos quienes deciden hacer algo, pero en muchos la familia empuja y condiciona fuertemente.

Una segunda vía de acceso a la medida alternativa la recoge el **art. 182 del Reglamento Penitenciario** en la que la persona es clasificada en tercer grado de cumplimiento para continuar un tratamiento extrapenitenciario de drogas.

Para los drogodependientes, la necesidad de tratamiento rehabilitador es esencial, y la cárcel no tiene los medios necesarios para facilitarlo. A estos efectos el Reglamento Penitenciario ha previsto el art. 182 que posibilita la excarcelación a un centro de rehabilitación extrapenitenciario. Esta posibilidad se hace efectiva si lo autoriza el juez en vía de recurso y sino, la propuesta tiene que venir por parte de la Junta de Tratamiento del centro penitenciario correspondiente. En esa propuesta deben constar todas las circunstancias que acrediten la conveniencia de esta medida y el consentimiento de la institución y el penado. El Centro Directivo, autorizará, o no el ingreso; siempre lo hará si es el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria quien lo autoriza. Se concede el cumplimiento exigiendo al centro de rehabilitación correspondiente un informe mensual de evolución, y bajo la premisa de que en caso de abandonar el tratamiento o no seguir una evolución positiva por causas imputables al penado se procedería a su ingreso en prisión (Ríos, 2004).

Menéndez y Rico (2004) clasifican a los usuarios de la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre de Asturias con problemas jurídico-penales en las siguientes situaciones:

- a) Originadas por un cumplimiento penitenciario:
 - Derivados de centros penitenciarios en aplicación del artículo 182 de Reglamento Penitenciario.
 - Penados en libertad condicional, a los que para la concesión de la misma se haya puesto la condición de tratamiento en centro de rehabilitación Proyecto Hombre.
- b) Medidas impuestas directamente por los jueces y tribunales sentenciadores:
 - Suspensión de condena del art. 87 del Código Penal.
 - Medidas de Seguridad (art.94, 104 y ss. del Código Penal).
 - Otros cumplimientos (multas, trabajos en beneficio de la comunidad) que el tribunal sentenciador concede que se cumplan sustitutoriamente en centros de Proyecto Hombre. En general, se refieren a penas de menos entidad, en días de prisión, que las anteriores.

Esta clasificación nos permite que en algunos momentos hablaremos de cumplimientos en fase de ejecución penitenciaria (primer grupo) y cumplimientos en fase de ejecución judicial (segundo grupo) (Segovia, 2004). Y para referirnos a la totalidad de estos usuarios, utilizaremos la expresión “usuarios con condicionamientos jurídicos” o “judiciales”.

Aunque desde un punto de vista penitenciario la libertad condicional condicionada a tratamiento de la drogodependencia no se considera una alternativa a la prisión sino el cuarto grado de cumplimiento de la pena privativa de libertad, es decir la última fase del cumplimiento de la condena (Ríos, 2004).

4. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

La evidencia muestra que los programas amplios, que incorporan la visión biopsicosocial descrita, posibilitan mayores garantías de éxito. Una revisión de la literatura disponible sobre la efectividad de las intervenciones en medios penitenciarios encuentra que las intervenciones de índole conductual y cognitivo-conductual son las que se muestran muy efectivas (Garrido, 1993; Garrido *et al*/1998; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Redondo, Sánchez-Meca y Garrido, 1999).

Mientras que para algunos expertos, la prisión es incompatible con cualquier proceso de responsabilización personal (Segovia, 1996), algunos estudios muestran que sí es posible conseguirlo y obtener buenos resultados: los programas de tratamiento para las drogas en la prisión pueden tener éxito en prevenir que el paciente vuelva a su conducta delictiva, particularmente si están ligados con programas que continúan el tratamiento en la comunidad cuando el recluso sale de la prisión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006b).

4.1 INTERVENCIÓN INTRAPENITENCIARIA

La mayoría de los numerosos programas con internos toxicómanos que se llevan a cabo en las prisiones españolas no han sido evaluados o, al menos, no han dado a conocer sus resultados. Por otro lado, los pocos programas que ofrecen algún tipo de evaluación no han realizado un seguimiento postratamiento que permita valorar la eficacia de la intervención realizada (García, 1999).

Uno de los primeros programas con drogodependientes en prisión fue llevado a cabo en el **Centro penitenciario de Carabanchel**, en 1989, en colaboración con el ayuntamiento de Madrid. Siguiendo el modelo de

tratamiento conocido como “Centro de Día”, se pretendía un tratamiento integral de los 115 internos politoxicómanos que accedieron al programa. Para ello se contó con un Equipo interdisciplinar formado por 14 profesionales (Médico, Psicólogos, Trabajadores Sociales, etc.), unos penitenciarios y otros contratados por el Ayuntamiento (Sánchez y Polo, 1990).

Entre los datos que ofrecen destacamos los siguientes:

- Índice de permanencia en el programa: sólo 20 de los 115 internos que fueron seleccionados, es decir un 17%, permanecieron los 9 meses previstos como duración del programa. El 52% causó baja antes de los 3 meses de estancia en el programa, bien por abandono voluntario o expulsión, bien por salida en libertad o traslado a otro centro.
- Se pasaron pruebas de evaluación de la ansiedad en tres momentos: antes de iniciar el tratamiento, a los 5 meses y al finalizar el programa. Los datos permiten deducir una disminución significativa del nivel de ansiedad conforme se avanza en el tratamiento.
- En cuanto al consumo de heroína y cocaína, los resultados de las frecuentes pruebas analíticas señalan que un 18% del total de la población atendida se mantuvo totalmente abstinente durante todo el período de tratamiento. Sin embargo, como hemos dicho, no se realizó un seguimiento posterior.

En 1990, el problema de la droga en prisión se estaba manifestando ya con toda su crudeza. Dentro de las múltiples respuestas para abordarlo que con el tiempo se han ido desarrollando en las prisiones, el **DAE (Departamento de Atención Especializada)** representa la estrategia del tratamiento residencial por antonomasia: la comunidad terapéutica. Como tal, cumple con la función básica de las mismas de separar al drogodependiente del entorno en el cual no puede controlar su consumo y de facilitarle un ambiente terapéutico donde el tratamiento de la drogodependencia adquiere un papel prioritario en la organización de la convivencia en la comunidad. El programa DAE se inició en 1990 en la **prisión de Quatre Camins**. Está basado

en el paradigma cognitivo-social descrito por Garrido (1993) y la intervención sigue el modelo de prevención de recaídas. Un análisis sobre los datos del desarrollo de este programa durante sus primeros cinco años (1990-1995) lo encontramos en Garrido *et al.*, (1998).

Los datos más relevantes de este estudio son los siguientes:

- Durante estos cinco años ingresaron en el DAE 207 internos. Su edad promedio es de 28 años y medio, politoxicómanos y con la heroína como droga problema principal (81%, 14% cocaína) en la cual se iniciaron a los 17 años, con consumo mayoritario por vía endovenosa (84%).
- Las altas terapéuticas han tenido un promedio de estancia en el DAE de aproximadamente 12 meses. El índice de retención en el programa (altas que finalizan el programa más las bajas por fuerza mayor) está para el periodo 1990-1994 en un 52%, porcentaje muy alto para un tratamiento de larga duración y muy superior al 14,5% de promedio de la Asociación de Comunidades Profesionales para toxicómanos (Comas, 1994). Incluso los nueve meses de promedio de estancia de las bajas por expulsión (40%) supone haber recibido buena parte del tratamiento con importantes periodos de abstinencia.
- De los 63 internos que habían finalizado el tratamiento hasta octubre de 1994, 17 se encontraban en prisión en el momento de la entrevista de seguimiento (septiembre de 1995) y 6 habían fallecido. De los 40 restantes solo se pudo localizar a 21. La media de días transcurridos desde la finalización del tratamiento era de 875 días (2 años, 4 meses y 25 días).
- Con respecto a la reincidencia se revisaron las entradas en prisión de los 83 internos que habían acabado el programa del DAE hasta el 31 de octubre de 1995, exceptuando los seis fallecidos hasta esa fecha. El promedio de días transcurridos desde la finalización del programa DAE era de 765 días (2 años, 1 mes y 5 días). Los resultados muestran que el 62,3% no había vuelto a ingresar durante este tiempo por un nuevo delito, 1 sujeto había reingresado por un delito leve (un hurto), 13 (16,9%) habían vuelto a ingresar por un presunto nuevo delito, sin existir todavía condena, y 15 (19,5%) podían considerarse propiamente reincidentes según el código penal.

Otra realidad basada en el modelo de comunidad terapéutica intrapenitenciaria o módulo independiente es la llevada a cabo en la **Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona** (García, 2006; Ministerio del Interior, 2000c). Se inicia en 1992 y en la actualidad representa la referencia en la intervención tratamental en nuestro país, como un modelo alternativo al modelo tradicional (modelo basado en la “distancia” jerárquica como forma de autoridad y en la actuación individualista) (Ministerio del Interior, 2005a).

Durante el periodo octubre de 1992 a diciembre de 2003 se realizaron un total de derivaciones a centros extrapenitenciarios Art.182 RP de 403 sujetos. De los cuales 324 (80,39%) sujetos después de una duración media del programa en prisión de dos años no han reincidido (García, 2006). Estos datos pertenecen a un macroestudio que se está desarrollando en la actualidad y que todavía no se ha publicado.

Gallardo, (1993, citado en García, 1999) da cuenta de un **programa de tratamiento con naltrexona** con 53 internos heroinómanos, llevado a cabo en el **centro penitenciario de Córdoba** entre el mes de agosto de 1992 y el mes de junio de 1993. Los participantes firmaron un contrato terapéutico, por el que se comprometían a una toma diaria de naltrexona, antagonista opiáceo, a los controles toxicológicos y a participar en actividades psicoterapéuticas.

El autor citado refiere los siguientes resultados:

- La evolución de los 53 internos que iniciaron el programa fue la siguiente: solamente 8 concluyeron el proceso terapéutico con éxito y fueron progresados a tercer grado y derivados a centros de tratamiento extrapenitenciario. Otros 6 internos fueron suspendidos de la toma de naltrexona por anorexia o aumento de transaminasas y 9 causaron baja por libertad o traslado a otra prisión. El resto, 30 internos, abandonaron voluntariamente el programa o fueron expulsados.

En 1993 comenzó a funcionar en el Centro Penitenciario de Navalcarnero un programa de tratamiento integral dirigido a penados drogodependientes que, en la actualidad, sigue desarrollando de forma satisfactoria. Este programa se realiza en colaboración por el Equipo de Tratamiento de dicho centro y la Asociación Punto Omega (García, 1999). El Programa de Apoyo a la Deshabitación y Reinserción (PADR) sigue el modelo de “Centro de día”, en muchos aspectos similar a una Comunidad Terapéutica, y se lleva a cabo en un departamento independiente, con capacidad para unos cien internos, donde se desarrollan todas las actividades: terapéuticas, culturales, formativo-educativas y ocupacionales. El trabajo de investigación se ha llevado a cabo con 180 internos, todos ellos penados en segundo grado y drogodependientes. La muestra está compuesta por los 90 internos que participaron en el programa de tratamiento, durante al menos 9 meses, y otros 90 sujetos (grupo control) que, habiendo ingresado durante los primeros cinco meses de 1993 en dicho centro, no aceptaron participar en el programa. Los resultados que destacamos de esta investigación son:

- Los resultados obtenidos en este estudio longitudinal muestran que los sujetos que han seguido el programa de deshabitación de drogas en prisión, durante nueve meses como mínimo, presentan una mejor evolución penitenciaria y un menor nivel de reincidencia, a los tres años de haber iniciado el tratamiento, que los internos que no siguieron dicho programa.
- No se pueden establecer inferencias causales, dado que los sujetos no fueron asignados al azar a los grupos experimental y de control.
- Sin embargo los autores infieren una razonable eficacia del tratamiento, porque, partiendo de que ambos grupos presentan unas características criminológicas y de consumo de drogas muy similares, el grupo control ha reingresado en prisión en un 43% de los casos; mientras que el grupo de sujetos que recibieron tratamiento han reingresado en un 16% de los casos, es decir un 27% menos.

Rodríguez, López y Vázquez (1996, citado en García, 1999) han llevado a cabo un estudio de evaluación de un **Programa de Mantenimiento con**

Metadona (PMM) llevado a cabo en el **Centro penitenciario de Huelva**. Desde 1993, el Grupo de Atención a Drogodependientes de dicho centro viene desarrollando programas de desintoxicación y deshabitación dentro de la propia prisión, así como derivaciones a recursos extrapenitenciarios de internos toxicómanos clasificados en tercer grado:

Este estudio de evaluación se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre de 1995. En esos tres años fueron admitidos al PMM 299 internos, que presentaban una edad media de 29 años y una antigüedad en el consumo de heroína de 11 años, así como infección por VIH en el 79% de los casos y patología psiquiátrica en el 12%. La duración media en tratamiento con metadona ha sido 90 días.

Entre otras conclusiones, los autores del estudio consideran que se ha garantizado la continuidad del tratamiento con metadona de aquellos internos que estaban en programas comunitarios. El número de pacientes que iniciaron el programa en 1993 se ha duplicado en 1995. También se señala que la participación en este tipo de programas disminuye la conflictividad de los internos y su demanda de psicofármacos, aumentando, por otro lado, las probabilidades de éxito en el disfrute de permisos de salida, al disminuir el consumo de drogas durante los mismos.

Vegue, Álvaro y García (1998) evalúan un **Programa de Metadona de Bajo Umbral en el Centro Penitenciario de Carabanchel** en Madrid:

Se estudian las características más relevantes de los 151 hombres y 90 mujeres que han sido tratados durante ocho meses. Procedían de otros programas de metadona 109 personas y fueron incluidas en prisión 132. La antigüedad en el consumo de heroína es de 14,3 años, la edad media de 31,9 años, son VIH positivos el 77,8%. Los autores concluyen que la metadona no produce aumento de la conflictividad en prisión y permite entrar en contacto con pacientes alejados de otros recursos terapéuticos disminuyendo el consumo de drogas y las prácticas de riesgo asociadas al mismo, pasando el uso de droga intravenosa del 32,2% al 8,7%.

Roca y Caixal (1999) seleccionaron 200 sujetos que estaban realizando tratamiento de toxicomanías en un centro penitenciario de Cataluña con la

finalidad de estudiar las variables penitenciarias más relevantes de las personas adictas en prisión. La mayoría de los sujetos (78%) cometen delitos contra la propiedad. Los resultados obtenidos indican que los sujetos que obtienen puntuaciones más altas en carrera penitenciaria (años de condena y años de prisión) y en adaptación social y penitenciaria (edad de primer ingreso en prisión, número de causas y días en el departamento especial sancionado) son los que podrían presentar mayores dificultades de adaptación en cualquier lugar.

Pla y Sabroso (1999) analizan los beneficios del Programa de Preparación de la Puesta en Libertad en el Centro Penitenciario de Foncalent (Alicante) con personas drogodependientes (n= 48). Los datos hacen referencia al periodo de tiempo comprendido entre junio y diciembre de 1998. Las conclusiones principales que destacamos son:

- Es una población con un largo historial delictivo, ya que un 60,4% ha cumplido condenas superiores a 5 años y un 39,5% ha cumplido condenas inferiores a 5 años, lo que indica que es una población con un alto índice de reincidencia delictiva, con una media de tiempo cumplido en prisión de 6 años y sólo un 37,5% de la muestra ha ingresado en prisión menos de 5 veces. Un 18% más de 11 veces.
- Es una población relativamente joven (edad media: 31 años) la mayoría con cargas familiares, de las que no se hacen responsables, con escaso apoyo familiar. Desempleados de larga duración con una inestabilidad importante y escasa experiencia profesional, con repetidos fracasos terapéuticos en los diversos programas existentes de tratamiento para mantener la abstinencia
- Todas estas variables muestran que estamos ante una población con grandes dificultades para la reinserción y una alta probabilidad de recaída en el consumo que puede conllevar al reinicio de las actividades delictivas.
- Los internos drogodependientes atendidos por el programa mejoran la calidad de vida dentro del entorno en que se encuentran, participando de las diversas actividades que existen en el mismo, así como disminuyendo el consumo y manteniendo en algunos casos la abstinencia.

El estudio que se presenta a continuación forma parte de la intervención e investigación realizada en un centro penitenciario de Madrid durante cuatro años (Moreno Jiménez, 1999). El objetivo general de la intervención fue mejorar la calidad de vida de los drogodependientes (n=64 presos) participantes a través de un programa de deshabituación y lograr la abstinencia el mayor tiempo posible. El principal objetivo de estudio se centra en hallar las diferencias en tres variables concretas en situación de internamiento y de libertad: a) motivación para el consumo de drogas; b) utilización del tiempo; c) riesgo en el contagio de enfermedades. Los resultados muestran que:

- En la calle, la motivación principal para consumir drogas, es la obtención de placer; a ésta le sigue el hecho de ser dependiente física y psicológicamente, lo que supone la existencia de tolerancia y síndrome de abstinencia. Sin embargo, en la prisión, el principal motivo por el que consumen drogas es la evasión, *irse de la prisión, quitarles días al juez*, olvidar que está preso. El segundo motivo es el de, simplemente, pasar el tiempo rutinario y monótono que supone la vida en la cárcel: *ayuda a pasar el tiempo*. Estos datos confirmarían que los presos adictos se drogan por diferentes motivos durante el internamiento que cuando estaban en libertad.
- Se observa, para la situación de libertad, que en el 69,4% de los sujetos es mayor el uso del tiempo en actividades de alto riesgo para el consumo de drogas, o que expresan claramente el consumo: *consumir drogas, robar, buscarse la vida, estar tirado, no hacer nada, ir de marcha*. Las actividades de bajo riesgo para el consumo que ellos han expresado son: *hacer deporte, ir de camping, estar en una asociación o con la familia*.
- Con respecto a la situación de internamiento se observa que en prisión se realizan más actividades positivas para el adicto que las que éste realizaba en la calle. En la institución penitenciaria algunos de los participantes han comenzado a asistir a la escuela, retomando estudios que no habían terminado, o aprendiendo conocimientos básicos en cursos de alfabetización. Unos pocos realizan algún trabajo en el interior del centro denominado destino: mantenimiento, limpieza, comedor, cocina etc., otros asisten a talleres cuando la institución los ofrece, o estudian algún curso de panadería, cerámica, pintura de camisetas...Sin embargo este aumento de actividades normalizadas es escaso e insuficiente porque los

presos disponen de tanto tiempo sin posibilidad de ocuparlo en actividades reforzantes que eso, en sí mismo, es un riesgo de consumo de drogas. Ya que es un tiempo libre en el que juegan a las cartas entre ellos, pasean por el patio, están sentados charlando de las actividades que realizaban en la calle, la mayoría de actividades delictivas, que propicia el consumo de drogas como principal actividad que les ofrece placer, lo que les supone un gran refuerzo.

- Con respecto a la evaluación de conductas de riesgo en el contagio de enfermedades, los resultados muestran que los sujetos no comparten sus cepillos de dientes ni sus maquinillas de afeitar ni en prisión ni fuera de ella. Se observa un aumento del riesgo en prisión respecto a la utilización de jeringuillas para el consumo de drogas; sin embargo, globalmente el número de personas que no utiliza jeringuillas en prisión es mayor que en libertad. En libertad, existe un gran riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual por el no uso de preservativos durante las relaciones sexuales puesto que la mayoría de los participantes no utilizaban el preservativo en sus contactos. Sin embargo se aprecia una disminución del riesgo en prisión, debido a dos factores: la falta de relaciones sexuales y el hecho de que las relaciones existentes están mediatizadas por la institución, se realizan en un lugar determinado, con horario fijado y en una habitación donde se dispone de preservativos.

A través de estos resultados puede vislumbrarse el posible beneficio que supone, para la persona drogodependiente, la entrada en prisión; sin embargo, no se pretende abogar, desde aquí, por el internamiento penitenciario como solución al problema de la delincuencia o como rehabilitación del drogodependiente delincuente. Sólo se pretende contribuir a la reflexión sobre los beneficios, si los hay, que la prisión puede aportar a la persona que ha sido detenida y condenada a la pena privativa de libertad.

Arroyo *et al.*, (2000), valoraron los **beneficios del tratamiento con metadona en heroinómanos**, en comparación con las circunstancias anteriores a su inclusión en el programa. Diseñaron un estudio preexperimental con un solo grupo pre-post intervención. La muestra fue de 62 internos (31 mujeres y 31 hombres) del Centro Penitenciario de Brians (Barcelona). Los

autores concluyen que:

- Durante su inclusión en el PMM (de menos de 3 años fue 58,1%, entre 3 y 6 años 32,2% y entre 7 y 10 años el 9,7%) habían mejorado la relación familiar, nivel socioeconómico, trabajo, autoestima y autocontrol.
- La autoagresividad presente en 28 de los pacientes, previo su inclusión en el programa, descendió en 19 de ellos. La heteroagresividad, presente en 38 de los encuestados descendió en 32 de ellos durante el tratamiento.
- La demanda de asistencia psiquiátrica, los intentos de suicidio, la prostitución, el hábito de compartir jeringuillas, la problemática legal disminuyeron de forma significativa.
- Referente a valorar el consumo de otras drogas en los programas PMM los resultados presentan limitaciones o sesgos en cuanto los pacientes se hallaban reclusos en el centro, pero la información se obtuvo en sujetos que estuvieron en el PMM con anterioridad a su ingreso en el centro. En dicha muestra se comprueba el consumo de otras drogas, con aumento del consumo de alcohol, tabaco, benzodiazepinas y de drogas de diseño. Solamente 12 pacientes indicaron consumo de heroína en una o dos ocasiones durante su inclusión en el PMM.
- El consumo de heroína, cannabis y cocaína disminuyeron de forma significativa.

A pesar de la existencia de programas libres de drogas y de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, lo cierto es que todavía existe un importante, aunque cada vez menor, número de personas que por diferentes motivos no quieren o no pueden abandonar el consumo. En el Estado español, los primeros **programas de intercambio de jeringuillas** en prisión, se llevaron a cabo en la prisión de Basauri, Bilbao, en 1997 (Ministerio de Sanidad y Consumo), y en 1998 en el Centro Penitenciario de Pamplona (García, 2002). Desde el inicio y a lo largo de dos años de funcionamiento del PIJ en Basauri, se llevó a cabo una evaluación del mismo, cuyos resultados, al igual que en Pamplona, reflejan la viabilidad de estos programas en el contexto penitenciario (Romero, Oviedo-Joekes, Mach y Marquez, 2005).

Las conclusiones principales de la evaluación del PIJ en la prisión de Basauri son (Ministerio de Sanidad y Consumo):

- Tras la implementación del PIJ no se ha producido un aumento significativo del consumo de drogas, ni de su uso por vía parenteral, siendo que se reduce la reutilización y el préstamo de jeringuillas.
- Los internos juzgan positivamente el programa, valorando la atención personalizada por gente joven y empática y reconociendo que no han tenido problemas derivados del uso del PIJ ni con otros internos ni con los funcionarios.
- Los funcionarios también evalúan positivamente el PIJ, aludiendo que no ha generado ninguna clase de conflictos, aunque estiman que las normas de su implementación deben ser rígidas y que debe ser ejecutado por personal de la prisión.
- La evaluación por parte del equipo ejecutor del PIJ acentúa el hecho de que el programa ha facilitado la labor educativa y sanitaria, y la derivación de los usuarios a programas de tratamiento.
- El equipo médico de la prisión reconoce que la implantación de este programa ha permitido conocer la realidad del consumo de drogas en prisión, que no se han producido patologías asociadas a dicho consumo, y que no se han registrado episodios en donde las agujas se hayan utilizado como armas.

La evaluación de la experiencia en el Centro Penitenciario de Pamplona también ha mostrado resultados positivos (García, 2002):

- Desde la implantación del PIJ en 1998 hasta 2001, no se produjo ningún caso de seroconversión a VIH, VHB ó C.
- El consumo de drogas fue estable, disminuyó el uso compartido y la reutilización de jeringuillas, se llevaron a cabo derivaciones a tratamiento por drogas y se obtuvo una tasa de retorno del 94,1%.
- Se produjo un aumento de consumo de cocaína inyectada, lo cual, tras petición de los internos, derivó en la incorporación al PIJ de otro tipo de jeringuilla.

Toda estrategia de prevención de la futura delincuencia se fundamenta en una cierta concepción explicativa de la propia conducta. A continuación presentamos una breve descripción de una investigación de un programa ambiental de contingencias basado en los modelos teóricos del condicionamiento operante.

Del Rey (2004) a partir de un modelo de cambio basado en la intervención ambiental o comunitaria evalúa la eficacia del tratamiento en un módulo terapéutico dentro del **centro penitenciario de Alcázar de San Juan** (Ciudad Real). En este módulo terapéutico se aplican preferentemente los programas de atención al drogodependiente implantados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias: metadona, deshabituación, educación para la salud, reincorporación social, etc. El estudio se realiza con 84 internos que están en programas desde octubre 2001 a junio 2004: en Programa de Metadona 51 (61%) y Libre de Drogas 33 (39%). Los datos y resultados más importantes son:

- Los internos que están haciendo tratamiento en el espacio *ad hoc* presentan menor número de expedientes disciplinarios en comparación con los internos del módulo residencial no terapéutico. Se aprecia una diferencia significativa de 56 puntos porcentuales. Una explicación a este fenómeno es el empleo de estímulos reforzadores (concretamente permisos de salida) en mayor cuantía en el espacio terapéutico. El comportamiento de los internos empezó a cambiar sólo con la expectativa de que iban a recibir un trato diferenciado. Este cambio se mantuvo administrando estímulos discriminativos, como la notificación de programación del primer permiso de salida, que anticipaban la presencia del reforzador real, es decir, la salida física por la puerta del recinto.
- A menudo, los internos demandan del facultativo tratamientos con benzodiazepinas que pueden actuar bien como sustitutivos, bien como enmascarados de consumos ilegales. Los motivos aducidos ante el médico son padecimientos de insomnio, ansiedad, situaciones familiares precarias, etc. En el módulo terapéutico se da con más frecuencia la disminución/supresión de tratamientos psicofarmacológicos, así como disminución de demandas injustificadas de atención

médica.

- En cuanto a los patrones de respuesta relacionados con el refuerzo Del Rey concluye:
 - La recompensa de la respuesta de abstinencia refuerza la misma. Son premios eficaces los reforzadores secundarios más potentes, como las excarcelaciones sin tutela (permisos de salida), y también los estímulos discriminativos que señalan la ocurrencia futura de aquéllos, como la notificación de su propuesta al Juez de Vigilancia Penitenciaria.
 - De modo inverso, la retirada de un reforzador señalizada por un estímulo delta (Vg.: sanción de privación de permisos de salida) debilita la respuesta de abstinencia, lo que plantea el problema técnico de la duración del tiempo fuera, ya que si se prolonga en demasía puede suponer una parada o retroceso en el proceso de deshabitación.
 - Cuando se produce un contraste sucesivo entre una situación de ausencia de refuerzo seguida por otra de presencia del mismo, el aprendizaje de la respuesta de abstinencia es más acelerado, debido quizá a que se facilita la discriminación al sujeto.
 - Una respuesta de abstinencia que no es reforzada tiene su techo y seguramente puede acabar extinguiéndose. Así, se registran consumos cuando no hay expectativas de excarcelación (nos referimos al permiso de salida) a corto/medio plazo, bien por no estar el permiso programado todavía, bien cuando las salidas se han interrumpido por sanciones o mal uso de las mismas.
 - Cuando se acerca el licenciamiento (o en menor medida, el tercer grado, y la libertad condicional), disminuye la tasa de respuesta de abstinencia, lo que con toda la probabilidad se debe a que el sujeto sabe que sea cual sea su comportamiento, la consecuencia es inalterable y positiva, es decir, llegada la fecha de extinción de la condena abandonará la cárcel. Por lo tanto, se corre el riesgo de consumo a sabiendas de que no hay, y no puede legalmente haberla, pérdida del estímulo positivo.
 - Consumo esporádico en función del aprendizaje de cadencias de permiso de salida. Cuando la cadencia de disfrute de permisos se atiene a un programa de reforzamiento de intervalo fijo, por ejemplo cada 45 días, hay sujetos que consumen bien durante la salida bien en el momento inmediato al regreso, absteniéndose de consumir sustancias a continuación hasta alcanzar la tasa de

respuesta exigida para volver a salir de permiso. Obtendríamos resultados parecidos si utilizáramos un programa de reforzamiento de razón fija, que exigiera un determinado número de analíticas negativas. Este fenómeno constatado aconseja modificar el programa de contingencia, pasando a usar programas variables y combinados, en los que para el sujeto sería más difícil detectar el tiempo y la tasa de respuesta exigidos para dispensar el reforzador, lo cual le obligaría a mantener la respuesta de abstinencia en cualquier condición.

4.2 INTERVENCIÓN EXTRAPENITENCIARIA

Desde 1995 se ha producido un aumento en el interés por el tratamiento y rehabilitación de drogodependientes con problemática legal fuera del entorno penitenciario, y se han desarrollado medidas legales para favorecer esta posibilidad. Las **comunidades terapéuticas** están entre los programas considerados como más útiles para favorecer la transición de la reclusión a la vida en comunidad, a través del tratamiento del drogodependiente en régimen abierto, y hay estudios que apoyan su efectividad (Elzo, *et al.*, 1995; Gañán y Gordon, 1999).

A continuación nos planteamos revisar algunas investigaciones sobre el tratamiento de drogas con personas con condicionamientos judiciales o penitenciarios.

Para Gañán y Gordon (1999) el iniciar un tratamiento rehabilitador por vía judicial no influye negativamente en la evolución terapéutica del sujeto, ya que estos sujetos abandonan en menor medida que el resto. Además existe una opinión generalizada por parte de los profesionales de los recursos asistenciales, de que un gran porcentaje de penados que cumplen su condena en un tratamiento rehabilitador, tienen una evolución similar o más favorable que el resto de los sujetos, permaneciendo incluso en tratamiento con

posterioridad a finalizar el cumplimiento entre 1 y 6 meses, dándose un 16% de altas terapéuticas. Esta vía puede servir para motivar hacia el tratamiento a sujetos que nunca antes lo habían iniciado, esto dependerá en parte de la calidad de los profesionales del centro terapéutico ambulatorio o residencial.

Fernández (2005) realiza una investigación comparando pacientes con y sin problemática judicial tratados en diversas comunidades terapéuticas por trastornos relacionados con las drogas. Los objetivos específicos son comparar estos dos tipos de pacientes en sus necesidades y problemática, su motivación para el cambio y tratamiento de la conducta adictiva, su respuesta y adaptación al tratamiento y su percepción y valoración de los programas. Participaron en el estudio un total de 107 pacientes drogodependientes en tratamiento procedentes de cuatro comunidades autónomas: Castilla y León, Extremadura, Murcia y País Vasco. La gran mayoría de estos pacientes eran varones (100; 93,5%), con una media de edad de casi 31 años, que llevaban en tratamiento un promedio de 148 días. Más de la mitad de estos 107 pacientes (63; 58,9%) tienen problemática judicial, bien sea por juicios pendientes, cumplimiento alternativo o suspensión de condena condicionada al tratamiento. Los resultados más relevantes son:

- Los pacientes con problemática judicial mostraban una mayor severidad de la adicción en áreas vitales como: médica, empleo, soporte social y psiquiátrica. Aunque el tamaño de la muestra evaluada es pequeño, los resultados obtenidos sugieren que los pacientes con problemática judicial podrían tener necesidades específicas y requerir servicios adicionales en algunas áreas-problema comúnmente asociadas a la drogodependencia.
- La evaluación de los procesos del tratamiento indica que los pacientes con problemática judicial están generalmente bien motivados para el cambio en la conducta adictiva y altamente motivados para el tratamiento y rehabilitación. Asimismo, estos pacientes son percibidos como personas relativamente bien adaptadas a los procesos de tratamiento por sus terapeutas y según su propia valoración de la respuesta afectiva al tratamiento. Sus atributos personales también

son valorados de un modo relativamente positivo por estos terapeutas.

- La valoración de la satisfacción de los usuarios con problemática judicial ha puesto de manifiesto un nivel de satisfacción altamente específico de los diferentes programas. En general los usuarios drogodependientes están satisfechos con la ayuda recibida y con la competencia profesional y trato recibido de los recursos humanos, demandando una mayor adecuación de las normas y objetivos del programa a sus necesidades y expectativas.

Menéndez y Rico (2004) realizan una investigación para evaluar el tratamiento extrapenitenciario a usuarios con condicionamientos judiciales en Proyecto de Hombre de Asturias. En este estudio también se comparan pacientes con y sin problemática judicial. En total la muestra la integraron 310 personas que comenzaron a lo largo del año 1997 su proceso terapéutico en Proyecto Hombre. De éstas, 54 personas tenían algún tipo de cumplimiento alternativo penitenciario (artículo 182 del Reglamento Penitenciarios, libertad condicional condicionada a tratamiento) o judicial (suspensión de condena, medidas de seguridad, etc.).

Las conclusiones más relevantes respecto al perfil de los usuarios son:

- En los dos grupos la mayoría de la muestra la constituían varones, con un estado civil de solteros, y una edad en torno a los 28 años (alrededor del 90% de los sujetos se agrupan entre los 20 y los 35 años) en el momento de iniciar el tratamiento. Asimismo, no hay diferencias significativas en cuanto al nivel de estudios, a excepción del caso de estudios de FPI terminados, donde el porcentaje es superior para los usuarios con condicionamientos judiciales.
- Sí existen diferencias significativas, en la situación laboral al iniciar el tratamiento; incluso excluyendo del análisis al porcentaje de usuarios condicionados procedentes de prisión (puesto que su situación laboral era de desempleo), dicho grupo evidencia una mayor tasa de paro que el grupo de usuarios sin condicionamientos, la mayoría de ellos no percibe subsidio de desempleo, y de entre los que sí están trabajando varios se encuentran en situaciones sin garantías claras sobre su inserción socio-laboral ni sobre la estabilidad de sus ingresos (trabajo sin contrato y trabajo en negocio familiar).

- Respecto al perfil toxicológico, no existe ninguna diferencia a destacar: la droga principal en ambos grupos es la heroína, con una forma de consumo inyectada, y una media de historia de consumo en torno a los 7 años.

Respecto a los datos sobre el proceso de rehabilitación destacamos las siguientes cuestiones:

- La motivación principal para iniciar el tratamiento coincide en ambos grupos (“sentir haber tocado fondo”); existen diferencias, sin embargo, en cuanto a otro tipo de motivos, claramente asociados al rasgo que caracteriza a cada grupo, es decir el condicionamiento judicial. Así, los porcentajes son superiores para los usuarios condicionados judicialmente respecto a los “problemas legales” y el “contacto con Proyecto Hombre en prisión”, y para los no condicionados los “problemas familiares” y “laborales”. Otra diferencia llamativa es el mayor porcentaje de usuarios sin condicionamiento judicial que refiere los problemas psíquicos como motivo para iniciar tratamiento, pero no se le encuentra relevancia estadística.
- Respecto al acompañamiento familiar durante el proceso de tratamiento, las diferencias son menores de lo que podría esperarse (teniendo en cuenta que los usuarios con problemas judiciales pueden verse a priori como más desestructurados y por lo tanto con menores posibilidades de contacto con sus familias): existe un mayor porcentaje de acompañamiento familiar en el grupo de los no condicionados (82% están respaldados por sus familias), pero no hay diferencias significativas con el grupo de usuarios condicionados judicialmente (75,9%).
- El momento del proceso en el que se produce la baja en el tratamiento es un dato importante, por cuanto nos empieza a hablar de la eficacia del mismo y de los índices de retención. Estos son más altos en el grupo de usuarios con condicionamientos judiciales; podemos relacionar el mayor tiempo en el tratamiento de este grupo con la presión “positiva” o elemento motivador que supone el condicionamiento, ya que tal dato se corrobora a partir de las opiniones de los profesionales de los equipos terapéuticos y jurídicos, como de los propios usuarios.
- Así, los usuarios con condicionamientos judiciales tienden a mantenerse en el tratamiento más tiempo que el otro grupo. Los usuarios sin condicionamientos judiciales que no concluyen el tratamiento, abandonan el mismo en torno a un 60% durante el Programa de Acogida, en la etapa inicial del tratamiento, porcentaje que

prácticamente dobla al del grupo con cumplimientos, independientemente de que en un momento posterior puedan retornar al tratamiento.

- Asimismo, los motivos de baja en el tratamiento nos hablan de esta relación también. El principal motivo en ambos grupos es la baja voluntaria; sin embargo, el porcentaje es mucho menor en el grupo de condicionados judicialmente, que ostenta en cambio un mayor porcentaje de expulsiones del tratamiento, algo que parece estar relacionado con los casos en los que se mantiene la motivación extrínseca pero se continúa en el proceso terapéutico para evitar las consecuencias jurídicas de su abandono, aspecto que se confirma también con las intuiciones de los terapeutas sobre este tema.
- El porcentaje de altas terapéuticas es sin embargo similar en ambos grupos, situándose en torno al 20% (22,22% en el grupo de usuarios condicionados, y 18,75% en el de no condicionados). Estos datos están en consonancia con los obtenidos en otros estudios, como el realizado por Fernández y Rico (2004), donde encuentran incluso un porcentaje de altas terapéuticas superior (27%) para los sujetos con cumplimientos penitenciarios.

En general podemos afirmar que existe apoyo científico de que los cumplimientos alternativos a prisión facilitan la reinserción social del drogodependiente.

En este sentido como señala J. de Lamo Rubio (1997):

“Elaborar cauces de normalización o reinserción es sin lugar a dudas uno de los mayores retos con los que se encuentra nuestro sistema jurídico”.
(p.15).

5. CONCLUSIONES

Hace años que Alarcón Bravo (1986) advirtió que:

“la política criminal del tratamiento... no se ha generalizado en ningún país del mundo, sólo ha habido ensayos aislados, en general de poca duración, sin continuidad, y ni aún en estos casos se ha aplicado en condiciones óptimas, sino medianamente aceptables, quizá porque uno de los requisitos, además de un contexto adecuado, es un cambio de actitudes del personal y esto suele requerir un cambio generacional”. (pp. 236-237)

Aunque hemos avanzado desde que Alarcón realizara esta afirmación, a juicio de Del Rey (2004) todavía se infrutilizan las dos estrategias básicas de la intervención global:

- construir un ambiente idóneo que facilite el tratamiento, e
- implicar a todo el personal que de una forma u otra trabaja con los internos.

Lo que parece necesario es la intervención sobre la base de un modelo universalmente conocido y compartido, aquél que resulte más adecuado para satisfacer las necesidades de los sujetos, y que además facilite la comunicación entre profesionales formados en distintas especialidades (medicina, derecho, sociología, pedagogía, psicología, etc.), mediante el uso de un lenguaje común.

La tradicional falta de entendimiento entre el mundo jurídico y el de las ciencias de la conducta ha dificultado el desarrollo del tratamiento, que fue considerado inicialmente por el mundo del derecho como una mera derivación de la función jurisdiccional (Alarcón, 1986).

El modelo jurídico de tratamiento de los reclusos, basado en la dicotomía delito-pena y en la instrumentación del castigo penal para alcanzar los fines de prevención del delito, ha sido sustituido en los años recientes por un modelo biopsicosocial centrado en la filosofía de la reducción del daño de los drogodependientes y la protección de su salud como valor superior.

Desde el punto de vista de Del Rey (2004), es hora de superar ambos planteamientos, integrándolos en un modelo que pretende el cambio del comportamiento de los sujetos que han delinquido. Este esquema aboga por la incorporación a las labores de intervención sobre los encarcelados a sectores profesionales primordiales como son los juristas y funcionarios del servicio de interior. Donde la pena privativa de libertad (instrumento jurídico) no sea un fin en sí mismo, sino un medio para conseguir un fin de naturaleza distinta (cambio de comportamiento de personas que han delinquido). Del Rey también plantea que sin conciencia del rol limitado que juega cada pieza del entramado de justicia penal (policías, fiscales, jueces, técnicos de las ciencias de la conducta, etc.), y sin respeto a la división de funciones especializadas, resultará muy difícil pretender resultados eficaces en materia de política criminal.

Con respecto a la revisión de la investigación sobre intervenciones específicas con drogodependientes en prisión concluimos:

Los **programas de intercambio de jeringuillas**, como una herramienta dentro del marco de las estrategias de reducción de daños y riesgos, son efectivos a la hora de evitar la expansión de enfermedades infecciosas, modificar conductas de riesgo, contactar con UDIs que no acceden a otros servicios, disminuir el número de jeringuillas usadas en circulación, ofrecer educación y consejo para un consumo más seguro, y posibilitar la entrada a tratamientos de drogodependencias.

En España, entre 1994 y 2003, ha habido un marcado descenso de la incidencia anual de nuevos diagnósticos de SIDA asociados al uso de drogas por vía inyectada. Sin embargo, a partir de 2001 parece haberse ralentizado el ritmo. No obstante la prevalencia entre UDIs de infección por VIH y de conductas de riesgo (compartir material de inyección, relaciones vaginales o anales sin protección) continúan siendo muy elevadas, por lo que es necesario mantener los programas preventivos y de reducción del daño que han venido desarrollándose en los últimos años (O.E.D., 2005).

Si bien en el año 1991 el consumo de heroína por la vía intravenosa agrupaba al 74,7% de los usuarios (O.E.D., 2000), ya en el 2002 descendía a un 23,9% (O.E.D., 2002). Este descenso del uso de la vía intravenosa, que varía mucho por comunidades, ha ido acompañado de una disminución de la incidencia de infección de VIH entre los usuarios de heroína (Torres-Tortosa *et al.*, 1995). No obstante, es importante tener en cuenta que el uso de la vía pulmonar no descarta posibles transiciones hacia la vía inyectada, asociada esta última con una pérdida de control de consumo, marginación y mayor tiempo de consumo (Neaigus *et al.*, 2001; Strang *et al.*, 1997). Por otro lado, la progresiva expansión del uso de la cocaína nos impele a mantener la alerta constante, dado que su uso por vía endovenosa presenta grandes riesgos, principalmente porque requiere varias inyecciones al día, aumentando la posibilidad de reutilización y el uso compartido de jeringuillas (Romero *et al.*, 2005).

Los **Programas de Mantenimiento con Metadona** representan una estrategia terapéutica válida dentro y fuera de los centros penitenciarios. Constituyen una alternativa eficaz para la consecución de objetivos de salud, disminuyen conductas de riesgo para VIH y otras patologías asociadas y modifican positivamente aspectos legales y sociales (Arroyo *et al.*, 2000; García 1999; Vegue, Álvaro y García, 1998).

Los resultados obtenidos en los **programas de deshabituación** justifican sobradamente la realización de este tipo de programas en los Centros penitenciarios (García, 1999; García, 2006; Garrido *et al.*, 1998; Sánchez y Polo, 1990).

Existe un acuerdo en que las personas con condicionamiento judiciales están más motivadas extrínsecamente hacia los **programas extra-penitenciarios**. Esta motivación está relacionada con la “amenaza” que suponen las penas o las causas judiciales pendientes para los drogodependientes, o bien con la posibilidad de cumplir dichas condenas fuera de las instituciones penitenciarias; esta situación sirve de aliciente para iniciar un proceso de rehabilitación, que en otras condiciones quizá no se habría empezado. Asimismo, y según los propios usuarios refieren, la presión externa derivada de los condicionamientos judiciales les sirve como “freno” en momentos de crisis, haciéndoles permanecer en el tratamiento (Menéndez y García, 2004).

Ahora bien, la realización del tratamiento facilita que las personas que lo iniciaron debido a presiones judiciales, internalicen la necesidad de abandonar su adicción y pongan en marcha mecanismos de integración social a todos los niveles (Elzo, *et al.*, 1995; Fernández, 2005; Menéndez y García, 2004).

Es necesario, por tanto, un amplio abordaje comunitario, que combine la prevención, el tratamiento y las estrategias de reducción de daños.

También es necesario a la hora de evaluar la eficacia de la intervención tener en cuenta el tipo de programa, tipo de método de evaluación usado y las características de los sujetos.

CAPÍTULO 6
**LA INVESTIGACIÓN
DE LA REINCIDENCIA EN LOS ENCARCELADOS**

1. CONCEPTO DE REINCIDENCIA

En cualquier estudio sobre reincidencia es necesaria la previa determinación del campo semántico atribuido al vocablo cuando éste ha admitido tantas acepciones como el que ahora nos ocupa.

Partiendo de que en sentido vulgar se habla de reincidencia cuando una persona que ya ha cometido un ilícito penal vuelve nuevamente a hacerlo, en función de las fuentes de las que se extraen datos para determinar tasas de reincidencia se deben diferenciar tres tipos (Luque, Ferrer y Capdevila, 2005; Villacampa, Torres y Luque, 2006):

- La **reincidencia policial**, que representa la medida más amplia de reincidencia. Se identifica con la propia de una persona detenida más de una vez por la comisión presunta de uno o más hechos delictivos nuevos. Identifica la reincidencia con un nuevo arresto, siempre que éste dé lugar a la confección de un atestado policial tramitado al juzgado competente.
- La **reincidencia penal**, más restringida que la anterior, porque se produce cuando, además de la nueva detención, hay una nueva condena judicial.
- La **reincidencia penitenciaria**, finalmente, la más restringida, ya que sólo incluye aquellos sujetos que a parte de ser nuevamente condenados, han reingresado de nuevo en prisión por una nueva causa.

En otro orden de consideraciones se diferencia un concepto jurídico y un concepto empírico de reincidencia (Redondo, Funes y Luque, 1994):

- La **reincidencia jurídica** es la apreciación que realiza un tribunal, al dictar una sentencia, sobre la existencia de delitos semejantes en los antecedentes de un sujeto. Es por tanto una reincidencia referida al pasado de un individuo al

que le va a ser aplicada una condena. Con tal sentido, solemos hablar de sujetos reincidentes, multireincidentes, etc., que serían aquellos que anteriormente cometieron y fueron condenados por uno o varios delitos.

- Un sentido bien distinto tiene la que se denomina **reincidencia empírica**, según la cual suelen investigarse las cifras de reincidencia de un determinado país, de una prisión, o de los participantes en ciertos programas de reinserción. Esta acepción de reincidencia tiene una direccionalidad futurible. Su análisis se dirige a conocer si un individuo o grupo de individuos, una vez que han cometido un delito y cumplido una determinada condena, vuelven o no a delinquir en cierto periodo de seguimiento posterior.

Como ejemplo que ilustra esta diferenciación, pensemos en diez delincuentes que hubieran sido condenados en una determinada fecha por la comisión de un delito. Imaginemos que de ellos, en el momento de ser condenados, ocho tuvieran antecedentes delictivos. Según esto, consideraríamos, desde una perspectiva normativa o legal, que el 80% de este grupo eran ya reincidentes al ser nuevamente condenados.

Supongamos ahora que, con independencia de sus antecedentes delictivos, tres de los diez delincuentes de nuestro ejemplo cometieran nuevos delitos en el decurso de los tres años siguientes. En este caso, desde la perspectiva empírica de la reincidencia, puede afirmarse que el 30% de ellos han reincidido en el plazo de tres años de seguimiento.

Deseamos prevenir al lector contra la confusión de estas dos acepciones de la reincidencia, ya que su distinción resulta crítica para esta investigación. Ciertamente, ambas acepciones -jurídica y empírica- hacen referencia a la comisión de un nuevo delito después de haber cometido alguno con anterioridad. Sin embargo, la acepción jurídica mira en dirección al pasado de los delincuentes y cuenta sus acciones delictivas previas. Mientras que la

reincidencia empírica se fijaría en los comportamientos delictivos futuros de los sujetos estudiados (Redondo, Funes y Luque, 1994).

De este modo (Redondo, 1992), evaluar la efectividad que tienen sobre su futura reincidencia los programas aplicados a los delincuentes, supone poner en relación variables como las siguientes: delimitar en qué consistió el programa aplicado, cuánto tiempo duró, en qué se diferencia de otros programas, etc., y, mediante un seguimiento de los sujetos que pasaron por él, medir -a través de indicadores de reincidencia como su apresamiento por nuevos delitos, nuevas condenas, delitos graves, etc.- , cuántos de ellos cometieron nuevos delitos en determinados periodos, y/o cuántos y qué delitos cometieron.

En apariencia, realizar el cómputo de los delitos cometidos por un grupo de sujetos hacia el futuro (acepción empírica) o hacia el pasado (acepción jurídica) parecería no tener importancia, debiendo ser su resultado idéntico (Redondo, Funes y Luque, 1994). Sin embargo, no es así, ya que en ambos casos, aunque se trate de los mismos sujetos, estaríamos realmente evaluando la reincidencia de muestras muy diferentes. En este punto, la diferencia básica entre reincidencia jurídica y empírica de un mismo conjunto de sujetos reside en el distinto criterio seguido para la selección de las muestras, a partir de las cuales se obtiene la puntuación de reincidencia. Más concretamente, ambas muestras se diferencian por el factor edad, que es menor en la muestra jurídica que en la empírica. Cuando en términos empíricos, llevamos a cabo el seguimiento de la reincidencia futura de un grupo de sujetos cuya edad media sea 28 años, estamos contabilizando las acciones delictivas subsiguientes, cuando su edad media es 29, 30, 31 años, etc. Cuando desde la perspectiva de reincidencia jurídica, computamos cuántos de estos sujetos ya habían cometido actos delictivos en el pasado, lo que realmente estamos haciendo es tomar como muestra evaluativa a estos mismos sujetos, pero cuando cada uno de

ellos era mucho más joven, contando tan sólo 16, 17, 18 años etc. Es decir, a partir del momento en que cada uno de ellos tuvo la ocasión de ser condenado e ingresar en prisión, por tener la edad penal. Por lo tanto el factor edad adquiere gran importancia en el análisis de la reincidencia.

En nuestra investigación analizaremos la reincidencia jurídica y la reincidencia penitenciaria empírica (aunque sólo hemos tenido en cuenta los nuevos ingresos en prisión en calidad de penado, y no hemos tenido en cuenta los ingresos en calidad de detenido o preventivo) porque las fuentes de las que hemos obtenido los datos (Expedientes Penitenciarios de los internos, depositados en la Oficina de Régimen del Centro Penitenciario de Burgos) nos permite adoptar estas tipologías de la reincidencia referidas al inicio de este epígrafe.

2. ESTUDIOS DE REINCIDENCIA EN ESPAÑA

Hemos categorizado las investigaciones en: estudios con población general penitenciaria y estudios con población penitenciaria drogodependiente sometida a tratamiento.

2.1 ESTUDIOS CON POBLACIÓN GENERAL PENITENCIARIA

La primera información empírica sobre la reincidencia en España se recogió en las Memorias de 1990 y 1991 del Departamento de justicia de la Generalidad de Cataluña, sobre la base de sendos estudios, llevados a cabo por la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Rehabilitación (Redondo, Funes y Luque, 1994).

Estos estudios han sido comentados en Redondo (1992) y Redondo, Funes y Luque (1993, 1994). En estos trabajos se estudiaron dos muestras de sujetos que habían cumplido una condena de privación de libertad, y que habían sido excarcelados -desde alguna de las prisiones de Cataluña- en 1987 o en 1988. Se trata por tanto de una investigación sobre reincidencia penitenciaria empírica (se tomó como indicador de reincidencia el nuevo ingreso en prisión de los sujetos por nuevas causas penales) de excarcelados en Cataluña y fue realizado por Redondo, Funes y Luque. A lo largo de 1987 salieron de prisión, tras el cumplimiento de su condena, en torno a 530 individuos. Durante los dos años siguientes se controló, mediante el Sistema Informático de prisiones -Sigma 60-¹, cuántos de ellos volvían a ingresar en prisión, por una nueva causa penal. Además de obtener las cifras básicas de reingreso carcelario, éstas se pusieron en relación con ciertas variables como el sexo de los sujetos, su edad y el régimen de vida penitenciario del que habían salido a la situación de libertad. En 1988 fueron excarcelados de las prisiones catalanas más de 700 internos. A éstos se les realizó -mediante el mismo procedimiento- un seguimiento de un año, poniéndose en relación el reingreso en prisión con los factores antes mencionados. Como datos básicos pueden señalarse los siguientes: durante el primer año de seguimiento, reincidieron un 28% de los sujetos de la muestra de 1987, y un 22,7% de la de 1988; durante el segundo año, la reincidencia acumulada de la muestra de 1987 había ascendido al 35,66%. Se presenta información más detallada sobre ambos estudios en la tabla 5.

¹ A finales de los años setenta el Ministerio de Justicia puso en marcha un nuevo sistema de organización de la información sobre los encarcelados. Se trata de un programa informático denominado Sigma-60, que permite la codificación para cada sujeto de un conjunto de datos básicos, relativos a su identificación personal, y su evolución penal y penitenciaria.

Tabla5. La reincidencia en España. Análisis de dos muestras de excarcelados en Cataluña, en 1987y 1988. Fuente, Redondo, Funes y Luque, 1994, p.31.

	Muestra de excarcelados en 1987 N= 530		Muestra de excarcelados en 1988 N=749
	Primer año de seguimiento	Segundo año de seguimiento	Primer año de seguimiento
Reincidencia total acumulada (%)	28,00%	35,66%	22,70%
Reincidencia acumulada por grado de tratamiento (%):			
Primer grado	71,42%	100,00%	75,00%
Segundo grado	43,40%	53,25%	36,83%
Tercer grado	14,00%	20,50%	8,76%

La investigación se continuó proponiendo mayor sofisticación en el análisis, de modo que pudieran ser depuradas y profundizadas las relaciones existentes entre la reincidencia de los excarcelados y más variados factores personales y de cumplimiento de sus condenas.

La muestra analizada quedó compuesta por todos aquellos sujetos excarcelados durante el año1987 que cumplieron una condena superior a tres meses de duración (excluyéndose de la muestra a los liberados condicionales por cuestiones sanitarias y humanitarias, y los extranjeros). Ésta resultó estar integrada, finalmente, por 485 sujetos, 37 de los cuales eran mujeres.

Las características más significativas de la población objeto de estudio fueron:

- Media de edad en que los sujetos ingresaron en prisión por primera vez: 25,7.
- Media de edad en que los sujetos fueron excarcelados en 1987: 30,7.
- El tipo delictivo más frecuente es el delito contra la propiedad (43%).
- Un 46% de la muestra regresó a la comunidad en libertad condicional. Pero la mayoría de ellos resultaron ser mayores de 30 años, casados y que, en menor porcentaje, cometieron delitos contra la propiedad.
- La totalidad de la muestra, cumplió una "condena base" (condena de cumplimiento en recogida de datos) fundamentalmente compuesta (en un 77,5%) por un solo

acto delictivo. El tiempo cumplido en prisión, que no tiempo impuesto de condena, ascendió a un promedio superior a dos años continuados antes de ser excarcelados en 1987. Sin embargo, la acumulación histórica de estancia total en prisión experimentada por los sujetos resultó ser de más de tres años.

- La población estudiada se caracteriza por tener muchos ingresos previos en prisión, aunque éstos fueron mayoritariamente sin condena. Es decir, es una población muy afectada por la prisión provisional.
- En lo referente a los factores sociales de la muestra, más de un 68% de los sujetos se definieron como solteros, proporción, como es lógico, inversamente proporcional a la edad.
- Más de la mitad de la muestra manifestaron no tener estudios. En el polo opuesto, encontramos que un 2,88% de sujetos tiene estudios de bachiller superior o universitarios.

En cuanto a la pregunta **¿Cuántos y cómo son los que vuelven?**, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

- El porcentaje de personas que habiendo cumplido una condena en prisión vuelven a ella por un nuevo delito a lo largo de **tres años y 6 meses de seguimiento** fue de **37,9%**, (184 personas). Con unos parciales del 22%, el primer año, 8%, el segundo, 6%, el tercero y 1%, el último medio año.
- Más de la mitad de las personas que reincidieron lo hicieron antes del año de su excarcelación. Conforme transcurre el tiempo, disminuye el índice de reincidencia.
- Algunas características diferenciales básicas entre las personas que reincidieron y las que no lo hicieron son: reincidieron los más jóvenes, con más experiencia delictiva previa, con menor tiempo de condena impuesta, que en menor grado se beneficiaron de reducciones de condena y, finalmente, que sufrieron regímenes de vida carcelaria más duros o penosos.

Una limitación de esta investigación es que recoge escasa información sobre **variables sociales**. Con la información disponible sobre factores sociales, sintetizan tres conclusiones:

- Desconocen la influencia que sobre la reincidencia tiene el grado de escolarización porque no disponen de datos fiables para definirse en ninguna dirección.
- La existencia de lazos de pareja parece relacionarse con una menor reincidencia.
- Con carácter general, las grandes urbes y sus zonas limítrofes son mayores productores de personas que reinciden en el delito frente a territorios más sociales con mayores posibilidades de incorporación social.

Por otra parte en esta investigación aparecen claramente, cuales son algunos de los **acontecimientos históricos** en la vida de las personas reclusas que les ha imprimido una mayor vulnerabilidad para el retorno al delito. Así estos factores biográficos (acontecimientos previos de condenas anteriores a la condena central de estudio o “condena base”) que intervienen en la reincidencia son:

- La juventud al entrar en contacto con el sistema penitenciario.
- La cantidad de contactos con la cárcel.
- La cantidad de condenas cumplidas.
- La cantidad de prisión cumplida.

Esta investigación fija su atención en la relación existente entre diversos parámetros de la “**condena base**” y la **reincidencia**, constatando los siguientes aspectos:

- Existe una relación inversa entre la duración de la condena y la posterior reincidencia. Relación ésta que viene modulada por los factores de edad y modalidad delictiva. Esto significa que los sujetos con más largas condenas (aplicadas a sujetos de más edad, con delitos más graves –de sangre-, etc.) son quienes reinciden en una menor proporción, mientras que reinciden más los individuos con más cortas penas (más jóvenes, condenados por delitos de robo con violencia, generalmente).

- Se evidenció cómo el sistema penitenciario operaba mayores acortamientos de condena (producidos por la figura redención de penas) para los sujetos de más edad, con penas más largas, que después reincidían en menor medida, mientras que los acortamientos eran menores para los más jóvenes, con penas más cortas, pero con una reincidencia superior.
- En relación con la tipología delictiva, la mayor proporción de reincidentes aparece entre los delincuentes contra la propiedad (43%), seguidos de los traficantes de drogas (jurídicamente, delitos contra la salud pública) (29%), y de los que delinquieron contra las personas (12%). Ningún delincuente sexual reincidió.
- Se puso de relieve una evidente asociación entre el “incremento de penosidad”² de la cárcel y la reincidencia posterior. La cifra de reincidentes fue muy superior entre

² La “**penosidad**” es un índice que pondera la duración del encarcelamiento en función de los regímenes de vida (régimen cerrado, ordinario, abierto y libertad condicional) en que se ha encontrado un individuo. Con ello se pretende obtener una puntuación que, en cada caso, nos informe de la mayor o menor longitud del tiempo de encarcelamiento de un sujeto, a la vez que refleje en qué medida este tiempo de cárcel ha sido, al menos teóricamente, más opresivo y perjudicial para el individuo (Redondo, Funes y Luque, 1994).

Un concepto previo al de “penosidad” es el que los autores denominan “**opresividad**”. En su investigación se asignó a cada situación o estado penitenciario un cierto grado de “opresividad” de acuerdo con la siguiente ponderación: libertad condicional=0 (lo que quiere decir que no se considera en su valoración), régimen abierto pleno=0,4, régimen abierto restrictivo (sólo fines de semana)=0,8, régimen de segundo grado u ordinario=1, régimen cerrado=2. Esto es, se estableció el presupuesto de que si un día en el más habitual de los estados penitenciarios – en el régimen ordinario o segundo grado- tenía el valor 1 de “opresividad”, un día pasado en estados más severos asumiría valores más elevados de “opresividad”, de acuerdo con las equivalencias referidas en este punto; y a la inversa, cada día de encarcelamiento en estados más suaves representaría valores de “opresividad” inferiores a 1. Así pues, la “opresividad” haría referencia a la secuencia evolutiva ponderada de un sujeto por los diferentes estado o regímenes de vida carcelarios. Con ello llegamos al constructo de penosidad, que es un concepto más elaborado, que combina la “opresividad” de los diversos estados con el tiempo pasado en cada uno de ellos. Resulta de sumar los productos del número de días pasados en cada estado por la “opresividad” asociada al mismo. La fórmula obtenida sería: $P = \sum (O_i \cdot T_i)$.

Imaginemos por ejemplo, un individuo que, durante su estancia en prisión -de 3 años y 3 meses-, hubiera estado 7 meses como preso preventivo, 2 años clasificado en segundo grado de tratamiento y 8 meses en tercer grado pleno o régimen abierto. Según la definición anterior, la “penosidad” (P) de su estancia en prisión vendría establecida por la suma de los siguientes parámetros: [(número de días pasados en prisión preventiva) x 1,2] + [(número de días que estuvo en segundo grado) x 1] + [(número de días en régimen abierto pleno) x 0,4]. En el ejemplo, $P = [210 \times 1,2] + [720 \times 1] + [240 \times 0,4] = 1.068$.

Como puede verse, el número resultante del constructo “penosidad” se haya muy influido por la duración total de la condena cumplida por cada individuo. Ello hace que mediante este parámetro los sujetos no sean fácilmente comparables entre sí, en lo tocante a la “penosidad” relativa a su estancia carcelaria.

Consecuentemente los autores Redondo, Funes y Luque, de este concepto previo (que sería la “penosidad” carcelaria derivaron otro que denominaron “**incremento de la penosidad**”

quienes mayor “incremento de penosidad” tuvieron que entre los que experimentaron un menor incremento de ésta o una reducción de la misma.

- Por último, las cifras de reincidentes entre quienes pasaron por régimen cerrado fueron muy superiores a las de aquellos que pasaron por régimen abierto.

Esta investigación también aborda el dar una respuesta a la siguiente pregunta **¿el aumento de las conexiones de los reclusos con el exterior puede facilitar su inserción social y por ende disminuir la reincidencia?**

Ya hemos visto, que en el caso español, la Ley Penitenciaria establece, cuatro regímenes progresivos: régimen cerrado, ordinario, abierto y libertad condicional. La diferencia más importante entre ellos estriba, precisamente, en la mayor o menor posibilidad de contactos con el exterior. Otros sistemas que facilitan la conexión de los reclusos con la sociedad son los permisos de salida y las salidas programadas. En ambos casos los encarcelados pueden abandonar temporalmente su reclusión para la realización de actividades específicas de tratamiento, con diversas finalidades: acudir a un centro de tratamiento, visitar a sus familiares para afianzar lazos afectivos, buscar un futuro puesto de trabajo, mejorar su formación, acceder a nuevas experiencias culturales o recreativas, deportivas etc..

Esta investigación concluye que la **edad en la excarcelación** aparece como una variable fundamental en la reincidencia. Los porcentajes de reincidencia son, significativamente mayores, para los sujetos excarcelados más jóvenes (75% a los 18-19 años) y disminuyen a medida que aumenta la edad en la excarcelación (19% después de los 40 años).

(ΔP), definido por la diferencia existente entre el parámetro “penosidad” o P y la Estancia, o tiempo que el sujeto permaneció en prisión durante la “condena base”. Por tanto: $\Delta P = [\sum (O_i \cdot T_i)] - \text{Estancia}$.

El “incremento penosidad” (o ΔP) es un parámetro que nos permite comparar entre sí a los sujetos en la vertiente “penosidad”.

Para su muestra encuentran una alta relación entre medidas favorecedoras de la incorporación social de los sujetos – régimen abierto y libertad condicional – y su menor reincidencia posterior. Según la **forma de excarcelación** los porcentajes de reincidencia obtenidos difieren, significativamente, siendo del 20,4% para los excarcelados en libertad condicional y del 53,1% para los que lo hicieron en libertad definitiva. De ahí que su respuesta a la pregunta que analiza la relación existente entre el modo en que los sujetos son excarcelados – más progresivo o menos – y su reincidencia sea la de incrementar las medidas de excarcelación progresiva: abrir más las prisiones, en lugar de cerrarlas, así como de la construcción de más centros de régimen abierto más efectivos penalmente.

Por otra parte, los resultados obtenidos en las investigaciones sobre reincidencia, llevadas a cabo en otros países europeos, recogidos en Redondo, Funes y Luque (1994), arrojan unos porcentajes de reincidencia que oscilan entre el 3,9% y el 36%, en el primer año de seguimiento, y, entre un 35% y un 54%, a los cinco años de seguimiento, según países.

Sin embargo, hay que hacer referencia al hecho de que las variables analizadas en estos estudios, han sido básicamente, de tipo penal-penitenciario, por lo que, carecemos de datos sobre la relación entre la reincidencia y otra serie de variables de tipo psicosocial y de conducta de los sujetos.

La **investigación realizada por la Central Penitenciaria de Observación**, se propone superar esa carencia al analizar el fenómeno de la reincidencia, tomando en consideración un conjunto de variables psicosociales de los sujetos, además de las estrictamente penales-penitenciarias y otras que hacen referencia a la conducta de los sujetos durante el cumplimiento de las condenas (Serrano, Romero y Noguera, 2001).

Es necesario tener presente que la Central Penitenciaria de Observación tiene, entre sus funciones, la de completar la labor de los Equipos de Observación y Tratamiento de los Centros, por lo que procede a revisar las situaciones de aquellos internos que lo solicitan, o de aquellos otros que presentan características difíciles y son estudiados a demanda de Jueces y Tribunales o del propio Centro Directivo.

La muestra utilizada, está compuesta por 330 sujetos, condenados a penas privativas de libertad, internos en distintos centros penitenciarios, dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, que habían sido estudiados por la Central Penitenciaria de Observación entre los años 1992-94, y fueron excarcelados entre 1993 y 1996. La reincidencia se mide a través de los reingresos en prisión por nuevas causas (reincidencia penitenciaria empírica) y su evolución a lo largo de **tres años de seguimiento**, hasta diciembre de 1999. Los resultados de este estudio los resumimos a continuación:

- Después del tercer año de excarcelación el índice acumulado de reincidencia es el **46,7%**. El primer año reincide el 30,6%, el segundo año el 12,7%, y, el tercer año el 3,4%.
- **La reincidencia de los sujetos con problemas de drogas (n=271) es del 52,4%**
- La reincidencia que se obtiene, en el primer año de seguimiento, supone el 65% del total de los tres valorados, por lo que, a medida que pasan los años, una vez excarcelados, las probabilidades de reincidencia disminuyen considerablemente.
- Los nuevos reingresos fueron por delitos contra la propiedad en el 70% de los casos, por delitos contra la salud pública en el 13%, por delitos contra las personas en el 5% y por delitos contra la libertad sexual en el 3,7%.
- Se confirma, con respecto a otros estudios, que la edad es una variable esencial, que influye en las carreras delictivas de las personas que delinquen, y, es determinante de cara a una mayor reincidencia, con mucho más peso que la cuantía de las condenas.

- Un conjunto importante de variables de naturaleza jurídico-penal (delito, condena, número de causas, antecedentes penales), de conducta penitenciaria (participación en actividades de tratamiento, consumo de drogas en prisión, infracciones disciplinarias) y psicosociales (vinculación familiar, hábitos laborales, drogodependencia), aparecen como relevante para diferenciar entre los sujetos reincidentes y no reincidentes.
- Variables que hacen referencia al historial delictivo (carrera delictiva) como los antecedentes de ingreso en Reformatorio, la edad de primer ingreso en prisión, el número de ingresos y la edad de excarcelación, así como la forma de excarcelación y la penosidad en el cumplimiento, son significativas en la reincidencia.
- Todas las medidas que influyen en unas condiciones más suaves de cumplimiento como: reducciones de condena, participación en actividades y programas de tratamiento, clasificación en tercer grado de tratamiento, permisos de salida etc, resultan estar relacionadas con una menor reincidencia, lo que resulta esperanzador, ya que, nuestra legislación contempla esas actuaciones y pueden ser el instrumento adecuado para reducir la reincidencia en el delito.

Otro estudio publicado en el año 2004, efectúa el seguimiento de quienes fueron excarcelados en Cataluña en el año 1997, y fue realizado por Luque, Ferrer y Capdevila. Esta investigación más actual pone al día, compara y amplía los resultados de aquel primer estudio publicado en 1993.

El concepto de reincidencia que se utiliza es el de reincidencia penitenciaria empírica, es decir el índice de reingreso en prisión de una muestra de internos a los que se sigue durante un periodo de tiempo determinado. Se entiende por reingreso el hecho de que un sujeto de la muestra vuelva a prisión (como preventivo o como penado) por haber sido acusado de cometer un nuevo delito posterior al inicio del periodo de seguimiento, es decir, después de ser excarcelado el año 1997.

Los resultados de esta investigación han sido publicados en Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005).

La población objeto de estudio son las 3.898 personas penadas que salieron de las prisiones catalanas en el año 1997. No se consideraron los que salieron como preventivos. La muestra, seleccionada aleatoriamente consta de 1.555 personas. Los datos se han obtenido de la aplicación informática llamada *Programa Cataluña*, que funcionaba antes del 20 de febrero de 2003 en la Secretaria de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil del Departamento de Justicia.

Se presentan los resultados en tres partes bien diferenciadas. La primera da información sobre las características de la población excarcelada en el año 1997 y las principales diferencias que presenta en relación a la población del estudio anterior, que fue excarcelada en el año 1987. En la segunda parte, se dan datos sobre las tasas de reincidencia obtenidas y sus diferencias según los grupos que se comparan en función del sexo, la nacionalidad, los antecedentes penitenciarios, el delito principal cometido, y el tipo de excarcelación. En la tercera parte de los resultados, se facilita una fórmula matemática que indica cuáles son las variables estudiadas que, integradas en una ecuación lineal, explican y predicen la reincidencia.

Características de la población excarcelada en el año 1997 y diferencias con la población excarcelada en el año 1987:

- Por lo que se refiere al género, el 91,6% son hombres y el 8,4% son mujeres.
- Respecto a la nacionalidad, el 81,7% son españoles y el 18,3% extranjeros.
- La edad de primer ingreso en prisión se sitúa, de media, en los 27,8 años.
- En relación con los antecedentes penitenciarios, la mayoría de las personas habían tenido ingresos previos en prisión (81,5%).
- La media de condena impuesta por los jueces y tribunales es de 4,2 años, pese a que la media de cumplimiento real y efectivo es de 1,5 años, lo que supone un cumplimiento del 36,7% del tiempo de condena (en el tiempo efectivo cumplido no se ha considerado el tiempo pasado en prisión preventiva).

- En relación al número de causas que constan en la condena base, el 67,3% sólo tiene una. Los tipos de delitos principales por los que han sido condenados son, generalmente, delitos contra la propiedad (53,7%), contra la salud pública (22,6%), contra las personas (7,1%) y contra la libertad sexual (2,8%).
- Respecto a los incidentes protagonizados por la muestra del estudio en el transcurso de la condena base³, el 78,4% no protagonizó ninguno. Un 88% de los internos no tuvieron ninguna falta disciplinaria. Un 3,5% vivió un régimen cerrado en algún momento de la condena base, con una media de 1,2% del tiempo efectivo cumplido en prisión; por el contrario, el 41,5% de la población estudiada disfrutó de régimen abierto, con una media del 16,8% del tiempo de prisión. Un 44% de la población estudiada disfrutó de permisos de salida y/o salidas programadas, con una media de 23,3 días de permiso disfrutados por sujeto.
- En relación con la manera que fue excarcelada la muestra, el 69,3% lo fue en libertad definitiva, el 23,5% en libertad condicional y el 7,1% por otros sistemas. La edad media en el momento de la excarcelación se sitúa en los 33,4 años, con 5,6 años de diferencia respecto a la edad media del primer ingreso en prisión.

Cuando se comparan las poblaciones excarceladas los años 1987 y 1997 se destacan las siguientes diferencias:

- La población penitenciaria ha envejecido, ya que la media de edad del primer ingreso en prisión es de 27,8 años en el año 1997, frente a los 25,7 años de la muestra del año 1987; por otro lado, la media de edad en el momento de la excarcelación de la condena base es de 33,4 años en el año 1997, frente a los 30,7 años que tenía la muestra del año 1987.
- La muestra del presente estudio tiene una carrera delictiva más consolidada, ya que ha aumentado tanto el porcentaje de ingresos previos en prisión (81,5% en el año 1997 frente al 73,6% del año 1987) como el número de causas de la condena base por las cuales ingresan (el 32,7% tenía más de una causa en el año 1997 frente al 22,5% en el año 1987).
- Ha cambiado el tipo de delito principal por el que se cumple condena, ya que ha disminuido el porcentaje de delitos contra la propiedad (53,7% en el año 1997, frente al 73% del año 1987) y han aumentado los delitos contra la salud pública

³ La condena base es la condena cuya excarcelación se produce en el año 1997 y que origina la población objeto de este estudio.

(22,6% en el año 1997, y 9% en el año 1987) y contra las personas (7,1%, el año 1997, y 5% en el año 1987). Los delitos contra la libertad sexual se han mantenido en proporciones similares (2,8% y 3%, respectivamente).

- Han salido menos personas en libertad condicional (23,5% frente al 46%).

Las tasas de reincidencia y las diferencias entre grupos:

- Al finalizar los **5 años de seguimiento** de la muestra objeto de estudio, encontramos que la tasa de reincidencia penitenciaria (porcentaje de sujetos que vuelven a prisión por una causa nueva) es del **37,4%**.
- Ahora bien, el porcentaje de retorno a prisión de esta muestra aumenta hasta el 51,8% si sumamos los individuos que reingresan por un delito cometido, con anterioridad a la excarcelación del año 1997.
- La tasa de reincidencia penitenciaria empírica, 37,4%, se ha mantenido muy parecida a la que se calculó en el estudio de Redondo, Funes y Luque (1994) (que era del 37,9% para los excarcelados en el año 1987). En este estudio, el porcentaje de retorno a prisión por causas anteriores aumenta significativamente respecto al de 1987 (un 14,4% el año 1997, frente a un 7% del año 1987). Este dato refuerza la idea que la población reclusa tiene una carrera delictiva más intensa y está más tiempo en contacto con el sistema penitenciario.
- Por lo que se refiere al número de veces que los sujetos reincidentes vuelven a prisión por una causa nueva, en el transcurso de este periodo de seguimiento, la media de reincidencia es de 2,7 veces. Respecto al tiempo que tardan en reincidir, los que han vuelto por una causa nueva lo han hecho una media de 486 días después de su excarcelación (1 año y 4 meses). En cuanto al tiempo que se tarda en reincidir, tomado por intervalos, no hay diferencias a destacar entre las dos investigaciones.

En lo que respecta a las diferencias entre grupos, se destacan sólo las referidas a la reincidencia penitenciaria:

- Los hombres son más reincidentes (38,2%) que las mujeres (28,5%).
- No hay diferencias en cuanto a la reincidencia entre españoles y extranjeros, pero sí que se encuentran cuando se detalla por áreas geográficas de procedencia: los magrebinos (50,8%) y los latinoamericanos (45,2%) son los colectivos más

reincidentes, bastante más que los españoles (36,3%), mientras que el resto de europeos occidentales informan de las tasas más bajas de reincidencia (23,7%).

- La actividad delictiva después de la excarcelación de la condena base es directamente proporcional a la actividad delictiva previa: son más reincidentes los que tienen antecedentes penitenciarios con condena (51,3%) que sin condena (preventivos, 27,6%) o los que no tienen antecedentes penitenciarios (22,6%). También hay importantes diferencias en cuanto al tiempo que tardan en reincidir: mientras que los que no tienen antecedentes tardan una media de 637,8 días, los que tienen antecedentes con condena sólo tardan 433,6.
- En cuanto al delito principal por el que se ha ingresado en prisión en la condena base, los condenados por delitos contra la propiedad son mucho más reincidentes (36,6%) que el resto: contra la salud pública (16,6%); contra las personas (17,6%); o contra la libertad sexual (22,2%).
- Entre los reincidentes, es mayor el colectivo que fue excarcelado de la condena base en libertad definitiva (44,3%) que en libertad condicional (15,6%); también son los que reingresan más veces (2,95 ingresos posteriores de media, frente al 1,67 de los puestos en libertad condicional) y los que lo hacen antes (476,2 días frente 702 días de los que salieron en libertad condicional).
- La edad tiene que ver con la reincidencia: los más jóvenes en entrar por primera vez en prisión reinciden más (44,9% frente al 26%), vuelven antes (462,3 días frente 548,4 días) y son más multireincidentes (una media de 2,98 nuevos ingresos *versus* 2,31). También pasa lo mismo respecto a la edad de excarcelación: los más jóvenes en salir presentan una tasa de reincidencia más alta (42,5% *versus* 30,2%) y por más causas (2,97 *versus* 2,27).

Con respecto a la **predicción de la reincidencia**, el estudio propone una fórmula que permite calcular el riesgo de reincidencia de los internos en función de aquéllas variables estudiadas que obtienen un valor predictivo mediante el uso de técnicas estadísticas multivariadas. Las variables que resultan significativas para predecir la reincidencia son:

- El número de incidentes en la condena base (más riesgo de reincidir cuantos más incidentes).
- El tipo de excarcelación (más riesgo los que salen en libertad definitiva).
- La edad del primer ingreso en prisión (más riesgo los que ingresan más jóvenes).

- El sexo (más riesgo sin son hombres).
- El número de ingresos previos en prisión (más riesgos cuantos más ingresos previos).
- Los días de estancia previa en prisión (más riesgos cuantos más días de estancia previa).
- El número de causas de la condena base (más riesgo si hay más de una causa)
- Y el hecho de haber estado previamente ingresado en prisión con condena y sin condena (más riesgo si se tienen antecedentes).

Este modelo predictivo debe de ser mejorado incorporando información sobre determinadas variables sociofamiliares y personales que los autores no han encontrado en los expedientes (Luque, Ferrer y Capdevilla, 2004b).

Pérez y Redondo (1991) seleccionaron al azar a 108 sujetos varones, de entre 21 y 25 años de la prisión de Ocaña-II y estudiaron las relaciones con la variable reincidencia (reingreso en prisión por nuevas causas penales, ya fueran preventivas o condenadas, después de haber cumplido una pena privativa de libertad). Se efectuó un seguimiento de la reincidencia de los sujetos en un periodo mínimo de tres años y máximo de cinco años. Tras el periodo de cinco años, 51 sujetos (47,2%) de la muestra no habían reincidido, mientras 57 sujetos (52,8%) sí lo habían hecho. De esta investigación destacamos las siguientes conclusiones:

- Los resultados obtenidos indican que tanto la magnitud del tiempo pasado en prisión como la intensidad de la carrera delictiva previa (valoración legal del sujeto como reincidente, formulada por el tribunal en la propia sentencia o reincidencia jurídica) no mostraron relación con la reincidencia posterior de los sujetos, ya que no se observaron diferencias significativas entre los grupos de evaluación configurados.
- Apareció, en cambio, significativamente relacionada con la reincidencia posterior de los sujetos la conducta penitenciaria: aquellos sujetos que habían cometido faltas disciplinarias graves o muy graves durante su estancia en prisión mostraron una mayor reincidencia posterior, tras la liberación.

- También se mostraron relacionadas con la reincidencia posterior de los sujetos las variables de personalidad locus de control y autoritarismo. Los sujetos con una localización del control de la conducta “más interna” reincidieron menos que los que habían manifestado una localización del control de la conducta “más externa”. Los sujetos con puntuaciones más elevadas en “autoritarismo” mostraron menor reincidencia posterior que quienes puntuaron más bajo en autoritarismo.

Paíno, Rodríguez y Cuevas (1996) y Rodríguez, Paíno, Herrero y González (1997) con una muestra más reducida de 87 sujetos recluidos en el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias), analizan la relación entre reincidencia y variables del ámbito familiar, educativo, laboral, legal y/o penitenciario, de drogodependencia y salud. En este estudio la variable reincidencia alude a la comisión de una conducta delictiva nueva después de haber manifestado una con anterioridad. Desde este posicionamiento, se considera que una persona reincide cuando una vez alcanzada la libertad, manifiesta de nuevo una conducta delictiva. En este sentido se contemplan dos categorías para esta variable:

- *Primarios*: Aquellos individuos que ingresaron una o dos veces en prisión. La razón de considerar la segunda entrada en prisión en esta categoría obedece a la posibilidad, muy frecuente en nuestro sistema judicial, de que el individuo ingrese dos veces en prisión por la misma causa.
- *Reincidentes*: Aquellos individuos que ingresaron en prisión más de dos veces por causas o procedimientos judiciales diferentes. En relación a esta variable objeto de estudio es de destacar que **un 65,5 % son reincidentes o multireincidentes**.

Algunas de sus características más sobresalientes son:

- *Sexo*. Todos los individuos son varones. La razón de escoger solamente varones se debe a las características diferenciales entre la población penitenciaria masculina y femenina.
- *Economía*. La mayoría de los individuos que componen la muestra pertenecen a familias deprimidas económicamente, es decir, los recursos familiares son

relativamente bajos. En concreto más del 60% de las familias presentan unos ingresos económicos carenciales.

- *Educación.* El 28,7% no tiene ningún tipo de estudios o formación y el 55,2% tiene estudios primarios.
- *Delito.* La conducta delictiva más significativa sigue siendo aquella que atenta contra la propiedad, seguida del delito contra la salud pública. Por otra parte reinciden más los individuos que manifiestan acciones delictivas contra la propiedad.

De todas las relaciones, describimos a continuación únicamente las relaciones significativas:

- Dentro de las variables familiares, el *maltrato* ha sido la única variable significativa de cara a la conducta reincidente. De esta forma, aquellos individuos que reinciden en la conducta delictiva han sufrido maltrato familiar en mayor porcentaje.
- La *edad* a la cual ingresó por primera vez en prisión el individuo, dentro de los datos legales, también resultó ser una variable importante con respecto a nivel de reincidencia de la conducta delictiva. Existe, pues, un mayor porcentaje de individuos reincidentes que han ingresado por primera vez en prisión a edades tempranas (15-20 años). Mientras que aquellos que son primarios suelen ingresar en prisión en un porcentaje mayor a edades más avanzadas (21-37 años).
- Referido al ámbito laboral, han sido dos las variables que se han relacionado significativamente con la reincidencia: la situación laboral previa al ingreso en prisión y las perspectivas de incorporación al ámbito laboral, una vez se alcance la libertad. La relación es clara, los individuos reincidentes no se encontraban trabajando en el momento de ser encarcelados y, teniendo esto en cuenta, sus posibilidades de incorporarse al mundo laboral cuando cumplan su condena son escasas/mínimas.
- En cuanto al comportamiento manifestado en prisión para valorar el efecto de prisionización, es característico de los individuos reincidentes la presencia de conductas inadaptadas en el medio penitenciario. Se puede afirmar, pues, que los individuos reincidentes están más prisionizados que los individuos primarios. Ello es debido a la dureza del medio penitenciario, es decir, la prisión se caracteriza por ser un medio anormal, una estructura de violencia (Arnanz, 1987) y, en consecuencia, cuanto mayor sea el tiempo de reclusión y la dureza de la privación

de libertad mayor será la asimilación de la cultura carcelaria por parte de la persona.

- Las características de los individuos reincidentes en cuanto al informe de conducta de consumo de drogas se puede resumir en:
 - El primer contacto con la droga se produce en el intervalo de edad 9-16 años.
 - En el momento de realización de la investigación se mantiene el consumo de drogas entre estos individuos.
 - La droga principal que consumen es la heroína.
 - La frecuencia con la que la consumen es diaria.
 - El consumo de la misma es medio-alto.
 - La vía de administración para el consumo de drogas es, fundamentalmente, la vía parenteral.
 - Dentro del ámbito de la salud y como consecuencia de los hábitos de consumo presentes, la presencia de enfermedades infecto-contagiosas es frecuente para estos individuos, siendo la de mayor presencia la hepatitis.

Otro estudio realizado por Moretín y Gostín (1998) analiza la reincidencia en una muestra de 578 detenidos puestos a disposición del Juzgado de Guardia de Bilbao en el periodo que va de mayo a noviembre de 1994. En este trabajo se optó por considerar como habitual o reincidente a la persona que había sido detenida con anterioridad en, al menos cinco ocasiones (reincidencia policial).

En cuanto a las **características demográficas** destacamos las siguientes conclusiones:

- Del total de los 578 detenidos, la mayoría eran varones (86,3%) jóvenes, con una media de edad de 28 años (desviación típica: 8,7).
- En relación a la raza-etnia la mayoría era de raza caucásica (74,9%). Los detenidos extranjeros (12,6%) eran mayoritariamente magrebíes y centroafricanos.
- El porcentaje de delincuentes reincidentes en cada grupo demográfico es del 36,7% (N= 433) en el grupo de raza caucásica; 57,4% (N= 68) en el grupo de raza gitana; 15% (N= 73) en el grupo de extranjeros. El porcentaje de delincuentes reincidentes fue superior entre varones.

- En relación a la edad se observaron dos picos en los grupos de detenidos entre 16 y 20 años y entre 26 y 30 años. La media de edad del grupo de reincidentes fue de 26 años (desviación típica: 6,2), rango, 16-46 años, y la de los no reincidentes de 29 años (desviación típica: 9,7), rango: 16-70 años.

En cuanto al **diagnóstico psiquiátrico** las conclusiones más relevantes son:

- El trastorno psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado en el total de la muestra fue el de abuso-dependencia a la heroína (N: 292), asociado en ocasiones al consumo de otras drogas; sin patología psiquiátrica (N: 124); abuso-dependencia al alcohol (N: 27); abuso de cannabis (N: 21).
- Cuando comparamos la relación entre trastorno psiquiátrico y reincidencia, el grupo de sujetos con un trastorno de abuso-dependencia a la heroína tenía un porcentaje muy alto de **reincidencia (56,5%)**. La relación entre dependencia a la heroína y reincidencia también quedaba establecida por el hecho de que el 78,5% del total de reincidentes sufrían este trastorno, mientras que en el grupo de no reincidentes este porcentaje sólo supuso el 34,7% los sujetos que eran dependientes de la heroína.

En cuanto a la **tipología delictiva** las conclusiones más relevantes fueron:

- Los delitos contra la propiedad (69,8%), y en especial el robo con fuerza (47,3%) fueron los más frecuentes. El porcentaje de los delitos más graves contra las personas (agresión sexual, homicidio) fue muy bajo (0,6%).
- Existe una clara diferencia de tipología delictiva entre ambos grupos, con un claro predominio de los delitos contra la propiedad, sobre todo el robo con fuerza, entre los reincidentes, mientras que en los delitos contra la salud pública, lesiones (agresión) y delitos contra la autoridad la frecuencia fue superior entre las personas del grupo no reincidentes.

2.2 ESTUDIOS CON POBLACIÓN PENITENCIARIA DROGODEPENDIENTE SOMETIDA A TRATAMIENTO

Existen estudios que sitúan el porcentaje de población delictiva con antecedentes de problemática toxicofílica en el 52,9% (Paino, Rodríguez y Cuevas, 1996), el 56,5% (Morentin y Gostín, 1998), el 82% (Serrano, Romero y Noguera, 2001). Según el último Informe General 2005 publicado por el Ministerio del Interior (2006) el 77,2 % de la población reclusa ha consumido diferentes drogas durante el mes antes de su ingreso en prisión. El estudio realizado por la UNAD (2006) constata que entre el 70% y el 80% de las personas privadas de libertad en España lo están a causa de su adicción. En el estudio realizado por Fundación CREFAT (2001), un 68,2% del total de los reclusos recibió atención en drogodependencias en los diferentes dispositivos de deshabitación y de reducción del daño. Un porcentaje similar, 56%, se deduce de la encuesta de Ríos y Cabrera de 1998.

En la mayoría de estudios realizados en la UE, la prevalencia de vida del consumo de drogas en la población encarcelada es superior al 50%; sin embargo, presenta grandes variaciones entre prisiones, centros de detención y países (del 22% al 86%). En la UE, la prevalencia del consumo regular o de la dependencia previa al ingreso en prisión oscila entre el 8% y el 73% (OEDT, 2005).

La alta incidencia de las drogodependencias en las prisiones españolas hace de este tema un aspecto esencial para poder entender la vida dentro de prisión.

En el apartado anterior hemos revisado los estudios realizados en España con población general penitenciaria y población detenida y su relación

con la conducta de reincidencia desde diferentes maneras de medir la variable reincidencia (reincidencia policial, penal, reincidencia jurídica, reincidencia empírica penitenciaria).

En este apartado queremos recoger las investigaciones en las que se analiza la reincidencia con muestras de reclusos drogodependientes sometidos a tratamiento por la adicción a drogas.

La fuerte relación observada entre la conducta delictiva y la conducta adictiva, y la necesidad de desarrollar programas eficaces que faciliten la reinserción de los delincuentes ha motivado que se desarrollen diversos programas intensivos de tratamiento de las toxicomanías desde el medio penitenciario.

Los estudios de la reincidencia de internos con problemas por el uso de drogas indican un porcentaje de prevalencia del 65% (Paíno *et al.*, 1996), 52,4% (Serrano, Romero, Noguera, 2001) y 56,5% (Morentín y Gostín, 1998) en una muestra de detenidos en un juzgado.

Serrano, Romero y Noguera (2001) hallan que los porcentajes de reincidencia se muestran diferentes para los distintos grupos de sujetos, que presentan o no problemática de drogodependencia, y, también para los distintos tipos de sustancias consumidas. Los porcentajes de reincidencia, más elevados, aparecen en el grupo de sujetos que consume heroína como droga principal (aunque presentan politoxicomanía), con el 56,2%, seguidos por el grupo de sujetos, que consume alcohol-psicofármacos, con el 52,6%, por el grupo de sujetos con problemática alcohólica, con el 37,2% y por el de cocaína, con el 33,3% mientras que, el menor porcentaje de reincidencia corresponde al grupo de sujetos que no presentan problemática de drogodependencia, con un 20,3%.

Roca y Caixal (2002) recogen datos de todos los sujetos (n=259) que entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1995 iniciaron un tratamiento de toxicomanías intrapenitenciario en el Departamento de Atención Especializada (DAE) o en un centro de deshabituación extrapenitenciario (comunidad terapéutica (CT)) de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 182 del vigente Reglamento Penitenciario. Se definió como reincidente al interno que con posterioridad a la fecha de inicio del tratamiento en estudio vuelve a ingresar en prisión como preventivo o penado por una nueva causa. La reincidencia real para el total de la población se sitúa en el **38,82%**, porcentaje inferior al registrado por población toxicómana observada por Morentín y Gostín, (1998), Paíno *et al.*, (1996) y Serrano, Romero y Noguera, (2001), a pesar de que el tiempo de seguimiento ha sido mayor (cinco años). Destacamos de este estudio las siguientes conclusiones:

- Al finalizar el tratamiento, con una buena evolución o con una mala evolución, resultan estadísticamente significativas:
 - la edad de primer ingreso en prisión (21,92 años para los internos con buena evolución y 20,06 años para los internos con mala evolución),
 - el número de condenas (3,09 y 4,32),
 - el uso de violencia o fuerza en los delitos (41,3% y 63,5%),
 - y los días de estancia en tratamiento (334,16 y 227,62).
- De acuerdo con las variables estadísticamente significativas podemos decir que se incrementa el riesgo de reincidencia:
 - cuanto más prematura sea la edad del primer ingreso en prisión, de la excarcelación y del inicio de tratamiento,
 - cuanto mayor sea el número de condenas y menos días se esté en tratamiento y en seguimiento,
 - y cuantas más veces se haya obtenido y perdido el tercer grado, mayor sea el número de incidentes y el número de días de estancia en el departamento especial (régimen cerrado).
- Existen unos periodos críticos donde la reincidencia es más elevada que en el resto de periodos:

- el primero que va de los seis meses al año y medio después de finalizar el tratamiento,
 - y el segundo a partir de los tres años y medio después de finalizar el tratamiento, manteniéndose estable la tasa de reincidencia a partir de los 5 años.
- De acuerdo con la evolución en el tratamiento, los que tienen buena evolución reinciden el 31,93% y los que no finalizan el tratamiento reinciden el 54,83%.
 - Por género, las mujeres reinciden un 21,88% y los hombres un 43,59%.
 - Por el número de incidentes protagonizados en las comunidades intrapenitenciarias la tasa de reincidencia se sitúa en el 32,9% para los que no tienen ninguno, para los que tienen entre uno y dos en el 45,1% y para los que tienen 3 o más en el 61,5%.
 - Como predictores de buena evolución tenemos el número de días en que el sujeto ha estado en tercer grado de tratamiento antes de la aplicación de la medida (derivación a comunidad terapéutica) y el orden que se ocupa entre los hermanos.
 - Como predictores de mala evolución tenemos: el número de condenas, los incidentes totales, el número de veces que el sujeto ha estado en tercer grado (lo que supone un fracaso en medio abierto) y el número de hermanos.

Algunas de las variables predictoras de la reincidencia que ya se definían en el estudio de Redondo *et al.*, (1993) y Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005) también resultan estadísticamente significativas en el estudio de Roca y Caixal (2002): cuanto más joven se ingresa en prisión por primera vez, cuantas más condenas se tienen y cuanto más joven se es en el momento de la excarcelación.

Las variables predictoras de mala evolución observadas (número de condenas, número de incidentes totales, número de veces que el interno ha fracasado en régimen abierto y el número de hermanos) señalan la existencia de un perfil de interno con importantes dificultades de adaptación social detectándose por un conjunto de variables penales, institucionales y ambientales. Este perfil de sujeto con dificultades personales para adaptarse a

su entorno sin conflicto ya fue detectado en otro estudio anterior (Roca y Caixal, 1999).

Estas dificultades de adaptación pueden inducir a pensar que son debidas a trastornos de personalidad severos, especialmente si tenemos en cuenta la población de referencia y la alta tasa de este tipo de trastornos en estos colectivos. Este conjunto de internos con problemas de adaptación al medio social y penitenciario debería estudiarse con mayor detenimiento para evaluar y poder determinar cuál es el tratamiento más efectivo para esta población (Roca y Caixal, 2002).

Los resultados obtenidos por Roca y Caixal (2002) eran lo suficientemente importantes como para ser confirmados en un estudio posterior (Roca y Caixal, 2005) y con una población diferente a la del primer estudio. La población (n=271) de estudio estaba conformada por todos los internos de los centros penitenciarios de Cataluña, que entre el 1 de Enero de 1996 y el 31 de Diciembre de 1998, iniciaron un tratamiento de toxicomanías intrapenitenciario en el Departamento de Atención Especializada (DAE) de los centros Penitenciarios de *Quatre Camins* y *Briñas* o en un centro de deshabituación extrapenitenciario (CT) de acuerdo con el art. 182 del Reglamento Penitenciario. El seguimiento del estudio finalizó en fecha 31 de diciembre de 2002, lo que representa un intervalo de seguimiento entre cuatro y siete años.

En relación al anterior estudio se observa un perfil penitenciario más acusado: comisión del primer delito en edad más temprana, más condenas, más tiempo de condena, mayor número de incidentes protagonizados dentro de prisión y de días en situación de primer grado penitenciario.

En este último estudio de Roca y Caixal (2005) destaca que la tasa de reincidencia (**24,25%**) de la población estudiada es extraordinariamente inferior

a la que indican todos los estudios para la población toxicómana penada. Está por debajo de la tasa de reincidencia obtenida para el total de la población penitenciaria de Cataluña del 37,94% (Redondo, Funes y Luque, 1994) y del 37,4% (Luque, Ferrer y Capdevila, 2004a). Se ratifica que realizar un tratamiento y finalizarlo con buena evolución reduce la reincidencia.

Se confirma que las variables predictoras de la reincidencia del anterior trabajo son válidas para una población diferente y que por tanto se dispone de unas variables estáticas (condenas, incidentes totales, clasificaciones en tercer grado, días en tercer grado, número de hermanos y lugar que se ocupa entre ellos) que permiten predicciones de los sujetos que realizan una buena evolución en el tratamiento y de los que realizan una mala evolución.

En cuanto a los periodos críticos en los que se incrementa el riesgo de reincidencia una vez finalizado el tratamiento: al medio año, al año y medio y a los dos años y medio, resultan muy similares a los del anterior estudio: medio año, año y medio y tres años.

No hay muchos trabajos sobre el consumo de tóxicos en la población detenida en los juzgados de guardia que, después de pasar a disposición judicial, puede ser puesta en libertad (lo que impedirá su seguimiento) o puede ser enviada a prisión. Arroyo, Leal y Marrón (2007) llevan a cabo un estudio observacional prospectivo de una muestra de 100 sujetos que tienen relación con el consumo de drogas de abuso, en el Juzgado de Guardia de Barcelona y en sujetos internos en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona.

Este estudio se propone evaluar la asociación entre conducta ilegal y el abuso de sustancias tóxicas, así como interpretar la eficacia de los tratamientos terapéuticos en la disminución de la mencionada asociación, y las repercusiones de las terapias tanto en los pacientes como en su entorno.

De las conclusiones de este estudio destacamos las siguientes:

- Los pacientes estudiados son politoxicómanos con un consumo mayoritario de cocaína (92%), cannabis (87%), alcohol (71%) y del 54% de heroína.
- Destaca la alta frecuencia de usuarios de drogas por vía parenteral y de positividad a los virus que presentan (VIH, VHC, VHB), pese a que se demuestra el descenso del uso de la vía parenteral.
- La edad de inicio del cannabis es similar en las dos muestras valoradas, mientras que el consumo de heroína y cocaína es más primeriza en los reclusos jóvenes.
- El 73% de los sujetos cometen delitos contra la propiedad, siendo los delitos contra la salud pública los segundos en frecuencia.
- El 93% de los pacientes valorados han estado en tratamiento. El 70% de la muestra global han realizado tratamiento un máximo de 12 meses, pese a que un 41% de los sujetos llevan más de seis años de drogadicción.
- El estudio indica que se trata de drogodependientes donde la solicitud de un tratamiento por la adicción de un tóxico suele comportar la continuidad del uso de otras drogas, así el 72,7% que están en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) consumen de forma habitual cocaína.
- Pocos pacientes han realizado tratamientos combinados con psicoterapia o programas libres de droga.
- En el grupo de estudio, la mayoría de los sujetos no inician los tratamientos por la obligatoriedad de cumplir penas como medidas alternativas, sino por iniciativa propia.
- Para la población de detenidos los tratamientos recibidos han sido beneficiosos en la autoestima (80,5%), la autoagresividad (82,9%), la conflictividad penal (68,3%) y la violencia en los hechos delictivos (73,2%), pero estas variables casi no se modifican en los reclusos jóvenes.
- La valoración de los sujetos que han realizado algún tratamiento por un tiempo estimable es positiva, mejora su vida o les produce algún tipo de beneficio, pero en relación a los delitos un 13% de los individuos valorados reconocen que cometen actos delictivos estando en tratamiento, y además un 64,5% del total tiene la convicción subjetiva de que el tratamiento no tenía influencia ni impedía las actividades delictivas o antinormativas.

3. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos en las investigaciones sobre reincidencia en población general penitenciaria, puede decirse que, algunas variables resultan relevantes para establecer diferencias significativas entre los sujetos que reinciden y los que no reinciden. En concreto aparecen como relevantes, la edad de los sujetos, tanto respecto a su primer ingreso en prisión como a la que tienen cuando son excarcelados, el historial delictivo previo (número de ingresos previos, días de estancia previa en prisión, número de causas de la condena base, tener antecedentes penitenciarios), el tipo de excarcelación o penosidad con que cumplen la condena, el sexo y el tipo delictivo.

Con respecto a aquellos reclusos drogodependientes que han seguido un tratamiento en una comunidad terapéutica intra o extrapenitenciaria, concluimos que seguir el tratamiento y finalizarlo con una buena evolución resulta estadísticamente significativo como reductor de la reincidencia. Los internos que tienen buena evolución en el recurso terapéutico se diferencian del resto de los internos por tener más edad en el primer ingreso en prisión, un menor número de condenas previas y periodos en tratamiento y seguimiento más largos. A nivel penitenciario se caracterizan por tener menos incidentes, menos días de estancia en el Departamento Especial y por estar cumpliendo condenas por delitos con un bajo nivel de agresión a las personas.

El análisis efectuado permite comprobar la relación entre reincidencia y variables de ámbito familiar, educativo, laboral, legal y/o penitenciario de drogodependencia y salud. Aunque en general predominan los estudios que analizan las variables estáticas de la reincidencia, hay que tener en cuenta que en un proceso de reincidencia existen variables que no han sido consideradas

en los estudios de Roca y Caixal (2002, 2005) y que tienen importancia en este fenómeno. Sería necesario identificar y definir las variables dinámicas de la reincidencia.

El índice de reincidencia varía según los estudios y las diferencias de resultados dependen del periodo de seguimiento, la definición de reincidencia y características de la muestra.

Analizados y valorados los resultados expuestos hasta ahora, observamos, que los porcentajes de reincidencia que se obtienen, no coinciden con el pensamiento colectivo de la sociedad, ofrecido por los medios de comunicación, que refleja la opinión de que la reincidencia en el delito es muy alta, indicando, con ello, que confía poco o nada en la reinserción del delincuente (Ministerio del Interior, 2001).

Y finalmente, para conseguir reducir la reincidencia, tal y como propone Serrano, Romero y Noguera (2001) y como se deduce de su investigación, es necesario que los responsables políticos e institucionales conozcan los trabajos empíricos sobre la materia, y, no se dejen llevar de una “opinión pública” creada, artificialmente, que se apoya en los sentimientos, y, que promueve o sugiere direcciones erróneas de solución y sin constatación científica.

II. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

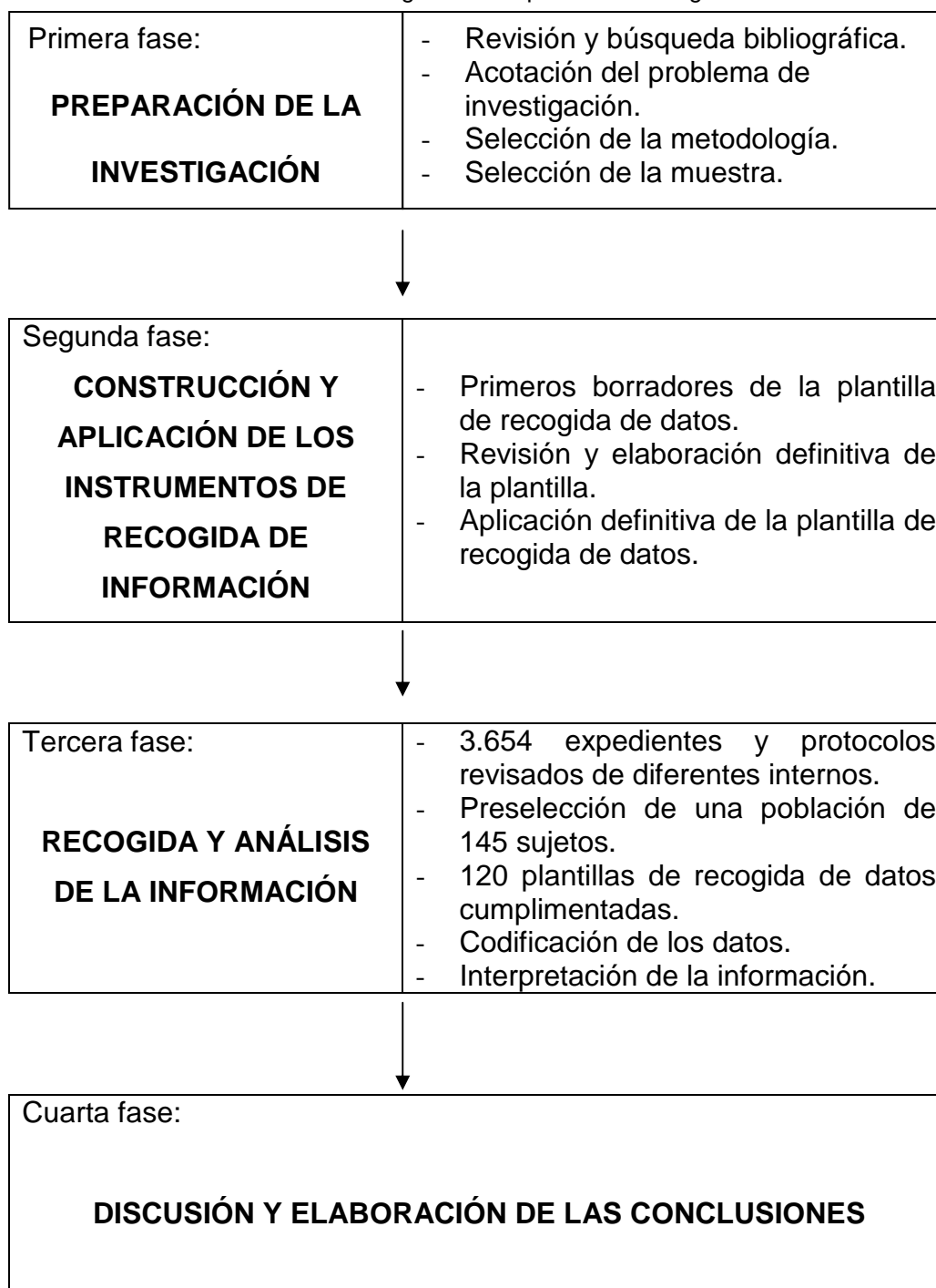
Esta segunda parte del informe recoge el Marco Empírico del estudio realizado, y tiene como propósito clarificar cuál fue el proceso seguido: empezando por su *diseño* (con la formulación de los objetivos, selección de la metodología de trabajo, elaboración y aplicación de los instrumentos de recogida de información), siguiendo con el *análisis de los datos* obtenidos y finalizando con la elaboración de las *conclusiones*.

El diseño y desarrollo de este Marco Empírico se realizó paralelamente a la construcción del Marco Teórico. Aún así, podemos identificar una serie de fases que constituyen el itinerario seguido en el proceso investigador y en las que podemos diferenciar una serie de tareas correspondientes a cada una de ellas. Dichas fases son las siguientes:

1. Preparación de la investigación.
2. Construcción y aplicación de los instrumentos de recogida de información.
3. Recogida y análisis de la información.
4. Discusión y elaboración de las conclusiones.

En el siguiente esquema recogemos estas fases acompañadas de las principales actividades realizadas durante su desarrollo:

Cuadro 1. Itinerario seguido en el proceso investigador.



Presentamos a continuación los capítulos referidos al diseño de la investigación (Capítulo 7), resultados (Capítulo 8), discusión de los resultados (Capítulo 9) y conclusiones de esta tesis, líneas futuras de investigación e implicaciones prácticas (Capítulo 10).

CAPÍTULO 7

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La estructura de este capítulo se basa en tres grandes apartados. En el primero de ellos, sobre la naturaleza y objeto de estudio, se delimita el problema de investigación bajo el enunciado "El tratamiento intrapenitenciario y extrapenitenciario: elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclusos drogodependientes". En el segundo apartado recogemos los objetivos formulados para la realización de esta investigación, y en el último apartado la metodología de la investigación, es decir, de qué forma se realizó el estudio teniendo en cuenta que se trata de un estudio eminentemente descriptivo-interpretativo. En este punto se considera también la definición, selección de la muestra y los instrumentos utilizados para la recogida de datos, así como el tipo de análisis estadísticos realizados.

1. NATURALEZA Y OBJETO DE ESTUDIO

El debate sobre la función y finalidad de la pena privativa de libertad no está cerrado y a lo largo de los últimos años viene oscilando entre las posiciones que reclaman un endurecimiento de las penas, alentadas por ciertas actuaciones delictivas de gran repercusión en los medios de comunicación y que provocan una considerable alarma social como los delitos de agresión sexual, los delitos de violencia doméstica, los delitos de narcotráfico y los delitos de terrorismo y, por otra parte las posturas que reclaman una mayor apertura de las prisiones a la sociedad, minimizando sus efectos negativos, y una potenciación de las vías facilitadoras de la reeducación y reinserción social (Ministerio del Interior, 2001).

Ante esta situación es evidente la importancia de tener una información empíricamente contrastada, no sólo para la elaboración de normas, sino también, desde el punto de vista de la ejecución penal, para el cumplimiento de

la pena privativa de libertad, pues sólo así, evitaremos caer en movimientos controlados de “opinión pública” que expresen actitudes y tendencias sin constatación científica.

Dentro de la ejecución penal, cobra especial importancia el análisis del perfil del sujeto que ingresa en prisión, así como, las causas, tanto personales como sociales, que influyen en la comisión de un hecho delictivo, además de analizar, de forma pormenorizada, otros factores por los que un sujeto reingresa en prisión.

La pena privativa de libertad, como objeto de estudio, tiene, por sí misma, especial importancia, pero ésta se incrementa cuando se analiza en qué grado se cumplen los fines que persigue, en concreto, el de que el sujeto respete la Ley Penal y, por consiguiente, no vuelva a cometer delitos.

Por otro lado es necesario evaluar la eficacia de las medidas alternativas a la prisión, en nuestro caso la derivación a centro terapéutico extrapenitenciario, que nos sirva para plantear programas de tratamiento adecuados, que eviten la comisión de nuevos delitos y faciliten la reintegración plena al medio libre.

El RD 787/1984 de 26 de marzo, posibilitaba la excarcelación de drogodependientes para seguir tratamiento terapéutico en instituciones extrapenitenciarias públicas y privadas. Este Real Decreto añadió al artículo 57.1 del Reglamento Penitenciario (aprobado por Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo) el siguiente párrafo:

“Tratándose de penados clasificados en tercer grado que, por presentar problemas de drogadicción, necesiten 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 a que el interno dé su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución que le haya de acoger y a los controles que establezca el Centro Directivo” (art. 57.1 del RP).

Hay una escasa utilización de este artículo debido a dos razones:

- a) Por un lado los requisitos establecidos limitan considerablemente su aplicación
 - Están excluidos los preventivos o el condenado que tuviera causa en situación preventiva (art.252 RP 1981 modificado en 1984).
 - Requiere estar clasificado en tercer grado disfrutando de régimen abierto (art. 72.2 LOGP y 250.2 RP) y se aprecie “que pueden recibir tratamiento en régimen de semilibertad” (art. 43.2 RP).
 - Que presenten “problemas de drogadicción”, concepto afortunado y más amplio que el que aparece en el art. 93 bis del Código Penal de 1973. En el cual el único requisito limitativo es el de que “necesite tratamiento específico”.
 - Debe consentirlo el recluso.
 - Debe tratarse de un centro adecuado para la realización del tratamiento. Es indiferente el carácter público o privado que tenga.
- b) Y por otro lado la red insuficiente de recursos públicos o privados subvencionados, hizo inaplicable la indudable buena intención de la reforma de 1984.

El artículo 57.1 del RP de 1981 modificado por RD en 1984 es el antecedente inmediato del art. 182 del RP de 1996, actualmente en vigencia. Y en el cual se dedica el capítulo VI (Internamiento en unidades extrapenitenciarias) del Título VII (Formas especiales de ejecución) al problema

de la drogodependencia en prisión, lo que demuestra el grado de importancia de esta problemática. Ya que en anteriores reglamentos era un artículo entre otros dentro del capítulo de régimen de vida de los establecimientos especiales, donde se contemplaba el tratamiento para psicóticos o enfermos mentales, deficientes mentales y psicópatas (según terminología utilizada en dichos textos).

El capítulo VI del título VII del RP de 1996 se titula "*Cumplimiento en Unidades Extrapenitenciarias*" y se desarrolla en el artículo 182 titulado "*Internamiento en centro de deshabitación y en centro educativo especial*". Este artículo comprende los siguientes puntos:

1. El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabitación de drogodependencias y otras adicciones, dando cuenta al Juez de Vigilancia.
2. La autorización estará sometida a las siguientes condiciones, que deberán constatarse en el protocolo del interno instruido al efecto:
 - a. Programa de deshabitación aprobado por la institución de acogida, que deberá contener el compromiso expreso de la institución de acoger al interno y de comunicar al centro penitenciario las incidencias que surjan en el tratamiento.
 - b. Consentimiento y compromiso expresos del interno para observar el régimen de vida propio de la institución de acogida.
 - c. Programa de seguimiento del interno, aprobado conjuntamente por el centro penitenciario y la institución de acogida, que deberá contener los controles oportunos establecidos por el centro penitenciario, cuya aceptación

previa y expresa por el interno será requisito imprescindible para poder conceder la autorización.

3. La Administración Penitenciaria correspondiente celebrará los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal.

Es un hecho que los centros penitenciarios reciben numerosas personas, penadas o sometidas a prisión preventiva, con problemas de abuso de drogas. Aunque la drogodependencia del sujeto no haya sido valorada por el Juez o Tribunal en orden a estimar exención o atenuación de la responsabilidad, o no haya dado lugar a una medida alternativa a la prisión en fase de ejecución judicial, la Administración Penitenciaria contempla esta circunstancia en sus actividades de tratamiento.

Nuestra investigación trata de dar respuesta a la siguiente pregunta: *¿Es eficaz el tratamiento de reclusos drogodependientes en unidades extrapenitenciarias?* La respuesta a este interrogante apenas podrá tener un grado de certeza razonable pues para ello harían falta investigaciones con una metodología experimental que, además de difícil en la práctica, serían inviables desde el punto de vista legal y ético. El diseño habría de ser el siguiente: a partir de una amplia muestra de personas drogodependientes condenadas por los Tribunales, se formarían dos grupos al azar o equiparados. Los sujetos del primer grupo serían enviados a unidades extrapenitenciarias donde recibirían tratamiento y los del segundo grupo se quedarían en prisión en un módulo donde no recibirían tratamiento. Se trataría de comprobar la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos respecto a variables tales como consumo de sustancias, reincidencia en la conducta delictiva, reingreso a prisión etc...durante el tratamiento y durante varios años de seguimiento después de su finalización. Tal diseño es imposible, razón por la cual sólo

dispondremos de tendencias orientativas para comparar la eficacia del tratamiento con drogodependientes en unidades extrapenitenciarias.

Hay otro interrogante previo al anterior, en torno a este tema: *¿Es viable y necesario realizar tratamiento con drogodependientes en las prisiones?* Citamos la opinión de algunos autores, a modo de ejemplo:

Según Elzo, Lidon y Urquijo (1992):

“Es una opinión generalizada que la cárcel, aún cuando en algunos casos pudiera suponer un alejamiento físico de la droga (circunstancia puesta en duda por constataciones de un alto consumo de tóxicos en las cárceles españolas), no es un medio que sirva de ayuda al toxicómano para superar su problema, sino que en muchos casos lo agrava” (p. 139).

Por su parte Téllez (1995) manifiesta que:

“La cárcel no es un lugar idóneo para rehabilitar a un drogodependiente ya que en ella concurren una serie de factores que dificultan el buen fin de cualquier programa, entre los que destacan el hecho de que las condiciones de pérdida de libertad generan en los internos unas actitudes negativas, muchas de ellas reforzadas por factores como la masificación, la baja calidad de vida, la falta de estímulos ambientales (...), lo que favorece una actitud toxicomaniágena y socava el rango de voluntariedad comprometida” (p.28).

García (1999) considera:

“Con relativa frecuencia se afirma que no se puede hacer terapia en las prisiones, para a continuación criticar o lamentarse de que no se llevan a cabo programas de intervención con drogodependientes en la cárcel. Desde luego si se mantiene lo primero, ¿para qué exigir lo segundo? (...) Por lo que respecta a su viabilidad, las objeciones parten más de un escepticismo en torno a la pena

privativa de libertad que de una evaluación empírica de los programas penitenciarios. Otras veces se concluye que, en la mayoría de los casos, lo único que se consigue con el encarcelamiento de delincuentes drogadictos es que abandonen momentáneamente el consumo y mejoren su salud (lo cual no es poco), pero no la deshabituación y reinserción social (...). Ciertamente, la cárcel no es el lugar idóneo para el tratamiento de ningún trastorno mental o de la conducta -a ningún ciudadano se le envía a prisión para ser tratado-; pero si con ello se pretende decir que no es viable, que no se puede o no se debe hacer nada, o que es inútil, entonces hay que fundamentarlo. Las cogniciones y actitudes de tipo negro o blanco, todo o nada, abocan a un nihilismo en la práctica que pueden asumir los teóricos, pero que está vedado a los profesionales. Además, las dificultades provenientes de las deficientes estructuras carcelarias y de la subcultura allí dominante están, hoy día, muy aliviadas y pueden realizarse cambios y mejoras más profundas” (p.372).

En este sentido concluye Jiménez (1987) que:

“Acaso sea preferible a ninguna otra solución, a la hora de dar una respuesta a la necesidad de rehabilitar al delincuente toxicómano, la de adaptar la institución carcelaria, no en su globalidad, pero sí en una proporción importante de sus efectivos y estructuras, a ese gran problema criminológico de nuestro tiempo que es la drogodependencia” (p.63).

Pensamos, por tanto, que la cárcel sí es un espacio donde se pueden iniciar tratamientos con drogodependientes, que luego deben ser continuados y finalizados en los recursos terapéuticos extrapenitenciarios e integrados en la comunidad donde el sujeto vaya a vivir. Por otro lado, la intervención con drogodependientes en prisión puede verse favorecida por el hecho de que el ingreso en prisión, al menos para algunos internos, puede suponer un parón en esa carrera imparable de huida hacia ninguna parte, que les permita reflexionar sobre las consecuencias de su dependencia a las drogas y plantearse

pequeños cambios hacia un estilo de vida más saludable. En este sentido nos es familiar el siguiente comentario “si no hubiera entrado en prisión es posible que ahora estuviera muerto de una sobredosis, de un ajuste de cuentas o de un tiroteo policial”. En definitiva, la prisión por sí sola no rehabilita, pero ofrece la oportunidad, para muchos la primera, de iniciar el largo proceso de tratamiento de la drogodependencia, que exige el paso por diversas fases y en el que el sujeto está expuesto a frecuentes recaídas.

Peter y May (1995) profundizan en la idea anterior:

“El tratamiento en establecimientos penitenciarios ofrece una importante oportunidad de acercar un medio terapéutico a reclusos que normalmente no se someterían voluntariamente a tratamiento o que tienen unos antecedentes pobres de anteriores tratamientos. Para muchos delincuentes, el encarcelamiento es el primer período prolongado de abstinencia desde su inicio en el consumo de drogas y el tratamiento les aleja del ambiente de presión creado por sus compañeros, de los conflictos familiares y de otras situaciones que con frecuencia les incitan al consumo. Para los delincuentes encarcelados, la motivación para participar en el tratamiento se ve reforzada por la cercanía de las consecuencias negativas del consumo. El programa penitenciario de tratamiento permite a los delincuentes empezar a desarrollar sus habilidades y su capacidad para luchar contra la droga y sirve además como base para un posterior participación en un tratamiento ofrecido por la comunidad” (p.53).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que las variables analizadas en las investigaciones sobre reincidencia en la conducta delictiva, han sido básicamente, de tipo penal-penitenciario, por lo que carecemos de datos sobre la relación entre la reincidencia y otra serie de variables de tipo psicosocial y de conducta de los sujetos.

El presente trabajo, por tanto, se propone superar esa carencia al analizar el fenómeno de la reincidencia, tomando en consideración un conjunto de variables psicosociales de los sujetos, además de las estrictamente penales-penitenciarias y otras que hacen referencia a la conducta de los sujetos durante el cumplimiento de las condenas.

La elección de este problema de investigación responde tanto a un interés existente en la comunidad científica por el tema, como a una preocupación de la Institución Penitenciaria (que debería ser especialmente relevante para los responsables del buen funcionamiento de las prisiones). Pero, sobre todo, abordando este tema respondemos a un interés personal y profesional, dirigido a la optimización del tratamiento de los drogodependientes en el contexto del cumplimiento de una pena privativa de libertad.

2. OBJETIVOS

1. Analizar las características más relevantes de una muestra de sujetos con problemas de drogas y que fueron excarcelados para cumplir una medida alternativa a la pena privativa de libertad.
2. Estudiar las variables que tienen un mayor grado de asociación con la reincidencia en el delito y el reingreso en prisión; aportando de esta manera una información valiosa para la mejora de la intervención penitenciaria encaminada a la rehabilitación de los internos.
3. Establecer la tasa de reincidencia de una muestra de reclusos/as drogodependientes que han sido excarcelados a un centro terapéutico extrapenitenciario como medida alternativa a la pena de privación de libertad.
4. Revisar y reelaborar el “discurso” en relación con los programas de rehabilitación de reclusos drogodependientes, en qué consisten estas actividades rehabilitadoras, qué dificultades tienen y cómo pueden mejorarse en el contexto penitenciario.

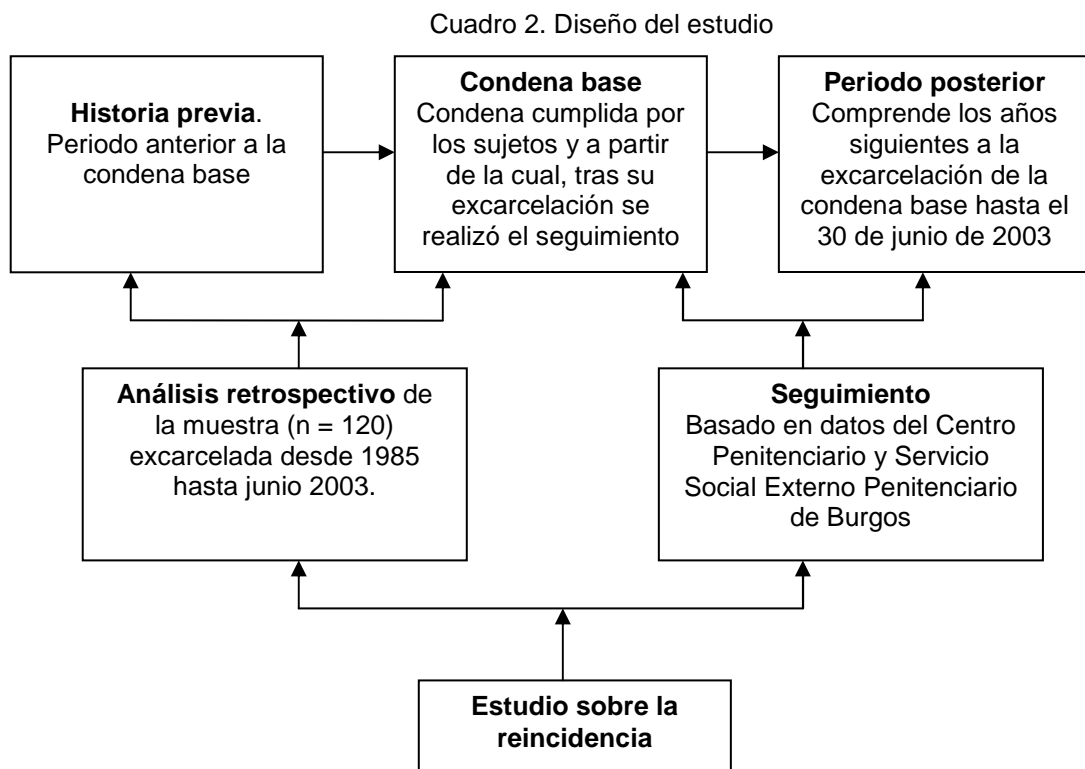
3. METODOLOGÍA

El tipo de investigación que hemos realizado es de naturaleza descriptiva, puesto que en este tipo de estudios no existe una manipulación directa de las variables criterio. Teniendo en cuenta los objetivos y la naturaleza de las variables de esta investigación, el método utilizado es correlacional, lo que significa que se estudiará la asociación entre las distintas variables que forman parte del estudio. Este tipo de método es el más

frecuente en las últimas investigaciones sobre variables criminológicas y reincidencia (Ministerio del Interior, 2001).

Asimismo, todas las variables son recogidas en un único momento temporal, aunque evaluamos aspectos del momento presente y anteriores al primer ingreso en prisión de manera retrospectiva. La reconstrucción de cada una de las historias de los sujetos se ha efectuado sobre datos oficiales, previamente recogidos de la observación documental, que fueron ordenados y reorganizados a los efectos de esta investigación.

Según puede verse en el cuadro 2, esta perspectiva longitudinal, nos llevó a considerar tres momentos en la evolución de cada sujeto.



3.1 DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La población en esta investigación la formaban 145 internos que a lo largo del periodo 1985 - Junio 2003 fueron propuestos para ser excarcelados del Centro Penitenciario de Burgos para cumplir una medida alternativa a la pena privativa de libertad en una Unidad Extrapenitenciaria de tratamiento de su drogodependencia. Estos 145 internos fueron seleccionados de la revisión de expedientes y protocolos de un volumen total de 3.654 sujetos, que se encontraban archivados en el centro penitenciario de Burgos.

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

No se seleccionaron 25 sujetos por las siguientes razones:

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

3.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Las fuentes documentales consultadas para cada sujeto fueron tres:

1. Expediente Penitenciario depositado en la Oficina de Régimen del Centro Penitenciario de Burgos donde se recoge la mayor parte de las vicisitudes penales (fecha de ingreso, recepción testimonio de sentencia, liquidación de condena, revocación de la libertad condicional, licenciamiento definitivo de las responsabilidades penales, nuevas causas penales, propuesta de refundición de

condena etc...) penitenciarias (expediente disciplinario, cambio y puesto de trabajo, permisos, revisiones de grado, etc...) y preventivas (fecha de ingreso, salidas a juicios etc...).

2. Protocolo de Clasificación y Tratamiento, que contiene información sobre las características de conducta, personales, familiares y sociales del individuo, así como información relativa a su evolución en prisión. La confección del mismo corre a cargo de psicólogos, criminólogos, educadores, profesores de EGB y otros profesionales de la rehabilitación dentro de las prisiones.
3. Expediente Social, a cargo del Trabajador Social que lleve su caso, en el que se recogen datos sobre las necesidades económicas del sujeto y de su familia, sus carencias sociales, así como de los planes e intervenciones realizadas al respecto.

Para el proceso de codificación propiamente dicho se diseñó una exhaustiva plantilla (ver anexo) de introducción de datos. De toda la información recogida hemos analizado diferentes ítems o informaciones, en los siguientes ámbitos:

1. Variables individuales y sociofamiliares: con este término recogemos variables personales, familiares, escolares, laborales, ambientales y de salud.
2. Variables penales y penitenciarias.
3. Variables de conducta objetiva en prisión.
4. Variables psicológicas.
5. Variables de seguimiento.

3.3 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1 Variables individuales y sociofamiliares

- *Sexo*: varones y mujeres.
- *Estado Civil*. Hace referencia al estado civil de los sujetos durante el cumplimiento de la condena base (en la que fue derivado al centro extrapenitenciario). En esta variable establecimos cinco categorías: soltero, casado, convive en pareja, separado o divorciado y viudo.
- *Antecedentes familiares penitenciarios*. Hace referencia a la existencia o no de familiares próximos (padres, hermanos) con antecedentes penitenciarios. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí, no constan.
- *Antecedentes familiares psiquiátricos*. Hace referencia a la existencia o no de familiares próximos (padres, hermanos) con antecedentes psiquiátricos. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí, no constan.
- *Antecedentes familiares toxicofílicos*. Hace referencia a la existencia o no de familiares próximos (padres, hermanos) con antecedentes de abuso o dependencia a sustancias tóxicas incluido el alcohol. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí, no constan.
- *Ausencia del padre o/y madre*. Producida por muerte, abandono y/o separación/divorcio. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.

- *Presencia de malos tratos en la familia (físicos o psíquicos)*. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Presencia de problemas económicos en la familia de origen*. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Nivel de estudios finalizados*. En esta variable establecimos doce categorías: Alfabetización, Certificado de Escolaridad, Graduado escolar (8º de E.G.B.), Graduado Escolar obtenido en prisión, Formación Profesional I, Formación Profesional II, E.S.O (BUP), Bachillerato (COU), Acceso a la Universidad para adultos obtenido en prisión, Diplomado, Licenciado y no consta.
- *Absentismo o mal aprovechamiento escolar*. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Fugas del hogar*. Escaparse del hogar implica encontrarse en la calle y tener que sobrevivir durante un corto o largo período de tiempo de sus propios recursos (Vega y cols. 1982). En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Ingreso en Centros de Protección de Menores*. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Ingreso en Centros de Reforma de Menores*. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Hábitos laborales*. Se establecieron tres grupos en función de que tuvieran o no experiencia y continuidad en el trabajo antes de entrar

en prisión, o la tuvieran solo a medias (sin consolidar). En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, sin consolidar y no consta.

- *Cualificación laboral.* Hace referencia a si el sujeto posee especialización profesional. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Ingreso en Centro Psiquiátrico.* En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *¿Consta otro diagnóstico de salud mental asociado al de dependencia de drogas identificado siguiendo alguna clasificación internacional estándar?* En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y sí, pero no se especifica la clasificación internacional.
- *¿Cuál es ese diagnóstico?* Se especifica el diagnóstico literal y después el código de ese diagnóstico en la clasificación internacional utilizada. En esta variable establecimos siete categorías según terminología del DSM-IV-TR: discapacidad intelectual, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno por ansiedad, trastorno adaptativo, trastorno de personalidad y no procede (para aquellos sujetos que no tienen comorbilidad).
- *Patología infecciosa por VIH.* En esta variable establecimos tres categorías: negativo, positivo y no consta.

- *Patología infecciosa por hepatitis.* En esta variable establecimos cinco categorías: negativo, hepatitis B, hepatitis C, hepatitis B+C y no consta.
- *Patología infecciosa por tuberculosis.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí más tratamiento preventivo, sí más tratamiento curativo y no consta.
- *Droga principal.* Entendemos por droga principal, la sustancia/s de mayor utilización por los sujetos, su principal motivo para solicitar ayuda, y cuyo consumo les ha llevado a la comisión de delitos y/o a la pérdida de vínculos sociales. En esta variable establecimos seis categorías: alcohol, heroína, alcohol y heroína, cocaína, heroína y cocaína, ha habido un cambio de sustancia primero fue la heroína y posteriormente recaída en el consumo de cocaína.
- *Edad de inicio en el consumo de la droga principal.*
- *Número de intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión.* Esta primera entrada puede ser en calidad de detenido, preventivo o penado¹. Se toma el criterio temporal de seis meses que es el tiempo necesario medio para conseguir cierta estabilidad en el cambio de conducta según algunas investigaciones (Girón, 1995, 2006; OEDT, 2005; Santos, 1999). Consideramos que ha habido un

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

intento rehabilitador cuando la permanencia del sujeto en el centro de tratamiento es inferior a seis meses. En esta variable establecimos siete categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, más de cuatro y no consta.

- *Número de tratamientos de deshabitación previos a la primera entrada en prisión*. Esta primera entrada puede ser en calidad de detenido, preventivo o penado. Se toma el criterio temporal de seis meses que es el tiempo necesario medio para conseguir cierta estabilidad en el cambio de conducta (OEDT, 2005). Consideramos que ha habido un tratamiento de deshabitación cuando la permanencia del sujeto en el centro de tratamiento es igual o superior a seis meses. En esta variable establecimos tres categorías: cero, uno, dos y no consta.
- *Número de intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión*. Estos intentos rehabilitadores son anteriores a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base e iniciados fuera de la cárcel después de este primer ingreso en prisión. En esta variable establecimos ocho categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, más de cuatro, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).

- *Tratamiento de deshabitación en Centro Ambulatorio², posterior a la primera entrada en prisión.* El tratamiento de deshabitación (igual o superior a seis meses) es anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).
- *Tratamiento de deshabitación en Centro de Día³ posterior a la primera entrada en prisión.* El tratamiento de deshabitación (igual o superior a seis meses) es anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de

² Entre la gran variedad de recursos especializados que conforman las actuales redes de atención a las drogodependencias en nuestra investigación hemos tenido en cuenta los más significativos: centros ambulatorios, centros de día y comunidades terapéuticas.

El **Centro Ambulatorio** está integrado por equipos interdisciplinarios, desempeñan ambulatoriamente y, por lo tanto, de no modo no residencial, una función especializada de atención a las drogodependencias mediante tareas entre las que se encuentran la evaluación, desintoxicación y deshabitación de los enfermos, así como otras actividades encaminadas a posibilitar la normalización e integración social. Estos recursos pueden mantener objetivos orientados a la abstinencia u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención. Además suelen constituirse en centros de referencia territorial en nuestro país y su denominación es muy variada, aunque la más frecuente es la de Centros de Atención a las Drogodependencias (Becoña y Martín, 2004).

³ El **Centro de Día** es un recurso de atención de régimen intermedio, en el sentido de que la persona, aún continuando en su entorno social y durmiendo en su casa, permanece en el centro varias horas al día, siendo por tanto la atención al usuario más intensa (media jornada) y frecuente (asistencia diaria) que el tratamiento en un centro ambulatorio (Becoña y Martín, 2004).

iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).

- *Tratamiento de deshabitación en Comunidad Terapéutica⁴ posterior a la primera entrada en prisión.* El tratamiento de deshabitación (igual o superior a seis meses) es anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (para aquellos sujetos que ingresaron en prisión y permanecieron en prisión hasta su excarcelación a Comunidad Terapéutica en condena base, por lo que no tuvieron posibilidad de iniciar ningún tratamiento fuera de prisión antes de su excarcelación a Comunidad Terapéutica).
- *Motivo de baja en el centro de tratamiento.* Hace referencia al motivo de finalización de los intentos de rehabilitación y tratamientos de deshabitación, previos a la derivación a comunidad terapéutica en condena base. En esta variable establecimos siete categorías:
 - Expulsión: cese obligatorio del tratamiento justificado por incumplimiento de normas. La situación más frecuente es por comportamientos de violencia física o verbal con miembros del equipo

⁴ Las **Comunidades Terapéuticas** son centros residenciales que trabajan la rehabilitación en régimen de internamiento y están ubicados mayoritariamente en centros rurales. Por medio de un contexto estructurado, una reglas nítidas y la puesta en marcha de intervenciones de tipo psicosocial y educativo, propician la rehabilitación del drogodependiente, que debe participar en la vida de la comunidad durante varios meses. Aunque existen Comunidades Terapéuticas gestionadas en su totalidad por las Administraciones Públicas, lo más frecuente es que sean de gestión privada y que establezcan convenios o conciertos con las administraciones a través de los cuales se financian cierto número de plazas. Aunque siguen existiendo Comunidades Terapéuticas de muy diversa naturaleza con planteamientos y equipos humanos sin cualificación específica, las integradas en las redes públicas poseen equipos interdisciplinarios, un programa terapéutico avalado y una garantía tanto de las instalaciones como de los derechos de los usuarios (Becoña y Martín, 2004).

terapéutico, con otros pacientes o con familiares de los mismos (Marcos, 2001).

- Abandono voluntario: el paciente no acude a realizar el tratamiento sin avisar al centro de tal circunstancia y sin argumentar un motivo lo suficientemente importante para justificar su ausencia en las actividades del centro. El paciente no sigue las instrucciones terapéuticas y rechaza el tratamiento (Marcos, 2001; Fernández, 1989).
- Ingreso en prisión: cuando por las circunstancias judiciales del paciente, éste ha de abandonar el centro para ingresar en un recinto penitenciario, por un tiempo, que justifica la interrupción del proceso terapéutico en el centro de referencia (Marcos, 2001).
- Alta voluntaria: hace referencia a un paciente que decide no continuar el tratamiento porque considera que ya está rehabilitado pero el equipo terapéutico no está de acuerdo con esta decisión. En este supuesto el paciente avisa al centro de tal circunstancia y se elabora la despedida con su terapeuta de referencia. Es una forma de finalizar el tratamiento mas madura que el abandono o expulsión.
- Alta terapéutica: hace referencia a una persona totalmente rehabilitada a todos los niveles (físico, psicológico, social), con un estilo de vida autónomo, socialmente adaptado y fundamentado en valores personalmente elegidos (Menéndez y Rico, 2004)⁵.

⁵ Cuando una persona concluye el proceso completo propuesto en Proyecto Hombre, significa que cumple con los siguientes criterios:

- Abstinencia del consumo de drogas ilegales, y abstinencia o consumo responsable de drogas legales (alcohol, tabaco, etc.) en función de las características personales.
- Estilo de vida autónomo (sin ningún tipo de dependencia, sea relacional, de sustancias, o sin sustancias) y personalmente satisfactorio.
- Ausencia de actividad delictiva.
- Obtención o recuperación del empleo y mantenimiento del mismo.
- Mejora del nivel formativo y educativo.
- Relaciones familiares integradas y satisfactorias.

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

3.3.2. Variables penales y penitenciarias

- *Antecedentes de estancias en prisión penado.* Hace referencia a que el sujeto ha estado en prisión cumpliendo condena sale en libertad y vuelve a entrar a “pagar una segunda campaña”. Esta primera estancia en prisión es anterior al periodo de cumplimiento de condena base (en el cual se le deriva a comunidad terapéutica). En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.
- *Condena total formal.* Se registra la/s condena/s que constan en sentencia⁶, de los periodos de condena anterior (si existiera) y del periodo de condena base. Posteriormente se asigna a cada sujeto a un intervalo de los siguientes:
 - Hasta 5 años (0 - 60 meses).
 - De 5 a 9 años (61-108 meses).
 - De 9 a 14 años (109 -168 meses).
 - De 14 a 19 años (169 -228 meses).
 - De 19 a 24 años (229 - 288 meses).
 - Más de 24 años (289 -325 meses).

-
- Creación o mantenimiento de una red social de personas que no usan drogas y basada en actividades de tiempo libre alternativas al uso de drogas.
 - Desarrollo de hábitos estables de autocuidados (deportivos, de alimentación, sanitarios, de descanso etc.).
 - Recuperación y/o desarrollo de valores adaptados socialmente, y comportamiento acorde con los mismos, que redunde en una satisfacción con el estilo de vida elegido (Menéndez y Rico, 2004).

⁶ Para calcular los diferentes periodos temporales utilizamos la unidad de medida del mes y luego lo categorizamos en años.

- No consta.
- No procede (el sujeto en el momento de recogida de la información no estaba condenado, estaba en prisión preventiva o detenido en espera de juicio y el juez no le pone pena privativa de libertad sino una medida alternativa a la pena privativa de libertad).
- *Tipo delictivo.* Se recogen los delitos cometidos por cada sujeto y posteriormente se asigna a cada sujeto a alguna de las siguientes categorías, considerando el delito principal aquel que por resolución judicial había condenado al sujeto a un mayor periodo de tiempo en prisión: hurto, robo con fuerza en las cosas, robo con violencia o intimidación, delito contra la salud pública (tráfico de drogas), delito contra las personas, delito de falsedad.
- *Número de ingresos en prisión en calidad de preso detenido antes de la condena base.* Se registra el número de ingresos en prisión en calidad de detenido (estancia en prisión no superior a 72 horas). En esta variable establecimos ocho categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, más de cinco y no consta.
- *Número de ingresos en prisión en calidad de preso preventivo antes de la condena base.* En este ítem recogemos las siguientes situaciones:
 - El sujeto ingresa en prisión detenido, posteriormente el juez dictamina prisión preventiva y finalmente el sujeto sale en libertad sin ser penado.
 - El sujeto ingresa en prisión como preso preventivo y sale en libertad sin ser penado.

En esta variable establecimos ocho categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, más de cinco y no consta.

- *Número de ingresos en prisión en calidad de preso penado antes de la condena base.* En este ítem recogemos las siguientes situaciones:
 - El sujeto ingresa en prisión detenido, posteriormente pasa a preso preventivo y finalmente pasa a penado.
 - El sujeto ingresa en prisión como preventivo pasando posteriormente a penado.
 - El sujeto ingresa en prisión como penado.

En esta variable establecimos ocho categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, más de cinco y no consta.

- *Edad del primer ingreso detenido.* Hace referencia a la edad del primer ingreso como preso detenido (estancia en prisión no superior a 72 horas).
- *Edad del primer ingreso preventivo.*
- *Edad del primer ingreso penado.*
- *Redención ordinaria en condena anterior.* Hace referencia a la redención de penas por el trabajo⁷ para aquellos sujetos que

⁷ Se trata de un derecho de la persona presa consistente en la reducción del tiempo de la condena siempre que se cumplan los requisitos establecidos en la ley: la persona presa debe estar cumpliendo una pena de privación de libertad por razón de delito y que esté realizando una actividad laboral. La institución de la redención de penas por el trabajo se derogó con el Código Penal de 1995, pero es de aplicación a las personas que hayan sido condenadas por el Código Penal de 1973 (Ríos, 2004; Sanz, 2007).

Existen dos clases de redención:

- Redención ordinaria: un día de redención por cada dos trabajados. Con la aplicación de esta redención la condena de 365 días puede obtener una redención de 182 días.

cumplen condena por el Código Penal de 1973. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque cumple condena por el Código Penal de 1995 o porque no hay condena anterior).

- *Redención ordinaria en condena base.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque cumple por el Código Penal de 1995).
- *Redención ordinaria en condena posterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque cumple por el Código Penal de 1995 o no hay condena posterior).
- *Redención extraordinaria en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque cumple por el Código Penal de 1995 o no hay condena anterior).
- *Redención extraordinaria en condena base.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque cumple por el Código Penal de 1995).
- *Redención extraordinaria en condena posterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede

-
- Redención extraordinaria: un día de redención por cada día de trabajo. Con un límite de 175 días al año. Este tipo de redención, no se basa solamente en la prestación del trabajo, sino en la forma concreta en que se desarrolla dicha labor o actividad, requiriendo que concurren especiales circunstancias de laboriosidad, disciplina y rendimiento en el trabajo.

(porque cumple por el Código Penal de 1995 o no hay condena posterior).

- *Antecedentes de Régimen Cerrado.* Hace referencia a la presencia o ausencia de antecedentes de estancia en régimen cerrado (por clasificación⁸ en primer grado de tratamiento o aplicación del art. 10 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, por peligrosidad extrema o inadaptación). En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.

- *Número de veces derivado a Centro Terapéutico Extrapenitenciario.* En esta variable establecimos cuatro categorías:
 - Derivado a través del juez o tribunal sentenciador en condena base.
 - Derivado por el centro penitenciario una vez en condena anterior y otra vez en condena base.
 - Derivado por el centro penitenciario una vez en condena base.
 - Derivado por el centro penitenciario dos veces en condena base.

- *Motivo de baja en el Programa de Comunidad Terapéutica en derivaciones extrapenitenciarias anteriores a la última derivación en condena base.* En esta variable establecimos cinco categorías:
 - Alta terapéutica del tratamiento en comunidad terapéutica.

⁸ La finalidad que la Constitución otorga principalmente a la pena de prisión es la reeducación y la reinserción social de las personas condenadas. Para la consecución de estos objetivos reeducativos la cárcel utiliza un conjunto de actividades terapéuticas, educativas y deportivas que constituyen lo que legalmente se define como tratamiento penitenciario. A su vez cada persona presa se le asigna una situación penitenciaria (grado) – régimen cerrado (clasificados en primer grado), ordinario (clasificados en segundo grado), y abierto (clasificados en tercer grado) – que se corresponde con un determinado régimen (conjunto de normas de convivencia) de vida en prisión (horarios de patio, cacheos, actividades, recuentos, permisos de salida) y que va a posibilitar la realización de un determinado tratamiento penitenciario. Este proceso de asignación de grado de denomina clasificación (Ríos, 2004).

-
- Derivación del tratamiento en comunidad terapéutica a tratamiento ambulatorio.
 - Expulsión del programa.
 - Abandono voluntario.
 - No procede (porque no existe tratamiento previo en comunidad terapéutica producido por derivación extrapenitenciaria).
- *Tiempo en meses desde su primera excarcelación al centro extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión. Excarcelación en cumplimiento de condena anterior o condena base.* Se completa para aquellos casos que hayan sido derivados a comunidad terapéutica en más de una ocasión y hayan vuelto a prisión (n = 10).
 - *Condena anterior formal.* Hace referencia al tiempo de condena formal en anteriores estancias en prisión. Periodos de estancia en prisión anteriores a la condena base en la que se realiza la derivación al centro extrapenitenciario. Con el objetivo de analizar si el tiempo de condena influye en la motivación para el abandono de la conducta de consumo de sustancias y de la conducta delictiva. En esta variable establecimos ocho categorías:
 - Hasta 2 años (0 – 24 meses).
 - De 2 a 4 años (25 – 48 meses).
 - De 4 a 6 años (49 – 72 meses).
 - De 6 a 8 años (73 – 96 meses).
 - De 8 a 10 años (97 – 120 meses).
 - Más de 10 años (121 – 141 meses).
 - No consta.
 - No procede (porque no existe periodo de condena anterior).

- *Tiempo real de prisión en condena anterior hasta su excarcelación en libertad condicional o total.* La condena formal no siempre es igual al tiempo real de privación de libertad, por eso hemos medido el tiempo real de estancia en prisión. En esta variable establecimos ocho categorías:
 - Hasta 1 año (0 – 12 meses).
 - De 1 a 2 años (13 – 24 meses).
 - De 2 a 4 años (25 – 48 meses).
 - De 4 a 6 años (49 – 72 meses).
 - De 6 a 8 años (73 – 96 meses).
 - Más de 8 años (97 – 100 meses).
 - No consta.
 - No procede (porque no existe periodo de condena anterior).

- *Forma de excarcelación en condena anterior.* Hace referencia al modo de finalizar la condena. En esta variable establecimos ocho categorías:
 - Libertad total: sujetos excarcelados en la fecha en la que cumplen su condena total.
 - Libertad total con revocación de la libertad condicional⁹: sujetos que fueron excarcelados en libertad condicional pero hicieron un mal uso de ella lo que condujo a su revocación y reingreso en prisión. Son excarcelados en la fecha en que cumplen su condena total.

⁹ La libertad condicional es la última fase del cumplimiento de la condena. Viene a ser como el “cuarto grado”. Supone la salida en libertad hasta la finalización total de la condena; libertad que es condicionada a que no se cometa delito ni se incumplan las reglas de conducta impuesta por el Juez de Vigilancia Penitenciaria. Durante este tiempo la persona está bajo supervisión de los Servicios Sociales Externos Penitenciarios. Para la consecución de los objetivos resocializadores, o ante la presencia de un pronóstico de reinserción dudoso se puede imponer al penado algunas reglas de conducta, en concreto en reclusos con problemas de drogas la sumisión a tratamiento externo en centros especializados (Ríos, 2004).

- Libertad condicional condicionada a tratamiento externo de su drogodependencia
 - Libertad condicional no condicionada a tratamiento externo de su drogodependencia.
 - Tercer grado para ir a comunidad terapéutica: sujetos excarcelados para continuar su tratamiento en un centro extrapenitenciario.
 - Tercer grado en régimen abierto¹⁰: sujetos que son destinados a establecimientos penitenciarios de régimen abierto.
 - No consta.
 - No procede (porque no existe periodo de condena anterior).
- *Condena base formal.* En esta variable establecimos siete categorías
 - Hasta 5 años (0- 60 meses).
 - De 5 a 9 años (61 – 108 meses).
 - De 9 a 14 años (109 – 168 meses).
 - De 14 a 19 años (169 – 228 meses).
 - De 19 a 24 años (229 – 288 meses).
 - Más de 24 años (289 – 295 meses).
 - No procede: sujetos que los incluimos en el valor no procede porque en la variable que denominamos condena base cumplían una medida alternativa a la pena privativa de libertad por vía judicial y por lo tanto no estaban en prisión penados sino

¹⁰ Esta clasificación supone el destino a un establecimiento de régimen abierto. Se configura como un régimen de semilibertad. El régimen de vida se caracteriza por la ausencia de controles rígidos (formaciones, cacheos, requisas, intervención de visitas y correspondencia) pues, lo propio de este régimen es la confianza en la persona presa, así como el fomento de la responsabilidad. Dentro del régimen abierto se pueden establecer distintas modalidades en el sistema de vida. Ello va a depender de la evolución personal del penado y sus características, de los grados y medios de control durante las salidas al exterior, y las medidas de ayuda que necesite para atender a sus carencias. Las personas pueden salir para desarrollar actividades laborales, formativas, familiares, de tratamiento o de otro tipo encaminadas a su integración social (Ríos, 2004).

detenidos o preventivos. Razón por la que no procede preguntarnos por su condena privativa de libertad porque no existe. Por otra parte a fecha 30 de junio de 2003 (fin de la recogida de datos) no se les había revocado la medida alternativa.

- *Tiempo real de prisión en condena base hasta su excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.* En esta variable establecimos ocho categorías:
 - Hasta 1 año (0 – 12 meses).
 - De 1 a 2 años (13 – 24 meses).
 - De 2 a 4 años (25 – 48 meses).
 - De 4 a 6 años (49 – 72 meses).
 - De 6 a 8 años (73 – 96 meses).
 - Más de 8 años (97 – 175 meses).
 - No consta
 - No procede: sujetos que en condena base no permanecieron en prisión (ni detenidos, ni preventivos, ni penados) antes de ser derivados a la comunidad terapéutica por vía judicial. Pero luego reingresan por revocación de la medida alternativa.

- *Tiempo real de prisión total (tiempo real de prisión en condena anterior más tiempo real de prisión en condena base) antes de ser derivado al centro terapéutico en condena base.* En esta variable establecimos siete categorías:
 - Hasta 2 años (0 – 24 meses).
 - De 2 a 4 años (25 – 48 meses).
 - De 4 A 6 años (49 – 72 meses).
 - De 6 a 8 años (73 – 96 meses).

- De 8 a 10 años (97 – 120 meses).
 - Más de 10 años (121 – 175 meses).
 - No consta.
-
- *Edad en la excarcelación.* Se registró la edad de cada sujeto, en el momento de la excarcelación de la condena base al centro terapéutico extrapenitenciario, y, posteriormente establecimos cinco intervalos de edad: de 21 a 24, de 25 a 29, de 30 a 34, de 35 a 39 y de 40 a 44.

 - *Año de excarcelación.*

3.3.3 Variables de conducta objetiva en prisión

- *Vinculación familiar.* La vinculación familiar la hemos evaluado a través de los siguientes indicadores:
 - Presencia de comunicaciones escritas, telefónicas, orales, de convivencia, familiares e íntimas¹¹.
 - Recibir ayuda económica.

¹¹ Las comunicaciones **escritas** se realizan a través de cartas en sobre cerrado (salvo intervención estipulada) sin ningún tipo de límite (Artº 46, RP, 1996). Las comunicaciones **telefónicas** se realizan en un teléfono habilitado en cada módulo, con una duración máxima de cinco minutos y con una frecuencia máxima de 5 llamadas por semana (Artº 47, RP, 1996). Las comunicaciones **orales por locutorio** se realizan de manera presencial en una sala de visita en la que los visitantes y el interno se encuentran separados por un cristal y se escuchan a través de un interfono; su duración máxima es de 20 minutos y se establece un mínimo de dos comunicaciones semanales (Artº 42, 43 y 44, RP, 1996). Las comunicaciones de **convivencia** están destinadas para los internos con cónyuge o pareja e hijos menores de 10 años; la duración es no inferior a 4 horas ni superior a 6 y se establece una comunicación al trimestre (Artº 45, RP, 1996). Las comunicaciones **familiares** son otro tipo de comunicación presencial en la que los visitantes, que puede ser cualquier familiar, y el interno se encuentran en una misma sala sin ningún tipo de barrera física; su duración es no inferior a una hora ni superior a tres y está estipulado un mínimo de una comunicación mensual (Artº 45, RP, 1996). Las comunicaciones **íntimas** están destinadas a los internos con pareja y se realizan en un cuarto donde hay un baño y una cama; la duración y frecuencia es la misma que en el caso de las comunicaciones familiares (Artº 45, RP, 1996).

- Acogimiento familiar en el disfrute de permisos de salida y libertad condicional.

Esta variable se mide en periodo de condena anterior (si existiera), periodo de condena base y periodo de condena posterior (si existiera)¹². En esta variable establecimos cinco categorías: no, sí, recupera la relación familiar durante su proceso terapéutico intrapenitenciario / extrapenitenciario, no consta y no procede (si no existiera tiempo de condena anterior o posterior a la condena base).

Se registró, para cada sujeto, el tipo de infracciones disciplinarias¹³ o su ausencia, cometidas durante el cumplimiento de la condena anterior, condena base y condena posterior.

- *Número de sanciones leves en condena anterior.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque no existe condena anterior).
- *Número de sanciones graves en condena anterior.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque no existe condena anterior).

¹² En el diseño de nuestra investigación distinguimos tres periodos. Periodo anterior a la condena base o historia previa donde puede haber sujetos que ya hayan estado en prisión cumpliendo condena, éste es el significado que le damos a la variable “condena anterior”. Condena base o condena cumplida por los sujetos en la que son excarcelados a un centro terapéutico extrapenitenciario y a partir de la cual, tras su excarcelación, se realizó el seguimiento. Y por último periodo posterior que comprende los años siguientes a la excarcelación de la condena base y donde el sujeto puede haber delinquido e ingresar en prisión en condena posterior a la condena base.

¹³ Las faltas se clasifican en: muy graves, graves y leves. Siguen vigentes las descritas en el Reglamento Penitenciario derogado de 1981 (Ríos, 2004).

- *Número de sanciones muy graves en condena anterior.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque no existe condena anterior).
- *Número de sanciones leves en condena base.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque el sujeto cumple una alternativa a la pena privativa de libertad en fase judicial).
- *Número de sanciones graves en condena base.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque el sujeto cumple una alternativa a la pena privativa de libertad en fase judicial).
- *Número de sanciones muy graves en condena base.* En esta variable hemos establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque el sujeto cumple una alternativa a la pena privativa de libertad en fase judicial).
- *Número de sanciones leves en condena posterior.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque no existe condena posterior).

- *Número de sanciones graves en condena posterior.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque no existe condena posterior).
- *Número de sanciones muy graves en condena posterior.* En esta variable establecimos trece categorías: cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, más de nueve, no consta, no procede (porque no existe condena posterior).
- *No constan sanciones.* En esta variable medimos cualitativamente la presencia o ausencia de sanciones en los distintos periodos de condena. Hemos establecido cinco categorías: no constan sanciones en ningún periodo de condena, no constan sanciones en condena anterior, no constan sanciones en condena base, no constan sanciones en condena posterior, no consta (la información de esta variable) y no procede (porque existen sanciones en todos los periodos de condena o el sujeto cumple medida alternativa a la prisión en fase judicial y no ha pasado ningún periodo de tiempo en prisión).
- *Consumo Institucional.* Hace referencia a la presencia o ausencia de constancia objetiva de consumo de drogas, durante el cumplimiento de la condena base, por tener sanciones por drogas, analíticas positivas por consumo e informes escritos de funcionarios donde consta la observancia de conductas de consumo (cuestionarios de evaluación conductual). En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta (la información de esta variable).

También se recogió la participación del sujeto en las diferentes actividades, durante los distintos periodos de cumplimiento de condena. El objetivo es evaluar si tiene actividad continuada a lo largo de un mismo periodo de cumplimiento de condena. También observar si ha aumentado o disminuido la actividad de un periodo a otro.

- *Participación en actividades deportivas en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).
- *Participación en actividades socioculturales¹⁴ en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).
- *Participación en actividades de estudio y formación académica en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).
- *Participación en cursos de formación profesional¹⁵ en régimen de trabajo en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro

¹⁴ Las actividades socioculturales se estructuran en tres programas (Aranda, 2007):

- Difusión cultural: actuaciones musicales, exposiciones, representaciones teatrales etc...
- Formación y motivación cultural: Educación medioambiental, concursos (literarios, carteles publicitarios, dibujo), salidas culturales, seminarios, mesas redondas etc....
- Organización y gestión de biblioteca: préstamo de libro y fomento de la lectura.

¹⁵ La formación profesional en régimen de trabajo tendrá como objetivo la adquisición de conocimientos profesionales que faciliten la integración del interno en la sociedad con posibilidades de realizar actividades laborales normales (Aranda, 2007). Algunos de los cursos de formación profesional desarrollados en el centro penitenciario de Burgos son: albañilería, pintura, soldadura metálica, fontanería, jardinería, confección de muestrarios de telas etc...

categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).

- *Participación en actividades de apoyo a las tareas auxiliares¹⁶ en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).
- *Participación en talleres ocupacionales¹⁷ en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).
- *Participación en talleres de producción en régimen laboral¹⁸ en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).
- *Participación en talleres productivos de actividades auxiliares en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).

¹⁶ Los trabajos realizados en enfermerías, escuelas, cocinas, economatos, limpieza, mantenimiento, etc., son tareas consideradas como prestaciones personales por parte de los internos (Aranda, 2007). Cuando estas actividades están remuneradas se las denomina talleres productivos de actividades auxiliares, sin embargo hablamos de actividades de apoyo cuando no están remuneradas.

¹⁷ Se trata de actividades, que por su efecto terapéutico en estados de ansiedad y depresión, pueden formar parte de un tratamiento; asimismo, resultan de gran utilidad en la adquisición de hábitos laborales y sociales. Las actividades que pueden realizarse en los talleres ocupacionales son innumerables, su elección dependerá de los medios con los que cuente cada establecimiento; citaremos de entre ellas, las siguientes: musicoterapia, estaño, macramé, teatro, cerámica, pintura, repujado de cuero, pirograbado, marquetería, etc. (Aranda, 2007).

¹⁸ El trabajo realizado en los sectores productivos, tendrá como propósito principal la realización de una actividad laboral idéntica a la efectuada en las áreas de los trabajos libres, a fin de que los internos tengan oportunidad de integrarse, en el momento de la reinserción social, a puestos de trabajo en el ámbito laboral exterior (Reglamento Penitenciario, 1981).

- *Participación en actividades de psicoterapia*¹⁹ en condena anterior. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena anterior).

Estas nueve variables que representan grupos de actividades diferentes, se miden cualitativamente en periodo de condena base y en periodo de condena posterior. El significado de cada una de las categorías es el mismo excepto para la categoría “no procede”. En condena base la categoría no procede hace referencia a la situación de los sujetos que cumplen una medida alternativa a la prisión en fase judicial y por lo tanto no cumplen pena privativa de libertad en prisión. En condena posterior la categoría no procede hace referencia a la no existencia de condena posterior.

Otro conjunto de variables hace referencia a la presencia o ausencia de permisos de salida ordinarios²⁰ que ha disfrutado el interno en los diferentes periodos de cumplimiento de condena.

- *Disfrute de permisos en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (no existe condena anterior).
- *Disfrute de permisos en condena base antes de la excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (cumplen medida alternativa a la prisión por vía judicial).

¹⁹ Integradas en algunos de los recursos específicos de tratamiento de la drogodependencia.

²⁰ Los permisos de salida ordinarios consisten en la excarcelación temporal de la persona presa y tienen como finalidad la preparación para la vida en libertad. Los permisos ordinarios se concederán por seis días, hasta un total de treinta y seis al año para los clasificados en segundo grado. Los clasificados en tercer grado pueden disfrutar de cuarenta y ocho días al año, además de permisos de fin de semana (Ríos, 2004).

- *Disfrute de permisos en condena base después de la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario.* Esta variable se mide en aquellos internos que hayan reingresado en prisión después de la derivación extrapenitenciaria. Establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no reingresan en prisión después de la derivación extrapenitenciaria).
- *Disfrute de permisos en condena posterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no existe condena posterior).

También recogimos información relativa a las recompensas²¹ concedidas durante los distintos periodos de condena.

- *Concesión de recompensas en condena anterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (no existe condena anterior).
- *Concesión de recompensas en condena base.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque cumplían medida alternativa a la prisión en fase judicial).

²¹ Las recompensas se conceden por actos que pongan de manifiesto buena conducta, espíritu de trabajo y sentido de la responsabilidad en el comportamiento de las personas presas, así como la participación positiva en las actividades que se organicen en la cárcel. Las recompensas pueden ser: comunicaciones especiales (íntimas, familiares y de convivencia) y extraordinarias (comunicaciones orales); becas de estudio, donación de libros y otros instrumentos de participación en las actividades culturales y recreativas del centro; prioridad en la participación de salidas programadas para la realización de actividades culturales; reducciones de las sanciones impuestas; premios en metálico; notas meritorias; cualquier otra recompensa de carácter análogo que no resulte incompatible con los preceptos reglamentarios (art. 263 Reglamento Penitenciario, Real Decreto 190/1996).

- *Concesión de recompensas en condena posterior.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque no hay condena posterior).

Se recogió de cada sujeto su relación con los programas específicos de drogas en prisión en los distintos periodos de condena.

- *Tratamiento específico de drogas en prisión, en condena anterior.* En esta variable establecimos seis categorías:
 - No lleva a cabo ningún programa de drogas en prisión.
 - Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento que llevaba a cabo en situación de libertad.
 - Recibe apoyo psicosocial a nivel ambulatorio a través de alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que se desplazan a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Atención al Drogodependiente, Servicio de Atención al Toxicómano de Cáritas).
 - Recibe apoyo de Recursos de Comunidades Cristianas (Remar, Reto, Accorema).
 - Programa de Mantenimiento con Metadona²².
 - Programa de Naltrexona²³.
- *Tratamiento específico de drogas en prisión, en condena base, previo a la excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.* En esta variable establecimos ocho categorías:
 - No lleva a cabo ningún programa de drogas en prisión.

²² La metadona es un analgésico opiáceo de origen sintético. Utilizado para el tratamiento farmacológico de la drogodependencia a la heroína (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

²³ La naltrexona es un fármaco que bloquea la acción de los opiáceos (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

- Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento que llevaba a cabo en situación de libertad.
 - Recibe apoyo psicosocial a nivel ambulatorio a través de alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que se desplazan a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Atención al Drogodependiente, Servicio de Atención al Toxicómano de Cáritas).
 - Módulo terapéutico específico de drogas²⁴
 - Recibe apoyo de Recursos de Comunidades Cristianas (Remar, Reto, Accorema) a nivel ambulatorio.
 - Recibe apoyo de Recursos de Comunidades regidas por extoxicómanos (principalmente El Patriarca) a nivel ambulatorio.
 - Programa de Tratamiento con Metadona.
 - Programa de Naltrexona.
- *Tratamiento específico de drogas en prisión, en condena posterior.*
En esta variable establecimos cuatro categorías:
 - No lleva a cabo ningún programa de drogas en prisión.
 - Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento que llevaba a cabo en situación de libertad.

²⁴ El programa de deshabitación puede llevarse a cabo ambulatoriamente –el interno convive con el resto de la población en su módulo y galería y utiliza los recursos generales del centro (talleres, aulas de formación, etc.)– o en espacio terapéutico específico de drogas. Estos espacios terapéuticos son departamentos específicos ubicados en diferentes áreas geográficas para la realización de programas permanentes relativos a drogodependencias; en éstos se desarrolla una atención intensiva y frecuente, para lo que se cuenta con una estructura propia del programa (aulas educativas, de psicoterapia, talleres, etc.), pudiéndose apoyar también en otras estructuras de centro (talleres, polideportivo). La deshabitación en espacio terapéutico específico abarca tanto las actuaciones tipo de día –el interno regresa a dormir a su módulo o galería – o tipo módulo terapéutico -pernoctan en la unidad, por lo que están separados del resto de la población -; este tipo de intervenciones se dirigen a toxicómanos con buenas perspectivas para iniciar un proceso de deshabitación a través de un programa orientado a la abstinencia, libre de drogas, en los que la intervención es de carácter integral y en donde se está en contacto con los dispositivos comunitarios para, en su caso, efectuar las derivaciones oportunas (Aranda, 2007).

- Recibe apoyo psicosocial a nivel ambulatorio a través de alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que se desplazan a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Atención al Drogodependiente).
- Programa de tratamiento con metadona.

A continuación definimos un conjunto de conductas que representan mala adaptación y evolución en el cumplimiento de condena. Se observan en el periodo de cumplimiento de condena anterior y condena base previos a la excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.

- *Conductas autolesivas.* En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta información al respecto.
- *Intentos de suicidio.* En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta información al respecto.
- *Huelga de hambre.* En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta información al respecto.
- *Pérdida del disfrute de permisos de salida.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (nunca disfrutaron de permiso de salida).
- *Pérdida del beneficio de redención de penas por el trabajo.* En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede.

- *Regresión de grado*²⁵ *de cumplimiento*. Se registra la regresión de segundo a primer grado y de tercero a segundo grado. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (no ingresó en prisión en ningún periodo).
- *Revocación de la libertad condicional*²⁶. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta, no procede (no ha disfrutado de libertad condicional).
- *Quebrantamiento de condena*²⁷. En esta variable establecimos tres categorías: no, sí y no consta.

²⁵ La regresión de grado procederá cuando exista una evolución desfavorable en el pronóstico de integración social, en la personalidad o en la conducta de la persona (art. 106.3 Reglamento Penitenciario, Real Decreto 190/1996).

²⁶ El periodo de libertad condicional durará todo el tiempo que falte a la persona para cumplir la condena, siempre que durante ese periodo no se delinca o se incumplan las reglas de conducta que hayan sido impuestas. Si esto ocurriera el Juez de Vigilancia revocará la libertad condicional concedida y el penado reingresará en prisión en el grado o periodo que corresponda (Art. 93 Código Penal, Díaz-Maroto y Suárez, 2002).

²⁷ El aprovechamiento de un permiso para fugarse o cometer un delito durante el mismo, tiene dos consecuencias (Ríos, 2004):

- Valoración negativa por el Equipo de Tratamiento para la concesión de futuros permisos.
- Delito de quebrantamiento de condena (delito tipificado como delito contra la Administración de Justicia).

3.3.4 Variables psicológicas

En la evaluación de la inteligencia debemos tener muy en cuenta las variables socio-culturales y familiares en las que los individuos han desarrollado su proceso de socialización, por lo que en la mayoría de nuestra población reclusa, debemos utilizar prueba libres de sesgos culturales, para que los resultados que obtengamos sean los más objetivos posibles (Melis, 2007). Según Melis las pruebas que resultan más óptimas para su utilización dentro del medio penitenciario son:

1. Matrices Progresivas de Raven. Consta de varios instrumentos con estructura análoga y que tienen diferentes niveles de dificultad: hay una escala general (en la que no es necesario ningún nivel cultural previo) y una escala de nivel superior (en la que hay una serie que sólo se aplica a sujetos cuya inteligencia se puede considerar superior a la media. Son series de figuras, y la mayoría son problemas de razonamiento analógico para cuya solución es necesario considerar dos dimensiones: las figuras van cambiando de izquierda a derecha y de arriba abajo según dos principios diferentes que el sujeto debe identificar (progresión horizontal o vertical). Cada matriz debe ser cumplimentada por configuración gestáltica o por establecimiento de relaciones entre las figuras. Esta prueba tiene buena estimación del factor "g"²⁸, de la inteligencia general, ya que mide la aptitud general sobre la deducción de relaciones.

2. D-48. Test de Dominós (Pichot). Prueba de inteligencia general, evalúa la capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a nuevos problemas, aprecia las funciones centrales de la inteligencia: abstracción y comprensión de relaciones. Constituye una excelente medida del factor "g", escasamente contaminada por los factores culturales.

²⁸ Factor g: habilidad intelectual general que, de acuerdo con muchos teóricos, subyace a habilidades o aptitudes específicas (Wade y Tavis, 2003).

3. Escala de Alexander (W.P. Alexander). Evalúa la inteligencia práctica, la facilidad de adaptación a distintos ambientes y situaciones, y la habilidad en la ejecución. Es la prueba que más se suele utilizar en los Centros Penitenciarios, ya que está libre de influencias culturales, y es de gran utilidad para la evaluación de personas con dificultades verbales o desconocimiento del idioma.

Este Cociente de Inteligencia Práctica (C.I.P.) (Alexander, 1978) se interpreta como las escalas de Inteligencia General:

- Un cociente entre 90 y 110 indica una capacidad intelectual normal.
- Un cociente inferior a 90, una capacidad intelectual baja.
- Un cociente entre 110 y 120, capacidad intelectual elevada.
- Un cociente superior a 120, capacidad intelectual muy destacada.

4. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (D. Wechsler). Evalúa de manera profunda la inteligencia en adultos, a partir de un Cociente Intelectual Verbal, un Cociente Intelectual Manipulativo y un Cociente Intelectual Total. Cabe decir que tiene marcados sesgos culturales, sobre todo en la escala relacionada con el Cociente Intelectual Verbal.

Existen otras escalas de evaluación de inteligencia en el contexto penitenciario, no las explicamos porque no han sido utilizadas en nuestra investigación.

El Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad (16PF) (R. B. Cattell) es una prueba para evaluar los principales componentes de la personalidad no patológica. En nuestra muestra se ha utilizado para medir una dimensión global de la inteligencia que es la capacidad de razonamiento.

La variable inteligencia queda definida de la siguiente manera:

- *Capacidad intelectual.* Medida a través de diferentes pruebas diagnósticas (WAIS - 4 sujetos -, Escala de Alexander - 92 sujetos -, Matrices Progresivas de Raven - 4 sujetos -, D-48 -1 sujeto-, 16PF -7 sujetos-). Posteriormente cada sujeto es asignado por el psicólogo que ha hecho la evaluación a una de las siguientes cuatro categorías teniendo en cuenta los intervalos de las escalas de Inteligencia General:
 - Capacidad intelectual baja.
 - Capacidad intelectual normal.
 - Capacidad intelectual elevada.
 - No consta.

Dentro del proceso global de evaluación psicológica que realiza el psicólogo de la prisión, se encuentra la evaluación de la personalidad de los internos. Del total de la muestra, 98 sujetos son evaluados con el cuestionario de personalidad para adultos EPQ-A (Eysenck Personality Questionnaire-Adult) (Eysenck y Eysenck, 1995, primera edición en castellano por TEA en 1989). Consta de 94 items que evalúan personalidad no patológica. Evalúa tres dimensiones básicas de personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo o dureza afectiva) y sinceridad. Este instrumento se basa en el modelo teórico de la personalidad delictiva de Eysenck explicado en la revisión bibliográfica.

- *Neuroticismo.* En esta variable establecimos cuatro categorías: bajo, medio, alto y no consta.
- *Extraversión.* En esta variable establecimos cuatro categorías: bajo, medio, alto y no consta.

- *Psicoticismo (dureza)*. En esta variable establecimos cuatro categorías: bajo, medio, alto y no consta.
- *Sinceridad*. En esta variable establecimos cuatro categorías: bajo, medio, alto y no consta.

En este conjunto de variables que hemos denominado variables psicológicas también se analiza la actitud del interno ante el delito y la conducta grupal institucional.

- *Asunción de la conducta delictiva*. Se agrupó a los sujetos, de acuerdo con su nivel de asunción de la responsabilidad por los delitos cumplidos, durante la condena base. En esta variable establecimos las siguientes categorías: no, sí, asunción parcial (lo justifica por el problema de drogas) y no consta.
- *Conducta grupal institucional*. Con esta variable se pretende medir los problemas de relación a escala grupal. Establecimos cuatro categorías: sociable, solitario, rechazado y no consta.

2.3.5 Variables de seguimiento

En esta apartado recogemos información de los sujetos después de haberse efectuado la última excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.

- *Reingreso a prisión después de la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario.* Este reingreso puede ser en condena base o condena posterior. En esta variable establecimos cuatro categorías: sí, no, no consta y no procede.
- *Reingreso a prisión en condena base.* En esta variable establecimos cuatro categorías: sí, no, no consta y no procede.
- *Tiempo transcurrido desde la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión dentro de la condena base.* Se registra, para cada sujeto, el tiempo, en meses, desde su excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión. Posteriormente, se agrupan los sujetos según hubieran reingresado durante el primer, segundo o tercer año, tras su excarcelación. En esta variable establecimos siete categorías: de 0 a 6 meses, de 7 a 12 meses, de 1 a 2 años, de 2 a 3 años, más de 4 años, no consta y no procede.
- *Motivo de reingreso en prisión en condena base.* En esta variable establecimos ocho categorías: reingreso por una causa nueva (hechos cometidos después de la excarcelación de la condena base), reingreso por una causa antigua (hechos cometidos antes de la excarcelación de la condena base), reingreso por quebrantamiento de la condena base sin comisión de nuevo delito (vg.: abandono del centro de tratamiento sin volver voluntariamente a prisión estando en

tercer grado de cumplimiento), reingreso tras abandonar el centro de tratamiento, reingreso por ser expulsado del centro de tratamiento, reingreso por cese obligatorio por Circular 1990²⁹, no consta y no procede.

- *Forma de finalización de la condena base.* En esta variable establecimos cuatro categorías: libertad total por extinción de condena, libertad condicional, no consta y no procede (porque a fecha 30 de junio de 2003 sigue cumpliendo condena base o ha fallecido).
- *Reingreso en condena posterior.* Ha existido un periodo de libertad total entre condena base y condena posterior. En esta variable establecimos cuatro categorías: no, sí, no consta y no procede (porque a fecha de 30 de junio de 2003 continúa cumpliendo condena base o ha fallecido).
- *Motivo de reingreso a prisión en condena posterior.* En esta variable establecimos cinco categorías: causa nueva, causa nueva y antigua, prisión preventiva y luego libertad, no consta y no procede (sujetos que no tiene sentido plantearles este ítem porque continúan cumpliendo condena base, o, una vez finalizada la condena base no han reingresado en prisión en condena posterior).

²⁹ Circular de 13 de marzo de 1990, sobre asistencia en Instituciones Extrapenitenciarias de Internos clasificados en tercer grado que presentan problemas de drogadicción (Ministerio de Justicia, 1990). En esta circular se exige que las entidades privadas de acogimiento de los internos se deberán adecuar a las normas de acreditación y homologación fijadas por las autoridades competentes. En este sentido algunas entidades como Remar, Reto no obtuvieron la acreditación necesaria y aquellos internos que estaban cumpliendo condena en este tipo de centros, tuvieron que reingresar a prisión.

- *Reincidencia en la actividad delictiva o falta penal a su excarcelación de la condena base por derivación a centro terapéutico extrapenitenciario.* En esta variable establecimos tres categorías: no reincide, sí reincide y no consta. Se asigna, a cada sujeto, a uno de los grupos (reincide o no reincide), según hubiera tenido algún reingreso penado en prisión por una nueva comisión de delito o falta penal a su excarcelación de la condena base.
- *Año de reincidencia.* Recogemos la variable en número de meses que han transcurrido desde la última excarcelación hasta la fecha de comisión de nuevo delito o falta penal. Posteriormente asignamos a cada sujeto a una de las siguientes siete categorías: primer año, segundo año, tercer año, cuarto año, quinto año, sexto año, no consta y no procede (sujetos que no han reincidido).
- *Tipología delictiva y falta penal al reingreso (en condena base o condena posterior).* Se registra el delito o falta por el que se produjo el reingreso en prisión, y, posteriormente se asigna, a cada sujeto, a alguna de las siguientes categorías: delito de hurto, delito de robo con fuerza en las cosas, delito de robo con violencia o intimidación, delito contra la salud pública, delito contra el orden público, falta penal, no consta y no procede (sujetos que no han reincidido).
- *Motivo de baja del centro terapéutico extrapenitenciario (Programa de Tratamiento en Comunidad Terapéutica).* Se registra para cada sujeto el motivo de baja en el centro terapéutico extrapenitenciario, en el momento de finalización del periodo de seguimiento (30 de junio de 2003). En esta variable establecimos siete categorías: alta terapéutica, alta voluntaria, abandono voluntario, expulsión, falleci-

miento, no consta y no procede (sujetos que a fecha 30 de junio continuaban en tratamiento).

- *Tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario.* En esta variable establecimos cinco categorías: de 0 a 6 meses, de 7 a 12 meses, de 1 a 2 años, más de 2 años y no consta.
- *Situación penitenciaria finalizado el periodo de seguimiento (30 de junio de 2003).* En esta variable hemos establecido nueve categorías: preso preventivo, cumpliendo condena en segundo grado, cumpliendo condena en tercer grado (sección abierta), cumpliendo condena en tercer grado en centro terapéutico extrapenitenciario, en libertad condicional condicionada a tratamiento, en libertad condicional no condicionada a tratamiento, en libertad total, no consta y fallecido.
- *Situación tratamental, familiar, laboral y judicial finalizado el periodo de seguimiento (30 de junio de 2003).* En esta variable establecimos las siguientes categorías: en tratamiento de rehabilitación, rehabilitado, con trabajo, con pareja, con relaciones familiares (padres y hermanos) y cumpliendo medida alternativa a la prisión.

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El primer tipo de análisis efectuado, y a partir del cual más adelante se efectuaron los análisis de tipo relacional, ha sido de tipo descriptivo univariado. Este tipo de análisis ofrece la posibilidad de tener una mirada amplia de los resultados más relevantes. Ello, unido a un análisis interpretativo de alguno de los resultados, interpretación hecha desde las premisas teóricas, permite tener una visión global y bastante completa del fenómeno estudiado. Para el análisis univariado se usarán tablas de frecuencia y de porcentaje con sus correspondientes N.

En el segundo tipo de análisis descriptivo bivariado hemos relacionado la que hemos tomado como variable de agrupación “Reincidencia a su excarcelación de la condena base” con otras variables que, teóricamente se han considerado pertinentes de relacionar con la reincidencia. Para el análisis estadístico bivariado, se usará la prueba de Chi-cuadrado y su significatividad correspondiente “p”. Los datos serán presentados en tablas de contingencia. Además para tablas 2x2 y en el caso en que la frecuencia esperada en alguna de las casillas sea menor que cinco se tendrá en cuenta el estadístico exacto de Fisher.

Para ambos tipos de análisis hemos usado el paquete estadístico SSPS, versión 15.0.

CAPÍTULO 8
RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INTERNOS DROGODEPENDIENTES, DERIVADOS A TRATAMIENTO EXTRAPENITENCIARIO A LO LARGO DEL PERIODO 1985-2003 EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS

A continuación, se describen los estadísticos descriptivos resumen para las variables contenidas en la ficha de datos para la muestra de delincuentes toxicómanos.

Como ya se ha dicho este cuestionario, confeccionado al efecto, recogía, principalmente, datos individuales, sociofamiliares, penales, penitenciarios, de conducta objetiva en prisión, psicológicos e información recogida después de haberse efectuado la última excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.

En este apartado veremos las frecuencias y porcentajes de los datos descriptivos más importantes para los delincuentes toxicómanos. Observaremos las variables más representativas del cuestionario, en la muestra total de internos, a través de diferentes tablas y gráficos.

Para facilitar la interpretación de las tablas

En las siguientes tablas aparecen como categorías:

- La etiqueta “No consta” (Nc) para describir a todos aquellos sujetos que no tenemos datos en una determinada variable.
- La etiqueta “No procede” para describir a todos aquellos sujetos que no puntúan en una determinada variable. Por ejemplo, todos los sujetos van a puntuar en variables como: sexo, estado civil, número de hijos de la familia a la que pertenece el sujeto etc... Pero variables como por ejemplo, “vinculación familiar en condena anterior”¹ no tendría sentido preguntárnoslo para aquellos sujetos que no tienen condena anterior. Por lo tanto para estos sujetos cuyo primer periodo de privación de libertad coincide con la condena base se les asignará la categoría “No procede”, en la variable “vinculación familiar en condena anterior” porque no existe tiempo de condena anterior. Esto sucede en distintas variables, las cuáles plantean distintas situaciones personales. Todo ello con la finalidad de describir lo más exhaustivamente posible las distintas realidades del conjunto de sujetos de nuestra muestra.

En las tablas estas categorías (“Nc” y “No procede”) se consideran como valores perdidos frente al resto de las categorías de la variable que son valores válidos.

En las tablas aparecen en las columnas los siguientes estadísticos:

- Frecuencia: recuento.
- Porcentaje: sobre el conjunto de datos válidos y perdidos.

¹ En el diseño de nuestra investigación distinguimos tres periodos. Periodo anterior a la condena base o historia previa donde puede haber sujetos que ya hayan estado en prisión cumpliendo condena, éste es el significado que le damos a la variable “condena anterior”. Condena base o condena cumplida por los sujetos en la que son excarcelados a un centro terapéutico extrapenitenciario y a partir de la cual, tras su excarcelación, se realizó el seguimiento. Y por último periodo posterior que comprende los años siguientes a la excarcelación de la condena base.

- Porcentaje válido: sobre el conjunto de datos válidos.
- Porcentaje acumulado: sobre el conjunto de datos válidos.

Reflejamos en todas las tablas el porcentaje, reflejamos el porcentaje válido cuando tenemos valores perdidos y reflejamos el porcentaje acumulado cuando la variable es, al menos, ordinal. Con la finalidad de poder describirlas con mayor objetividad.

En este apartado, describimos el resultado del análisis de las variables contempladas y recogidas en los protocolos y expedientes de los internos.

1.1 VARIABLES INDIVIDUALES Y SOCIOFAMILIARES

1.1.1 Sexo

En la muestra se aprecia una sobrerrepresentación del sexo masculino sobre el femenino, como podemos observar. Los hombres suponen en la muestra el 98,3% frente a las mujeres que son 1,7 %.

Tabla 6. Distribución según el sexo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Varón	118	98,3
	Mujer	2	1,7
	Total	120	100,0

1.1.2 Estado Civil

Hace referencia al estado civil del sujeto durante el cumplimiento de la condena base en la que fue derivado al centro extrapenitenciario.

El estado civil de la mayoría de los sujetos es de soltero (73%), mientras que, los casados y los que conviven en pareja representan el 9,2%.

La situación civil predominante es la de soltero que se incrementaría si añadimos otras situaciones sociales que también implican ausencia de pareja, en el ámbito contractual, como viudo, separado/divorciado (90,8%).

Tabla 7. Distribución según estado civil.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltero	88	73,3
	Casado	8	6,7
	Convive en pareja	3	2,5
	Separado/Divorciado	19	15,8
	Viudo	2	1,7
Total		120	100,0

1.1.3 Antecedentes familiares penitenciarios

El 23,3 % de los sujetos tienen familiares cercanos (padres o hermanos) que han estado cumpliendo condena privativa de libertad en prisión.

Tabla 8. Distribución según antecedentes familiares penitenciarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	89	74,2	76,7
	Sí	27	22,5	23,3
	Total	116	96,7	100,0
Perdidos	No consta	4	3,3	
Total		120	100,0	

1.1.4 Antecedentes familiares psiquiátricos

El 15,2 % de los sujetos tiene familiares cercanos (padres o hermanos) con diagnóstico de patología psiquiátrica.

Tabla 9. Distribución según antecedentes familiares psiquiátricos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	95	79,2	84,8
	Sí	17	14,2	15,2
	Total	112	93,3	100,0
Perdidos	No consta	8	6,7	
Total		120	100,0	

1.1.5 Antecedentes familiares toxicofílicos

El 39,7 % de los sujetos tiene familiares cercanos (padres o hermanos) con problemas de abuso o dependencia a las sustancias.

Tabla 10. Distribución según antecedentes familiares toxicofílicos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	70	58,3	60,3
	Sí	46	38,3	39,7
	Total	116	96,7	100,0
Perdidos	No consta	4	3,3	
Total		120	100,0	

1.1.6 Ausencia del padre y/o madre

El 39 % de los sujetos crecieron en un ambiente familiar en ausencia de uno o de los dos padres.

Tabla 11. Distribución según ausencia de padre y/o madre.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	64	53,3	61,0
	Sí	41	34,2	39,0
	Total	105	87,5	100,0
Perdidos	No consta	15	12,5	
Total		120	100,0	

1.1.7 Presencia de malos tratos en la familia

El 17,1% de los sujetos ha sufrido malos tratos en el ámbito familiar.

Tabla 12. Distribución según la presencia de malos tratos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	87	72,5	82,9
	Sí	18	15,0	17,1
	Total	105	87,5	100,0
Perdidos	No consta	15	12,5	
Total		120	100,0	

1.1.8 Presencia de problemas económicos en la familia de origen

El 14,3 % de los sujetos proceden de familias con dificultades económicas.

Tabla 13. Distribución según la presencia de problemas económicos en la familia de origen.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	90	75,0	85,7
	Sí	15	12,5	14,3
	Total	105	87,5	100,0
Perdidos	No consta	15	12,5	
Total		120	100,0	

1.1.9 Nivel de estudios finalizados

En cuanto al nivel cultural y educativo tenemos que el 12,6% no tiene ningún estudio, es decir son analfabetos o saben leer y escribir con muchas dificultades. El Certificado de escolaridad lo han obtenido el 46,2% y el Graduado escolar el 31%.

A los niveles de F.P.1, F.P.2 y B.U.P. sólo llega el 5,9%, mientras que acceso a estudios universitarios sólo tienen un 3,3% de la muestra.

Estamos, por tanto, ante un bajo nivel de instrucción de los sujetos estudiados.

Tabla 14. Distribución según el nivel de estudios alcanzado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Alfabetización	15	12,5	12,6
	Certificado de escolaridad	55	45,8	46,2
	Graduado escolar	25	20,8	21,0
	Graduado escolar obtenido en prisión	13	10,8	10,9
	Formación profesional I	3	2,5	2,5
	Formación profesional II	2	1,7	1,7
	E.S.O (BUP)	2	1,7	1,7
	Bachillerato (COU)	3	2,5	2,5
	Acceso a la universidad para adultos obtenido en prisión	1	,8	,8
	Total	119	99,2	100,0
Perdidos	No consta	1	,8	
Total		120	100,0	

1.1.10 Absentismo escolar

El 68,3% dejaron de ir a la escuela durante su educación general básica.

Tabla 15. Distribución según la presencia o ausencia de absentismo escolar.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	38	31,7
	Sí	82	68,3
	Total	120	100,0

1.1.11 Fugas del hogar

Un 47,5% de los sujetos estudiados han protagonizado en alguna o varias ocasiones fugas del hogar a lo largo de su adolescencia.

Tabla 16. Distribución según la presencia o ausencia de fugas del hogar.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	63	52,5
	Sí	57	47,5
	Total	120	100,0

1.1.12 Ingreso en Centros de Protección de Menores

Un 3,4% del porcentaje válido han estado en Centros de Protección de Menores.

Tabla 17. Distribución según la estancia o no en centros de protección de menores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	113	94,2	96,6
	Sí	4	3,3	3,4
	Total	117	97,5	100,0
Perdidos	Nc	3	2,5	
Total		120	100,0	

1.1.13 Ingreso en Centros de Reforma

Un 11,1% del porcentaje válido ha estado en Centros de Reforma de Menores.

Tabla 18. Distribución según ingreso en centros de reforma.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	104	86,7	88,9
	Sí	13	10,8	11,1
	Total	117	97,5	100,0
Perdidos	No consta	3	2,5	
Total		120	100,0	

1.1.14 Hábitos laborales

Sólo el 28,3% cuenta con hábitos laborales de manera estable y un 26,7 los tiene sin consolidar o de manera temporal, mientras que el 45% restante carece de ellos.

Tabla 19. Distribución según el nivel de adquisición de hábitos laborales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	54	45,0
	Sí	34	28,3
	Sin consolidar	32	26,7
	Total	120	100,0

1.1.15 Cualificación laboral

Predominan con un 89,2% los sujetos con actividad laboral no cualificada.

Tabla 20. Distribución según la presencia o ausencia de cualificación laboral.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	107	89,2
	Sí	13	10,8
	Total	120	100,0

1.1. 16 Ingreso en Centros Psiquiátricos

El 10,4% del porcentaje válido ha tenido algún ingreso en Psiquiatría.

Tabla 21. Distribución según la presencia o ausencia de ingresos en centros psiquiátricos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	103	85,8	89,6
	Sí	12	10,0	10,4
	Total	115	95,8	100,0
Perdidos	No consta	5	4,2	
Total		120	100,0	

1.1.17 ¿Existe otro diagnóstico de salud mental asociado al de dependencia de drogas identificado siguiendo alguna clasificación internacional estándar?

En un 16,7% de los sujetos consta en su historial otro diagnóstico de salud mental asociado a su problema de drogodependencia. Cabe destacar que en un 83,3% no presentan otra patología de salud mental asociada.

Tabla 22. Distribución según la presencia de otro diagnóstico de salud mental asociado al de dependencia de drogas identificado siguiendo alguna clasificación internacional estándar.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	100	83,3
	Sí	9	7,5
	Sí, pero no se especifica la clasificación internacional	11	9,2
	Total	120	100,0

1.1.18 ¿Cuál es ese diagnóstico?

Destacamos que la alteración psicopatológica más frecuente corresponde a Trastornos de Personalidad con 60% de porcentaje válido, seguido del diagnóstico de Discapacidad Intelectual con 25% de porcentaje válido.

Tabla 23. Distribución según diagnóstico de salud mental.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Discapacidad intelectual	5	4,2	25,0
	Trastorno del estado de ánimo	1	,8	5,0
	Trastorno por ansiedad	1	,8	5,0
	Trastorno adaptativo	1	,8	5,0
	Trastorno de personalidad	12	10,0	60,0
	Total	20	16,7	100,0
Perdidos	No procede	100	83,3	
Total		120	100,0	

1.1.19 Diagnóstico orgánico

La característica predominante es la enorme cantidad de datos perdidos, la inmensa mayoría porque son omitidos en los Protocolos y Expedientes de los internos, no así en los Historiales Médicos a los que no tuvimos acceso. Pese a eso, creemos que el campo muestral de datos válidos es lo suficientemente grande como para dar validez a una estadística descriptiva que es a la que nos vamos a ceñir.

Hemos recogido datos sobre la prevalencia de infecciones relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral tales como: infección por VIH, infección por el virus de la hepatitis e infección tuberculosa.

El 54,8% del porcentaje válido de los presos estudiados están diagnosticados de infección por VIH.

Tabla 24. Distribución según infección por VIH.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Negativo	28	23,3	45,2
	Positivo	34	28,3	54,8
	Total	62	51,7	100,0
Perdidos	No consta	58	48,3	
Total		120	100,0	

El 85% del porcentaje válido de los presos estudiados están diagnosticados de infección por hepatitis.

Tabla 25. Distribución según diagnóstico de infección por hepatitis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Negativo	9	7,5	15,0
	Hepatitis B	12	10,0	20,0
	Hepatitis C	22	18,3	36,7
	Hepatitis B+ C	17	14,2	28,3
	Total	60	50,0	100,0
Perdidos	No consta	60	50,0	
Total		120	100,0	

El 30,3% del porcentaje válido de los presos estudiados han estado en tratamiento por enfermedad de la tuberculosis y el 15,2% de los internos han estado en tratamiento preventivo.

Tabla 26. Distribución según patología infecciosa por tuberculosis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	18	15,0	54,5
	Sí, tratamiento preventivo	5	4,2	15,2
	Sí, tratamiento curativo	10	8,3	30,3
	Total	33	27,5	100,0
Perdidos	No consta	87	72,5	
Total		120	100,0	

1.1.20 Droga principal y edad de inicio de su consumo

Los primeros acercamientos al tema de la relación droga-delincuencia se llevaron a cabo con trabajos centrados en el análisis de la vinculación entre el consumo de opiáceos (fundamentalmente heroína) y conducta delictiva. En nuestro estudio vamos a considerar el consumo de distintas sustancias principales, en el contexto de un patrón de policonsumo. El 52,5% de la muestra tiene una problemática con la heroína como droga principal, seguido por un 35% de los sujetos que tomaban heroína y cocaína mezclada.

Tabla 27. Distribución según droga principal de consumo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alcohol	5	4,2
	Heroína	63	52,5
	Cocaína	4	3,3
	Heroína y cocaína	42	35,0
	Cambio de sustancia: primero heroína y luego cocaína	5	4,2
	Alcohol y cocaína	1	,8
	Total	120	100,0

En ocasiones la droga preferente verbalizada por el sujeto está sujeta a influencias del entorno o ambientales. Por ejemplo en la calle el consumo preferente puede ser la cocaína porque lo que busca el sujeto es autoestimularse. En prisión la necesidad básica que con más frecuencia satisfacen es el relajarse y evadirse o “quitarles días al juez”, la heroína como derivado opiáceo es un excelente ansiolítico. Por lo tanto parece lógico concluir que la elección del tipo de sustancia depende del contexto ambiental y de las necesidades básicas que el sujeto necesita satisfacer.

La edad media en el inicio del consumo de la droga principal es entre los 17 y 18 años.

Tabla 28. Estadísticos descriptivos de la variable edad de inicio en el consumo de la droga principal.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad de inicio en el consumo de la droga principal	120	11	28	17,63	3,136

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

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

Tabla 29. Distribución según el número de intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión.

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

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

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

Tabla 30. Distribución según el número de tratamientos de deshabitación previos a la primera entrada en prisión.

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

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

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

Tabla 31. Distribución según el número de intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión.

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

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

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

Tabla 32. Distribución según tratamiento en centro ambulatorio, anterior a la derivación extrapenitenciaria.

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

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

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

Tabla 33. Distribución según tratamiento en centro de día, anterior a la derivación extrapenitenciaria.

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

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

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

Tabla 34. Distribución según tratamiento en comunidad terapéutica, anterior a la derivación extrapenitenciaria.

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

1.1.27 Historia de tratamientos de drogodependencias

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

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

Tabla 35. Intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión por tratamientos de deshabituación previos a la primera entrada en prisión.

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

De los 88 sujetos que tiene cero intentos rehabilitadores, tenemos que 6 sujetos protagonizaron uno o dos tratamientos de deshabituación previos a la primera entrada en prisión. Por lo tanto el dato exacto del número de sujetos que antes de su primera entrada en prisión no pidieron en ningún momento ayuda para su problemática de drogas fue de 82 sujetos, lo que supone un 68,3% de la muestra total.

Tabla 36. Intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión por tratamiento de deshabitación posterior a la primera entrada en prisión.

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

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

Tabla 37. Distribución según tratamiento de deshabitación posterior a la primera entrada en prisión y anterior a la derivación extrapenitenciaria.

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

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

Tabla38. Distribución según la presencia o ausencia de intentos rehabilitadores y tratamientos de deshabitación.

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

Del total de la muestra, 21 sujetos (17,5%) no han estado nunca en contacto con ningún centro específico de drogas en la comunidad.

1.1.28 Motivo de baja en el centro de tratamiento.

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

Tabla 39. Distribución según el motivo de finalización de su estancia en el centro de tratamiento.

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

1.2 VARIABLES PENALES Y PENITENCIARIAS: MODO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDENAS

Estamos de acuerdo con Redondo, Funes y Luque (1994) en que la duración de las condenas no es el único ni, tal vez, el más importante parámetro que puede afectar a los sujetos encarcelados. La estancia en prisión de un individuo puede ser, también más o menos opresiva, en función del régimen o regímenes de vida al que se haya encontrado sometido. De tal modo que, a igualdad de tiempos de encarcelamiento, habrá sujetos que cumplan buena parte de sus condenas en régimen cerrado, sometidos a severos controles y restricciones carcelarias. Otros lo harán en régimen abierto, lo que supone hacer una vida muy semejante a la de un ciudadano libre, con la única restricción de dormir en una prisión abierta y algunos discretos controles sobre sus actividades cotidianas (asistencia al trabajo, no implicación en actividades delictivas, etc.).

Ahondando algo más en esta idea, el Sistema Penitenciario Español estructura (Real Decreto 190/1996) una serie de regímenes de vida penitenciarios. Por **régimen penitenciario** se entiende el conjunto de normas o medidas que persiguen la consecución de una convivencia ordenada y pacífica que permita alcanzar el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento y la retención y custodia de los reclusos. Por tanto las funciones regimentales de seguridad, orden y disciplina son medios para alcanzar los fines indicados, debiendo ser siempre proporcionadas al fin que persiguen, y no podrán significar un obstáculo para la ejecución de los programas de tratamiento e intervención de los reclusos.

Estos regímenes de vida son: el régimen ordinario, el régimen abierto y el régimen cerrado.

El régimen **ordinario** (correspondiente a la inmensa mayoría de las prisiones españolas) se aplicará a los penados en **segundo grado**, a los penados sin clasificar y a los detenidos y presos preventivos. Los internos suelen permanecer fuera de sus celdas desde la mañana hasta la noche, accediendo a todos los servicios (médico, economato, gimnasio, escuela, talleres etc.) y programas disponibles en cada prisión, así como al disfrute de permisos de salida periódicos, en el caso de los penados.

El régimen **abierto** se aplica a los penados clasificados en **tercer grado** que puedan continuar su tratamiento en régimen de semilibertad. Este régimen de vida permite el acceso diario de los sujetos a la calle para la realización de un trabajo, actividades de formación y educación, tratamiento por toxicomanía o por enfermedades, etc., así como el disfrute habitual de fines de semana y de permisos de salida. Existe también una modalidad restrictiva del régimen abierto, para aquellos sujetos que, aunque poseen los requisitos para acceder al mismo, carecen, sin embargo, de un trabajo u otra actividad externa, por lo que sus salidas se ven limitadas a los fines de semana.

El régimen **cerrado** se aplicará a los penados clasificados en **primer grado** por su peligrosidad extrema o manifiesta inadaptación a los regímenes comunes anteriores y a los preventivos en quienes concurren idénticas circunstancias. Conlleva la absoluta separación de los sujetos del resto de la población reclusa en Centros o módulos de régimen cerrado o en departamentos especiales ubicados en Centros de regímenes comunes. En los que los individuos están sometidos a rígidos controles, horarios estrictos y aislamiento.

Finalmente, las penas privativas de libertad se ejecutarán según el sistema de individualización científica del tratamiento, separado en grados: primer grado, segundo grado, tercer grado y el último de los cuales será el de **libertad condicional** (o cuarto grado), según se recoge en la Ley Orgánica General

Penitenciaria (1979). La estancia en libertad condicional se considera como el grado superior y último, del cumplimiento de una condena. En esta situación, los reclusos ya han sido liberados de la prisión y están en condiciones de llevar una vida semejante a la de cualquier ciudadano libre, con el único requisito de su supervisión periódica por trabajadores sociales penitenciarios. Desde la perspectiva que aquí nos ocupa, no concebimos la libertad condicional como un tipo de régimen de vida privado de libertad, por lo que será excluida de nuestra consideración al abordar el tiempo real de prisión u otras cuestiones como la penosidad carcelaria.

1.2.1 Antecedentes de estancia en prisión penado

Presentan antecedentes de estancias en prisión penado en el 56,7% de los casos, careciendo de ellos el 43,3%. Es decir en nuestra muestra tenemos el 56,7% de delincuentes primarios y el 43,3% de delincuentes reincidentes.

Tabla 40. Distribución según la presencia o ausencia de antecedentes de estancias en prisión penado previas a la condena base.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	52	43,3
	Sí	68	56,7
	Total	120	100,0

1.2.2 Condena total formal

El 55,2 % de los sujetos han cumplido condenas entre 5 y 14 años, el 34,5% han cumplido condenas de hasta 5 años, y el 1,8% han cumplido condena de más de 19 años.

Tabla 41. Distribución según condena total.

Condena total		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Hasta 5 años	40	33,3	34,5
	De 5 a 9 años ²	35	29,2	30,2
	De 9 a 14 años	29	24,2	25,0
	De 14 a 19 años	10	8,3	8,6
	De 19 a 24 años	1	,8	,9
	Más de 24 años	1	,8	,9
	Total	116	96,7	100,0
Perdidos	No consta	3	2,5	
	No procede	1	,8	
	Total	4	3,3	
Total		120	100,0	

1.2.3 Tipología delictiva

Conviene tener en cuenta que el presente trabajo no está analizando tipos puros de delitos. Por un lado, en una sentencia suele haber condenas por varios delitos; por otro, la “condena base” es, en bastantes casos, un sumatorio de condenas impuestas por varias sentencias judiciales.

La distribución, por tipos delictivos, refleja que el 88,3% de los sujetos cumplía causas por delitos contra la propiedad, el 6,7% por delitos contra la salud pública y el 2,5% por delitos contra las personas.

² La lectura correcta es de cinco años y un mes a nueve años y así sucesivamente.

Tabla 42. Distribución según tipo delictivo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hurto	2	1,7
	Robo con fuerza en las cosas	48	40,0
	Robo con violencia o intimidación	56	46,7
	Delito contra la salud pública	8	6,7
	Delito contra las personas	3	2,5
	Delito de falsedad	3	2,5
	Total	120	100,0

1.2.4 Número de ingresos en prisión

El número de ingresos en prisión en sus diferentes categorías (preso detenido, preso preventivo y preso penado) antes de la condena base oscila entre 0 y 17, con un 18,6% de los casos que no presentan ingresos previos a la condena base y por tanto tienen el primer ingreso correspondiente al periodo de condena base. El 89% de los casos presentan entre 0 y 9 ingresos, y, un 11% que presentan 10 o más ingresos. La media del número de ingresos es de 3,97.

Tabla 43. Estadísticos resumen de la variable nº de ingresos totales antes de la condena base.

N	Válidos	118
	Perdidos	2
Media		3,97
Mediana		3,00
Moda		0
Desviación Típica		3,837
Mínimo		0
Máximo		17

Tabla 44. Distribución según el número de ingresos totales antes de la condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	22	18,3	18,6	18,6
	1	15	12,5	12,7	31,4
	2	18	15,0	15,3	46,6
	3	12	10,0	10,2	56,8
	4	11	9,2	9,3	66,1
	5	5	4,2	4,2	70,3
	6	7	5,8	5,9	76,3
	7	7	5,8	5,9	82,2
	8	5	4,2	4,2	86,4
	9	3	2,5	2,5	89,0
	10	6	5,0	5,1	94,1
	11	2	1,7	1,7	95,8
	12	2	1,7	1,7	97,5
	15	1	,8	,8	98,3
	17	2	1,7	1,7	100,0
Total		118	98,3	100,0	
Perdidos	No consta	2	1,7		
Total		120	100,0		

1.2.5 Edad del primer ingreso

La edad del primer ingreso en prisión oscila entre los 16 y 41, con un 24,2% de sujetos que ingresó antes de los 18 años y el 78,3% que lo hizo antes de los 26 años, mientras que el 5,8% ingresó a partir de los 30 años. Se aprecia un constante descenso en el porcentaje de ingresos según aumenta la edad.

Tabla 45. Estadísticos resumen de la variable edad del primer ingreso.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del primer ingreso	120	16	41	21,71	4,688

Tabla 46. Distribución según edad del primer ingreso, independientemente si es detenido, preventivo o penado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	16	15	12,5	12,5
	17	14	11,7	24,2
	18	9	7,5	31,7
	19	6	5,0	36,7
	20	10	8,3	45,0
	21	10	8,3	53,3
	22	10	8,3	61,7
	23	9	7,5	69,2
	24	3	2,5	71,7
	25	8	6,7	78,3
	26	7	5,8	84,2
	27	7	5,8	90,0
	28	4	3,3	93,3
	29	1	,8	94,2
	30	2	1,7	95,8
	31	1	,8	96,7
	32	2	1,7	98,3
34	1	,8	99,2	
41	1	,8	100,0	
	Total	120	100,0	

1.2.6 Régimen Cerrado o primer grado

El artículo 10.1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria establece la existencia de establecimientos o departamentos de régimen cerrado “para los penados calificados de peligrosidad extrema o para casos de inadaptación a los regímenes ordinarios y abierto”.

En nuestro estudio de una muestra total válida para esta variable de 116 sujetos, 5 sujetos (4,3% del total) pasaron alguna vez por el régimen cerrado durante la condena base o condenas previas.

Es una submuestra muy reducida por lo que no podremos analizar qué influencia tiene sobre la reincidencia la estancia en prisión en régimen cerrado; no disponemos de datos fiables para definirnos en ninguna dirección.

Tabla 47. Distribución según cumplimiento de condena en primer grado.

Antecedentes de Régimen Cerrado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	111	92,5	95,7
	Sí	5	4,2	4,3
	Total	116	96,7	100,0
Perdidos	No consta	4	3,3	
Total		120	100,0	

1.2.7 Número de veces derivado a Centro Terapéutico Extrapenitenciario

Con esta variable queremos recoger el número de oportunidades que el sujeto ha tenido de disfrutar de una alternativa a la prisión en un Centro Terapéutico Residencial o Comunidad Terapéutica extrapenitenciaria.

Tabla 48. Distribución según número de veces derivado a Centro Terapéutico Extrapenitenciario.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Derivado a través del juez o tribunal sentenciador en condena base	11	9,2
	Derivado por el centro penitenciario una vez en condena anterior y otra vez en condena base	9	7,5
	Derivado por el centro penitenciario una vez en condena base	99	82,5
	Derivado por el centro penitenciario dos veces en condena base	1	,8
	Total	120	100,0

El 9,2% de la muestra fue derivado a un centro terapéutico a propuesta del juez o tribunal sentenciador.

El resto de la muestra fue derivado vía tercer grado de cumplimiento penitenciario: el 7,5% fue derivado en dos ocasiones en condena anterior y condena base, sólo un sujeto fue clasificado en tercer grado para ir a un centro extrapenitenciario en dos ocasiones dentro del mismo periodo de condena base, y el mayor porcentaje de la muestra el 82,5% fue derivado una vez en condena base.

1.2.8 Motivo de baja en el Programa de Comunidad Terapéutica en derivaciones extrapenitenciarias anteriores a la última derivación

Aunque es una muestra muy pequeña, solo 10 sujetos han sido beneficiados en dos ocasiones de una alternativa a la prisión en fase penitenciaria, nos parece interesante analizar el motivo de baja en el centro terapéutico. El mayor porcentaje viene representado por los internos que abandonan o son expulsados del tratamiento, representando una mala evolución en su compromiso de cambio de estilo de vida. La buena evolución en el tratamiento viene representada por aquellos que consiguen el alta terapéutica o son derivados a otros centros de tratamiento de modalidad ambulatoria.

Tabla 49. Distribución según motivo de baja en derivaciones extrapenitenciarias anteriores a la última derivación en condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Alta terapéutica del tratamiento en comunidad terapéutica	2	1,7	20,0
	Derivación a tratamiento ambulatorio	1	,8	10,0
	Expulsión del programa	2	1,7	20,0
	Abandono voluntario	5	4,2	50,0
	Total	10	8,3	100,0
Perdidos	No procede	110	91,7	
Total		120	100,0	

1.2.9 Tiempo en meses desde su primera excarcelación al centro extrapenitenciario (en condena anterior o en condena base), hasta su reingreso en prisión

Estos 10 sujetos que fueron excarcelados previamente a comunidad terapéutica reingresaron a prisión a lo largo de los 3 años posteriores a su excarcelación.

Tabla 50. Distribución según el tiempo de excarcelación antes de su reingreso en prisión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	,8	10,0	10,0
	6	1	,8	10,0	20,0
	7	1	,8	10,0	30,0
	10	1	,8	10,0	40,0
	22	1	,8	10,0	50,0
	24	2	1,7	20,0	70,0
	26	1	,8	10,0	80,0
	37	1	,8	10,0	90,0
	38	1	,8	10,0	100,0
	Total	10	8,3	100,0	
Perdidos	No procede	110	91,7		
Total		120	100,0		

1.2.10 Condena anterior formal.

De los 120 sujetos que forman nuestra muestra 68 permanecieron en prisión durante un periodo anterior a la condena base. Esta condena anterior tuvo una duración en el 62,1% de los sujetos de 0 a 4 años; en el 22,7% de 4 a 8 años y en el 15,1% de más de 8 años.

Tabla 51. Distribución según condena anterior formal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 2 años	26	21,7	39,4	39,4
	De 2 años a 4 años	15	12,5	22,7	62,1
	De 4 años a 6 años	9	7,5	13,6	75,8
	De 6 años a 8 años	6	5,0	9,1	84,8
	De 8 años a 10 años	2	1,7	3,0	87,9
	Más de 10 años	8	6,7	12,1	100,0
	Total	66	55,0	100,0	
Perdidos	No consta	2	1,7		
	No procede	52	43,3		
	Total	54	45,0		
Total		120	100,0		

1.2.11 Tiempo real de prisión en condena anterior hasta su excarcelación en libertad condicional o total.

El reglamento penitenciario permite que el preso cumpla una parte de su condena en régimen de libertad (libertad condicional). Pero la condena formal tiene poco que ver, con el tiempo real de pérdida de libertad. Por eso, hemos medido el tiempo real de estancia en prisión. Destacamos que el 40,6% (n= 26) de estos 68 sujetos que tuvieron condena anterior permaneció en prisión entre 0 y 1 año. El 39,1% (n= 25) permaneció en prisión entre 1 y 4 años y el 20,4% (n= 13) más de 4 años.

Tabla 52. Distribución según tiempo real de prisión en condena anterior.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 1 año	26	21,7	40,6	40,6
	De 1 a 2 años	14	11,7	21,9	62,5
	De 2 a 4 años	11	9,2	17,2	79,7
	De 4 a 6 años	8	6,7	12,5	92,2
	De 6 a 8 años	4	3,3	6,3	98,4
	Más de 8 años	1	,8	1,6	100,0
	Total	64	53,3	100,0	
Perdidos	No consta	4	3,3		
	No procede	52	43,3		
	Total	56	46,7		
Total		120	100,0		

En este punto queremos destacar que de los 68 sujetos que tenemos en condena anterior 55 sujetos redimían penas por el trabajo, razón por la que su estancia en prisión se reducía considerablemente, ya que las reducciones por redención de condena implican que el sujeto salga en libertad en un tiempo inferior al que marcaba la sentencia.

Tabla 53. Distribución según redención ordinaria en condena anterior.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	6	5,0	9,8
	Sí	55	45,8	90,2
	Total	61	50,8	100,0
Perdidos	No consta	4	3,3	
	No procede	55	45,8	
	Total	59	49,2	
Total		120	100,0	

1.2.12 Forma de excarcelación en condena anterior

El 70% fue excarcelado en libertad total. De los cuales el 62% no se benefició de la libertad condicional en condena anterior por mala adaptación al régimen de vida de la prisión. El otro 8% sí se benefició de la libertad condicio-

nal pero hizo un mal uso de esta medida por lo que reingresó en prisión licenciándose en libertad definitiva.

El resto de la muestra, 30%, tuvo una excarcelación positiva desde un punto de vista tratamental porque hicieron un buen uso del tercer grado y de la libertad condicional en el periodo de cumplimiento que hemos denominado condena anterior.

Se puede observar en tabla 54 que el número total de sujetos que se licenciaron en condena anterior son 63 cuando deberían ser 64. Esto es así porque un sujeto de la muestra antes de finalizar la condena anterior volvió a cometer delito y a efectos de licenciamiento le refundieron la condena anterior con la condena base, de tal manera que se licencia en condena base y aquí le incluimos en el valor no procede junto con 52 sujetos que no tuvieron condena anterior.

Tabla 54. Distribución según la forma de excarcelación en condena anterior.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Libertad total	39	32,5	61,9
	Libertad total con revocación de la libertad condicional	5	4,2	7,9
	Libertad condicional condicionada a tratamiento	5	4,2	7,9
	Libertad condicional no condicionada a tratamiento	12	10,0	19,0
	Tercer grado para ir a comunidad terapéutica	1	,8	1,6
	Tercer grado en régimen abierto	1	,8	1,6
	Total	63	52,5	100,0
Perdidos	No consta	4	3,3	
	No procede	53	44,2	
	Total	57	47,5	
Total		120	100,0	

1.2.13 Condena base formal

El 51,3% de la muestra tiene una condena igual o inferior a cinco años y el resto de la muestra tiene una condena superior a cinco años.

Hay 3 sujetos que los incluimos en el valor no procede porque en la variable que denominamos condena base cumplían una medida alternativa a la pena privativa de libertad por vía judicial y por lo tanto no estaban en prisión y a fecha 30 de junio de 2003 (fin de la recogida de datos) no se les había revocado la medida alternativa.

Tabla 55. Distribución según condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 5 años	60	50,0	51,3	51,3
	De 5 a 9 años	32	26,7	27,4	78,6
	De 9 a 14 años	17	14,2	14,5	93,2
	De 14 a 19 años	7	5,8	6,0	99,1
	Más de 24 años	1	,8	,9	100,0
	Total	117	97,5	100,0	
Perdidos	No procede	3	2,5		
Total		120	100,0		

1.2.14 Tiempo real de prisión en condena base hasta su excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario

El tiempo de privación de libertad en condena base antes de ser derivado al centro específico de tratamiento de su drogodependencia fue en un 48,3% igual o inferior a un año; en un 19% de uno a dos años y en un 20,7% de dos a cuatro años. El resto de la muestra el 12% permaneció privada de libertad más de cuatro años.

Tabla 56. Distribución según tiempo real de prisión en condena base hasta su excarcelación al centro extrapenitenciario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 1 año	56	46,7	48,3	48,3
	De 1 a 2 años	22	18,3	19,0	67,2
	De 2 a 4 años	24	20,0	20,7	87,9
	De 4 a 6 años	10	8,3	8,6	96,6
	De 6 a 8 años	2	1,7	1,7	98,3
	Más de 8 años	2	1,7	1,7	100,0
	Total	116	96,7	100,0	
Perdidos	No consta	1	,8		
	No procede	3	2,5		
	Total	4	3,3		
Total		120	100,0		

1.2.15 Tiempo real de prisión total (tiempo real de prisión en condena anterior más tiempo real de prisión en condena base), antes de ser derivado al centro terapéutico extrapenitenciario en condena base

El 48,3% ha permanecido en prisión, antes de ser derivado al centro de tratamiento, un periodo igual o inferior a dos años. El 25,9% un periodo entre dos y cuatro años. El 20,6% un periodo de cuatro a ocho años. Y el 5,2% un periodo de más de ocho años.

Tabla 57. Distribución según tiempo real de prisión total antes de ser derivado al centro terapéutico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 2 años	56	46,7	48,3	48,3
	De 2 a 4 años	30	25,0	25,9	74,1
	De 4 a 6 años	12	10,0	10,3	84,5
	De 6 a 8 años	12	10,0	10,3	94,8
	De 8 a 10 años	3	2,5	2,6	97,4
	Más de 10 años	3	2,5	2,6	100,0
	Total	116	96,7	100,0	
Perdidos	No consta	4	3,3		
Total		120	100,0		

1.2.16 Edad en la excarcelación

El 40,8% de los sujetos tenían entre 25 y 29 años cuando fueron derivados al centro de tratamiento, seguido por el 32,5 % de los sujetos que tenían entre 30 y 34 años. Sólo un 15,8% tenían 24 años o menos y un 10,9% tenían 35 años o más.

Tabla 58. Estadísticos resumen de la variable edad de excarcelación.

	N	Media	Desv. típica	Máximo	Mínimo
Edad en la excarcelación	120	29,28	4,5	44	21

Tabla 59. Distribución según edad de excarcelación.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
21-24	19	15,8	15,8
25-29	49	40,8	56,7
30-34	39	32,5	89,2
35-39	11	9,2	98,3
40-44	2	1,7	100,0
Total	120	100,0	

1.2.17 Año de excarcelación

La evolución por años, en el número de sujetos que se han beneficiado de una medida alternativa a la prisión ha seguido desde 1985 hasta 2003 una tendencia a la alta, con periodos temporales en los que ha descendido el número de sujetos y alcanzando sendos picos en 1994 y 2002.

El descenso más llamativo en el número de sujetos derivados a Comunidad Terapéutica ocurre en 2003. Una explicación a este hecho pensamos que puede ser la siguiente: la Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas, introduce importantes innovaciones en el modelo de cumplimiento de la pena privativa de

libertad. Una de las materias afectadas por la citada Ley Orgánica es la clasificación en tercer grado, requisito imprescindible para ser derivado a tratamiento extrapenitenciario en régimen interno en comunidad terapéutica. A partir de julio de 2003 para realizar propuestas de clasificación inicial o progresión a tercer grado es necesario tener presente los siguientes requisitos (Ministerio del Interior, 2004):

- 1) Cumplimiento del llamado “período de seguridad”: en los supuestos de que el penado cumpla una pena de más de cinco años o varias que sumadas aritméticamente o refundidas excedan de esta duración, será requisito necesario que el interno tenga cumplida la mitad de la condena o condenas.
- 2) Y la satisfacción de la responsabilidad civil derivada del delito.

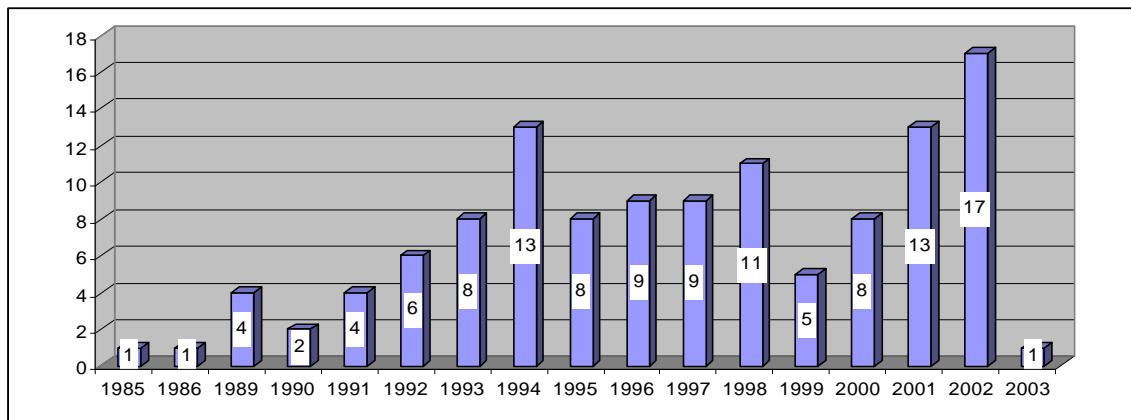


Gráfico 21. Distribución de la muestra según el año de excarcelación.

Teniendo en cuenta que casi la mitad de nuestra muestra tiene una condena base de más de cinco años y que la solvencia económica de estos sujetos es en general precaria, pensamos que en un principio estos requisitos dificultaron la aplicación de la clasificación en tercer grado para ir a un tratamiento de drogas extrapenitenciariamente.

1.3 VARIABLES DE CONDUCTA OBJETIVA EN PRISIÓN

Con el conjunto de variables siguientes queremos analizar el nivel de adaptación del sujeto al régimen de vida carcelario y sus relaciones con el exterior.

1.3.1 Vinculación familiar

La mayoría de los sujetos cuenta con vinculación familiar durante los diferentes periodos de cumplimiento de condena. Así el 92,1%, el 93% y el 63,2% tienen apoyo familiar durante la condena anterior, condena base y condena posterior respectivamente. Mientras que 7,9%, 7% y 36,8% restante carecen de apoyo familiar.

Tabla 60. Distribución según vinculación familiar en los tres periodos de condena.

	Vinculación familiar	Condena anterior			Condena base			Condena posterior		
		N	%	% Válido	N	%	% válido	N	%	% válido
Válidos	No	5	4,2	7,9	8	6,7	7,0	7	5,8	36,8
	Sí	55	45,8	87,3	91	75,8	79,8	9	7,5	47,4
	Recupera la relación familiar durante su proceso terapéutico en prisión	3	2,5	4,8	15	12,5	13,2	3	2,5	15,8
	Total	63	52,5	100,0	114	95,0	100,0	19	15,8	100,0
Perdidos	No consta	3	2,5		1	0,8		12	10,0	
	No procede	54	45,0		5	4,2		89	74,2	
	Total	57	47,5		6	5		101	84,2	
Total		120	100,0		120	100,0		120	100,0	

A veces el apoyo familiar está condicionado a que el interno se comprometa a seguir un tratamiento en un centro específico de drogas en régimen residencial o de comunidad terapéutica. El sujeto se compromete a acudir al centro para así obtener el acogimiento familiar en periodo de libertad condicional o

poder obtener el beneficio del disfrute de permisos penitenciarios. Esta motivación extrínseca (por presiones familiares y penitenciarias) en cuanto a dejar el consumo de sustancias se puede recanalizar en el proceso terapéutico en el centro de tratamiento. En muchos casos el apoyo familiar es discontinuo siempre influido por la conducta del sujeto. En este sentido cuando el sujeto decide ponerse en tratamiento puede recuperar el apoyo familiar.

1.3.2 Tipo de sanciones

Fijándonos en las tablas 61, 62 y 63 podemos observar que el porcentaje de sujetos con ausencia de faltas graves y muy graves, categorías de infracciones disciplinarias más importantes, en los distintos periodos de condena es alto entre un 60% y un 85%. Por lo que la conducta penitenciaria es generalmente de adaptación.

Tabla 61. Distribución según número y tipo de sanciones en condena anterior.

		LEVES			GRAVES			MUY GRAVES			
		f	%	%vál.	f	%	%vál.	f	%	%vál.	
Válidos	Cero	50	41,7	82,0	37	30,8	60,7	49	40,8	80,3	
	Una	6	5,0	9,8	14	11,7	23,0	7	5,8	11,5	
	Dos	3	2,5	4,9	4	3,3	6,6	1	0,8	1,6	
	Tres	2	1,7	3,3	1	0,8	1,6	1	0,8	1,6	
	Cuatro				1	0,8	1,6	1	0,8	1,6	
	Cinco							1	0,8	1,6	
	Seis				1	0,8	1,6				
	Siete				1	0,8	1,6	1	0,8	1,6	
	Ocho										
	Nueve										
	>Nueve				2	1,7	3,3				
	Total		61	50,8	100	61	50,8	100	61	50,8	100
	Perdidos	No consta	7	5,8		7	5,8		7	5,8	
No procede		52	43,3		52	43,3		52	43,3		
Total		59	49,2		59	49,2		59	49,2		
Total		120	100		120	100		120	100		

Tabla 62. Distribución según número y tipo de sanciones en condena base.

		LEVES			GRAVES			MUY GRAVES		
		f	%	%vál.	f	%	%vál.	f	%	%vál.
Válidos	Cero	83	69,2	77,6	64	53,3	59,8	88	73,3	82,2
	Una	16	13,3	15,0	13	10,8	12,1	11	9,2	10,3
	Dos	4	3,3	3,7	10	8,3	9,3	3	2,5	2,8
	Tres	1	0,8	0,9	7	5,8	6,5	1	0,8	0,9
	Cuatro	2	1,7	1,9	3	2,5	2,8			
	Cinco	1	0,8	0,9	2	1,7	1,9	3	2,5	2,8
	Seis									
	Siete				1	0,8	0,9			
	Ocho				1	0,8	0,9			
	Nueve				2	1,7	1,9			
	>Nueve				4	3,3	3,7	1	0,8	0,9
Total		107	89,2	100	107	89,2	100	107	89,2	100
Perdidos	No consta	10	8,3		10	8,3		10	8,3	
	No procede	3	2,5		3	2,5		3	2,5	
	Total	13	10,8		13	10,8		13	10,8	
Total		120	100		120	100		120	100	

Tabla 63. Distribución según número y tipo de sanciones en condena posterior.

		LEVES			GRAVES			MUY GRAVES		
		f	%	%vál.	f	%	%vál.	f	%	%vál.
Válidos	Cero	17	14,2	85	13	10,8	65	17	14,2	85
	Una	2	1,7	10	4	3,3	20	1	0,8	5
	Dos	1	0,8	5	2	1,7	10	1	0,8	5
	Tres							1	0,8	5
	Cuatro									
	Cinco									
	Seis				1	0,8	5			
	Siete									
	Ocho									
	Nueve									
	>Nueve									
Total		20	16,7	100	20	16,7	100	20	16,7	100
Perdidos	No consta	11	9,2		11	9,2		11	9,2	
	No procede	89	74,2		89	74,2		89	74,2	
	Total	100	83,3		100	83,3		100	83,3	
Total		120	100		120	100		120	100	

Estos resultados los matizamos teniendo en cuenta la tabla 64. A partir de la cual concluimos que el 31,5% de los sujetos de la muestra no presentó infracciones disciplinarias en ninguno de los periodos de estancia en prisión y el 36,9% de los sujetos tienen sanciones en todos los periodos en que estuvieron en prisión.

Tabla 64. Distribución según la ausencia o presencia de sanciones en los distintos periodos de condena.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Ausencia de sanciones en todos los periodos de condena	35	29,2	31,5
	Ausencia de sanciones en condena anterior	14	11,7	12,6
	Ausencia de sanciones en condena base	18	15,0	16,2
	Ausencia de sanciones en condena posterior	3	2,5	2,7
	Presencia de sanciones en todos los periodos de condena	41	34,2	36,9
	Total	111	92,5	100,0
Perdidos	No consta	9	7,5	
Total		120	100,0	

1.3.3 Consumo de drogas institucional

El 59,5% de los sujetos de la muestra ha protagonizado consumo de sustancias durante la condena base. Mientras que en el 40,5% no se han registrado sanciones por drogas o analíticas positivas por consumo.

Tabla 65. Distribución según consumo de drogas institucional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	66	55,0	59,5
	Sí	45	37,5	40,5
	Total	111	92,5	100,0
Perdidos	No consta	9	7,5	
Total		120	100,0	

1.3.4 Participación en actividades

La participación en las diferentes actividades de tratamiento queda registrada en la tabla 66 y el gráfico 22. Los datos obtenidos, en el estudio, indican que en condena base los mayores porcentajes de participación son, principalmente, en actividades de apoyo a tareas auxiliares (limpieza y mantenimiento), actividades de psicoterapia, de estudio y deportivas.

También observamos que el nivel de participación en las distintas actividades, medido en porcentaje de sujetos, aumenta en la condena base en comparación con la condena anterior.

Tabla 66. Distribución según participación en actividades.

	Tipo de Actividades (a)	Condena Anterior	Condena Base	Condena Posterior
Válidos	Deportes	26,7%	50,5%	25%
	Culturales	11,7%	28,4%	10%
	Estudio	38,3%	55,5%	30%
	Formativas	28,3%	39,1%	60%
	Apoyo Actividades Auxiliares	98,3%	92,0%	80%
	Ocupacional	21,7%	39,1%	30%
	Talleres Productivos	16,7%	34,2%	40%
	Actividades Auxiliares	33,3%	39,4%	60%
	Psicoterapia	26,7%	84,8%	75%
	Total		60	110
Perdidos	No Procede	52	3	89
	No consta	8	7	11
Total		120	120	120

(a) Opciones no autoexcluyentes

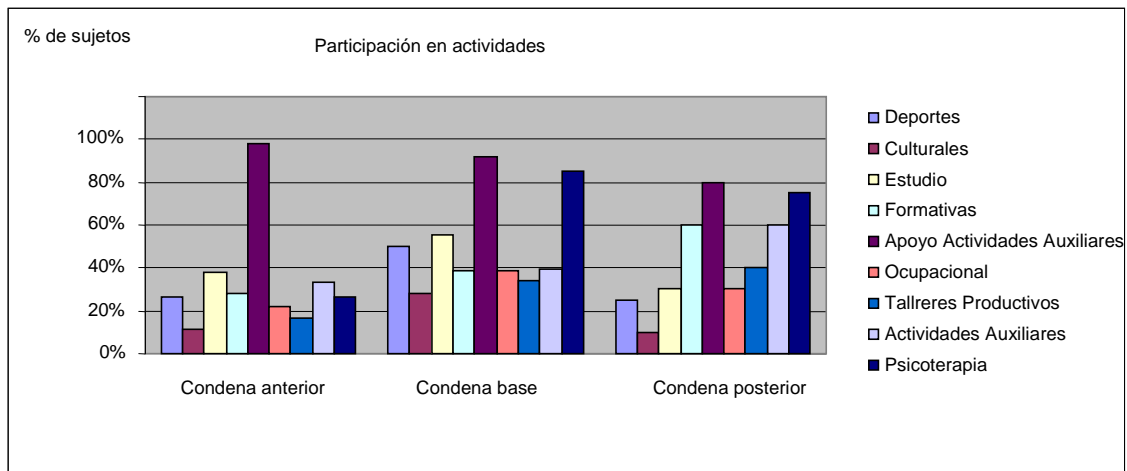


Gráfico 22. Distribución de actividades.

1.3.5 Disfrute de permisos penitenciarios

Tener un contexto exterior, familiar y social, que acoja a la persona ex-carcelada y le apoye tras su liberación es una de las metas que debe atender la institución penitenciaria. Nuestro sistema penitenciario posee de mecanismos legales que permiten mantener la vinculación social de los presos mediante los permisos de salida entre otros (comunicaciones periódicas con familiares y amigos, visitas íntimas con su pareja, llamadas telefónicas y procedimientos de liberación progresiva -régimen abierto y libertad condicional-).

Un 30% de la muestra válida disfruta de permisos de salida antes de la derivación al centro extrapenitenciario en condena base.

Tabla 67. Distribución según disfrute de permisos penitenciarios.

		Condena anterior		Condena base				Condena posterior	
				Antes de la derivación al centro extrapenitenciario		Después de la derivación al centro extrapenitenciario			
		f	%	f	% válido	f	% válido	f	% vál
Válidos	No	30	50	75	70	26	53,1	6	35,3
	Sí	30	50	32	30	23	46,9	11	64,7
	Total	60	100	107	100	49	100,0	17	100,0
Perdidos	Nc	8		4		10		10	
	No proc.	52		9		61		93	
	Total	60		13		71		103	
Total		120		120		120		120	

1.3.6 Recompensas concedidas en los distintos periodos de condena

Entre un 43% y un 58% de los sujetos reciben algún tipo de recompensa por buen comportamiento en los tres periodos de condena.

Tabla 68. Distribución según recompensas concedidas.

		Condena anterior		Condena base		Condena posterior	
		Frecuencia	% válido	Frecuencia	% válido	Frecuencia	% válido
Válidos	No	34	57	47	45	8	42,1
	Sí	26	43	57	55	11	57,9
	Total	60	100	104	100	19	100,0
Perdidos	No consta	8		12		11	
	No procede	52		4		90	
	Total	60		16		101	
Total		120		120		120	

1.3.7 Tratamiento específico de drogas en prisión en condena anterior

Un 70,8% de los sujetos que ingresan en condena anterior no llevaron a cabo ningún tratamiento específico de drogas en prisión. Aquellos que lo recibieron optaron en mayor porcentaje por el apoyo psicológico y social llevado a cabo por alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que se desplazan o desplazaban a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Atención al Drogodependiente, Servicio de Atención al Toxicómano de Cáritas).

Tabla 69. Resumen de casos de la variable tratamiento específico de drogas en prisión en condena anterior.

Casos					
Válidos		Perdidos (a)		Total	
Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
65	54,2%	55	45,8%	120	100,0%

(a) Sujetos que no tienen condena anterior o no consta información

Tabla 70. Distribución según tratamiento en condena anterior.

Tratamiento en condena anterior (b)	Respuestas		Porcentaje de casos válido
	Nº	Porcentaje	
No	46	62,2%	70,8%
Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento	8	10,8%	12,3%
Apoyo psicológico y social	14	18,9%	21,5%
Recursos de comunidades cristianas	1	1,4%	1,5%
Programa de mantenimiento con metadona	4	5,4%	6,2%
Programa de naltrexona	1	1,4%	1,5%
Total	74	100,0%	113,8%

(b) Son opciones no autoexcluyentes: un mismo sujeto puede estar en más de una opción

1.3.8 Tratamiento específico de drogas en prisión en condena base

El 45,7% de los casos que ingresan en prisión en condena base interrumpe su tratamiento específico de drogas en el exterior. El 72,4% está en apoyo psicológico y social durante el cumplimiento de su condena base. Y el 24,1% de los casos ha estado en algún momento en tratamiento con metadona.

Tabla 71. Resumen de casos de la variable tratamiento específico de drogas en condena base.

Casos					
Válidos		Perdidos (a)		Total	
Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
116	96,7%	4	3,3%	120	100,0%

(a) Sujetos que cumplen en condena base una medida alternativa a la prisión por vía judicial

Tabla 72. Distribución según tratamiento específico de drogas en condena base.

Tratamiento en condena base (b)	Respuestas		Porcentaje de casos valido
	Nº	Porcentaje	
No	5	2,6%	4,3%
Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento	53	27,2%	45,7%
Apoyo psicológico y social	84	43,1%	72,4%
Comunidad terapéutica intrapenitenciaria o módulo terapéutico específico de drogas	10	5,1%	8,6%
Recursos de comunidades cristianas	3	1,5%	2,6%
Recursos de comunidades regidas por extoxicómanos	5	2,6%	4,3%
Programa de tratamiento con metadona	28	14,4%	24,1%
Programa de naltrexona	7	3,6%	6,0%
Total	195	100,0%	168,1%

(b) Son opciones no autoexcluyentes: un mismo sujeto puede estar en más de una opción

1.3.9 Tratamiento específico de drogas en prisión en condena posterior

De los 20 sujetos que reingresaron a prisión y tenemos datos de esta variable, destacamos que el 75% participaron en algún momento de la condena posterior en tratamiento con metadona, mientras que sólo el 45% participaron en apoyo psicológico y social.

Tabla 73. Resumen de casos de la variable tratamiento específico de drogas en condena posterior.

Casos					
Válidos		Perdidos (a)		Total	
Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
20	16,7%	100	83,3%	120	100,0%

(a) Sujetos que no tienen condena posterior o no consta información

Tabla 74. Distribución según tratamiento específico de drogas en condena posterior.

Tratamiento en condena posterior (b)	Respuestas		Porcentaje de casos valido
	N	Porcentaje	
No	3	8,8%	15,0%
Ingresos en prisión interrumpiendo el tratamiento	7	20,6%	35,0%
Apoyo psicológico y social	9	26,5%	45,0%
Programa de tratamiento con metadona	15	44,1%	75,0%
Total	34	100,0%	170,0%

(b) Son opciones no autoexcluyentes: un mismo sujeto puede estar en más de una opción

1.3.10 Conductas autolesivas

El 96,5% de los sujetos no han protagonizado autolesiones. Frente al 3,5% que sí mantuvieron conductas autolesivas en condena anterior o condena base y antes de su excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.

Tabla 75. Distribución según conductas autolesivas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	110	91,7	96,5
	Sí	4	3,3	3,5
	Total	114	95,0	100,0
Perdidos	No consta	6	5,0	
Total		120	100,0	

1.3.11 Intentos de suicidio

El 93,8% de los casos no llevaron a cabo conductas de intento de suicidio frente al 6,2% que sí presentaron este tipo de comportamiento en condena anterior o condena base y antes de ser excarcelado al centro terapéutico extrapenitenciario en condena base.

Tabla 76. Distribución según intentos de suicidio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	106	88,3	93,8
	Sí	7	5,8	6,2
	Total	113	94,2	100,0
Perdidos	No consta	7	5,8	
Total		120	100,0	

1.3.12 Huelga de hambre

El 93,8% de los casos no llevaron a cabo conductas de huelga de hambre frente al 6,2% que sí presentaron este tipo de comportamiento antes de su excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario.

Tabla 77. Distribución según huelga de hambre.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	106	88,3	93,8
	Sí	7	5,8	6,2
	Total	113	94,2	100,0
Perdidos	No consta	7	5,8	
Total		120	100,0	

1.3.13 Pérdida del disfrute de permisos de salida

El 52,9% de los sujetos no perdió el beneficio penitenciario de salidas de permiso frente al 47,1% que sí lo perdieron antes de ser excarcelados al centro terapéutico extrapenitenciario.

Tabla 78. Distribución según pérdida del beneficio de disfrute de permisos de salida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	45	37,5	52,9
	Sí	40	33,3	47,1
	Total	85	70,8	100,0
Perdidos	No consta	8	6,7	
	No procede	27	22,5	
	Total	35	29,2	
Total		120	100,0	

1.3.14 Pérdida del beneficio de redención de penas por el trabajo

El 68,1% de los sujetos no perdió el beneficio de redención de penas por el trabajo frente al 31,9% que sí perdió este beneficio por mal comportamiento, en periodo de condena anterior o condena base y antes de ser excarcelado al centro terapéutico extrapenitenciario en condena base.

Tabla 79. Distribución según pérdida del beneficio de redención de penas por el trabajo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	64	53,3	68,1
	Sí	30	25,0	31,9
	Total	94	78,3	100,0
Perdidos	No consta	9	7,5	
	No procede	17	14,2	
	Total	26	21,7	
Total		120	100,0	

1.3.15 Regresión en el grado de cumplimiento

El 64,6% de los sujetos no fueron regresados de grado de cumplimiento, frente al 35,4% que sí fueron regresados de grado en periodo de condena de condena anterior o condena base y antes de ser excarcelado al centro terapéutico extrapenitenciario en condena base.

Tabla 80. Distribución según regresión de grado de cumplimiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	73	60,8	64,6
	Sí	40	33,3	35,4
	Total	113	94,2	100,0
Perdidos	No consta	6	5,0	
	No procede	1	,8	
	Total	7	5,8	
Total		120	100,0	

1.3.16 Revocación de la libertad condicional

El 80,7 % hicieron un buen uso del periodo de libertad condicional frente al 19,3% de los sujetos que se les revocó por mal uso de este grado de cumplimiento en alguno de los periodos de condena anterior o condena base y antes de ser excarcelado en condena base al centro terapéutico extrapenitenciario.

Tabla 81. Distribución según revocación de la libertad condicional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	67	55,8	80,7
	Sí	16	13,3	19,3
	Total	83	69,2	100,0
Perdidos	No consta	13	10,8	
	No procede	24	20,0	
	Total	37	30,8	
Total		120	100,0	

1.3.17 Quebrantamiento de condena

El 23,9 % de los sujetos protagonizó algún delito de quebrantamiento de condena a lo largo de su historia de cumplimiento de condena anterior o condena base, frente al 76,1% que no quebrantó nunca su condena antes de ser excarcelado al centro terapéutico extrapenitenciario en condena base.

Tabla 82. Distribución según quebrantamiento de condena.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	86	71,7	76,1
	Sí	27	22,5	23,9
	Total	113	94,2	100,0
Perdidos	No consta	7	5,8	
Total		120	100,0	

1.4 VARIABLES PSICOLÓGICAS

1.4.1 Capacidad intelectual

El 52% de los sujetos tienen una capacidad intelectual normal (en la media poblacional). El 35% de los sujetos tienen una capacidad intelectual baja (por debajo de la media poblacional). Y el 13% de los sujetos tienen una capacidad intelectual elevada (por encima de la media poblacional).

Tabla 83. Distribución según aptitud intelectual.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Capacidad intelectual baja	38	31,7	35,2
	Capacidad intelectual normal	56	46,7	51,9
	Capacidad intelectual elevada	14	11,7	13,0
	Total	108	90,0	100,0
Perdidos	No consta	12	10,0	
Total		120	100,0	

Características de personalidad

A continuación se recogen los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario de personalidad EPQ-A, que evalúa las dimensiones de Inestabilidad emocional (Neuroticismo)- Estabilidad emocional, Extraversión-Introversión y Psicoticismo (Dureza), además de una escala de Sinceridad. Los resultados están agrupados para cada dimensión en tres niveles (bajo, medio y alto) en función del centil obtenido por cada sujeto respecto a la muestra normativa (población general) (hasta el centil 33, entre el 34 y el 66 o mayor de 67).

1.4.2 Inestabilidad emocional (Neuroticismo)-Estabilidad emocional

El 66,3% de los sujetos presentan un nivel alto de ansiedad o inestabilidad emocional, frente al 33,3% de los sujetos que presentan un nivel medio o bajo.

Tabla 84. Distribución según inestabilidad emocional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Bajo	14	11,7	14,3
	Medio	19	15,8	19,4
	Alto	65	54,2	66,3
	Total	98	81,7	100,0
Perdidos	No consta	22	18,3	
Total		120	100,0	

1.4.3 Extraversión-Introversión

En la dimensión Extraversión-Introversión los porcentajes de sujetos encontrados en el nivel alto, medio y bajo de extraversión son del 25,5%, 40,8% y 33,7% respectivamente.

Tabla 85. Distribución según extraversión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Bajo	33	27,5	33,7
	Medio	40	33,3	40,8
	Alto	25	20,8	25,5
	Total	98	81,7	100,0
Perdidos	No consta	22	18,3	
Total		120	100,0	

1.4.4 Psicoticismo (Dureza)

En la dimensión de Dureza puntúan un 39,8% de sujetos con un nivel alto.

Tabla 86. Distribución según psicoticismo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Bajo	31	25,8	31,6
	Medio	28	23,3	28,6
	Alto	39	32,5	39,8
	Total	98	81,7	100,0
Perdidos	No consta	22	18,3	
Total		120	100,0	

1.4.5 Sinceridad

En cuanto la escala de sinceridad, se aprecia un elevado porcentaje de sujetos 78% con valores medios o altos frente a un 22% que presentan puntuaciones bajas, en los que cabe interpretar una tendencia al disimulo ante la prueba intentando aportar una imagen favorable de sí mismos.

Tabla 87. Distribución según sinceridad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Bajo	22	18,3	22,0
	Medio	23	19,2	23,0
	Alto	55	45,8	55,0
	Total	100	83,3	100,0
Perdidos	No consta	20	16,7	
Total		120	100,0	

En este conjunto de variables que hemos denominado variables psicológicas también se analiza la actitud del interno ante el delito y la conducta grupal institucional.

1.4.6 Actitud ante el delito

El 93, 2% de los sujetos asume el delito aunque en un 65% lo justifica por el problema de las drogas. Este 65% de sujetos atribuirían la responsabilidad de su conducta delictiva al consumo de sustancias tal y como explica Santamaría y Chait (2004), en el sentido de culpabilizar de su situación a la droga.

Tabla 88. Distribución según actitud ante el delito.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	7	5,8	6,8
	Asunción parcial, lo justifica por el problema de las drogas	67	55,8	65,0
	Sí	29	24,2	28,2
	Total	103	85,8	100,0
Perdidos	No consta	17	14,2	
Total		120	100,0	

1.4.7 Conducta grupal institucional

En esta variable, se intenta obtener algún indicio, que califique las características relacionales del interno en su vida diaria dentro de la institución donde estaba, a partir del conocimiento que tenían los diferentes profesionales que interactuaban con él. Los resultados señalan que los internos con problemas de relación a escala grupal –solitario/rechazado- era del 9,1%. Mientras que los internos que eran calificados como sociables alcanzan el 90,9%.

Tabla 89. Distribución según conducta grupal institucional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sociable	100	83,3	90,9
	Solitario	8	6,7	7,3
	Rechazado	2	1,7	1,8
	Total	110	91,7	100,0
Perdidos	No consta	10	8,3	
Total		120	100,0	

1.5 VARIABLES DE SEGUIMIENTO

Con este conjunto de variables hemos recogido información relativa a la evolución de cada sujeto después de haberse efectuado la última excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario en condena base. A este periodo le denominamos postratamiento o de seguimiento.

1.5.1 Reingreso a prisión después de la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario

A fecha 30 de junio de 2003, momento temporal en el que se recoge este dato, un porcentaje del 57,5% de los sujetos ha reingresado a prisión después de haber sido excarcelado al centro terapéutico extrapenitenciario.

Tabla 90. Distribución según reingreso a prisión después de la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	48	40,0	42,5
	Sí	65	54,2	57,5
	Total	113	94,2	100,0
Perdidos	No consta	6	5,0	
	No procede	1	,8	
	Total	7	5,8	
Total		120	100,0	

Tenemos un sujeto en la categoría “No procede” porque se trata de un individuo que estaba en prisión preventiva y en lista de espera a que hubiera plaza en alguna de las comunidades terapéuticas acreditadas por la Junta de Castilla y León. El juez le había concedido una medida alternativa a la prisión (medida de seguridad) para salir a comunidad terapéutica y sale en noviembre de 2003 (dato tomado a posteriori de la fecha de finalización de recogida de información 30 de junio de 2003).

1.5.2 Reingreso a prisión en condena base

De la muestra de sujetos que regresaron a prisión (n=65), el 80% (n=52) de los internos regresaron durante el cumplimiento de la condena base.

Tabla 91. Distribución según reingreso en condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	13	10,8	20,0
	Sí	52	43,3	80,0
	Total	65	54,2	100,0
Perdidos	No consta	6	5,0	
	No procede	49	40,8	
	Total	55	45,8	
Total		120	100,0	

1.5.3 Tiempo transcurrido desde la derivación al centro extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión en condena base

El 76,9% de los sujetos que reingresaron a prisión en condena base lo hicieron a lo largo de primer año de excarcelación.

Tabla 92. Distribución según tiempo transcurrido desde la derivación al centro extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión en condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 0 a 6 meses	25	20,8	48,1	48,1
	De 7 a 12 meses	15	12,5	28,8	76,9
	De 1 a 2 años	9	7,5	17,3	94,2
	De 2 a 3 años	2	1,7	3,8	98,1
	Más de 4 años	1	,8	1,9	100,0
	Total	52	43,3	100,0	
Perdidos	No procede	68	56,7		
Total		120	100,0		

1.5.4 Motivo de reingreso en prisión en condena base

El 90,4% de los sujetos que reingresaron a prisión durante el cumplimiento de la condena base fue por abandono del tratamiento, o expulsión del centro por incumplimiento de normas.

Tabla 93. Distribución según motivo de reingreso en condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Causa/s nueva/s con revocación de la libertad condicional en condena base	2	1,7	3,8
	Causa antigua	1	,8	1,9
	Quebrantamiento de condena	1	,8	1,9
	Reingreso por abandono del centro de tratamiento	30	25,0	57,7
	Reingreso por expulsión del centro de tratamiento	17	14,2	32,7
	Cese obligatorio por circular de 1990	1	,8	1,9
	Total	52	43,3	100,0
Perdidos	No consta	6	5,0	
	No procede	62	51,7	
	Total	68	56,7	
Total		120	100,0	

1.5.5 Forma de finalización de la condena base

Destacamos, desde qué régimen de vida carcelario se produjo la finalización o licenciamiento de la “condena base” de cada individuo, y, consiguientemente, su vuelta a la comunidad. Las personas que están terminando de cumplir una condena pueden salir de prisión de dos maneras diferentes fundamentalmente: la primera, cuando han cumplido la totalidad de tiempo de prisión (por extinción de la condena); la segunda, obteniendo la libertad condicional. Esta segunda modalidad supone una confianza en el futuro buen comportamiento del recluso.

Retomando la idea de otros estudios (Redondo, Funes y Luque, 1994), si el aumento de los contactos con el exterior tuviera un efecto beneficioso sobre los reclusos, deberíamos esperar inferiores cifras de reincidencia en aquellos que pasaron por régimen abierto. Paralelamente, el disfrute de la libertad condicional debería asociarse también con una menor reincidencia futura.

La modalidad de excarcelación de los sujetos de la muestra corresponde en un 26% a libertad por extinción de condena, mientras que un 74% de los sujetos lo fueron por libertad condicional. En la categoría no procede se encuentran 34 sujetos de los cuales 26, a fecha 30 de junio de 2003 continúan cumpliendo condena base y 8 sujetos han fallecido.

Tabla 94. Distribución según forma de excarcelación en condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Libertad total por extinción de condena	20	16,7	26
	Libertad condicional	57	47,5	74
	Total	77	64,2	100
Perdidos	No consta	9	7,5	
	No procede	34	28,3	
	Total	43	35,8	
Total		120	100,0	

1.5.6 Reingreso en condena posterior a la condena base

Del conjunto de sujetos que no han reingresado a prisión después de la derivación a comunidad terapéutica, tenemos dos categorías: aquellos que a fecha 30 de junio del 2003 siguen cumpliendo condena base (no tiene sentido preguntarnos si ha habido reingreso en condena posterior) y no han reingresado en prisión y aquellos que han finalizado la condena base y sí tiene sentido preguntarnos si ha habido reingreso en condena posterior.

Con esta variable queremos responder a la pregunta: ¿cuántos sujetos volvieron a ingresar en la prisión después de haber cumplido su condena base?

Si nos atenemos a los resultados obtenidos (ver tabla 95), el 38,2% -29 personas- volvió a prisión, y un 61,8% (47 personas) no reingresaron a prisión después de la condena base.

Tabla 95. Distribución según reingreso en prisión en condena posterior a la condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	47	39,2	61,8
	Sí	29	24,2	38,2
	Total	76	63,3	100,0
Perdidos	No consta	8	6,7	
	No procede	36	30,0	
	Total	44	36,7	
Total		120	100,0	

1.5.7 Tipo de causa del reingreso a prisión en condena posterior, y finalizada la condena base

Entre los que reingresaron en condena posterior, el 72% (18 sujetos) reincidió en un delito que le llevó a prisión, sin que tuviera asuntos pendientes que le supusieran igualmente la cárcel. Mientras que un 12% (3 sujetos) se encontraron de nuevo en la prisión por una mezcla de delitos nuevos y causas antiguas.

Tabla 96. Distribución según causa de reingreso en condena posterior.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Causa nueva	18	15,0	72,0
	Nuevas y antiguas	3	2,5	12,0
	Prisión preventiva y luego libertad	4	3,3	16,0
	Total	25	20,8	100,0
Perdidos	No consta	12	10,0	
	No procede	83	69,2	
	Total	95	79,2	
Total		120	100,0	

1.5.8 Reincidencia en la actividad delictiva o falta penal, a su excarcelación de la condena base por derivación a centro terapéutico extrapenitenciario

El 70,7% de los sujetos no reincidieron, frente al **29,3 %** que sí reincidió en conducta delictiva o falta penal, lo cual supuso una nueva condena.

Tabla 97. Distribución según reincidencia en la actividad delictiva a su excarcelación en condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	82	68,3	70,7
	Sí	34	28,3	29,3
	Total	116	96,7	100,0
Perdidos	No consta	4	3,3	
Total		120	100,0	

1.5.9 Año de reincidencia

El 52,9% reincidió durante el primer año de su salida de prisión. El 17,6% reincidió durante su segundo año y el 14,7% durante el tercer año.

Tabla 98. Distribución según año de reincidencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primer año	18	15,0	52,9	52,9
	Segundo año	6	5,0	17,6	70,6
	Tercer año	5	4,2	14,7	85,3
	Cuarto año	3	2,5	8,8	94,1
	Quinto año	0	0,0	0,0	94,1
	Sexto año	2	1,7	5,9	100,0
	Total	34	28,3	100,0	
Perdidos	No consta	4	7,5		
	No procede	82	64,2		
	Total	86	71,7		
Total		120	100,0		

1.5.10 Tipología delictiva o falta penal al reingreso

Los tipos delictivos, correspondientes a las causas nuevas, de los sujetos que reingresaron, fueron, mayoritariamente, por delitos contra la propiedad (88,2%). Siendo los robos con fuerza en las cosas el tipo delictivo más frecuente (50%).

Tabla 99. Distribución según tipología delictiva al reingreso en prisión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Hurto	3	2,5	8,8
	Robo con fuerza en las cosas	17	14,2	50,0
	Robo con violencia o intimidación	10	8,3	29,4
	Delito contra la salud pública	1	,8	2,9
	Delito contra el orden público	2	1,7	5,9
	Falta penal	1	,8	2,9
	Total	34	28,3	100,0
Perdidos	No consta	4	7,5	
	No procede	82	64,2	
	Total	86	71,7	
Total		120	100,0	

1.5.11 Motivo de salida del centro terapéutico extrapenitenciario en condena base

A fecha 30 de junio de 2003, 15 sujetos continuaban en tratamiento en Comunidad Terapéutica. A este subgrupo le hemos puesto el valor de “no procede”. En 3 sujetos no consta este dato en ninguno de los documentos revisados. De los 102 sujetos que no estaban en tratamiento en Comunidad Terapéutica, el 30,4% (31 sujetos) obtuvieron el alta terapéutica; el 8,8% (9 sujetos) cogieron el alta voluntaria. Podemos concluir que en un 39,2% (porcentaje válido) de los sujetos tuvieron una evolución positiva en el tratamiento. Mientras que en un 59,8% (porcentaje válido) de los sujetos tuvieron una evolución ne-

gativa en el tratamiento porque fueron expulsados o abandonaron el tratamiento.

Tabla 100. Distribución según motivo de salida del centro terapéutico extrapenitenciario en condena base.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Alta terapéutica	31	25,8	30,4
	Expulsión del programa	23	19,2	22,5
	Abandono voluntario	38	31,7	37,3
	Alta voluntaria	9	7,5	8,8
	Fallecimiento	1	,8	1,0
	Total	102	85,0	100,0
Perdidos	No consta	3	2,5	
	No procede	15	12,5	
	Total	18	15,0	
Total		120	100,0	

En un análisis cualitativo (ver tabla 101) de la información recogida sobre el motivo de finalización del tratamiento y su relación con otras variables nos encontramos con los siguientes resultados:

- De la muestra total de sujetos que finalizaron su relación con la Comunidad Terapéutica, en ningún caso se asoció a la comisión de delito nuevo. A excepción de 15 sujetos que finalizaron su tratamiento de manera negativa (expulsión o abandono) y no regresaron a prisión cometiendo un delito de quebrantamiento de condena.
- Destacamos también que de los 33 sujetos que reingresaron en prisión sin cometer delito de quebrantamiento de condena, 30 sujetos (de un total de 61 sujetos que finalizaron el tratamiento a través de expulsión o abandono) pertenecen a la categoría expulsión o abandono y 3 pertenecen a la categoría de alta terapéutica o voluntaria.

Tabla 101. Distribución según el motivo de salida del centro terapéutico extrapenitenciario en condena base y las variables de libertad condicional, libertad definitiva, quebrantamiento de condena, comisión de delito y reingreso en prisión.

	Libertad cond.	Libertad definit.	Pase a tratamiento ambulatorio	Quebrantam. de condena	Reingreso en prisión sin evasión	Total
Alta terapéutica	2	2	7		2	13
Alta voluntaria	3	1	3		1	8
Expulsión	1		5	5	12	23
Abandono	4	1	2	10	18	35
Total	10	4	17	15	33	

1.5.12 Tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario

Una de las conclusiones a la que llegamos en la revisión teórica es que la permanencia del paciente en el tratamiento es un factor importante de éxito. En este sentido destacamos que el 65% (porcentaje válido) de los sujetos han permanecido en tratamiento un periodo temporal superior a 6 meses, tiempo mínimo que el sujeto necesita para introducir algún cambio en su conducta según el modelo de Prochaska y Diclemente, explicado en el capítulo 4.

Tabla 102. Distribución según tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 0 a 6 meses	41	34,2	35,0	35,0
	De 7 a 12 meses	34	28,3	29,1	64,1
	De 1 a 2 años	27	22,5	23,1	87,2
	Más de 2 años	15	12,5	12,8	100,0
	Total	117	97,5	100,0	
Perdidos	No consta	3	2,5		
Total		120	100,0		

1.5.13 Situación tratamental, familiar, laboral y legal finalizado el periodo de seguimiento

A fecha 30 de junio de 2003 la situación penitenciaria de nuestra muestra es la expresada en la tabla 103. La muestra se reduce a 99 sujetos ya que de 13 sujetos no constan datos y 8 personas han fallecido.

Tabla 103. Distribución según situación penitenciaria finalizado el periodo de seguimiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Preso preventivo	1	,8	1,0
	Cumpliendo condena en segundo grado	17	14,2	17,2
	Cumpliendo condena en tercer grado (sección abierta)	1	,8	1,0
	Cumpliendo condena en tercer grado en centro extrapenitenciario	9	7,5	9,1
	En libertad condicional condicionada a tratamiento	9	7,5	9,1
	En libertad condicional no condicionada a tratamiento	2	1,7	2,0
	En libertad total	60	50,0	60,6
	Total	99	82,5	100,0
Perdidos	No consta	13	10,8	
	Fallecido	8	6,7	
	Total	21	17,5	
Total		120	100,0	

Con respecto al periodo de seguimiento hay que tener en cuenta que no es un periodo homogéneo para todos los sujetos puesto que son excarcelados en diferente momento temporal. Destacamos que el 80,8% del porcentaje válido no están viviendo en prisión.

En el periodo de seguimiento hemos recogido otras variables que nos ayudan a entender de una manera más específica la evolución de los sujetos

de nuestra muestra. Estas variables se recogen en las siguientes tablas 104 y 105.

Tabla 104. Distribución según situación tratamental, laboral, familiar y legal.

	Frecuencia
En tratamiento de rehabilitación	55
Rehabilitado	21
Con trabajo	41
Con pareja	25
Con relaciones familiares	62
Cumpliendo medida alternativa en fase de ejecución judicial	10

Opciones no autoexcluyentes

Tabla 105. Distribución según situación penitenciaria finalizada en el periodo de seguimiento y situación tratamental, laboral, familiar y legal.

	Tratam.	Rehabilitado	Trabajo	Pareja	Relac. famil.	Medida altern.
Preso preventivo	1				1	1
Cumpliendo condena en 2 ^o grado	11		1	2	10	
Cumpliendo condena en 3 ^{er} grado (sección abierta)	1				1	
Cumpliendo condena en 3 ^{er} grado en centro extrapenitenciario	8	1	4	2	7	2
En libertad condicional condicionada a tratamiento	9		4	3	4	
En libertad condicional no condicionada a tratamiento		1	1	1	2	
En libertad total	25	19	31	17	37	7
Fallecidos	2	1	2		3	
Total	55	21	41	25	62	10

Opciones no autoexcluyentes

Muchos de los datos que hacen referencia a la situación tratamental, laboral, familiar y legal, una vez finalizado el periodo de seguimiento nos fue facilitada por los responsables del servicio social externo penitenciario, una de cuyas funciones es la asistencia directa a los excarcelados y sus familiares, en sus aspectos preventivo y rehabilitador, prestándoles la ayuda y consejo posibles. No obstante no hemos podido conocer la evolución exhaustiva de todos los sujetos, objetivo que podría completarse en un futuro, porque no todos los

sujetos finalizan su condena bajo la responsabilidad del centro penitenciario de Burgos, en algunos casos, sobre todo los que no proceden de Burgos y provincia pasaron a pertenecer a otros centros penitenciarios a los que fueron derivados por estar más cerca de su ámbito sociofamiliar.

2. RELACIÓN ENTRE LA REINCIDENCIA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INTERNOS DROGODEPENDIENTES, DERIVADOS A TRATAMIENTO EXTRAPENITENCIARIO A LO LARGO DEL PERIODO 1985-2003 EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE BURGOS

En este apartado vamos a analizar aquellas relaciones entre reincidencia y el conjunto de variables individuales, sociofamiliares, penales, penitenciarias, de conducta objetiva, psicológicas y de seguimiento.

2.1 REINCIDENCIA Y VARIABLES INDIVIDUALES Y SOCIOFAMILIARES

No hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: sexo (muestra de mujeres muy pequeña), estado civil, antecedentes familiares psiquiátricos, antecedentes familiares toxicofílicos, ausencia del padre y/o madre, presencia de malos tratos, problemas económicos en la familia de origen, nivel de estudios finalizados, absentismo o mal aprovechamiento escolar, fugas del hogar, ingreso en Centro de Protección de Menores, ingreso en Centros de Reforma de Menores, ingreso en Centro Psiquiátrico, cualificación laboral, diagnóstico de salud mental asociado al de dependencia de drogas, patología infecciosa por hepatitis, droga principal, intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión, tratamientos de deshabituación previos a la primera entrada en prisión, intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión, tratamiento de deshabituación posterior a la primera entrada en prisión y motivo de baja en el centro de tratamiento.

Hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: antecedentes familiares penitenciarios, hábitos laborales, patología infecciosa por VIH.

Igualmente comentaremos la relación entre la variable nivel de estudios finalizados y reincidencia que se acerca a dicha significatividad y nos muestra una tendencia concreta.

También comentamos las relaciones significativas entre antecedentes familiares (toxicofílicos y psiquiátricos) y malos tratos, porque algunas investigaciones consideran la presencia de malos tratos en la familia como elemento de riesgo en la conducta antisocial. (Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996; Capdevila, Ferrer y Luque, 2006)

2.1.1 Antecedentes familiares penitenciarios y reincidencia

Atendiendo a las características familiares de los sujetos, obtenemos mayores porcentajes de no reincidencia entre los sujetos que no tienen antecedentes familiares penitenciarios: el 82,5% frente al 63,6% de los sujetos que sí reinciden. Sin embargo entre los sujetos que tienen antecedentes familiares penitenciarios obtenemos mayores porcentajes de sujetos que reinciden, el 36,4% frente al 17,5% que no reinciden.

Tabla 106. Relación entre antecedentes familiares penitenciarios y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Antecedentes familiares penitenciarios	No	Recuento	66	21	87
		% de Reincidencia	82,5%	63,6%	77,0%
	Sí	Recuento	14	12	26
		% de Reincidencia	17,5%	36,4%	23,0%
Total		Recuento	80	33	113
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,030

2.1.2 Hábitos laborales y reincidencia

Respecto al ámbito laboral, ha sido la situación laboral previa al ingreso en prisión la que se relaciona significativamente con la reincidencia. La relación es clara, los individuos reincidentes no se encontraban trabajando en el momento de ser encarcelados. Los datos reflejan que más de la mitad de los sujetos que reinciden (61,8%) no tienen hábitos laborales. Y entre los sujetos que sí tienen hábitos laborales hay una diferencia porcentual de casi 25 puntos a favor de los sujetos que no reinciden.

Tabla 107. Relación entre hábitos laborales y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Hábitos laborales	No	Recuento	30	21	51
		% de Reincidencia	36,6%	61,8%	44,0%
	Sí	Recuento	30	4	34
		% de Reincidencia	36,6%	11,8%	29,3%
	Sin consolidar	Recuento	22	9	31
		% de Reincidencia	26,8%	26,5%	26,7%
Total		Recuento	82	34	116
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,014

2.1.3 Patología infecciosa por VIH y reincidencia

Dentro del grupo de sujetos con patología infecciosa por VIH, encontramos que el 81% reinciden en la conducta delictiva a su excarcelación en condena base. Mientras que en el grupo de sujetos sin patología infecciosa por VIH reinciden el 19%.

Tabla 108. Relación entre patología infecciosa por VIH y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Patología infecciosa por VIH	Negativo	Recuento	24	4	28
		% de Reincidencia	61,5%	19,0%	46,7%
	Positivo	Recuento	15	17	32
		% de Reincidencia	38,5%	81,0%	53,3%
Total		Recuento	39	21	60
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,002

2.1.4 Nivel de estudios finalizados y reincidencia

Aunque no hemos obtenido relaciones significativas entre nivel de estudios finalizados y reincidencia, sin embargo la tendencia obtenida de los datos es clara: las diferencias porcentuales en la variable reincidencia entre los sujetos que no obtuvieron el graduado escolar es a favor de mayores porcentajes de reincidencia (70,6%), mientras que en los sujetos que alcanzaron el graduado escolar o un nivel de instrucción superior las diferencias porcentuales son a favor de los que no reinciden (48,1%), frente a los que reinciden (29,4%).

Tabla 109. Relación nivel de estudios finalizados y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Estudios finalizados	No obtuvo el graduado escolar	Recuento	42	24	66
		% de Reincidencia	51,9%	70,6%	57,4%
	Igual o superior al graduado escolar	Recuento	39	10	49
		% de Reincidencia	48,1%	29,4%	42,6%
Total		Recuento	81	34	115
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,064

2.1.5 Antecedentes familiares toxicofílicos y malos tratos

Un 72,2% de los sujetos que sufrieron malos tratos familiares tenían antecedentes en la familia de problemas toxicofílicos.

Tabla 110. Relación antecedentes familiares toxicofílicos y malos tratos.

			Malos tratos		Total
			No	Sí	
Antecedentes familiares toxicofílicos	No	Recuento	51	5	56
		% de Malos tratos	60,7%	27,8%	54,9%
	Sí	Recuento	33	13	46
		% de Malos tratos	39,3%	72,2%	45,1%
Total		Recuento	84	18	102
		% de Malos tratos	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,011

2.1.6. Antecedentes familiares psiquiátricos y malos tratos

En las familias donde existen antecedentes familiares psiquiátricos obtenemos mayores porcentajes de presencia de malos tratos (41,2%). Mientras que en las familias donde no hay antecedentes familiares psiquiátricos obtenemos mayores porcentajes de ausencia de malos tratos.

Tabla 111. Relación antecedentes familiares psiquiátricos y malos tratos.

			Malos tratos		Total
			No	Sí	
Antecedente familiares psiquiátricos	No	Recuento	71	10	81
		% de Malos tratos	87,7%	58,8%	82,7%
	Sí	Recuento	10	7	17
		% de Malos tratos	12,3%	41,2%	17,3%
Total		Recuento	81	17	98
		% de Malos tratos	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,010

2.2 REINCIDENCIA Y VARIABLES PENALES Y PENITENCIA-RIAS

No hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: antecedentes de estancia en prisión penado, tipo delictivo, redención ordinaria y extraordinaria en condena anterior y condena base, antecedentes de régimen cerrado (muestra pequeña), número de veces derivado a centro terapéutico extrapenitenciario (en este caso tenemos una muestra muy pequeña de sólo 10 sujetos que son derivados más de una vez), motivo de baja en el centro terapéutico extrapenitenciario en derivaciones anteriores a la de la condena base (muestra pequeña), tiempo transcurrido desde su excarcelación en condena anterior al centro terapéutico extrapenitenciario hasta su ingreso en prisión (muestra pequeña), condena anterior formal, tiempo real de prisión en condena anterior, forma de excarcelación en condena anterior, condena base formal, tiempo real de prisión en condena base, tiempo real de prisión total antes de ser derivado al centro terapéutico en condena base, edad en la excarcelación y año de excarcelación.

Hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre la reincidencia y las siguientes variables: condena total formal, número de ingresos en prisión previos a la condena base, y edad del primer ingreso en prisión.

Igualmente comentaremos la relación entre la variable edad en la excarcelación y reincidencia que se acerca a la significatividad y nos muestra una tendencia concreta.

2.2.1 Condena total formal y reincidencia

Los sujetos que tienen condenas totales (condena anterior si existiere más condena base) superiores a cinco años obtienen mayores porcentajes de reincidencia (79,4%) a su excarcelación en la condena base.

Tabla 112. Relación entre condena total y reincidencia en la actividad delictiva a su excarcelación en condena base.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Condena total	Condena total corta hasta 5 años	Recuento	32	7	39
		% de Reincidencia	40,5%	20,6%	34,5%
	Condena total larga superior a 5 años	Recuento	47	27	74
		% de Reincidencia	59,5%	79,4%	65,5%
Total	Recuento		79	34	113
	% de Reincidencia		100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,041

2.2.2 Número de ingresos en prisión, previos a la condena base y reincidencia

Los sujetos que tienen mayor número de ingresos (entre 5 y más ingresos) en prisión (detenido, preventivo o penado) previos a la condena base reinciden en mayor porcentaje que los que tienen menor número de ingresos en prisión. Por tanto los sujetos que tienen mayor número de ingresos en prisión antes de la condena base (periodo temporal en el que son excarcelados al centro terapéutico extrapenitenciario) tienen más probabilidad de delinquir en su excarcelación en la condena base.

Tabla 113. Relación entre número de ingresos en prisión previos a la condena base y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Número de ingresos previos a la condena base	Cero ingresos	Recuento	19	2	21
		% de Reincidencia	23,5%	5,9%	18,3%
	Entre 1 y 4 ingresos	Recuento	40	15	55
		% de Reincidencia	49,4%	44,1%	47,8%
	Entre 5 y más ingresos	Recuento	22	17	39
		% de Reincidencia	27,2%	50,0%	33,9%
Total	Recuento		81	34	115
	% de Reincidencia		100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,020

2.2.3 Edad de primer ingreso en prisión y reincidencia

Los sujetos que ingresan en prisión por primera vez siendo jóvenes (menores de 21 años) tienen más probabilidad de delinquir a su excarcelación en condena base.

Tabla 114. Relación entre edad de primer ingreso en prisión y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Edad del primer ingreso en prisión	Entre 16 y 21 años	Recuento	36	24	60
		% de Reincidencia	43,9%	70,6%	51,7%
	Entre 22 y 41 años	Recuento	46	10	56
		% de Reincidencia	56,1%	29,4%	48,3%
Total		Recuento	82	34	116
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,009

La mayoría de los estudios en el ámbito de la inadaptación dan un papel muy importante a la variable edad. En nuestro caso ha sido muy significativa la relación entre reincidencia y edad de ingreso por primera vez en prisión. Esta relación refleja lo siguiente: cuanto más joven se es en el primer ingreso, mayor probabilidad de reincidir en el futuro. Dicho de otra forma, los drogodelincuentes que reincidieron a su excarcelación de la condena base, excarcelación efectuada para acudir a un centro de tratamiento extrapenitenciario, ingresaron en prisión por primera vez a edades muy tempranas (entre 16 y 21 años), a diferencia de los sujetos que tienen menos probabilidad de reincidir que entraron en prisión entre los 22 y 41 años.

Los datos, pues, permiten afirmar que: cuando un individuo entra en contacto con las instituciones de control social a una edad muy temprana, en la cual aún no se ha producido una maduración personal y social adecuada, es muy probable que no sea el único contacto, sino que, probablemente, se sucederán en el tiempo.

Si nos fijamos, en primer lugar, en la fila “% DE REINCIDENCIA” comprobamos, fácilmente, cómo ésta se reduce con la edad de excarcelación de los sujetos (desde un porcentaje de reincidencia del 76,5%, correspondiente a la edad 21-30 años, hasta el 23,5% para los mayores de 30 años).

Detengámonos ahora en el análisis de las diversas columnas de “SEGUIMIENTO”, en las que se ha consignado el porcentaje de sujetos reincidentes que, dentro de cada intervalo de edad, reingresaron a lo largo del primer año tras su excarcelación, del segundo año, del tercero, del cuarto o, por último, a lo largo del sexto año después de haber sido excarcelado a la comunidad terapéutica. Parémonos de entrada, en la sub-columna correspondiente al seguimiento del primer año. Ésta nos contesta a la pregunta: ¿qué porcentaje de sujetos reincidieron durante el primer año, dentro de cada intervalo de edad? Constatamos cómo la mayor parte de quienes reincidieron lo hicieron enseguida.

Por otra parte en el sexto año de seguimiento, el único intervalo de edad donde hay reincidencia es entre los más jóvenes de 21-24 años, que después de 6 años tendrían entre 27-30 años, eran adultos jóvenes para los que, probablemente, la imposibilidad de organizar un proyecto de vida normativo (trabajo, vivienda, familia etc.) y la superación de la dependencia a las drogas fueron factores determinantes de su retorno al delito.

Tabla 117. Reincidencia en el tiempo por intervalos de edad.

Edad de excarcelación	Nº de personas	Año de reincidencia					Total
		1 ^{er} año	2º año	3 ^{er} año	4º año	6º año	
21-24	19	5	0	0	1	2	8
		27,8%	,0%	,0%	33,3%	100,0%	23,5%
25-29	49	8	3	4	1	0	16
		44,4%	50,0%	80,0%	33,3%	,0%	47,1%
30-34	39	4	3	0	1	0	8
		22,2%	50,0%	,0%	33,3%	,0%	23,5%
35-39	2	1	0	1	0	0	2
		5,6%	,0%	20,0%	,0%	,0%	5,9%
40-44	2	0	0	0	0	0	0
		,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Total		18	6	5	3	2	34
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Somos conscientes de que el número de sujetos en cada submuestra es muy reducido, y que por tanto estos resultados sólo tienen un interés meramente descriptivo.

En resumen, al estudiar la reincidencia a lo largo del tiempo, de este modo, se encontró que, en términos generales, aquellos sujetos que fueron excarcelados de la “condena base” cuando tenía una menor edad - y que, por ello, habían entrado en contacto muy jóvenes con el sistema de justicia penal - reincidieron más y en más breve espacio de tiempo.

2.3 REINCIDENCIA Y VARIABLES DE CONDUCTA OBJETIVA EN PRISIÓN

No hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: vinculación familiar, número de sanciones, consumo de drogas institucional, participación en actividades, disfrute de permisos en condena anterior, disfrute de permisos en condena base antes de la excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario, concesión de recompensas en condena anterior, concesión de recompensas en condena base, tratamiento específico de drogas en condena anterior, tratamiento específico de drogas en condena base, conductas autolesivas, intentos de suicidio, huelga de hambre, pérdida del disfrute de permisos de salida y pérdida del beneficio de redención de penas por el trabajo.

Hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: regresión de grado de cumplimiento, revocación de la libertad condicional y quebrantamiento de condena.

2.3.1. Regresión en el grado de cumplimiento y reincidencia

La regresión de grado implica pasar a un régimen de vida más opresivo y perjudicial para el individuo por mala conducta.

Los sujetos que durante la condena anterior o durante la condena base previa a la excarcelación al Centro Terapéutico Extrapenitenciario fueron regresados en el grado de cumplimiento presentan mayores porcentajes de reincidencia (48,5%), frente al menor porcentaje de no reincidencia de estos mismos sujetos (28,2%). Sin embargo los sujetos que no fueron regresados en el grado de cumplimiento penitenciario presentan mayores porcentajes (71,8%) de con-

ducta no reincidente frente al menor porcentaje de reincidencia de estos mismos sujetos (51,5%).

Tabla 118. Relación entre la regresión en el grado de cumplimiento y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Regresión de grado	No	Recuento	56	17	73
		% de Reincidencia	71,8%	51,5%	65,8%
	Sí	Recuento	22	16	38
		% de Reincidencia	28,2%	48,5%	34,2%
Total		Recuento	78	33	111
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,040

2.3.2 Revocación de la libertad condicional y reincidencia

Los sujetos que durante la condena anterior o durante la condena base previa a la excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario no presentan revocación de la libertad condicional obtienen mayores porcentajes (86,7%) de conducta no reincidente frente al menor porcentaje de conducta reincidente obtenido por estos mismos sujetos (65,2%). Los sujetos que presentan revocación de la libertad condicional tienen más probabilidad de delinquir a su excarcelación de la condena base: del 34,8% que reinciden frente al 13,3% que no reinciden. La revocación de la libertad condicional al igual que la regresión de grado implica pasar a un régimen de vida más opresivo y perjudicial para el individuo.

Tabla 119. Relación entre la revocación de la libertad condicional y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Revocación de la libertad condicional	No	Recuento	52	15	67
		% de Reincidencia	86,7%	65,2%	80,7%
	Sí	Recuento	8	8	16
		% de Reincidencia	13,3%	34,8%	19,3%
Total		Recuento	60	23	83
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,032

2.3.3 Quebrantamiento de condena y reincidencia

Los sujetos que en condena anterior o condena base, antes de su ex-carcelación al centro terapéutico extrapenitenciario, no han cometido delito de quebrantamiento (vg.: aprovechar un permiso de salida para fugarse o cometer un delito) presentan mayores porcentajes (83,3%) de no reincidencia en comparación con el menor porcentaje (63,6%) de conducta reincidente que presentan estos mismos sujetos. Sin embargo los sujetos que protagonizaron quebrantamiento de condena obtienen mayores porcentajes de reincidencia (36,4%) frente a un menor porcentaje de no reincidencia (16,7%).

Tabla 120. Relación entre quebrantamiento de condena y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Quebrantamiento de condena	No	Recuento	65	21	86
		% de Reincidencia	83,3%	63,6%	77,5%
	Sí	Recuento	13	12	25
		% de Reincidencia	16,7%	36,4%	22,5%
Total		Recuento	78	33	111
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,023

2.4 REINCIDENCIA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

No hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: capacidad intelectual, neuroticismo, psicoticismo, sinceridad, actitud ante el delito y conducta grupal institucional.

Hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y la dimensión de personalidad extraversión-introversión.

2.4.1 Extraversión-introversión y reincidencia

Los sujetos con una puntuación alta en el rasgo de personalidad extraversión obtienen mayores diferencias porcentuales (18,6 puntos) entre las categorías de la variable reincidencia a favor de los sujetos que reinciden. Los sujetos que obtienen una puntuación baja en extraversión, obtienen también diferencias porcentuales a favor de los que reinciden pero en menor medida (8,6 puntos porcentuales). Y los sujetos que obtienen una puntuación media en extraversión presentan los mayores porcentajes (47,1%) en conducta no reincidente y la mayor diferencia porcentual (27,1 puntos) con respecto a los sujetos que sí reinciden (20 %).

Tabla 121. Relación rasgo de personalidad extraversión y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Extraversión	Bajo	Recuento	22	10	32
		% de Reincidencia	31,4%	40,0%	33,7%
	Medio	Recuento	33	5	38
		% de Reincidencia	47,1%	20,0%	40,0%
	Alto	Recuento	15	10	25
		% de Reincidencia	21,4%	40,0%	26,3%
Total		Recuento	70	25	95
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

$p: 0,040$

Agrupando en una sola categoría los valores en el rasgo de personalidad bajo y alto por un lado y medio por otro, obtenemos que los sujetos que obtienen una puntuación baja o alta en extraversión presentan mayores porcentajes en reincidencia (80%) frente al 52,9% de estos sujetos que no reinciden.

Tabla 122. Relación rasgo de personalidad extraversión y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Extraversión	Medio	Recuento	33	5	38
		% de Reincidencia	47,1%	20,0%	40,0%
	Bajo y alto	Recuento	37	20	57
		% de Reincidencia	52,9%	80,0%	60,0%
Total		Recuento	70	25	95
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,017

2.5 REINCIDENCIA Y VARIABLES DE SEGUIMIENTO

No hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: reingreso a prisión en condena base, tiempo transcurrido desde la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión dentro de la condena base y motivo de reingreso en prisión en condena base.

Hemos encontrado relaciones significativas al nivel de $p < 0,05$ entre reincidencia y las siguientes variables: forma de finalización de la condena base, motivo de baja del centro terapéutico extrapenitenciario, tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario.

2.5.1 Forma de finalización de la condena base y reincidencia

Un 86,5% de los sujetos que finalizan su condena base en libertad condicional no reinciden, frente al 50% de los sujetos que extinguen su condena base y reinciden. La diferencia porcentual en los sujetos que extinguen la condena se manifiesta a favor de los que reinciden, mientras que en los sujetos que salen en libertad condicional se manifiesta a favor de los que no reinciden.

Tabla 123. Relación entre la forma de finalización de la condena base y la reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Forma de finalización de condena base	Extinción de condena	Recuento	7	12	19
		% de Reincidencia	13,5%	50,0%	25,0%
	Libertad Condicional	Recuento	45	12	57
		% de Reincidencia	86,5%	50,0%	75,0%
Total	Recuento		52	24	76
	% de Reincidencia		100,0%	100,0%	100,0%

$p: 0,001$

2.5.2 Motivo de baja del centro terapéutico extrapenitenciario y reincidencia

Los sujetos de nuestra muestra que finalizan el tratamiento con alta terapéutica o voluntaria tienen menos probabilidad de reincidir que aquellos sujetos que finalizan el tratamiento por expulsión o abandono.

Tabla 124. Relación motivo de baja del centro terapéutico extrapenitenciario y reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Salida del Programa de Tratamiento	Alta terapéutica o voluntaria	Recuento	34	7	41
		% de Reincidencia	52,3%	20,6%	41,4%
	Expulsión o abandono	Recuento	31	27	58
		% de Reincidencia	47,7%	79,4%	58,6%
Total		Recuento	65	34	99
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,002

2.5.3 Tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario y reincidencia

Los sujetos que permanecen en tratamiento 7 meses o más obtienen mayores porcentajes (73,8%) de no reincidencia.

Tabla 125. Relación entre el tiempo de permanencia en el centro terapéutico y la reincidencia.

			Reincidencia		Total
			No	Sí	
Tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario	De 0 a 6 meses	Recuento	21	17	38
		% de Reincidencia	26,3%	50,0%	33,3%
	7 meses o más	Recuento	59	17	76
		% de Reincidencia	73,8%	50,0%	66,7%
Total		Recuento	80	34	114
		% de Reincidencia	100,0%	100,0%	100,0%

p: 0,014

CAPÍTULO 9

DISCUSIÓN

En el capítulo dedicado a exponer los resultados de este estudio, hemos ido describiendo la información recogida, para dedicarnos, en esta última parte a discutir los resultados principales del estudio, que van a responder a los objetivos planteados en nuestra investigación.

El análisis efectuado permite comprobar la relación entre reincidencia y variables del ámbito individual, familiar, educativo, laboral, legal y/o penitenciario y salud. De todas ellas, analizamos de manera más exhaustiva las relaciones significativas que hemos obtenido.

1. DISCUSIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES, SOCIOFAMILIARES Y REINCIDENCIA

1.1 SEXO

El sexo de las personas es junto con la edad los dos factores individuales más relacionados con la delincuencia: delinquen y son detenidos muchos más varones que mujeres. Estas diferencias en tasas de delincuencia entre hombres y mujeres han existido siempre en cualquier tipo de sociedad humana con pocas variaciones. En su base parece hallarse un componente explicativo claramente biológico (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

Una de las variables que en algunos estudios se ha relacionado con la reincidencia es el sexo. Así, la reincidencia es más frecuente entre varones jóvenes que entre mujeres (Luque, Ferrer y Capdevila, 2004a, 2004b, 2005; Morentín y Gostín, 1998). En nuestro estudio no podemos decantarnos hacia ninguna dirección porque tenemos una muestra muy reducida de mujeres.

Observamos que, según la última estadística mensual de Instituciones Penitenciarias en el mes de mayo de 2008, (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2008) en el total nacional de las prisiones, la relación era:

Hombres: 63.787 (91,72%)

Mujeres: 5.759 (8,2%)

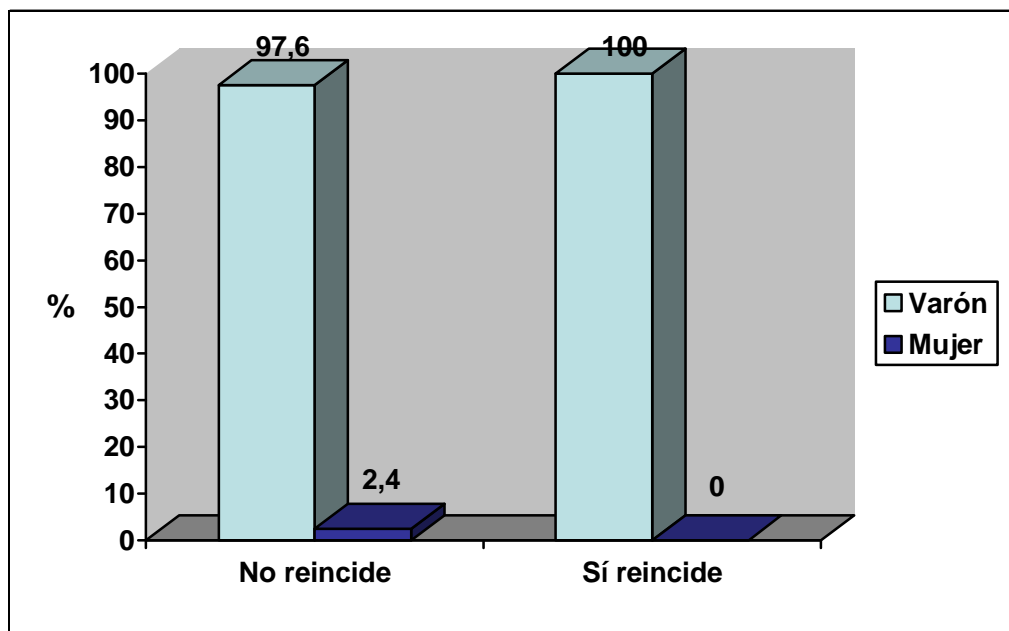


Gráfico 23. Reincidencia según el sexo.

La sobrerrepresentación masculina se da tanto en la población penitenciaria en general como en la muestra de internos drogodependientes que cumplen condena en una unidad extrapenitenciaria. Hay que tener en cuenta que el Centro Penitenciario de Burgos es de varones, por lo tanto el porcentaje de mujeres que disfrutan del cumplimiento de su condena en un centro terapéutico externo son derivadas de otros centros penitenciarios que son mixtos. Esta sobrerrepresentación masculina se confirma en la totalidad de los estudios revisados (Arroyo, Leal y Marrón, 2007; Luque, Ferrer y Capdevila, 2004; Moreno Jiménez, 1999; Morentín y Gostín, 1998; Paino, Rodríguez y

Cuevas, 1996; Pérez y Redondo, 1991; Redondo, Funes y Luque, 1994; Roca y Caixal, 2002, 2005; Serrano, Romero y Noguera, 2001).

1.2 ESTADO CIVIL

La situación civil predominante es la del soltero al igual que en otros estudios (Arroyo, Leal y Marrón, 2007; Moreno Jiménez, 1999; Pérez y Redondo, 1991; Roca y Caixal, 1999, 2002). Aunque la variable “estado civil” no informa de la situación real sobre el apoyo exterior, redes interpersonales o recursos sociales disponibles, sí da alguna pista sobre la vida social del interno en comunidad. Tampoco debemos quitar importancia al hecho de que tener un medio familiar estable y procurador de afectos puede repercutir positivamente en la lucha de la persona para no volver a prisión. Esta idea viene apoyada por la Teoría Integradora de Farrington que considera que el aumento de vínculos afectivos con parejas no antisociales va a producir el desistimiento o abandono de la carrera delictiva (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

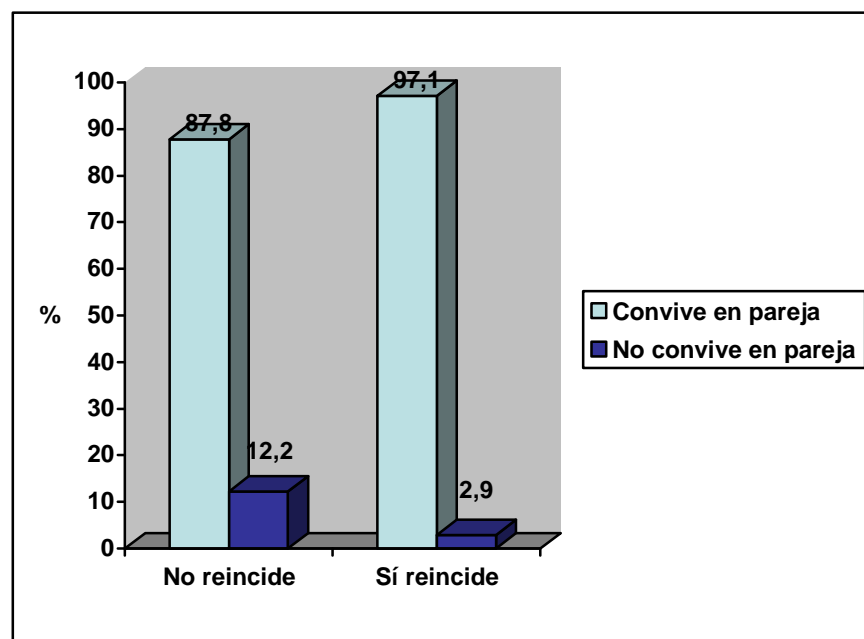


Gráfico 24. Reincidencia según la convivencia en pareja.

No hemos encontrado ninguna influencia del estado civil sobre la reincidencia. No obstante, Redondo, Funes y Luque (1993, 1994) en su investigación concluyen que la existencia de lazos de pareja parece relacionarse con una menor reincidencia. Sin embargo, esta variable está muy contaminada por la variable edad, dado que la edad es un precursor del “estatus” familiar de la persona. Así pues, eran mucho más jóvenes los individuos que indicaron ser solteros. Por lo tanto el alto índice de reincidencia de los solteros puede ser provocado, de forma muy acentuada, por el momento evolutivo de la persona.

1.3 CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

En algunos estudios (Becoña, 2002; Berger y Thompson, 1998; Kazdin y Buela-Casal, 1994; Garrido *et al.*, 1998; Muñoz, 2004; Otero-López, 1997) se ha investigado la relación existente entre la conducta desviada de los padres y de los hijos, y se ha llegado a la conclusión de que puede ser un predictor de la conducta delictiva y del consumo de drogas. Se sabe que el aprendizaje es, muchas veces, por imitación de modelos (Bandura, 1987; Bandura y Walters, 1983). Así, cuando un padre o madre manifiesta una conducta delictiva o de consumo de sustancias hay más probabilidades de que los miembros más jóvenes imiten dicha conducta.

En la muestra también hemos tenido en cuenta la influencia de los hermanos y es de reseñar el alto porcentaje de padres o hermanos que han presentado **adicción** -casi un 40%- y **antecedentes penitenciarios** -casi la cuarta parte de la muestra, 23,3%-. Sin embargo, en la muestra analizada la relación mantenida entre reincidencia y antecedentes familiares toxicofílicos no es significativa mientras que sí hemos encontrado relaciones significativas entre reincidencia y antecedentes familiares penitenciarios en el siguiente

sentido: los sujetos que no tienen antecedentes familiares penitenciarios presentan mayores porcentajes de no reincidencia frente a los sujetos que sí tienen antecedentes familiares penitenciarios, que presentan mayores porcentajes de reincidencia. En la investigación de Becedóniz, Rodríguez, Herrero, Paíno y Chan (2005), realizada con una muestra de menores infractores, se comprueba cómo los más reincidentes padecen la presencia de drogodependencias en los padres o responsables de su cuidado, así como de antecedentes familiares penales. La relación, antecedentes familiares penitenciarios y reincidencia, también se confirma en el estudio realizado por Serrano, Romero y Noguera, (2001).

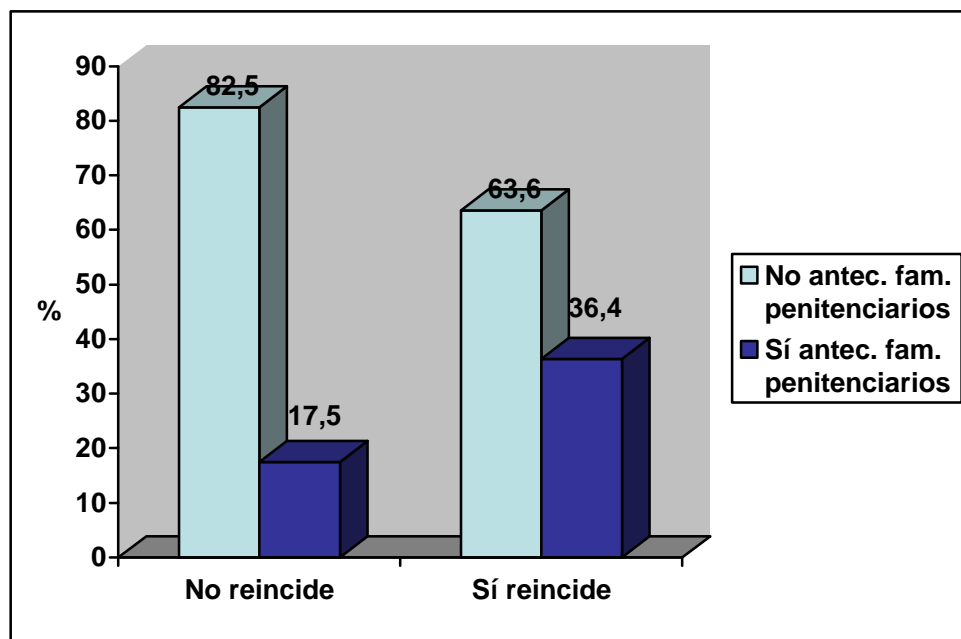


Gráfico 25. Reincidencia según antecedentes familiares penitenciarios.

Por otra parte, destacamos que un 39% de los sujetos vivía sólo con uno de los dos padres por causas de muerte, abandono y/o separación/divorcio. Aunque la revisión de algunos trabajos apunta a una mayor frecuencia de estos hogares en delincuentes y/o toxicómanos con respecto a los que no presentan tales conductas, otros investigadores califican la diferencia de escasa y no significativa (Garrido, 1987; López-Coira, 1987; Otero-López, 1997). Esta disparidad de resultados probablemente esté mediatizada, en gran medida, por cuestiones conceptuales y metodológicas, tales como: la utilización de autoinformes vs. registros oficiales, cómo es definido el “hogar roto” o el motivo de la ausencia (no es lo mismo que la ausencia paterna/materna se deba a la separación o divorcio que a la muerte del cónyuge), el tipo de conducta que se haya considerado, si se han controlado otras características familiares (ej.: nivel de ingresos familiares, grado de cohesión, conductas desviadas de los padres), la edad de los chicos estudiados (hay estudios que concluyen que los preadolescentes son los que más acusan la mayor falta de supervisión que se deriva de un hogar roto).

En cualquier caso, en las investigaciones más recientes se confirma que el hogar roto no constituye una variable crítica en la comprensión de la desviación (Lipsey y Derzon, 1997, citado por Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Los resultados parecen avanzar, en la línea de que es más importante la “calidad” (vinculación afectiva) de las relaciones que la “cantidad” de padres presentes en el hogar, de tal forma que un hogar roto pero feliz se asociaría menos con conducta antisocial que uno intacto pero infeliz (Garrido, 1987; Lila y Gracia, 2005; Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Musitu y García, 2004; Pons y Berjano, 1997; Rodrigo, Márquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín 2004; Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón, 1996).

En conclusión, desde perspectivas contemporáneas, el papel causal del hogar roto en la desviación está ampliamente cuestionado por los

investigadores, siendo otras variables (por ejemplo, el conflicto familiar, las características negativas de los padres o la inadecuada supervisión paterna) las verdaderamente asociadas a este fenómeno y, en consecuencia, a las que hay que prestar atención desde planteamientos preventivos y desde un punto de vista de la intervención (Otero-López, 1997).

En este sentido, si tenemos en cuenta, en nuestra investigación, los antecedentes tanto penitenciarios como de abuso y adicción de sustancias de algunos miembros de la familia, no es insólito el hecho de existir malos tratos en la familia en un 17,1% de los casos estudiados.

Por otra parte, la relación entre los antecedentes familiares de adicción y la existencia del **maltrato familiar** resultó ser significativa de tal forma que cuando existe adicción en la familia hay mayor probabilidad de que se dé el maltrato familiar.

También encontramos relaciones significativas entre antecedentes familiares psiquiátricos y sufrimiento de malos tratos. Es decir, en el 15,2 % de los sujetos de la muestra que tiene familiares cercanos (padres o hermanos) con diagnóstico de patología psiquiátrica, es más probable que se dé el maltrato familiar. Sin embargo la presencia de padres o hermanos que reciben o han recibido tratamiento en salud mental no parece relacionada con mayor reincidencia. Este dato también se confirma en la investigación realizada con menores por Becedóniz, Rodríguez, Herrero, Paíno y Chan (2005).

No es nuestra intención detenernos en el concepto y etiología del maltrato, sin embargo, lo que tenemos claro es que cuando se enseña violencia se aprende violencia, cuando las relaciones familiares están marcadas por agresiones la socialización del individuo se torna más difícil y el incumplimiento de las normas sociales es más frecuente, ya que las reglas no son asumidas ni

mucho menos aceptadas. En este sentido Paíno, Rodríguez y Cuevas (1996) concluyen que la variable maltrato se relaciona significativamente con la reincidencia de forma que: los individuos reincidentes (individuos que ingresaron en prisión más de dos veces por causas o procedimientos judiciales diferentes) sufren maltrato familiar en mayor medida que los individuos primarios (individuos que ingresaron una o dos veces en prisión). Capdevilla, Ferrer y Luque (2006) en una investigación realizada con menores infractores concluyen que los menores que han sufrido maltrato físico intrafamiliar tienen mayor riesgo de reincidir en el delito. No obstante, en nuestra investigación no hemos encontrado relaciones significativas.

En cuanto a los **niveles de ingresos en la familia de origen** de la muestra, el 14,3% de los sujetos pertenecen a familias con ingresos de un nivel bajo. La razón principal, según Valverde (2002), por la que la situación económica es considerada un factor de riesgo en el proceso de inadaptación social, es porque las presiones consumistas que la familia está recibiendo continuamente de los medios de comunicación y del estilo de vida de nuestra sociedad, se hacen aún más fuertes cuando no existen posibilidades económicas de darles satisfacción. Y esta situación va a ser vivida por la familia con una considerable carga de frustración, especialmente por parte de sus miembros más jóvenes.

La mayoría de las teorías sobre los factores ambientales-contextuales determinantes de la delincuencia tienen como punto de arranque el que casi todos los delincuentes procedían de un medio socialmente desfavorecido (Rutter y Giller, 1988).

Para Garrido y López (1997), uno de los grandes problemas de esta relación, es que la mayor parte de estos estudios se han centrado en la población penitenciaria, que está sobrerrepresentada por sujetos procedentes

de las clases más desfavorecidas, mientras que los estudios con cuestionarios de autodeclaración han suavizado las diferencias en participación delictiva entre los diversos grupos sociales, indicando que la delincuencia está presente en todas las capas sociales.

Otro de los grandes problemas para Garrido y López, se refiere a la vaguedad y confusión de lo que se entiende por clase social: ¿qué es realmente lo que se está midiendo: la pobreza, la clase de origen, los ingresos, el estatus socioeconómico...?. Proponen, para estimar mejor la relación crimen-clase social, emplear múltiples medidas de estatus socioeconómico para poder así identificar qué dimensiones de ese estatus son las más importantes en relación a la criminalidad.

Por otro lado, hay que tener en cuenta la influencia de otros factores mediadores que influyen en la relación entre delincuencia y clase social (Muñoz, 2004; Torrente y Merlos, 1999), variables relacionadas con el contexto familiar y con procesos familiares: conflicto matrimonial y hostilidad de los progenitores, depresión de los padres, paro o bajo nivel ocupacional, escasez en las condiciones de la vivienda y hacinamiento, incongruencia en los estilos educativos.

Más resultados a favor de la relación entre la pobreza y la conducta antisocial son los de Pfiffner, McBurnett y Rathouz (2001), quienes hallan mayor índice de conducta antisocial en familias en las que el padre biológico no está en casa, correlacionando además con el bajo estatus socioeconómico. La relación se invertía en aquellos casos en que el padre sí que estaba en casa.

La explicación a estos resultados vendrían dados por Ruesga (1992) en el siguiente sentido: la economía familiar influye en el proceso de socialización del individuo, de forma que, un bajo nivel adquisitivo puede desestabilizar y

alterar las relaciones familiares, generándose un nivel elevado de frustración y una pérdida de motivación.

Por lo tanto como recoge Muñoz (2004) la presión económica sí que tiene un efecto en la conducta antisocial, pero la influencia es indirecta.

Otra variable que puede modular la relación entre situación económica familiar y conducta antisocial es el nivel educativo y cultural de los padres. Funes (1990), Garrido, Lorenzo, Martínez, Paíno, Rodríguez, Sanchís, Santibáñez y Soler (1998), Valverde (2002) y Fernández, Gómez y Rodríguez (1999), concluyen que un nivel educativo y cultural bajo de los padres condicionará el aprendizaje de los hijos, es decir, los padres sólo pueden educar a sus hijos en función de sus propias posibilidades educativas, la mayoría de las veces muy limitadas en función del grupo social al que la familia pertenece. Ya que no es posible transmitir aquello que no se sabe, que no se practica; en una palabra aquello en lo que no se es competente.

Aunque en nuestro estudio no hemos encontrado relaciones significativas entre el nivel de ingresos de la familia de origen, tipo de conducta delictiva y reincidencia, Grossi, Paíno, Fernández, Rodríguez y Herrero (2000), con una muestra de 87 presos, confirman la importancia del nivel económico en el tipo de conducta delictiva y en la reincidencia de la misma. Estos autores verifican que un nivel económico bajo se asocia con padres de familia cuya situación laboral se caracteriza por la contratación temporal; todo ello, en conjunto, influye significativamente en la manifestación de conductas delictivas de los hijos, especialmente en delitos contra la propiedad. Por el contrario, cuando la economía no resulta precaria los delitos se manifestarían contra la salud pública. Por otra parte, cuando el nivel adquisitivo es bajo y la situación profesional del padre es una contratación temporal, el nivel de reincidencia de

la conducta delictiva de los hijos es superior. Cuando la economía, por el contrario, es media – alta el nivel de reincidencia disminuye significativamente.

Capdevilla, Ferrer y Luque (2006) analizan la reincidencia en el delito en la justicia de menores, concluyendo que la situación socioeconómica familiar es uno de los factores dinámicos que resultó potente para predecir la reincidencia. El que los ingresos familiares fueran insuficientes, también fue una variable relacionada con reincidencia en el estudio realizado con menores por Forcadell, Camps, Rivarola y Pérez (2004).

Por último en otro estudio realizado con menores infractores, Becedóniz, Rodríguez, Herrero, Paíno y Chan (2005) hallan que las familias de los menores reincidentes tienen una economía más carencial en comparación con las familias de los menores no reincidentes.

En nuestra muestra hay una representación muy baja de personas que han sido **menores sujetos a protección**, esto nos impide analizar si los menores sujetos a protección tienen mayor tendencia a delinquir que los menores no sometidos a protección. No obstante Álvarez, Armenteros y Calvete (2007) en un estudio realizado en Pontevedra con 170 personas sometidas a protección entre 14 y 18 años concluyen que la tendencia a delinquir de los menores sujetos a protección es superior a la del resto de los menores: un 1,81% de los menores no sometidos a protección en la ciudad de Pontevedra comete delitos o faltas, mientras que ese porcentaje asciende a 25,29 % cuando se trata de menores sometidos a protección. Para Becedóniz, Rodríguez, Herrero, Paíno y Chan (2005) también se confirma que el haber estado el menor institucionalizado en un centro de protección es un factor relacionado con mayor reincidencia delictiva.

1.4 CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS Y LABORALES

La adaptación escolar ha sido deficiente ya que el índice de absentismo es alto, pues, el 68,3 % de los sujetos de la muestra abandonaron sus estudios durante la etapa de educación primaria o secundaria. El **nivel educativo** alcanzado por la muestra de estudio es bajo, el 58,8% con estudios inferiores al graduado escolar. Con carencia o inestabilidad de hábitos laborales (71,7%) y sin profesión cualificada (89,2%). Estos resultados son confirmados por las investigaciones realizadas con población penitenciaria (Arroyo, Leal y Marrón, 2007; Cuevas, 1996; Moreno Jiménez, 1999; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996; Pérez y Redondo, 1991; Redondo, 1992; Redondo, Funes y Luque 1993, 1994; Roca y Caixal, 1999, 2002, 2005; Rodríguez, Paíno, Herrero y González 1997; Serrano, Romero y Noguera, 2001)

En nuestra investigación no existe relación entre el grado de escolarización y la reincidencia a su excarcelación en condena base para acudir a un centro terapéutico extrapenitenciario. Este dato ratifica los resultados obtenidos por Serrano, Romero y Noguera (2001) en un estudio con población general penitenciaria.

Una variable que se relacionó con reincidencia, de manera significativa, fue la **situación laboral** previa al ingreso en prisión. Los datos reflejan que el 88,3% de los sujetos que no tenían ninguna actividad laboral o su actividad laboral era temporal acaban reincidiendo. Estos datos corroboran los resultados obtenidos por otros estudios (Serrano, Romero y Noguera, 2001; Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996).

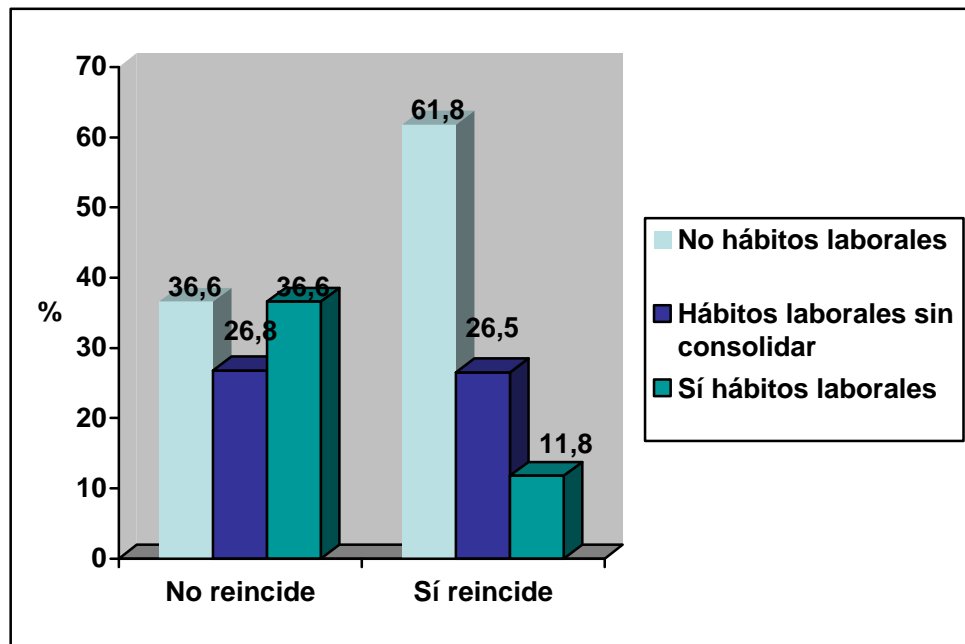


Gráfico 26. Reincidencia según hábitos laborales.

Para Paíno, Rodríguez y Cuevas, (1996), estos resultados tienen un sentido lógico, es decir, cuando un individuo tiene antecedentes penales y penitenciarios las posibilidades de conseguir integrarse en el ámbito laboral se reducen significativamente y, por otra parte, en el ámbito de la delincuencia y drogodependencia las gratificaciones -económicas- son a corto plazo y no existen horarios laborales ni responsabilidades. Sin embargo, también es cierto que la inadaptación laboral es una consecuencia del proceso de inadaptación social del individuo (Valverde, 2002).

Si además tenemos en cuenta que la mayoría tienen una actividad laboral no cualificada, esto hará más probable que su capacidad de adaptación a un trabajo sea menor: por ser un trabajo en condiciones precarias, sin especialización ni estabilidad y mal remunerado. Unido a las características del grupo al que pertenece: falta de preparación y responsabilidad, entre otras muchas carencias.

1.5 HISTORIA LEGAL

La moderna investigación criminológica ha puesto de manifiesto que los adolescentes, en comparación con niños y adultos, se implican con más probabilidad en comportamientos temerarios, ilegales y antisociales. Igualmente, es más probable que causen alteraciones del orden social y que se impliquen en conductas potencialmente perjudiciales para ellos mismos o para las personas que les rodean. Así, la adolescencia y primera juventud son los periodos donde más elevada es la prevalencia de una variedad de conductas de riesgo -se incrementan entre cinco y seis veces- como, por ejemplo, conductas delictivas, conductas violentas, consumo de sustancias, conducción temeraria y conducta sexual de riesgo (Arnett, 1999; Helstrom, Bryan y Hutchison, 2004; Musitu, 2002; Rodríguez y Torrente, 2003; Ryan y Redding, 2004). Estas conductas a su vez, suelen decrecer e incluso desaparecer durante la vida adulta, manteniéndose en un escaso 5% de los individuos (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

En este marco, los jóvenes españoles no son una excepción, como lo demuestran los resultados obtenidos por Rechea, Barberet, Montañes y Arroyo (1995): más del 80 % de la muestra entrevistada admite haber cometido algún tipo de delito alguna vez en su vida. Ello, pues, nos permite afirmar que muy pocos jóvenes superan la adolescencia sin haberse visto involucrados en algún tipo de conducta delictiva o desviada, por lo que una aproximación más profunda al conocimiento de la delincuencia juvenil exigiría comparar los grupos de menores infractores según nivel de reincidencia (Becedóniz, Rodríguez, Herrero, Paíno y Chan, 2005).

En cuanto a la historia previa legal de los sujetos de la muestra y en concreto a variables que hacen referencia al historial delictivo (carrera

delictiva), como los **antecedentes de ingreso en reformatorio**, encontramos que en nuestro estudio un 11,1% de los sujetos ha estado en centros de reforma de menores. La Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a) nos informa que un 13% de los reclusos había estado ingresado alguna vez en un centro de reforma para menores. En nuestra investigación, no hemos encontrado relaciones significativas entre tener antecedentes de ingreso en reformatorio y reincidencia, una explicación plausible puede ser que partimos de una muestra pequeña de sujetos con antecedentes de estancia en centros de reforma de menores. No obstante, Serrano, Romero y Noguera, (2001), en un estudio con población general penitenciaria relacionan ingreso en reformatorio con reincidencia.

Evidentemente, cuando el inicio de la carrera delictiva de una persona tiene lugar a una edad temprana es más probable que reincida más, y ello le puede traer consecuencias negativas para su futuro desarrollo y socialización: el ingreso en un centro de menores. De hecho, existen estudios que indican que la existencia de conductas delictivas precoces es buen predictor de la delincuencia adulta (LeBlanc, Vallières y McDuff, 1993; Rutter, Giller y Hagell, 2000) .

En un estudio sobre la evaluación de la reincidencia de los menores desinternados del centro educativo L'Alzina, (Barcelona) realizado por Forcadell, Camps, Rivarola y Pérez (2004), encontraron que los sujetos cuyo expediente en Justicia Juvenil había sido abierto en una edad temprana reincidían más.

Con respecto a la conducta **fugas del hogar**, entendemos que este comportamiento puede ser por diversos motivos y con una duración variable, aunque no tenemos información al respecto. En nuestra investigación no

hemos encontrado relaciones significativas entre fugas del hogar y reincidencia. Sin embargo, Serrano, Romero y Noguera, (2001) obtienen mayores porcentajes de reincidencia en el grupo de sujetos que cuenta con antecedentes de fugas de hogar.

Vega, Garza, Giralde, Panchón, Ballor y Bárcena (1982) explican que escaparse del hogar implica encontrarse en la calle y tener que sobrevivir durante un corto o largo periodo de tiempo de sus propios recursos. Los menores pueden fantasear con la posibilidad de resolver o escapar a los conflictos familiares a través de la fuga. Sin embargo esta conducta es muy difícil de llevar a cabo. La calle implica una falta de estructura afectiva y económica que atemoriza.

Los índices de deficiencias económicas, maltrato intrafamiliar, y/o conflictividad familiar, presencia de conducta de consumo de sustancias y conductas delictivas en la familia, pueden hacernos intuir la traducción de éstas en la conducta del menor. En nuestra investigación destacamos que el 47,5% de los sujetos confesaron haberse fugado de casa al menos en una ocasión. Este dato se asemeja al 58% obtenido por Vega, Garza, Giralde, Panchón, Ballor y Bárcena (1982) en una muestra de menores infractores. Para estos autores la fuga del hogar debe de entenderse como un proceso de adaptación que es preferible a la vida conflictiva familiar.

1.6 CARACTERÍSTICAS DE SALUD

Con respecto a la **salud mental** de los sujetos estudiados destacamos que la mayoría de los sujetos, el 83,3%, no presentan otra patología de salud mental asociada al trastorno por dependencia a tóxicos. Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes son los Trastornos de Personalidad. Estos datos confirman los resultados obtenidos por Abad, Rincón y García (2003), Espinosa y Herrera (2003) y Pato (2003).

Debemos tener en cuenta que diversos estudios con población penitenciaria dan a conocer que existe un 60-80% de comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, y las asociaciones más frecuentes son: trastorno de personalidad, fobias (y otros trastornos de ansiedad) y depresión (Anderson, 1997; Broke, Taylor, Gunn y Maden, 1996; Hodgins y Coté, 1990).

En la muestra de nuestra investigación, destacamos la ausencia de sujetos con trastornos psicóticos y en general sujetos con diagnóstico de salud mental grave. También observamos que el porcentaje de sujetos con patología dual o comorbilidad (16,7%) es inferior que en otras investigaciones (Abad, Rincón y García, 2003; Herrera y Hernández 2003; Espinosa y Herrera, 2003; Pato, 2003). Una posible explicación a estos resultados tiene que ver con la menor adaptación al régimen de vida carcelario de las personas con trastornos mentales graves.

Capdevilla y Ferrer, (2007), al comparar las personas con trastornos mentales internas en prisión, con el resto de la población penitenciaria ordinaria, constatan que los primeros tienen mayores dificultades de adaptación a la vida cotidiana de un centro penitenciario. Esto se observa con diferencias significativas en indicadores de esta dificultad de adaptación, como un mayor

número de incidentes y de faltas, menos acceso a los beneficios penitenciarios, tienen menos salidas programadas y menos permisos de salida, menos acceso al régimen abierto y prácticamente nunca a la libertad condicional, a la vez que presentan peor pronóstico de derivación a recursos en el momento de la salida de prisión. Razones que dificultan la excarcelación en tercer grado a un centro terapéutico extrapenitenciario.

En relación al **diagnóstico orgánico** destaca la alta frecuencia de la positividad a los virus VIH, VHC y VHB.

Las enfermedades infecto-contagiosas (tuberculosis, hepatitis y VIH), en el ámbito penitenciario, tienen una mayor difusión por las condiciones precarias en las que transcurre la vida de un preso y por sus propios hábitos de higiene y salud, así como la vía utilizada para la administración de la droga -vía parenteral- (Ministerio del Interior, 2006; Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996; Valverde, 1997).

La investigación de Paíno, Rodríguez y Cuevas (1996) concluye que es frecuente la presencia de hepatitis en el grupo de sujetos reincidentes. En nuestro estudio hemos encontrado relaciones significativas entre reincidencia y padecer **patología infecciosa por VIH**. Creemos que la actitud ante el delito del sujeto con infección por VIH no puede ser igual que la de aquel que no tiene la amenaza de muerte por enfermedad, ya que la probabilidad de recaer en el delito o de iniciar una nueva vida ha de estar condicionada por la creencia de que haga lo que se haga uno va a morir. Esta creencia se justifica porque en la década de los ochenta y noventa la representación cognitiva de padecer infección por VIH se asociaba a enfermedad muy grave y por tanto a muerte (Basabe, Páez, Usieto, Paicheler y Deschamps, 1997). Es a partir de 1996 y como consecuencia de la eficacia de las terapias antirretrovirales cuando en

España se inició un descenso en la incidencia de casos diagnosticados de SIDA (Ubillos, 2007).

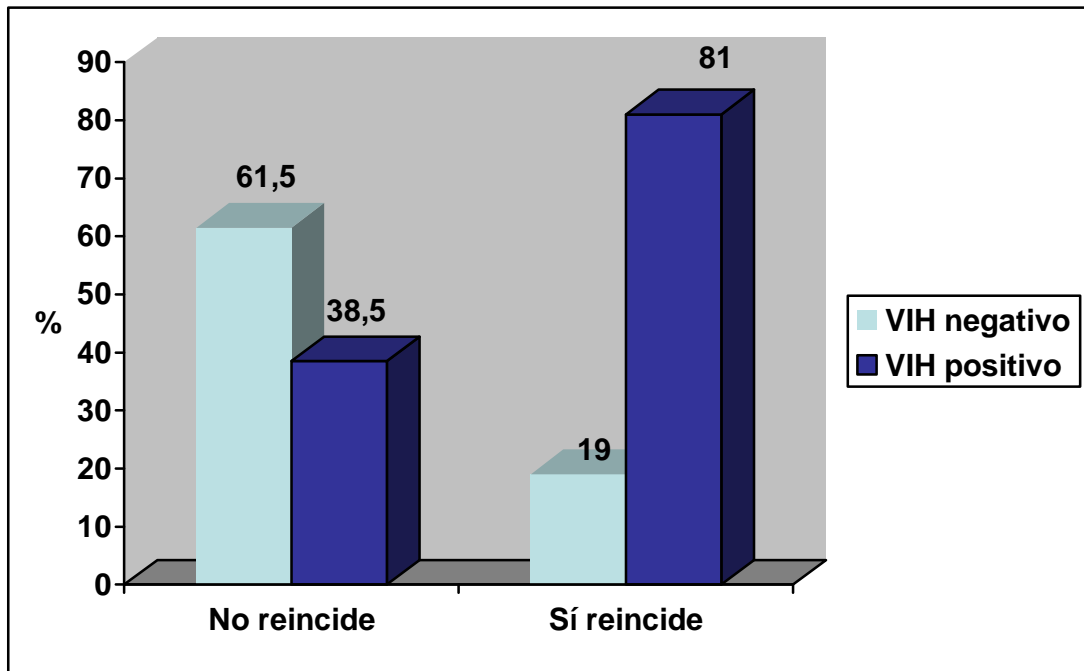


Gráfico 27. Reincidencia según infección por VIH.

En la actualidad gracias a la evolución de los medicamentos antirretrovirales se ha reducido considerablemente el número de fallecimientos, convirtiéndose en una enfermedad crónica (Martín, 2003). No obstante, su eficacia se ha visto limitada por el nivel de cumplimiento que exige. Además, la población penitenciaria presenta unas características específicas que dificultan el seguimiento del tratamiento como es el consumo de drogas, una elevada impulsividad, una escala de valores diferente (entre los que destaca la poca importancia que se da a la salud) y una falta de hábitos del propio cuidado (Herraiz, 2007).

En cuanto a la **droga principal**, los pacientes estudiados son politoxicómanos con un consumo mayoritario de heroína (52,5%), heroína y

cocaína mezclada o speed-ball (35%), cocaína (7,5%), alcohol (4,2%) y alcohol y cocaína (0,8%). Por lo que podemos concluir que el grupo mayoritario de las personas que ingresan en prisión son consumidoras de heroína o cocaína como drogas principales. Estos datos confirman los obtenidos por otras investigaciones con población general penitenciaria (Ministerio del Interior, 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; Serrano, Romero y Noguera, 2001; UNAD 2006)

Los cambios sufridos en los patrones de consumo de drogas en España en los últimos años tienen su reflejo en el sistema penitenciario. En un estudio realizado sobre una cohorte de jóvenes usuarios de heroína (De la Fuente, Brugal, Ballesta *et al.*, 2005) se ha observado una gran extensión del uso de cocaína en esta población (frecuentemente en forma de base o crack y/o mezclada con heroína en la misma dosis). En este sentido destacamos que en nuestro estudio el 35% de los sujetos consumen heroína y cocaína mezclada.

La asociación entre reincidencia y dependencia a las drogas es conocida desde hace muchos años. Son varios los trabajos en nuestro país sobre el tema que han encontrado que durante los períodos de adicción activa los toxicómanos cometen un alto número de delitos, principalmente contra la propiedad (Barcia, Ruiz, Oñate, Seiquer y Ramos, 1991; Morentín y Gostín, 1998; Santamaría y Chait, 2004). Las posibles explicaciones de la asociación entre drogodependencia y criminalidad han sido expuestas en el capítulo 1 de este trabajo. Algunos autores han aportado datos a favor de que la naturaleza de esta relación se basa en la necesidad de soportar los gastos financieros derivados del consumo de drogas. Otros, por el contrario, opinan que tanto el abuso de drogas ilegales como la comisión de actos delictivos no son más que manifestaciones de conductas desviadas contemporáneas, expresión de unos factores sociales y de unos rasgos de personalidad particulares. En este

sentido remarcan que un alto porcentaje de estos sujetos habían delinquido con anterioridad al establecimiento del trastorno de dependencia a las drogas.

Los resultados aquí presentados hablan a favor de una compleja relación entre toxicomanía y delincuencia. Por un lado tenemos que la edad media de inicio del consumo en la droga principal es 17,63 años , que la edad media del primer ingreso en prisión es de 21 años, que el 24,2% (n= 29) ingresó en prisión antes de los 18 años y que el 11,1% de la muestra (n= 13) ha estado en centros de reforma. Estos datos probablemente indiquen que en nuestra muestra tengamos varios perfiles que expresen diferentes tipos de relación droga-delincuencia: sujetos cuya conducta de consumo fue previa a la conducta de delinquir, y sujetos en los cuales la conducta de delinquir fue previa o paralela a la conducta de consumo.

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

Según el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (capítulo 4 de la revisión teórica), situaríamos a estos sujetos en un estadio de cambio de precontemplación antes de su primer ingreso en prisión, es decir los individuos no pueden ver el problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de la adicción superior a los aversivos. O en el estadio de cambio de contemplación, estadio en que los adictos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio, aún no se han comprometido a pasar a la acción.

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

No obstante, el haber estado en tratamiento específico de drogas en los diferentes recursos de la comunidad antes de ser excarcelado para cumplir una medida alternativa a la pena privativa de libertad en un centro terapéutico extrapenitenciario, no se relaciona con la variable reincidencia en la conducta delictiva a su excarcelación. Obtenemos los mismos resultados con los 21 sujetos que nunca han estado en tratamiento de deshabituación, ni han protagonizado intentos rehabilitadores previos a su excarcelación a tratamiento extrapenitenciario.

En resumen, en nuestro estudio se confirma la relación de las siguientes variables individuales y sociofamiliares en el campo de la delincuencia: antecedentes familiares penitenciarios, hábitos laborales y patología infecciosa por VIH. Con respecto a la patología infecciosa por VIH hipotetizamos que tendrá más influencia sobre la reincidencia cuanto más deficiente es el estado de salud del sujeto, en todo caso habría que seguir investigando la relevancia

de este indicador sanitario en la conducta delictiva, ya que en la actualidad la percepción de la infección por VIH se asocia a enfermedad crónica. De todo ello deducimos que la intervención individual, sanitaria y familiar es necesaria como estrategia de prevención eficaz.

2. DISCUSIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS PENALES, PENITENCIARIAS Y REINCIDENCIA

2.1 ANTECEDENTES DE ESTANCIA EN PRISIÓN PENADO

El 56,7% de los sujetos de nuestra muestra son reincidentes desde un punto de vista penitenciario. Es decir son sujetos que previamente ya habían reingresado en prisión por una nueva causa. Esta reincidencia penitenciaria coincide con la reincidencia jurídica porque toda esta submuestra de sujetos había cometido previamente delitos de la misma naturaleza (es decir, dentro del mismo capítulo del Código Penal), como son los delitos contra el patrimonio y contra el orden socioeconómico. Este dato es coincidente con el 52,3%, nivel de reincidencia jurídica en la población penitenciaria penada en el año 2005 (PNsD, 2007).

En otros estudios el nivel de antecedentes penitenciarios es incluso más alto: del 73,6% en Redondo, Funes y Luque, (1993, 1994) y del 81,5% en Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005).

En nuestro estudio no hemos encontrado relaciones significativas entre la variable antecedentes de estancia en prisión penado y la reincidencia empírica o futura, durante o después de la condena base a su excarcelación a un centro terapéutico extrapenitenciario. Pero Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005) en su investigación concluyen que la actividad delictiva después de la excarcelación de la condena base es directamente proporcional

a la actividad delictiva previa: son más reincidentes los que tienen antecedentes penitenciarios con condena (penados, 51,3%) que sin condena (preventivos, 27,6%) o los que no tienen antecedentes penitenciarios (22,6%). También hay importantes diferencias en cuanto al tiempo que tardan en reincidir: mientras que los que no tienen antecedentes tardan una media de 637,8 días, los que tienen antecedentes con condena sólo tardan 433,6 días.

El concepto de reincidencia que utilizan Luque Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005) es el de reincidencia penitenciaria empírica, es decir el índice de reingreso en prisión de una muestra de internos a los que se sigue durante un periodo de tiempo determinado. Entienden por reingreso el hecho de que un sujeto de la muestra vuelva a prisión (como preventivo o como penado) por haber sido acusado de cometer un nuevo delito posterior al inicio del periodo de seguimiento, es decir, después de ser excarcelado en el año 1997.

2.2 CONDENA TOTAL FORMAL

Nos llama la atención el dato de que el 65,5% (n=76) tiene una condena total formal (condena anterior si existe más condena base) de más de cinco años, al igual que el número de ingresos en prisión en el 43,2% (n=51) es superior a tres y que en el 56,7% (n= 68) de los casos presentan antecedentes de estancias en prisión penado. Interpretamos estos datos en el mismo sentido que Morentín y Gostín (1998): la intervención de la Administración de Justicia no impide la progresión del joven delincuente a una carrera delictiva. Esto es así porque la consecuencia penal de la acción delictiva se retrasa bastantes meses o incluso años y esto permite la acumulación de numerosas causas judiciales. Por otro lado también pensamos que la actitud ante el delito del sujeto en espera de juicio no puede ser igual que la de aquel sobre la que no pende la amenaza de un futuro castigo, la probabilidad de recaer en el delito o

de iniciar una nueva vida es posible que esté condicionada de alguna manera por el hecho de que se haga lo que se haga se recibirá un castigo.

Otra razón a partir de la cual interpretar estos datos es de acuerdo con Eysenck (1996) y Garrido, Stangeland y Redondo (2001), estos autores consideran que las prácticas modernas del sistema de justicia criminal da respuestas blandas y no consistentes cuando el joven empieza a delinquir. Es decir el delincuente joven y primario es puesto en libertad vigilada varias veces antes de ser enviado a prisión. De tal manera que no llega a aprender una respuesta de ansiedad fuerte que le evite cometer el delito una vez que se halla frente a una situación tentadora. Para Eysenck, es en esos momentos del primer o primeros delitos, en los que es más importante la consistencia y certeza del castigo.

Por lo tanto, estamos ante una muestra con un largo historial delictivo y con un alto índice de reincidencia jurídica y penitenciaria.

En nuestra investigación los sujetos que tienen condenas totales (condena anterior si existiere más condena base) superiores a cinco años reinciden más a su excarcelación en la condena base.

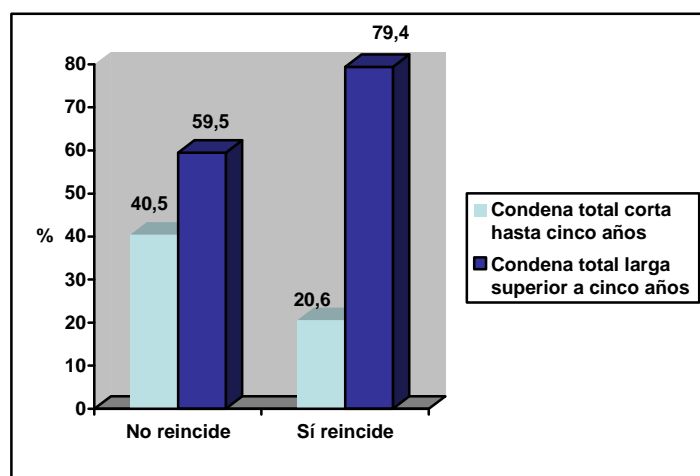


Gráfico 28. Reincidencia según condena total.

Redondo, Funes y Luque (1994) concluyen en su investigación que existe una relación inversa entre la duración de la condena base y la posterior reincidencia. Relación ésta que viene modulada por los factores de edad y modalidad delictiva. Esto significa que los sujetos con más largas condenas (aplicadas a sujetos de más edad, con delitos más graves –de sangre-, etc.) son quienes reinciden en una menor proporción, mientras que reinciden más los individuos con más cortas penas (más jóvenes, condenados por delitos de robo con violencia, generalmente).

Aunque a primera vista los hallazgos de Redondo, Funes y Luque (1994) pudieran parecer contradictorios a nuestros resultados, creemos que la variable edad nos ayudará a resolver esta aparente contradicción. Nuestra explicación a estos resultados es que los sujetos que reincidieron fueron aquellos que ingresaron a prisión más jóvenes, cumplieron estancias en prisión de condenas anteriores cortas, fueron excarcelados siendo todavía bastante jóvenes y siguieron cometiendo actos delictivos. Al tener mayor experiencia delictiva acumularon mayores condenas totales.

Algunas de las variables predictoras de la reincidencia que ya se definían en el estudio de Redondo *et al.*, (1993), Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005) y Roca y Caixal (2002): cuanto más joven se ingresa en prisión por primera vez y cuantas más condenas se tienen, también resultan estadísticamente significativas en nuestro estudio.

2.3 TIPOLOGÍA DELICTIVA

En general al igual que otras investigaciones se trata de una delincuencia dirigida a obtener ingresos rápidos a través del robo (Arroyo, Leal y Marron, 2007; Caixal y Roca, 1999; Luque, Ferrer y Capdevila 2004a, 2004b,

2005; Ministerio del Interior, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo-ESDIP-, 2006; Morentín y Gostín, 1998; Otero *et al.* 1995; Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996; Pérez y Redondo, 1991; Redondo, 1992; PNsD 2007; Redondo, Funes y Luque 1993, 1994; Roca y Caixal 1999; Santamaría y Chait, 2004; UNAD, 2006; Vegue, Alvaro y García 1998; Silvosa, 1999). Ello tiene sentido si pensamos en la carencia de recursos económicos que esta población obtiene a nivel laboral (sólo el 28,3% tiene hábitos laborales estables). No obstante no estaría tan relacionado como en otros estudios (Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996) con una situación económica familiar baja, ya que en nuestro estudio, sólo el 14,3% de los sujetos pertenecen a familias de origen con problemas económicos.

Sin embargo en nuestra investigación destacamos que casi la mitad de los sujetos (46,7%) cuyo delito más importante fue el robo, empleó la violencia. Está constatado por diversos estudios que en los robos violentos (al que llamamos frecuentemente “atracó”) juega un papel importante el consumo de drogas, sin aclarar si el consumo de droga es una causa de la actuación violenta, o si simplemente es un síntoma del estilo de vida del sujeto, en que destacan los placeres y la obtención de dinero fáciles (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

No hemos encontrado estudios que confirmen la prevalencia de los delitos de robo con violencia sobre los robos con fuerza en muestras de reclusos drogodependientes.

Respecto a cómo influye la modalidad delictiva previa en la reincidencia posterior, no hemos encontrado diferencias significativas. En los estudios de reincidencia con población general penitenciaria Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005) concluyen que en cuanto al delito principal por el que se ha ingresado en prisión en la condena base, los condenados por delitos contra

la propiedad son mucho más reincidentes (36,6%) que el resto: contra la salud pública (16,6%); contra las personas (17,6%); o contra la libertad sexual (22,2%).

Paíno, Rodríguez y Cuevas (1996), Rodríguez, Paíno, Herrero y González (1997) y Moretín y Gostín (1998) concluyen que reinciden más los individuos que manifiestan acciones delictivas contra la propiedad. Las diferencias en resultados pueden ser debidas a las diferentes maneras de medir la reincidencia y a diferencias de características de la muestra.

2.4 NÚMERO DE INGRESOS EN PRISIÓN

Un 56,8% de los sujetos ha ingresado en prisión antes de la condena base 3 veces o menos, frente al 43,2% que ha ingresado más de 3 veces a prisión. La población estudiada se caracteriza por tener muchos ingresos previos en prisión, siendo éstos mayoritariamente con condena en el 56,6% de los casos (n= 68).

Cuando se comparan las poblaciones excarceladas los años 1987 y 1997 en los estudios de Redondo, Funes y Luque, (1994) y Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005), respectivamente, se constata que ha aumentado el porcentaje de ingresos previos en prisión (81,5% en el año 1997 frente al 73,6% del año 1987). Porcentajes superiores a los de nuestro estudio.

El número de contactos con la cárcel anteriores a la condena central de estudio o “condena base” es uno de los acontecimientos históricos en la vida de las personas reclusas que les ha imprimido una mayor vulnerabilidad para el retorno al delito. Esta relación se confirma en nuestra investigación y en otras que la preceden en el sentido de que hay más riesgo de reincidir cuantos más

ingresos previos (Luque, Ferrer y Capdevila, 2004; Redondo, Funes y Luque, 1994; Serrano, Romero y Noguera, 2001).

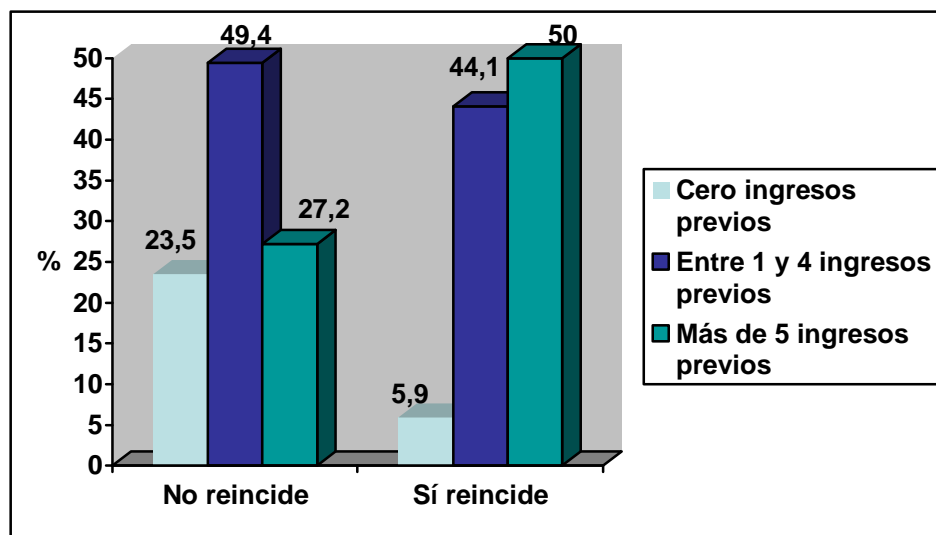


Gráfico 29. Reincidencia según el número de ingresos previos.

2.5 EDAD DEL PRIMER INGRESO

La edad en que los sujetos ingresaron en prisión por primera vez es de vital importancia por el impacto que la prisión puede tener en edades tempranas. Contamos con una población que ingresó por primera vez en prisión muy joven. La mayoría de los estudios sobre la conducta delictiva, y en concreto en el ámbito de la inadaptación, dan un papel muy importante a la variable edad como factor individual relacionado con la delincuencia (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001; Luque, Ferrer y Capdevilla, 2004b; Serrano, Romero y Noguera, 2001; Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996; Redondo, Funes y Luque, 1994, entre otros).

Al igual que en las investigaciones revisadas, encontramos que la juventud al entrar en contacto con el sistema penitenciario, es un factor determinante de cara a aumentar la reincidencia.

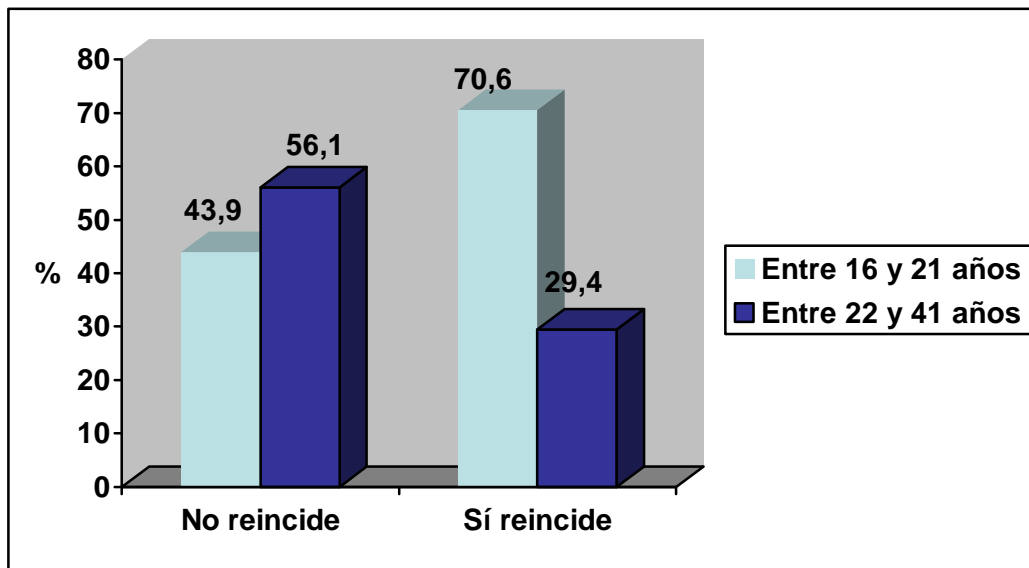


Gráfico 30. Reincidencia según la edad del primer ingreso a prisión

2.6 EDAD EN LA EXCARCELACIÓN

La edad de los sujetos con la que contaban al ser excarcelados a lo largo de los diferentes años de observación de la muestra (1985-2003), es importante ya que define el momento evolutivo de cada individuo cuando regresa a la comunidad, y debe decidir incorporarse a ella o seguir delinquir. En este sentido la media de edad en la excarcelación es de 29,28 años, una edad en la que resulta sumamente importante contar con alguna referencia para el no retorno al delito, es decir, disponer de un trabajo o de una familia.

En otros trabajos, se relaciona reincidencia con edad de los individuos en el momento de su excarcelación comprobándose una asociación entre ambas variables: entre aquellos que habían reincidido el porcentaje más elevado correspondía a jóvenes menores de 25 años, mientras que de aquellos que no reincidían el mayor porcentaje se situaba por encima de los 30-35 años (Luque, Ferrer y Capdevilla, 2004b; Serrano, Romero y Noguera, 2001;

Redondo, Funes y Luque, 1994). En nuestra investigación, sin llegar a la significatividad, obtenemos mayores porcentajes de sujetos que habiendo sido excarcelados más jóvenes reinciden más.

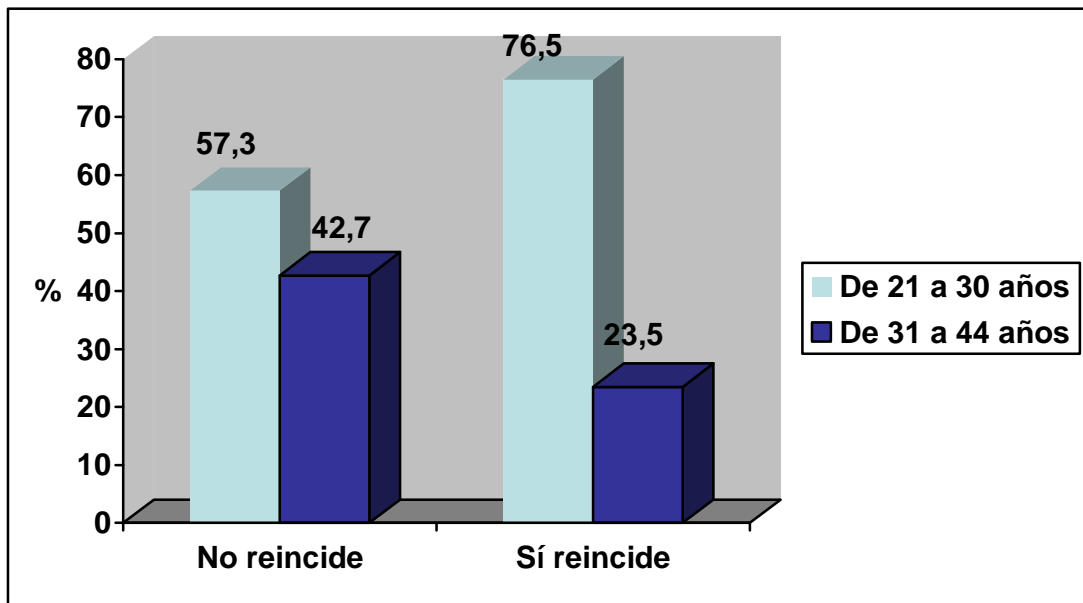


Gráfico 31. Reincidencia según la edad de excarcelación al centro terapéutico.

La cifra de reincidencia disminuyó sensiblemente a partir de los 35 años, adquiriendo niveles más altos de los 25 a los 29 años y unos niveles muy bajos a partir de los 40 años. Este resultado también fue obtenido por Morentín y Gostín (1998).

El fenómeno de la delincuencia habitual se asocia a la edad juvenil o de adulto joven. Los motivos de este fenómeno se deben probablemente a la combinación de una serie de factores. Clásicamente se ha destacado que las conductas antisociales tienden a disminuir hacia la cuarta década de la vida (APA, 2002). En concreto, en los delincuentes habituales toxicómanos se ha propuesto un proceso de “maduración”, según el cual el control individual de la adicción está relacionado con el logro de un nivel adecuado de maduración y

estabilidad personal. Es decir, la conducta desviada, incluyendo el delito y el uso de drogas, decrecerá según el adicto se vuelve más viejo.

2.7 AÑO DE EXCARCELACIÓN

El año de excarcelación al no ser el mismo para todos los sujetos va a definir diferentes periodos de seguimiento. El tiempo óptimo de seguimiento para la realización de estudios de reincidencia es de 5 años (Roca y Caixal, 2002). Con menos tiempo se pierde información relevante y más allá de 5 años no se incrementa la comprensión del fenómeno, además de incrementarse las dificultades y el coste. Por esta razón hemos categorizado en dos periodos temporales los diferentes años de excarcelación.

El primer periodo va del año 1985 al 1997, en el cual fueron excarcelados 65 sujetos. Después de un intervalo temporal de seguimiento que va de 5 a 17 años, reincidieron en la conducta delictiva 24 sujetos, que supone un 39,3% sobre el total de sujetos excarcelados en ese periodo temporal.

El segundo periodo va del año 1998 al 2003, en el cual fueron excarcelados 55 sujetos. Después de un intervalo temporal de seguimiento que va de 0 a 4 años, reincidieron en la conducta delictiva 10 sujetos, que supone un 18,2% sobre el total de sujetos excarcelados en ese periodo temporal.

También existen estudios de reincidencia donde el periodo de seguimiento son tres años. Dividiendo la muestra en los siguientes periodos del año 1985 al 1999 y del 2000 al 2003, obtenemos los resultados que a continuación exponemos.

Durante el periodo de 1985 a 1999, en el cual fueron excarcelados 77 sujetos y el intervalo temporal de seguimiento fue de 3 a 17 años obtenemos una tasa de reincidencia del 37,6% (n= 29).

3. DISCUSIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE CONDUCTA OBJETIVA EN PRISIÓN Y REINCIDENCIA

Aludimos al comportamiento manifestado en prisión para valorar el nivel de adaptación de los sujetos a las normas que rigen en la cárcel.

Para evaluar este proceso hemos clasificado una serie de variables relacionadas con buena adaptación al sistema carcelario y otro conjunto de variables relacionadas con mala adaptación.

Las conductas que manifiestan adaptación al proceso de internamiento en prisión son: presencia de vinculación familiar, ausencia de sanciones, no consumo de drogas, participación en actividades organizadas por el centro penitenciario, disfrute de permisos penitenciarios, obtención de recompensas, implicación en un tratamiento específico de drogas, ausencia de conductas autolesivas, ausencia de intentos de suicidio, ausencia de huelgas de hambre, redención de penas por el trabajo, ausencia de regresiones de grado, ausencia de revocación de la libertad condicional y ausencia de quebrantamientos de condena.

Por otra parte las conductas que, manifiestan mala adaptación al internamiento en prisión son: ausencia de vinculación familiar, presencia de sanciones, consumo de drogas, no participación en actividades organizadas por el centro penitenciario, ausencia de disfrute de permisos penitenciarios, no obtención de recompensas, no implicación en un tratamiento específico de

drogas, presencia de conductas autolesivas, intentos de suicidio, huelgas de hambres, pérdida del disfrute de beneficios penitenciarios, pérdida del beneficio de la redención de penas por el trabajo, regresiones de grado, revocación de la libertad condicional y quebrantamiento de condena.

No hemos encontrado ningún estudio con muestras de sujetos presos y con problemas de drogas de nuestro país que evalúe en una misma investigación el conjunto de estas variables.

3.1 VINCULACIÓN FAMILIAR

La vinculación familiar es un factor importante de cara a la reinserción de los excarcelados, como contexto exterior que los acoja y apoye tras su liberación. Y así es recogido por diferentes autores (Carcedo, 2005, Luque, Ferrer y Capdevila, 2004b, Redondo, 1992).

Mantener la vinculación familiar y social de los encarcelados, por paradójico que a primera vista pueda parecer, se encuentra entre las metas que deben atender los sistemas e instituciones penitenciarios. Las personas que ingresan en una prisión provienen de la sociedad y han de volver nuevamente a ella. Y esto debe hacerse, si fuera posible, de tal modo que los ex-carcelados no se vean abocados a delinquir de nuevo y deban reingresar en prisión. Para esto es necesario que tengan el suficiente contexto exterior, familiar y social, que los acoja y apoye tras su liberación.

Nuestro sistema penitenciario ha previsto mecanismos legales que permiten mantener la vinculación social de los presos mediante comunicaciones periódicas con familiares y amigos, visitas íntimas con sus parejas, llamadas telefónicas, permisos de salida, y procedimientos de

liberación progresiva -como el régimen abierto- o anticipada -como la libertad condicional-.

En nuestra investigación la mayoría de los sujetos cuenta con vinculación familiar durante los diferentes periodos de cumplimiento de condena. Aunque sí hay investigaciones con muestras de población general penitenciaria que relacionan la existencia de lazos de pareja o la vinculación familiar con menor reincidencia, sin embargo no hemos encontrado en nuestro estudio relaciones significativas de esta variable con la reincidencia (Redondo, Funes y Luque, 1994; Serrano, Romero y Noguera, 2001; Paíno, Rodríguez y Cuevas, 1996). Quizás porque las submuestras de sujetos sin vinculación familiar son muy pequeñas.

3.2 TIPO DE SANCIONES

La violación de las normas en las prisiones se manifiesta a través de un conjunto amplio de comportamientos que se categorizan en el reglamento penitenciario como faltas leves, graves y muy graves en función del grado de violencia que impliquen estos comportamientos.

En nuestra investigación el porcentaje de sujetos con ausencia de faltas graves y muy graves, categorías de infracciones disciplinarias más importantes, en los distintos periodos de condena es alto entre un 60% y un 85%. Por lo que la conducta penitenciaria es generalmente de adaptación y no violenta.

No hemos obtenido relaciones significativas entre tipo y número de sanciones y reincidencia, ni en condena anterior, ni en condena base. Sin embargo Serrano, Romero y Noguera (2001), Luque, Ferrer y Capdevila (2004) concluyen que hay más riesgo de reincidir cuanto mayor sea el número de

incidentes protagonizados por el sujeto. Pérez y Redondo (1991) concluyen que aquellos sujetos que habían cometido faltas disciplinarias graves o muy graves durante su estancia en prisión mostraron una mayor reincidencia posterior, tras la liberación. Paíno, Rodríguez y Cuevas (1996) y Rodríguez, Paíno, Herrero y González (1997) concluyen que es característico de los individuos reincidentes la presencia de conductas inadaptadas en el medio penitenciario. Roca y Caixal (2002, 2005) también concluyen que el número de incidentes totales protagonizados dentro de la prisión es una variable predictora de la reincidencia.

3.3 CONSUMO DE DROGAS INSTITUCIONAL

Es conocido que las drogas, presentes en nuestra sociedad, también son traficadas y consumidas en el interior de los centros penitenciarios. En nuestra investigación hallamos que 45 sujetos (59,5%) presentan en su expediente disciplinario faltas graves por consumo de tóxicos o analíticas de orina positivas a diferentes drogas. No obstante no existen relaciones significativas entre consumo de drogas institucional y reincidencia.

Sin embargo, Serrano, Romero y Noguera, (2001) en una investigación con población general penitenciaria, llegan a la conclusión que el consumo de drogas en prisión, es una conducta penitenciaria relevante para diferenciar entre los reincidentes y no reincidentes.

3.4 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES

El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados.

En nuestra investigación no hemos encontrado que la participación en actividades sea una variable que discrimine entre los que reinciden y no reinciden. Creemos que la participación en actividades es una variable que se distribuye de manera muy homogénea entre los sujetos de la muestra, es decir ya sea en una actividad o en otra, los internos están activos. Esto es así porque el integrarse en las actividades es un indicador de buena evolución en el tratamiento penitenciario y adaptación a la cárcel, que facilita el poder ser progresado a tercer grado penitenciario para ir a una comunidad terapéutica.

Serrano, Romero y Noguera, (2001) concluyen que el participar en actividades y programas de tratamiento es una variable que aparece como relevante para diferenciar a los sujetos reincidentes y no reincidentes. Los sujetos con mayores porcentajes de reincidencia corresponden a los que participan, principalmente, en actividades de tipo deportivo, formativo o no participan en ninguna, mientras que los que presentan menores porcentajes de reincidencia participan en actividades de tipo terapéutico, talleres productivos, ocupacional o destinos. Esta investigación se realiza con población general penitenciaria, donde el nivel de participación en las actividades discrimina, al menos, entre los que se adaptan al sistema carcelario y los que no. Sin embargo los sujetos de nuestra muestra tienen que adaptarse al medio carcelario, porque de no ser así difícilmente se beneficiarían de ser excarcelados en un tercer grado.

3.5 DISFRUTE DE PERMISOS PENITENCIARIOS

Tener un contexto exterior, familiar y social, que acoja a la persona excarcelada y le apoye tras su liberación es una de las metas que debe atender instituciones penitenciarias.

Sólo un 30% de la muestra disfruta de permisos de salida antes de la derivación al centro extrapenitenciario en condena base. Lo que confirma las dificultades para los profesionales de emitir pronósticos favorables, por el riesgo de reincidencia motivado por el abuso o dependencia a las distintas sustancias.

Aunque en nuestro estudio no hemos encontrado relaciones significativas con la variable reincidencia, Serrano, Romero y Noguera, (2001) concluyen que disfrutar permisos de salida resulta estar relacionado con una menor reincidencia. También Redondo, Funes y Luque (1994) relacionan el aumento de las conexiones de los reclusos con el exterior como facilitador de la reinserción social y de la disminución de la reincidencia.

3.6 RECOMPENSAS CONCEDIDAS EN LOS DISTINTOS PERIODOS DE CONDENA

Es importante la concesión de recompensas como una forma de estimular y reforzar directamente el comportamiento de los internos.

Los actos que pongan de manifiesto buena conducta, espíritu de trabajo y sentido de la responsabilidad en el comportamiento de los internos, así como la participación positiva en Programas de Tratamiento y Actividades que se organicen en el Establecimiento, serán estimulados con alguna de las siguientes recompensas:

- a) Comunicaciones especiales y extraordinarias adicionales
- b) Becas de estudio, donación de libros y otros instrumentos de participación en las actividades culturales y recreativas del Centro.
- c) Prioridad en la participación en salidas programadas para la realización de actividades culturales.

- d) Reducciones de las sanciones impuestas.
- e) Premios en metálico
- f) Notas meritorias

Y cualquier otra recompensa de carácter análogo a las anteriores que no resulte incompatible con los preceptos reglamentarios.

No hemos encontrado ninguna investigación que analizara la influencia de la obtención de recompensas sobre la conducta de reincidencia después de la excarcelación del sujeto. En nuestra investigación no hemos obtenido relaciones significativas entre ambas variables por lo que concluimos que aunque un 55% de la muestra válida obtiene recompensas en condena base, entendemos que esta variable no discrimina entre los que reinciden y no reinciden.

3.7 TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE DROGAS EN PRISIÓN

Realizar tratamiento intrapenitenciario específico de drogas durante la condena anterior no tiene influencia en la conducta delictiva posterior una vez excarcelado.

El 45,7% (n= 53) de los casos que ingresan en prisión en condena base interrumpe su tratamiento específico de drogas en el exterior. Sin embargo el tener experiencia de tratamiento, en alguno de los recursos específicos de drogas de la comunidad previa al ingreso en condena base, no está relacionado con la variable reincidencia a su excarcelación de la misma.

De las modalidades de tratamiento intrapenitenciario, el apoyo psicosocial es el más demandado. Este servicio es llevado a cabo de manera ambulatoria por alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que

se desplazan o desplazaban a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Atención al Drogodependiente, Servicio de Atención al Toxicómano de Cáritas).

Con respecto a la modalidad de Programa de Mantenimiento con Metadona y Programa de Naltrexona observamos que ha aumentado el porcentaje de sujetos en condena base con respecto a la condena anterior.

La modalidad de tratamiento intrapenitenciario en Comunidad Terapéutica o módulo terapéutico es poco utilizada, ya que no en todos los centros penitenciarios (incluido el de Burgos) existe esta posibilidad. Los 10 sujetos de nuestra muestra que recibieron tratamiento en Comunidad Terapéutica intrapenitenciaria, lo hicieron en alguno de los centros penitenciarios del estado español que poseen módulos terapéuticos específicos de drogas.

En nuestra investigación, no hemos encontrado relaciones significativas de la variable tratamiento recibido en condena base con la variable reincidencia. No obstante en la investigación realizada con población general penitenciaria por Serrano, Romero y Noguera, (2001) concluyen que los que presentan menores porcentajes de reincidencia participan en actividades de tipo terapéutico.

En investigaciones realizadas con población reclusa drogodependiente y en tratamiento intrapenitenciario específico de drogas (Roca y Caixal, 2002, 2005) se concluye que finalizar el tratamiento con buena evolución predice menor reincidencia.

3.8 CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS: AUTOLESIÓN, INTENTO DE SUICIDIO Y HUELGA DE HAMBRE

Para Luzón (1987) la realización de una huelga de hambre, autolesiones e intentos de suicidio pueden provocar, según las circunstancias daños en la salud en incluso acabar causando la muerte. Este riesgo o, a veces, certeza de sufrir graves daños el propio sujeto y, no obstante, estar dispuesto a aceptarlos, sin causar, en cambio - al menos en principio -, daños a bienes jurídicos ajenos, lógicamente llama la atención a los demás y hace a este conjunto de conductas autoagresivas especialmente aptas como medio de protesta o de reclamación de determinadas exigencias políticas, ideológicas, sociales, profesionales, personales, etc., que pretenden crear la impresión o demostrar lo injusto de las actitudes o negativas de la parte contraria.

Ello explica que, utilizadas con esa connotación, las huelgas de hambre prolongadas y las autolesiones, (por ejemplo, ingiriendo objetos cortantes o causándose heridas, cortes o mutilaciones) sean especialmente frecuentes y proporcionalmente mucho más numerosas en las prisiones, es decir, en un medio donde es más fácil que se llegue a situaciones desesperadas o límite para los reclusos, o donde, al menos, hay dificultades de comunicación con el mundo exterior si no se recurre a medios llamativos.

No hemos encontrado ninguna investigación con población reclusa drogodependiente y en tratamiento intrapenitenciario específico de drogas que analizara la relación entre la conducta autoagresiva y la reincidencia. Según los resultados de nuestra investigación un porcentaje del 3% al 7% de los sujetos han presentado este tipo de comportamiento antes de su excarcelación a un centro extrapenitenciario, no presentando significatividad estadística con la variable reincidencia.

3.9 CONDUCTAS QUE AUMENTAN EL TIEMPO REAL DE INTERNAMIENTO EN PRISIÓN

En este apartado queremos analizar cómo se relacionan con la variable reincidencia, algunas consecuencias en la vida regimental del recluso por mala conducta o “no buena conducta” del interno. Algunas de estas consecuencias, entre otras, pueden ser la pérdida del disfrute de permisos de salida, la pérdida del beneficio de redención de penas por el trabajo, la regresión en el grado de cumplimiento, la revocación de la libertad condicional y el quebrantamiento de condena.

En la práctica determinados comportamientos como no reingreso tras el disfrute de permisos de salida, o volver tarde o en malas condiciones (bajo los efectos de las distintas drogas), hacer un mal uso del permiso (comisión de un presunto delito), incumplimiento de las condiciones impuestas por el régimen de vida (horarios de salida, irregularidades manifiestas en la actividad laboral o en el programa de tratamiento de drogodependencias u otros), tener partes sancionadores sin cancelar, intento de evasión etc.... pueden ser los responsables de las consecuencias enumeradas anteriormente. Consecuencias todas ellas que afectarían en mayor o menor medida lo que autores como Redondo, Funes y Luque, 1994, denominan penosidad u opresividad del tiempo de encarcelamiento de un sujeto.

Según los resultados de nuestra investigación la regresión en el grado de cumplimiento (regresión de régimen de vida ordinario a régimen cerrado, o regresión de régimen de vida abierto a régimen de vida ordinario), la revocación de la libertad condicional y el quebrantamiento de condena se relacionan de manera significativa con la variable reincidencia en la conducta delictiva a su excarcelación en condena base.

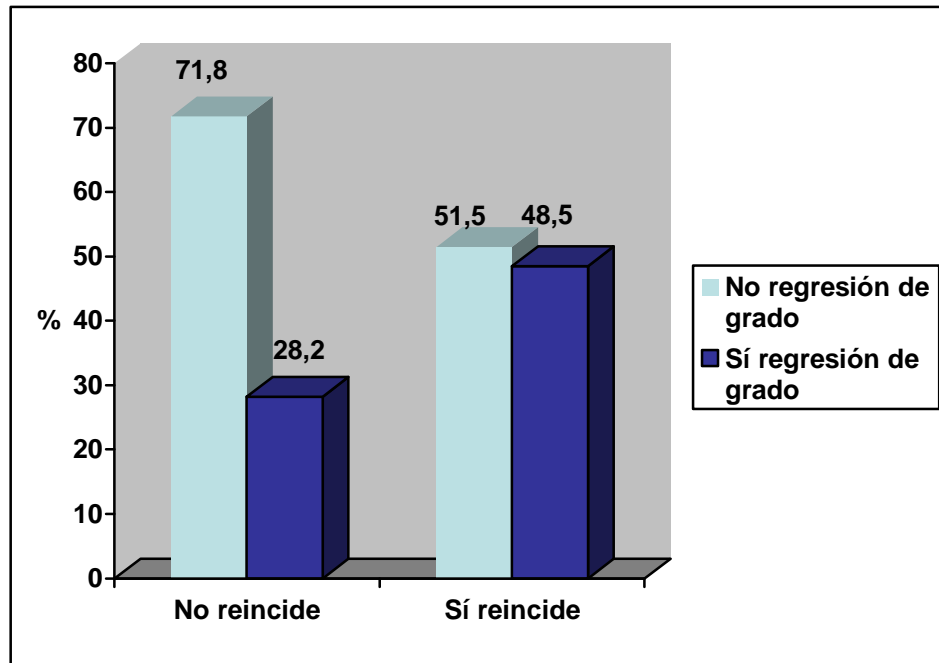


Gráfico 32. Reincidencia según regresión de grado de cumplimiento penitenciario.

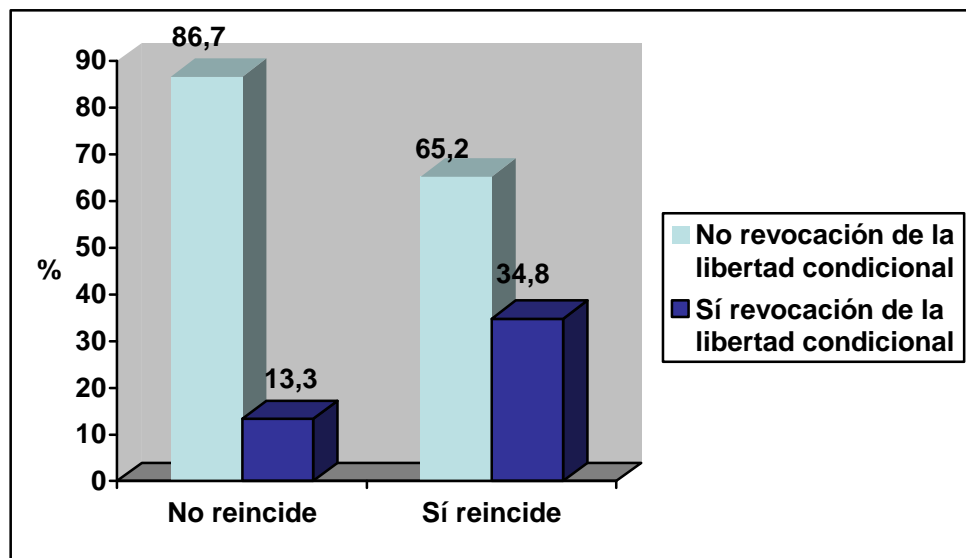


Gráfico 33. Reincidencia según revocación de la libertad condicional.

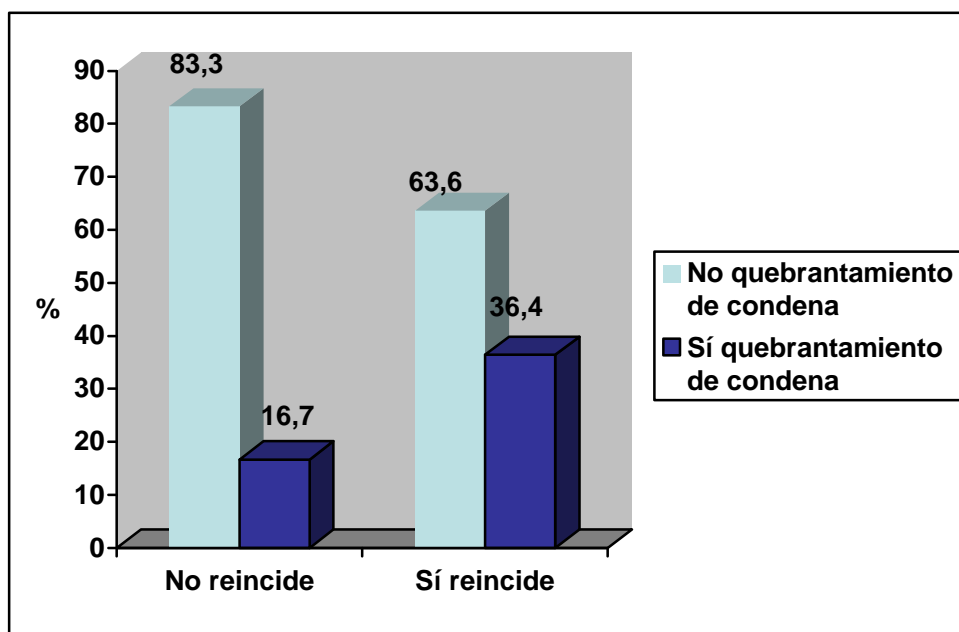


Gráfico 34. Reincidencia según quebrantamiento de condena.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones como la de Redondo, Funes y Luque (1994) y Roca y Caixal (2002, 2005) que concluyen que las personas que reincidieron a diferencia de las que no reincidieron se beneficiaron en menor medida de reducciones de condena por el trabajo y sufrieron regímenes de vida más duros o penosos. En la misma línea Serrano, Romero y Noguera, (2001) concluyen que todas las medidas que influyen en unas condiciones más suaves de cumplimiento como: reducciones de condena, clasificación en tercer grado de tratamiento, permisos de salida etc., resultan estar relacionadas con una menor reincidencia, lo que resulta esperanzador, ya que, nuestra legislación contempla esas actuaciones y pueden ser el instrumento adecuado para reducir la reincidencia en el delito.

Para Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005), una de las variables que resultan significativas para predecir la reincidencia son los días de estancia previa en prisión, más riesgos cuantos más días de estancia previa.

Para finalizar con este bloque de variables de conducta objetiva dentro del contexto carcelario podemos decir que determinadas conductas en prisión (sanciones, consumo de drogas, disfrute de permisos penitenciarios, participación en actividades, recibir tratamiento específico de drogas en prisión) son relevantes para diferenciar entre los que reinciden y los que no en muestras de población general penitenciaria y en muestras de reclusos drogodelinquentes. Pero por las características de nuestra muestra este conjunto de variables se distribuyen de manera más homogénea no detectando relaciones significativas con la reincidencia.

Del conjunto de variables de conducta objetiva en prisión, son los comportamientos que reflejan inadaptación y que implican pasar a regímenes de vida más opresivos, los que más se han relacionado con la variable reincidencia.

4. DISCUSIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y REINCIDENCIA

4.1 CAPACIDAD INTELECTUAL

En primer lugar hemos de destacar que la capacidad intelectual se ha medido con diferentes instrumentos de medida, al no existir protocolos unificados en prisión para la medida de la variable inteligencia. No obstante, nosotros hemos recogido del informe del psicólogo la asignación de cada sujeto a la categoría de inteligencia media, alta y baja.

Según nuestros datos, no hemos encontrado relación entre capacidad intelectual y reincidencia en la conducta delictiva. Hay investigaciones que analizan la relación entre capacidad intelectual y comportamiento adaptado a

las normas de prisión o centros de reforma (Ardil, Forcadell, Miranda y Pérez, 2006). También hay investigaciones que analizan si existen diferencias en capacidad intelectual entre presos y soldados (Chico, 1997; De Diego, 1990). Sin embargo, no hemos encontrado investigaciones que midan la relación entre inteligencia y reincidencia en la conducta delictiva a la excarcelación del cumplimiento de condena.

No obstante, Ardil, Forcadell, Miranda y Pérez, (2006), abogan por la necesidad de considerar la variable inteligencia en el proceso rehabilitador de personas internadas en instituciones correccionales. Ello permitiría establecer un mejor o peor pronóstico para cada interno y podría servir para decidir el tipo de tratamiento más adecuado para éste.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Consideramos que los rasgos de personalidad pueden entenderse como predisposiciones estables a comportarse y reaccionar emocionalmente de una determinada manera o según un patrón característico y que están influidos por el ambiente tanto en su génesis como en su mantenimiento (López y López, 2003). Por tanto, es posible su modificación mediante procesos intensos de aprendizaje, derivados de acontecimientos vitales espontáneos y significativos por la instauración de programas planificados, como en el caso de las psicoterapias.

En este sentido, conocer si los jóvenes que presentan un comportamiento antisocial o claramente delictivo se caracterizan por determinados rasgos de personalidad podría ayudar a establecer líneas de prevención y tratamiento más eficaces.

En nuestra investigación hemos querido ver qué relación existe entre los distintos rasgos de personalidad propuestos por Eysenck (psicoticismo, neuroticismo y extraversión) y la conducta de reincidencia a su excarcelación de la condena base.

Según el autor, las tres variables correlacionan con la conducta antisocial de forma positiva, aunque en investigaciones posteriores se descubrió diferencias en la importancia de estas correlaciones. El mismo Eysenck en 1997 (López y López, 2003), concluyó que de las tres dimensiones, era el psicoticismo la dimensión que aparecía más claramente relacionada con la delincuencia (psicopatía primaria), mientras que extraversión y neuroticismo estarían relacionadas con la psicopatía secundaria. Eysenck ya indicó que a nivel empírico, el grado de correlación entre las tres dimensiones y la conducta delictiva podía variar en función del sexo, el tipo de muestra y la edad, entre otras variables.

Respecto a la variable neuroticismo obtenemos que más de la mitad de la muestra (66,3%) presenta un nivel alto de ansiedad o inestabilidad emocional. La influencia de la prisión podría explicar las elevadas puntuaciones en neuroticismo que presentan, generalmente, los reclusos (Pérez, 1986). Sin embargo, no existe asociación con la reincidencia. Ardil, Forcadell, Miranda y Pérez (2006), concluyen que los internos más normativos tenían menos neuroticismo que los más antinormativos, estos resultados coincidentes con otros estudios indicarían que dicha variable dificultaría la adaptación en el ámbito penitenciario (Gomà, Grande, Valero y Puntì, 2001; Pérez, 1986).

En cuanto a la variable psicoticismo el 40% de los sujetos obtienen un nivel elevado, no obstante en nuestra investigación esta dimensión no discrimina entre reincidentes y no reincidentes a su excarcelación en condena base.

En nuestra investigación destacamos que la variable extraversión obtiene relación significativa con la conducta reincidente. Nos llama la atención los resultados obtenidos: los sujetos con alta y baja puntuación en extraversión obtienen mayores porcentajes de reincidencia. La influencia de las altas puntuaciones en extraversión sobre la reincidencia confirma uno de los postulados de la teoría de Eysenck. Sin embargo no tenemos explicación respecto a la influencia de las bajas puntuaciones en extraversión o patrón de comportamiento introvertido sobre la reincidencia.

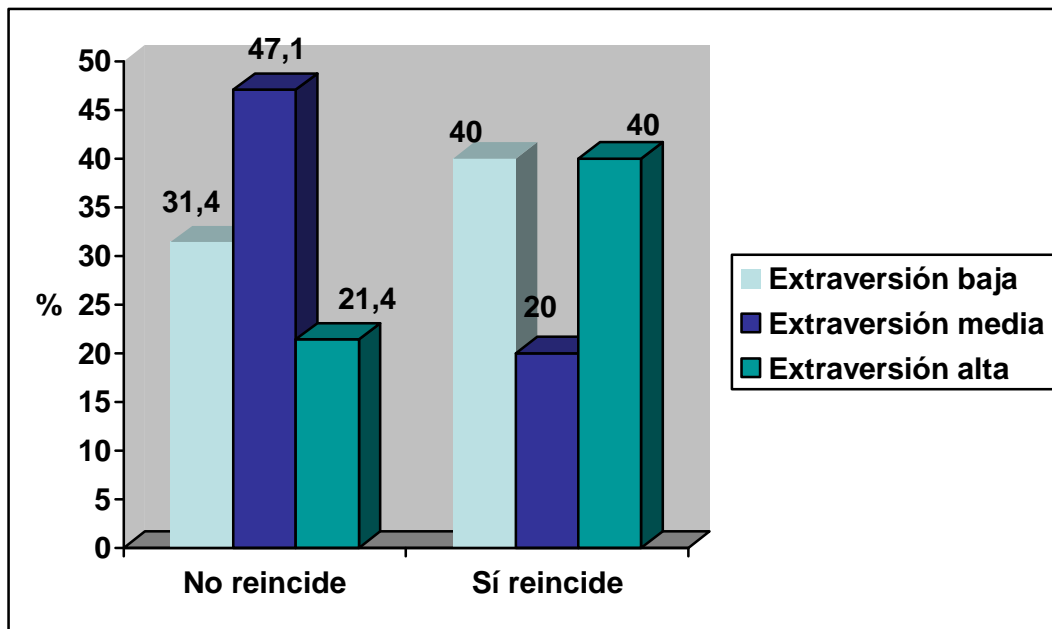


Gráfico 35. Reincidencia según nivel de extraversión.

En un estudio realizado en nuestro país con delincuentes institucionalizados, se concluyó que la dimensión extraversión parece estar ligada fundamentalmente a conductas delictivas leves, mientras que la delincuencia severa se asocia, por el contrario, con un patrón personal más tendente a la introversión (Romero, 1996). Quizás nuestros resultados tengan que ver con la gravedad de la conducta delictiva a su excarcelación en condena base.

Aunque hay investigaciones en España que estudian las variables de personalidad de Eysenck y su relación con otras variables criminológicas (número total de delitos, vinculación exterior, conflictividad en prisión etc....), no hemos encontrado estudios con muestras de reclusos que relacionen estos rasgos de personalidad con la reincidencia empírica penitenciaria, razón por la que no podemos comparar estos resultados con otras investigaciones (Ardil, Forcadell, Miranda y Pérez, 2006; Gomà, Grande, Valero y Puntì, 2001; Pérez, 1986; Nuñez, Gil y Garrido, 1990).

Como conclusión, en nuestro estudio hemos encontrado que la dimensión extraversión – introversión se asocia al comportamiento desadaptativo, dificultando el proceso de rehabilitación. Si bien estos resultados no son contundentes porque otras variables pueden estar modulando esta relación.

5. DISCUSIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS EN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO Y REINCIDENCIA

Con este conjunto de variables hemos recogido información relativa a la evolución de cada sujeto, después de haberse efectuado la última excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario en condena base. A este periodo le denominamos postratamiento o de seguimiento.

5.1 REINGRESO A PRISIÓN DESPUÉS DE LA DERIVACIÓN AL CENTRO TERAPÉUTICO EXTRAPENITENCIARIO

La pregunta que aquí nos planteamos es ¿cuántos sujetos volverán a ingresar en la prisión después de su excarcelación a un centro terapéutico extrapenitenciario? Si nos atenemos a los resultados obtenidos a fecha 30 de junio de 2003, momento temporal en el que se finaliza la recogida de este dato, un porcentaje del 57,5% (n= 65) de los sujetos ha reingresado a prisión después de haber sido excarcelado al centro terapéutico extrapenitenciario en algún momento del periodo de seguimiento. Sin embargo nos interesa saber cuántos vuelven por delitos nuevos. La respuesta ha sido: el 29,3% (n= 34). El resto de los que volvieron (el 28,2% del total) (31 sujetos) lo hicieron por causas antiguas o causas preventivas que quedaron en libertad. Podemos decir que, **el porcentaje de personas que habiendo sido excarceladas a un centro terapéutico extrapenitenciario vuelven a la prisión por un nuevo delito (reincidencia) es del 29,3%.**

Sobre el hecho de reincidir, de volver a la cárcel, pesan gran cantidad de factores, entre ellos las causas antiguas que también obligan al reingreso. La

preocupación o el miedo a volver son muy diferentes cuando alguien puede librarse real y definitivamente de la cárcel o, por el contrario, cuando -quiera o no quiera- forzosamente deberá reingresar. Así entre los que reincidieron un reducido 12% (3 sujetos) se encontraron de nuevo en la prisión por una mezcla de delitos nuevos y causas antiguas. En otros estudios una parte importante de los que reinciden (21,7%), se encuentran de nuevo en la prisión por una mezcla de delitos nuevos y causas antiguas (Redondo, Funes y Luque, 1994) .

Destacamos que el 90% (47 sujetos de un total de 52) de los sujetos que reingresaron a prisión durante el cumplimiento de la condena base fue por abandono del tratamiento, o expulsión del centro por incumplimiento de normas. Este dato puede darnos una idea de la dificultad que tiene este colectivo en adaptarse a las exigencias de un tratamiento intenso y a largo plazo.

5.2 FORMA DE FINALIZACIÓN DE LA CONDENA BASE

A mediados del siglo XX, las concepciones penitenciarias de América y Europa se imbuyeron del ideal de la rehabilitación. Según éste, aun admitiendo que la prisión segrega a los reclusos, debe apostarse también por trabajar con ellos para su futura reinserción. Con esa idea en mente, muchas legislaciones carcelarias han estructurado diversos regímenes o modalidades de vida, que permiten un acercamiento paulatino de los condenados a la sociedad (Redondo, Funes y Luque, 1994). En el caso español, la Ley Penitenciaria establece, según hemos visto, cuatro regímenes progresivos: régimen cerrado, ordinario, abierto y libertad condicional. La diferencia más importante entre ellos estriba, precisamente, en la mayor o menor posibilidad de contactos con el exterior.

Desde una perspectiva teórica, el aumento de las conexiones de los reclusos con el exterior puede facilitar su inserción social. En concreto, puede permitirles afianzar lazos afectivos diversos y, especialmente, lograr y mantener un puesto de trabajo. Según esto, finalizar la condena en un régimen de vida de mayor conexión exterior aumentará las posibilidades de reinserción social, y, por tanto, disminuirá la reincidencia. Analizamos por ello, si distintos modos de finalización de la condena se relacionan con diferentes porcentajes de nuevos delitos.

Según los resultados obtenidos en nuestra investigación, el hecho de acceder a la libertad condicional es un buen precursor de menor reincidencia: el 86,5% de los sujetos que no reinciden han finalizado su condena base en libertad condicional. Frente a ser liberado por extinción de la condena -o, lo que es lo mismo, sin el beneficio de la libertad condicional- entre los que el porcentaje de no reincidencia desciende a 13,5%. Asimismo, hay que tener en cuenta la edad de excarcelación como variable crítica que se halla estrechamente unida a la reincidencia posterior, aunque en nuestra investigación no hemos obtenido relaciones significativas.

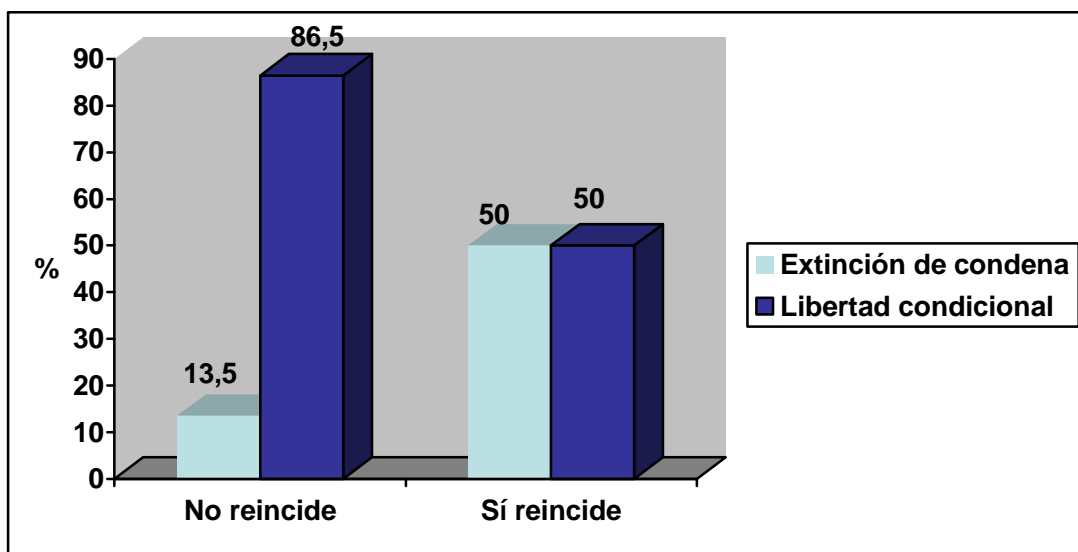


Gráfico 36. Reincidencia según forma de finalización de la condena base

En definitiva, constatamos con claridad que el haber accedido a la libertad condicional se relaciona con una menor reincidencia futura. Ahora bien nada permite conocer si es que sólo se aplica la libertad condicional a aquéllos sobre los que se intuye buen pronóstico, o si por el contrario, el propio hecho de que se confíe en algunos sujetos hace que se reduzca el riesgo de su reincidencia.

Nuestros resultados son confirmados por Luque, Ferrer y Capdevila (2004a, 2004b, 2005): entre los reincidentes, es mayor el colectivo que fue excarcelado de la condena base en libertad definitiva (44,3%) que en libertad condicional (15,6%).

5.3 REINCIDENCIA A SU EXCARCELACIÓN DE LA CONDENADA BASE

Por otra parte, también es importante conocer la secuencia temporal de las cifras de reincidencia. Saber si es una tendencia que se extingue con el tiempo, o por el contrario, se mantiene uniforme. Los datos del seguimiento realizado podrían resumirse así (n= 116, hay 4 sujetos que no tenemos datos):

- El 70,7% no reincidió.
- El 15,5% lo hizo durante el primer año de su salida de prisión.
- El 5,2% reincidió durante el segundo año.
- El 4,3% reincidió durante el tercer año.
- El 2,6% reincidió durante el cuarto año.
- El 1,7% reincidió durante el sexto año.

Centrándonos sólo en el total de las personas que reincidieron, que volvieron a la cárcel por un delito nuevo, resulta evidente que más de la mitad

de la reincidencia (52,9%) se produce en el periodo inmediatamente posterior a la salida de la cárcel.

Estos resultados son confirmados por Serrano, Romero y Noguera, (2001) que obtienen una reincidencia durante el primer año del 65% sobre el total de las personas que reincidieron.

Recordamos que el seguimiento realizado ha sido el siguiente:

- El primer periodo va del año 1985 al 1997, en el cual después de un intervalo temporal de seguimiento que va de 5 a 17 años, reincidieron en la conducta delictiva 24 sujetos, que supone un 39,3% sobre el total de sujetos excarcelados en ese periodo temporal.
- El segundo periodo va del año 1998 al 2003, en el cual después de un intervalo temporal de seguimiento que va de 0 a 4 años, reincidieron en la conducta delictiva 10 sujetos, que supone un 18,2% sobre el total de sujetos excarcelados en ese periodo temporal.

Por lo tanto si tenemos en cuenta el periodo de seguimiento 1985-1997 la tasa de reincidencia aumenta del 29,3% (porcentaje obtenido con la totalidad de la muestra) al 39,3%. Relacionada con esta cuestión en los últimos años, diferentes autores han puesto en evidencia la dificultad de obtener cifras de reincidencia fiables y han manifestado la cautela que es necesaria tener para su manejo e interpretación, así como para la comparación de datos procedentes de estudios diferentes, ya que no siempre se está hablando del mismo tipo de reincidencia (policial, penal, penitenciaria, jurídica), ni se refieren al mismo límite temporal ni espacial, ni a países con situaciones contextuales comparables (legislación, políticas de seguridad y políticas sociales, mercado de trabajo, movimientos migratorios, etc.) (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

En nuestra investigación hemos analizado la reincidencia jurídica y la reincidencia penitenciaria empírica (aunque sólo hemos tenido en cuenta los nuevos ingresos en prisión en calidad de penado, y no hemos tenido en cuenta los ingresos en calidad de detenido o preventivo) porque las fuentes de las que hemos obtenido los datos (Expedientes Penitenciarios de los internos, depositados en la Oficina de Régimen del Centro Penitenciario de Burgos) nos permitió adoptar estas tipologías de la reincidencia.

En este sentido la tasa de reincidencia de otras investigaciones con población general penitenciaria, que utilizan la reincidencia penitenciaria empírica varía del 37,9% al 46,7%, con periodos de seguimiento entre tres y tres años y medio, y del 37,4% con un periodo de cinco años de seguimiento (Luque, Ferrer y Capdevila, 2004a, 2004b, 2005; Redondo, Funes y Luque, 1994; Serrano, Romero y Noguera, 2001). Y la tasa de reincidencia con población penitenciaria drogodependiente y sometida a tratamiento (Roca y Caixal, 2002, 2005) varía entre el 38,82% y el 24,25% con cinco años de seguimiento.

Otro aspecto que merece ser analizado es la tipología delictiva del grupo de sujetos reincidentes, que muestra que el sujeto reincidente delinque contra la propiedad. Sin embargo destacamos que en la condena base hay mayor porcentaje de robos con violencia, el 46,7% frente al 29,4% de sujetos que cometen robos con violencia a su excarcelación de la condena base.

El tipo delictivo en la conducta de reincidencia en distintas investigaciones confirma nuestros resultados: el mayor porcentaje de reincidentes aparece entre los delincuentes contra la propiedad (Luque, Ferrer y Capdevila, 2004a, 2004b, 2005; Moretín y Gostín, 1998; Redondo, Funes y Luque, 1994; Roca y Caixal, 2002; Serrano, Romero y Noguera, 2001).

5.4 EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO EN EL CENTRO TERAPEÚTICO EXTRAPENITENCIARIO

Roca y Caixal (2002, 2005) concluyen que finalizar con buena evolución el tratamiento en comunidad terapéutica disminuye el riesgo de reincidencia. Nuestros datos son coherentes con este resultado en el sentido siguiente: los sujetos de la muestra que finalizan el tratamiento con alta terapéutica o voluntaria obtienen porcentajes más bajos de reincidencia (20,6%) que aquellos sujetos que finalizan el tratamiento por expulsión o abandono (79,4%).

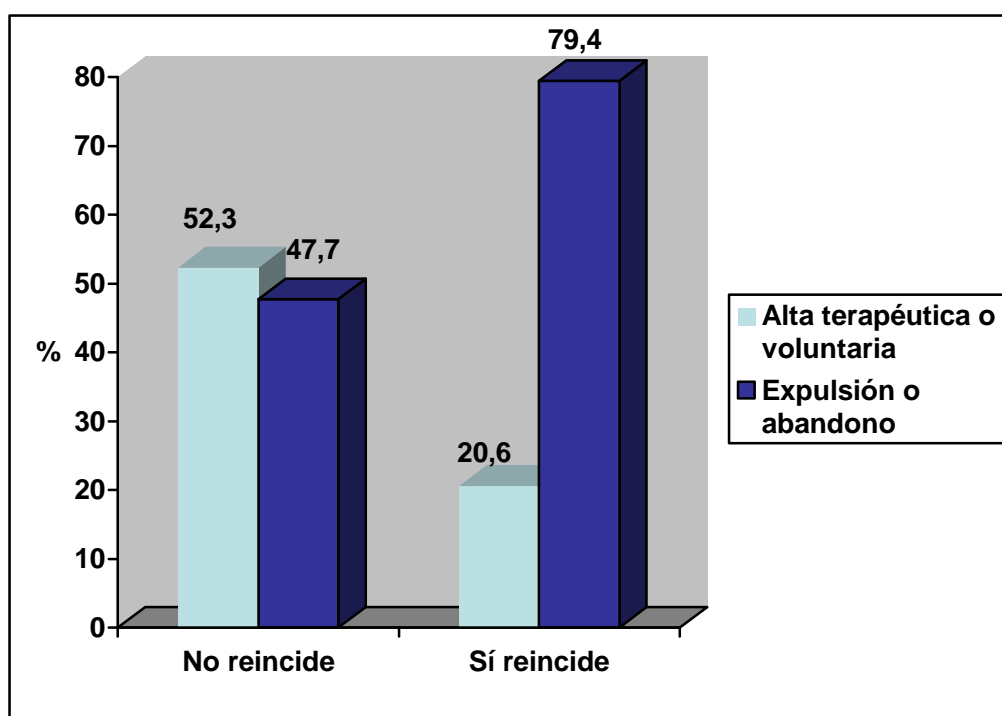


Gráfico 37. Reincidencia según motivo de baja en el centro terapéutico

Otro indicador de buena evolución es el tiempo de permanencia en el centro terapéutico, en este sentido Roca y Caixal (2002) concluye que se incrementa el riesgo de reincidencia cuantos menos días se esté en tratamiento. Nuestros datos son consistentes con este resultado ya que los

sujetos que permanecen en tratamiento 7 meses o más obtienen mayores porcentajes (73,8%) de no reincidencia.

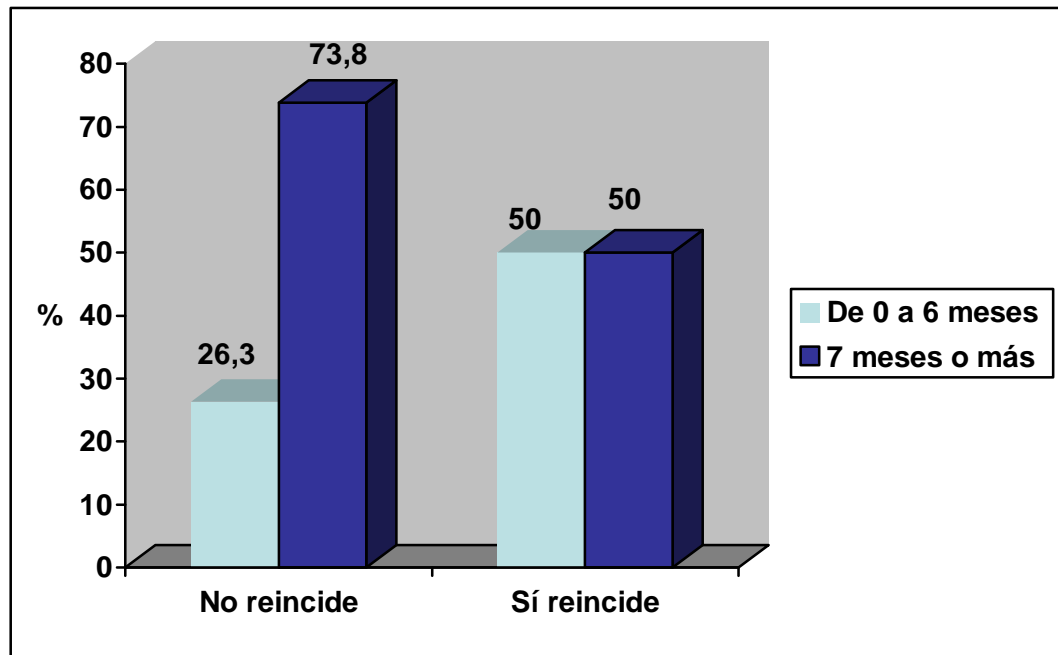


Gráfico 38. Reincidencia según tiempo de permanencia en el centro terapéutico

CAPÍTULO 10

**CONCLUSIONES, LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN
E IMPLICACIONES PRÁCTICAS**

Cuatro objetivos han guiado nuestro trabajo: analizar las características más relevantes de una muestra de sujetos con problemas de drogas y que fueron excarcelados para cumplir una medida alternativa a la pena privativa de libertad, el segundo, estudiar las variables que tienen un mayor grado de asociación con la reincidencia y el reingreso en prisión, el tercero, establecer la tasa de reincidencia en la conducta delictiva, una vez que fueron excarcelados para cumplir su condena en un centro terapéutico extrapenitenciario y finalmente nuestro cuarto y último objetivo ha sido revisar y reelaborar el “discurso” en relación con los programas de rehabilitación de reclusos drogodependientes, en qué consisten estas actividades rehabilitadoras, qué dificultades tienen y cómo pueden mejorarse en el contexto penitenciario.

La revisión teórica, el análisis estadístico de los datos recogidos y la discusión de los resultados nos lleva a destacar las siguientes conclusiones de nuestro estudio.

1. SÍNTESIS DE RESULTADOS

1.1 Respecto al perfil del recluso drogodelincuente excarcelado a un centro terapéutico extrapenitenciario

- Es varón y soltero.
- Ha vivido rupturas de vínculos familiares y pérdidas traumáticas (39%); hay antecedentes delictivos en su propia familia (23,3%); en su familia hay problemas de toxicomanía (40%) y problemas de salud mental (15,2%); y han sufrido malos tratos familiares en un 17,1% de los casos estudiados.
- No tiene estudios, absentista, con carencia o inestabilidad de hábitos laborales y sin profesión cualificada.
- No presenta diagnóstico de salud mental grave de tipo psicótico.

- Presenta infección por VIH y hepatitis.
- Es politoxicómano, adicto preferentemente a la heroína (52,5%) o a la heroína y cocaína (35%).
- La media de edad de inicio del consumo de la droga principal se sitúa en 17,63 años y una desviación típica de 3,14.
- Se encuentra en un estadio motivacional de cambio de precontemplación o contemplación, en relación al consumo de drogas y antes de su primer ingreso en prisión.
- Es reincidente penitenciario, con una condena total formal de más de cinco años, con tres o más ingresos en prisión, cuyo delito principal es robo con intimidación o robo con fuerza.
- La edad media del primer ingreso en prisión se sitúa en 21,71 años y una desviación típica de 4,68, mientras que la edad media en la excarcelación se sitúa en 29,28 años y una desviación típica de 4,5. Contamos con una muestra de sujetos que ingresó por primera vez en prisión muy joven (21 - 22 años) y fueron excarcelados a una edad (29 - 30 años) en la que resulta sumamente importante contar con algún ancla para el no retorno al delito, es decir, disponer de un trabajo o de una familia o apoyo social externo.
- Con presencia de: vinculación familiar en los diferentes periodos de condena; consumo de drogas institucional; participación en condena base en diferentes actividades del centro, fundamentalmente actividades de apoyo a tareas auxiliares (limpieza y mantenimiento), actividades de psicoterapia, de estudio y deportivas y con presencia en condena base de obtención de recompensas.
- Con ausencia de: faltas graves y muy graves, permisos de salida en condena base antes de ser derivado en tercer grado a un centro extra-penitenciario, y conducta autoagresiva (autolesiones, intentos de suicidio y huelga de hambre).

- Con una capacidad intelectual normal y un nivel alto de ansiedad y de sinceridad.
- Asume el delito pero lo justifica por el problema de drogas.
- Su conducta en prisión es sociable.
- Respecto a los que reinciden, lo hacen en el delito contra la propiedad y mayoritariamente a lo largo del primer año de su salida de prisión.
- Un total de 65 sujetos (57,5%) reingresa en prisión después de su excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario. De la muestra de sujetos que regresaron a prisión (n= 65), el 80% de los internos (n= 52) regresaron durante el cumplimiento de la condena base. El 77% de los sujetos (n= 45) que reingresaron a prisión en condena base lo hicieron a lo largo de primer año de excarcelación. El 90% (n= 47) de los sujetos que reingresaron a prisión durante el cumplimiento de la condena base fue por abandono del tratamiento, o expulsión del centro por incumplimiento de normas. Sólo un 3,8% (n= 2) reincidió en condena base.

1.2 Respecto al perfil del reincidente

A continuación presentamos las características que hemos encontrado que tienen relaciones estadísticas significativas con la conducta de reincidencia, con la aclaración que no se han de presentar todas a la vez necesariamente en todos los reincidentes.

Mayoritariamente, el reincidente

- Tiene antecedentes familiares penitenciarios, ausencia de hábitos laborales y patología infecciosa por VIH.
- Ha reingresado en prisión mayor número de veces que el sujeto no reincidente y siendo más joven.
- Se le ha reingresado en el grado de cumplimiento penitenciario en algún momento previo a su excarcelación en condena base.

- Se le ha revocado la libertad condicional en condena anterior o en condena base antes de su excarcelación en tercer grado para acudir a un centro terapéutico extrapenitenciario.
- Quebrantó la condena en algún momento previo a su excarcelación en condena base.
- Se caracteriza por tener un nivel bajo o alto en el rasgo de personalidad extraversión.
- Finalizó la condena base por extinción sin beneficiarse de la libertad condicional.
- Finalizó el tratamiento extrapenitenciario con expulsión o abandono y permaneció menos tiempo en tratamiento específico de drogas en comunidad terapéutica extrapenitenciaria, en comparación con los que no reinciden.

1.3 Respecto a las tasas de reincidencia

- La tasa de reincidencia es diferente en función del periodo de seguimiento. La tasa global de reincidencia teniendo en cuenta a toda la muestra pero con diferentes periodos de seguimiento es del **29,3% (n=34)**.
- Si categorizamos el año de excarcelación en dos periodos temporales de seguimiento, obtenemos las siguientes tasas de reincidencia:
 - Periodo de seguimiento de 5 a 17 años: tasa de reincidencia de **39,3% (n=24)** sobre el total de sujetos (n=65) excarcelados entre 1985 y 1997.
 - Periodo de seguimiento de 0 a 4 años: tasa de reincidencia de **18,2% (n=10)** sobre el total de sujetos (n=55) excarcelados entre 1998 y 2003.

1.4 Respecto al centro penitenciario como espacio de tratamiento

Es necesario ser especialmente cauteloso cuando se quiere tomar la tasa de reincidencia como medida de la criminalidad o como procedimiento de evaluación de la efectividad de los sistemas de control en general, o del sistema penitenciario en particular. El éxito del sistema penitenciario (en el sentido de disminución de la reincidencia y aumento de la reinserción) es el resultado de la interacción entre una institución más o menos orientada a la rehabilitación, los delincuentes y las posibilidades que ofrece el contexto social para su reinserción. El hecho que un determinado sujeto reincida o no, viene determinado por múltiples factores como pueden ser la voluntad del propio delincuente, sus características individuales, el apoyo sociofamiliar que encuentre al salir de la prisión, si consigue o no trabajo, etc., factores que el sistema penitenciario podrá haber contribuido a mejorar o empeorar, pero que en ningún caso dependen únicamente de este sistema.

El ingreso en prisión supone una oportunidad para acceder a grupos poblacionales que con frecuencia tienen problemas de acceso y seguimiento para el sistema sanitario. En nuestra investigación se ha observado cómo el ingreso en prisión facilita el acceso a sujetos drogodependientes, que en la comunidad no habían acudido a los recursos específicos de atención a la drogodependencia.

Por otra parte el contacto de los drogodelincuentes jóvenes con la Administración de Justicia nos ofrece una oportunidad para acceder a estos sujetos, que es muy difícil desde los medios de la comunidad. Así, deberían serles ofrecidos servicios de atención específica a su drogodependencia para evitar el ciclo consumo de drogas – recaída en el delito. Hemos de potenciar como ámbitos de intervención básicos para la salud del drogadicto y los beneficios deri-

vados para la comunidad, la prevención en colectivos específicos como los internos de los centros penitenciarios y detenidos a disposición judicial. Los centros penitenciarios, comisarías y juzgados de guardia son los lugares idóneos para el abordaje del tratamiento del drogodependiente. Estas dependencias convendrían que contaran con un equipo multidisciplinar que derivase los pacientes al sistema público de salud.

De todo lo anterior podemos concluir que el tratamiento extrapenitenciario como alternativa a la prisión para internos de la institución penitenciaria, constituye una buena opción para la rehabilitación e inserción social de estas personas, siendo muy importante para conseguir el éxito terapéutico el trabajo de la motivación para que ésta no siga basándose únicamente en salir fuera de la institución penitenciaria.

2. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Los datos obtenidos en este trabajo apuntan a que el tratamiento de sujetos drogadictos está asociado a una menor probabilidad de reincidencia en el delito, aunque la heterogeneidad de los sujetos hace necesario la realización de diversos estudios para poder determinar un mejor “*matching*” con los recursos disponibles. Es decir poder determinar la idoneidad de la tipología del recurso o tratamiento (ambulatorio, centro de día, comunidad terapéutica) en función de las características del sujeto. Esto facilitaría en la medida de lo posible, que el paciente tuviese una mejor adaptación al tratamiento que le permitiera finalizar el programa, dado que esta variable resulta relevante respecto la reincidencia.

Sería de interés, por tanto, poder comparar con otras modalidades de tratamiento de toxicomanías y la inclusión de un grupo control para poder determinar con mayor exactitud la influencia del tratamiento de toxicomanías en la reincidencia.

Con una metodología de apareamiento entre variables, diversos factores han sido asociados con la reincidencia, y ha podido determinarse, en forma provisional, su relación con la misma. Restan pendientes, por tanto, análisis más sofisticados que permitan detallar las variables más predictoras de la reincidencia.

Los datos apuntan también a que esta intervención, en comunidad terapéutica, estructurada, intensiva y prolongada es necesaria en la mayoría de los sujetos especialmente en aquellos con dificultades importantes de adaptación. Es necesario, además, realizar estudios separados para los hombres y las mujeres atendiendo a las características diferenciales encontradas en la revisión bibliográfica respecto la reincidencia.

También creemos que es necesario poder realizar trabajos conjuntos, entre las instituciones penitenciarias y sanitarias, que permitan estudiar fenómenos como las toxicomanías de una manera más global, al poder seguir a los sujetos durante periodos más largos de tiempo y en diferentes situaciones que permitirán facilitar su reinserción y su rehabilitación.

La entrada en prisión supone una parada crítica en el transcurso vital del adicto, una parada que debería ser aprovechada para la deshabituación y futura inserción social. Intervenir en el uso del tiempo dentro de prisión es, principalmente, responsabilidad de la institución, puesto que los talleres, cursos y destinos deben ser ofrecidos por ella o facilitados por entidades externas en acuerdos bilaterales. Los motivos por los que se consume en prisión se basan

en la rutina y monotonía que existe en la misma, así como en la misma condición de estar en reclusión. Se espera, por lo tanto, que si se modifican las condiciones de esta cotidianeidad, disminuyan los motivos para consumir en prisión.

Muchas de las variables asociadas con reincidencia en nuestra investigación son estáticas, aspectos del pasado del delincuente (como su edad o historial delictivo, antecedentes familiares penitenciarios), son variables que no pueden modificarse con la intervención.

Sin embargo otro conjunto de variables como el consumo de drogas, la adquisición de hábitos laborales, la gestión de la impulsividad como indicador de la extraversión que les lleva a no valorar los riesgos de su comportamiento, el afrontamiento de la enfermedad por VIH y la adherencia al tratamiento específico de drogas son variables dinámicas y que pueden modificarse si se establecen como objetivos específicos de intervención. Todo ello junto sugiere que la prevención de la reincidencia puede obtener resultados, si somos capaces de influir sobre estas variables.

Por tanto se confirma que los tratamientos de psicoterapia, programas de educación para la salud, talleres formativos y productivos para la adquisición de cualificación y hábitos laborales son algunas de las actividades que incidirían en las variables de riesgo de reincidencia, según los resultados de nuestra investigación.

La reclusión, por sí misma, no contribuye a la rehabilitación de nadie y mucho menos a la incorporación social. Mientras exista este tipo de pena, los profesionales de las ciencias sociales y de la conducta estamos obligados a buscar la forma de beneficiar al preso en un proceso de cambio psicosocial, creando espacios y programas que colaboren en ese proceso y hallando en las

características de la reclusión algún aspecto positivo para los presos e, indirectamente, para la sociedad.

Ya que el éxito en la intervención, desde un punto de vista jurídico-penal, posiblemente sería que la persona no volviera a delinquir, desde el punto de vista de la rehabilitación, además de que esa persona no vuelva a delinquir el éxito sería que esa persona aprendiera a conseguir y mantener la abstinencia y desde una óptica más social que fuera capaz de integrarse en estructuras de convivencia, familiar y social.

Por todo ello es necesario que el sistema judicial entienda un poco más qué es la drogodependencia y cuáles son las posibilidades de recuperación de una persona, así como las diferentes modalidades de tratamiento que se pueden utilizar y, por otra parte, que el sistema terapéutico conozca algo más los elementos que componen el proceso penal, de forma que cada vez pueda conseguirse un acercamiento mayor entre ambas disciplinas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, A., Rincón, M. y García, V. (2003). Experiencia de adaptación y puesta en marcha de un programa de rehabilitación psicosocial dirigido a personas reclusas que padecen enfermedad mental crónica en el centro penitenciario de cumplimiento Madrid IV (Navalcarnero). En M. Hernández y R. Herrera (Coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa* (pp.107-131). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Alarcón, J. (1986). El tratamiento penitenciario: regulación jurídica y práctica actual en España. En F. Jiménez y M. Clemente (compiladores), *Psicología social y sistema penal* (pp. 229-252). Madrid: Alianza.
- Albiach, C. (2003). *El proceso de cambio en la adicción a la heroína: un análisis a través de metodologías cualitativas*. Valencia: Universitat de Valencia, Servei de Publicacions.
- Albiach, C., Llinares, M.C., Palau, C. y Santos, P. (2000). Adherencia en heroínómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*, 12, 2, pp. 225-234.
- Alexander, W.P. (1978). *Escala de Alexander*. Madrid: TEA Ediciones.
- Alvarez, F.J. y Fierro, I. (2006). *El consumo de drogas en Castilla y León, 2004*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Comisionado Regional para la Droga.
- Alvarez, F.J., Gómez-Talegón, M.T., Fierro, I. y Marcos, A. (2006). *Estudio sobre comorbilidad en drogodependientes en tratamiento en Castilla y León*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Comisionado Regional para la Droga.
- Alvarez, L., Armenteros, M. y Calvete, E. (2007). *Tendencia al delito en los menores desamparados. Un estudio criminológico en la provincia de Pontevedra*. Consultado el 27 de abril de 2008 a través de <http://noticiasjuridicas.com/>.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anderson, K.G., Schwinsburg, A., Paulus, M.P., Brown, S.A. y Tarpert, S. (2005). Examining personality and alcohol expectancies using functional magnetic resonance imaging (fMRI) with adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 323-331.

- Anderson, M. (1997). Mental illness and criminal behaviour: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 243-250
- Anderson, T., Bermang, L.R. y Magnusson, D. (1989). Patters of adjustment problems and alcohol abuse in early adulthood: a prospective longitudinal study. *Development and Psychopathology* 1, 119-131.
- Andrés-Pueyo A. (1997). Psicología y biología en la obra de Hans J. Eysenck. *Revista de Psicología General y Aplicada* 50 (4), 475-502.
- Andrés-Pueyo A. (1997a). *Manual de psicología diferencial*. Madrid: McGraw-Hill.
- APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- Arana, X., Márquez, I. y Vega, A. (2000). *Cambios sociales y legales ante el tercer milenio*. Madrid: Dykinson.
- Aranda, M.J. (2007). *Reeducación y reinserción social. Tratamiento Penitenciario. Análisis teórico y aproximación práctica*. Madrid: Ministerio de Interior.
- Ardil, A., Forcadell, A.J., Miranda, S. y Pérez, J. (2006). Inteligencia y personalidad en la rehabilitación de delincuentes. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 33, (1), 8-14.
- Arnanz, E. (1987). Animación sociocultural penitenciaria. Apuntes para un debate sobre la animación sociocultural en el marco del tratamiento penitenciario. *Revista de Estudios Penitenciarios* 238, 91-99.
- Arnett, J.J. (1999). Broad and narrow socialization: the family in the context of a cultural theory. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 617-628.
- Arroyo, A., Leal, M.J. y Marrón, T. (2007). Estudio de la influencia de los tratamientos médicos y psicoterapéuticos en la disminución del delito en población adicta a drogas. *Invesbren* 36, 2-6.
- Arroyo, A., Marrón, T., Coronas, D., Leal, M.J., Solé, C. y Laliaga, A. (2000). Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) en prisión: Cambios sociales y sanitarios. *Adicciones* 12(2), 187-194.

- Bakken, K., Landheim, S. y Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?. *Alcohol and Alcoholism* 38, 54-59.
- Baldwin, S. (1991). Helping the unsure. En R. Davidson, S. Rollnick y I. MacEwan (eds.), *Counselling problem drinkers* (pp. 39-57). Londres: Routledge/Tavistock.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1983). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barcia, D., Ruiz, M.E., Oñate, J., Seiquer, C. y Ramos, V. (1991). Toxicomanía y delincuencia. Estudio de la delincuencia en heroínómanos tratados con metadona. *Anales de Psiquiatría* 7 (5), 180-183.
- Barnea, Z., Teichman, M. y Rahav, G. (1992). Personality, cognitive, and interpersonal factors in adolescent substance use. A longitudinal test of an integrative model. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 187-201.
- Barrio, G., Vicente, J., Bravo, M.J. y De la Fuente, L. (1993). The epidemiology of cocaine use in Spain. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 45-47.
- Basabe, N., Páez, D., Usieto, R., Paicheler, H. y Deschamps, J.C. (1997). *El desafío social del sida*. Madrid: Centro de Estudios Sociales Aplicados.
- Becedóniz, C., Rodríguez, F.J., Herrero, F.J., Paíno, S.G. y Chan, E.C. (2005). Reincidencia de menores infractores en la carrera delictiva. Investigando factores de la problemática familiar. En J. Sobral, G. Serrano y J. Regueiro (Comp), *Psicología jurídica de la violencia y de género* (pp.99-108). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Beger, K.S. y Thompson, R.A. (1998). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beleña, M.A. y Báguena, M.J. (1993). Consumo de drogas y diferencias en dimensiones básicas de personalidad en mujeres delincuentes. *Análisis y Modificación de conducta*, 19(65), 347-362.
- Bird, S. y Rotily M. (2002). Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates behavioural risks. Results from European prisons. *Howard Journal of Criminal Justice*, 41 (2), 123-136.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., González M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M., Ricaurte, G.A. y McCann, U.D. (2002). Use of MDMA and other illicit drugs by young adult males in northern Spain. *European Addiction Research*, 3, 147-154.
- Bolinches, F., De Vicente, P., Reig, M. J., Haro, G., Martínez-Raga, J. y Cervera, G. (2003). Emociones, motivación y trastornos adictivos: un enfoque biopsicosocial. *Trastornos Adictivos* 5, (4), 335-345.
- Bringas, C., Herrero, F.J., Cuesta, M. y Rodríguez, F.J. (2006). La conducta antisocial en adolescentes no conflictivos: adaptación del inventario de conductas antisociales (ICA). *Revista Electrónica de Metodología Aplicada* 11, 2, 1-10.
- Brooke, D., Taylor, C. Gunn, J. y Maden, A. (1996). Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *British Medical Journal* 313, 1524-1527.
- Bueno, J.R. (2000). *Concepto de representaciones sociales y exclusión*. Consultado el 5 de diciembre a través de [http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/11_AIS/AIS_11\(04\).pdf](http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/11_AIS/AIS_11(04).pdf).
- Bukstein, O.G. (2000). Disruptive behaviour disorder and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs* 32 (1), 67-79.
- Cabrera, J. (1999). Prólogo. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid: Médica Panamericana.

- Caixal, L. y Roca, X. (1999). El tratamiento de la conducta adictiva en comunidad terapéutica intra y extrapenitenciaria: análisis de una muestra. *Trastornos adictivos* 1 (3), 246-250.
- Calafat, A., Amengual, M. y Farres, C. (1985). Life-style and drug use habits among secondary school students. *Bulletin on Narcotics*, 2, 113-123.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Canals, J., Blade, J. y Doménech, E. (1997). Smoking and personality predictors among young Spanish people. *Personality and Individual Differences* 23, 905-908.
- Canter, R.J. (1982). Family correlatos of male and female delinquency. *Criminology*, 20, 149-167.
- Canter, F.M. (1969). The future of psychotherapy with alcoholics. *International Psychiatric Clinics*, 6, 253-296.
- Capdevila, M., Ferrer, M. y Luque, M.E. (2006). *La reincidència en la justícia de menors*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
- Capdevila, M. y Ferrer, M. (2007). Salut Mental i execució penal. *Justidata* 46, 1-24.
- Carcedo, R. (2005). *Necesidades sociales, emocionales y sexuales de los presos. Estudio en un centro penitenciario*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Cárdenas, C. y Moreno, B. (1989). La búsqueda de sensaciones y la ingesta de alcohol en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42, 343-349.
- Carmona, J., Hernández, A. y Gutierrez, C. (2003). Análisis de la demanda en el centro penitenciario de Jerez. Periodo 1990-2000. En M. Hernández y R. Herrera (Coord.), *La atención a la salud mental de la población reclusa* (pp. 71-88). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Casas, M y Gossop, M. (1993). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Chico, E. (1997). La conducta antisocial y su relación con personalidad e inteligencia. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 24-36.
- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12, 2, 229-235.
- Cerezo, F. (2001). Variables de personalidad asociadas en la dinámica bullying (agresores versus víctimas) en niños y niñas de 10 a 15 años. *Anales de Psicología* 17 (1), 37-43.
- Circular 17/2005, de 15 de diciembre de 2005, sobre "Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias" (normativa de ámbito interno).
- Conseil d'Europe (1990). Enquête sur les systèmes pénitentiaires dans les Etats membres du Conseil de l'Europe: démographie carcérales comparée. *Bulletin d'Information pénitentiaire* 14, 4-44.
- Código Penal (1973). Decreto 3096/1973 de 14 de septiembre.
- Cortes Generales (1966). *El problema de la droga. Informe aprobado por la Comisión Mixta*. Madrid: Publicaciones del Congreso de los Diputados.
- Davidson, R., Rollnick, S. y MacEwan, I. (Eds.) (1991). *Counselling problem drinkers*. Londres: Tavistock/Routledge.
- Davies, P. (1979). Motivation, responsibility and sickness in the psychiatric treatment of alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 134, 449-458.
- Defensor del Pueblo Andaluz, (2004). *La incidencia de las drogas en la población inmigrante y extranjera comunitaria*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- De Diego, R. (1990). Inteligencia y antisociabilidad: una investigación con la técnica de Raven. En J. Romero (Coord.), *Psicología Jurídica* (pp.77-83). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- De la Fuente, L., Barrio, G., Royuela, L. y Bravo, M.J. (1997). The Spanish Group for the study of the route of heroin administration. The transition from injection to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction*, 92, 1749-1763.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Ballesta, R., Bravo, M.J., Barrio, G., Domingo, A., Silva, T., Ambrós, M. y Grupo del Proyecto ITÍNERE (2005).

Metodología del estudio de cohortes del Proyecto ITÍNERE sobre consumidores de heroína en tres ciudades españolas y características básicas de los participantes. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 475-491.

De Lamo, J. (1997). *Penas y medidas de seguridad en el nuevo Código*. Barcelona: Bosch.

De Marcos, F. (2001). Aspectos jurídicos y normativos de los tratamientos con metadona en prisión. En J.A. López y F. Parras (Dtors.), *Manejo de pacientes en tratamiento con metadona en centros penitenciarios. Segovia, diciembre de 1999 – abril de 2000* (pp. 39-65). Madrid: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

Del Rey, J.E. (2004). Intervención ambiental con drogodelincuentes encarcelados: Principios, datos y líneas de investigación. *Revista de Estudios Penitenciarios* 250, 73-96.

Del Río, M.C. y Alvarez, F.J. (2002). *El consumo de drogas en Castilla y León 2000*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Delgado, S. y Torrecilla, J.M. (1999). *Medicina Legal en Drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Delgado, S. (1999). Delincuencia y drogas. En S. Delgado y J.M. Torrecilla (Dtors.), *Medicina Legal en Drogodependencias* (pp.415-464). Madrid: Agencia Antidroga.

Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

Díaz-Maroto, J. y Suárez, C.J. (2002). *Código Penal y legislación complementaria*. Madrid: Cívitas.

DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. y Oh, M.K. (2001). Parental monitoring: association with adolescents`risk behaviors. *Pediatrics* 107, 1.363 -1.368.

Diéguez, A. (1995). Delincuencia y drogadicción. En M. Clemente (Coord.), *Fundamentos de la Psicología Jurídica* (pp.385-403). Madrid: Pirámide.

- Dinn, W.M., Aycicegi, A. y Harris, C.L. (2004). Cigarette smoking in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors* 29, 107-126.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2000). Intervención con drogodependientes en Instituciones Penitenciarias. *Boletín de Instituciones penitenciarias* 14, 1-13.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2008). *Datos estadísticos de la población reclusa*. Consultado el 22 de abril y el 25 de mayo de 2008 a través de http://www.mir.es/INSTPEN/INSTPENI/Gestion/Estadisticas_mensuales/2008/02/.
- Doherty, O. y Matthews, G. (1988). Personality characteristics of opiate addicts. *Personality Individual Differences*, 9, (1), 171-172.
- Elzo, J. (2001). Drogas y violencia juvenil. En S. Yubero (Coord.) *Drogas y Drogadicción. Un enfoque social y preventivo* (pp. 75-90). Cuenca: Universidad de Castilla La Mancha.
- Elzo, J., Huete, J., Laespada, M.T. y Santibáñez, R. (1995). *Alternativas terapéuticas a la prisión en delincuentes toxicómanos. Un análisis de historias de vida*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Elzo, J., Lidon J.M. y Urquijo M.L. (1992). *Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y en los juzgados de la C.A.V.* Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Espinosa, M.M. y Herrera R. (2003). Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el Equipo de Salud Mental en el período 1989-2000. En M. Hernández y R. Herrera (Coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa* (pp. 55-68). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Eysenck, H.J. (1976). *Delincuencia y personalidad*. (Trads. A. Gutiérrez) Madrid: Marova. (Trabajo original publicado en 1964).
- Eysenck, H.J. (1996). Personality and crime: where do we stand? *Psychology, Crime and Law*, 2 (3), 143-152.

- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1995). *EPQ. Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A). Manual* (7ª edición). Madrid: TEA.
- Farrel, A.D., Danish, S.J. y Howard, C.W. (1992). Relationship between drug use and other problem behaviors in urban adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 705-712.
- Farrow, J.A. y French, J. (1986). The drug abuse-delinquency connection revisited. *Adolescence* 21, 951-960.
- Fernández, C., (2003). Características de los consumidores de drogas recreativas en España y otros países europeos. *Adicciones*, 15, supl.2, 233-259.
- Fernández, C., (2005). Una evaluación de necesidades, procesos y satisfacción de drogodependientes con y sin problemática judicial tratados en comunidades terapéuticas. *Adicciones* 17 (4), 301-305.
- Fernández, J. y Rico, A. (2004). Evaluación del tratamiento de rehabilitación Proyecto Hombre, para drogodependientes en situación de cumplimiento extrapenitenciario. En J.C. Menéndez y A. Rico (autores), *Drogodependencias y justicia. Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre de Asturias* (pp. 127-129). Oviedo: Gráficas Oviedo.
- Fernández, J.R. (1989). *Factores que influyen en el abandono del tratamiento en politoxicómanos*. Tesis doctoral consultada el 5 de diciembre de 2007 a través de http://www.cibernetia.com/tesis-es/PSICOLOGIA/PSICOFARMACOLOGIA/TRATAMIENTO_DE_LA_DROGADICCION/2.
- Fernández, L., Gómez, J.A. y Rodríguez, F.J. (1999). Futuro de la Educación de la inteligencia: hacia un modelo de competencias. En S.G. Paíno, J. Valverde y F.J. Rodríguez (Coords.) *Apuntes de Psicología Diferencial*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Fernández Trespalacios, J.L. (2000). Condicionamiento operante con estímulo aversivo. En J.L. Fernández Trespalacios, *Procesos Básicos de Psicología General I* (pp. 287-299). Madrid: Sanz y Torres.
- Florenzano, R. (2002). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Flynn, P.M., Craddock, S.G., Luckey, J.W., Hubbard, R.L. y Dunteman, G.H. (1996). Comorbidity of antisocial personality and mood disorders among psychoactive substance-dependent treatment clients. *Journal of Personality Disorders* 10, 56-67.
- Forcadell, A.J., Camps, C., Rivarola, P. y Pérez, J. (2004). Evaluación de la reincidencia de los menores desinternados del centro educativo L´Alzina. *Invesbreu* 26, 6-8.
- Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* (Trads. A. Garzón). Madrid: siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1975).
- Fundación para la atención a los problemas derivados de la toxicomanía de Cruz Roja Española (CREFAT) (2001). *Investigación sobre el perfil sociosanitario de los pacientes atendidos en los programas de atención a drogodependientes de Cruz Roja Española en Instituciones Penitenciarias. Evaluación de Intervención 2001*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Fundación para la atención a los problemas derivados de la toxicomanía de Cruz Roja Española (CREFAT) (2002). *La identidad robada. Análisis del discurso de los usuarios de programas de atención a drogodependientes dentro de las prisiones*. Madrid: CREFAT.
- Funes, J. (1990). *La nueva delincuencia infantil y juvenil*. Barcelona: Paidós.
- Funes, J. y Romaní, O. (1985). *Dejar la heroína*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Furnham, A. y Thompson, J. (1991). Personality and self-reported delinquency. *Personality and Individual Differences*, 12, 585-593.
- Gamella, J.F. y Alvarez, A. (1997). *Drogas de síntesis en España: Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Gañán, A. y Gordon, B. (1999). Las drogodependencias en los sistemas judicial y de tratamiento. Divergencias y puntos de encuentro. *Trastornos adictivos* 1 (3), 205-210.
- García, F. (2006). *Intervención en Toxicomanías*. I Congreso Internacional Penitenciario; Barcelona, 30-31 de marzo y 1 de abril de 2006.
- García, J. (1999). *Drogodependencias y justicia penal*. Madrid: Ministerio de Justicia y Ministerio de Interior.

- García, M. (2002). Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 4 (1), 18-23.
- García-Pindado, G. (1993). La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de la droga. *Psiquis*, 15 (4), 39-47.
- García-Portilla, M.P., Alejandra, P., Paredes, B., Martínez, S. y Bobes, J. (2003). Personalidad y uso-abuso de éxtasis (MDMA). *Adicciones*, 15, 199-205.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Garrido, V. (1987). *Delincuencia juvenil. Orígenes, prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Garrido, V. (2006). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador*. Barcelona: Ariel.
- Garrido, V. y López, M.J. (1997). Factores criminógenos y psicología del delincuente. *Cuadernos de derecho judicial (La criminología aplicada)* 69-115.
- Garrido, V., Lorenzo, M.M., Martínez, M.D., Paíno, S., Rodríguez, F.J., Sanchís, J.R., Santibáñez, R. y Soler, C. (1998). *Educación social para delincuentes*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, V. y Pastor, J.C. (1993). El tratamiento de los delincuentes drogadictos. En V. Garrido *Técnicas de tratamiento para delincuentes* (pp.296-350). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2001). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Generalitat de Catalunya (2004). La reincidència. *Butlletí de difusió de recerques. Invesbreu* 26. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Girón, S.S. (1995). *Estudio de seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años de iniciado el tratamiento*. Tesis doctoral consultada el 5 de diciembre de 2002 a través de http://www.cibernetia.com/tesis-es/PSICOLOGIA/PSICOFARMACOLOGIA/TRATAMIENTO_DE_LA_DROGADICCION/2.

- Girón, S.S. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9 (2), 75-76.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1980). Enfermedad mental en la Comunidad. Madrid: Ediciones Nieva.
- Goldman, H.H., Gatozzi, A.A. y Taube, C.A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32 (1), 21-27.
- Goldstein, P.J. (1985). The drugs / violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.
- Gomà, M. (1999). Hans J. Eysenck y la Psicología Criminológica. En A. Andrés y R. Colom (Eds.). *Hans Jürgen Eysenck (1916-1997). Psicólogo científico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gomà, M., Grande, I., Valero, S. y Puntí, J. (2001). Personalidad y conducta delictiva autoinformada en adultos jóvenes. *Psicothema* 13, (2), 252-257.
- Gothan, H.J., Sher, K.J. y Wood, P.K. (2003). Alcohol involvement and developmental task completion during young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 32-42.
- Gonzalez-Calleja, F., García-Señorán, M.M. y González-González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema* 8, (2), 257-267.
- González, J.L., Peñacoba, C., Moreno, R., Muñoz, N., Palomar, C. y Ramiro, M. (2003). Búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y de éxtasis (MDMA) en adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 127, (29) 704-735.
- González, M.P., Sáiz, P.A., Quirós, M. y López, J.L. (2000). Personalidad y uso-abuso de cannabis. *Adicciones*, 12, supl.2, 185-196.
- Gossop, M.R. y Eysenck, S.B.G. (1983). A comparison of the personality of drug addicts in treatment with that of a prison population. *Personality Individual Differences*, 4 (3), 207-209.
- Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepciones de padres e hijos. *Psicothema* 14, (2), 274-279.

- Grant, B.F. (1997). Prevalence and correlates of alcohol dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 464-473.
- Graña, J.L. (1998). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000a). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual* 8, 249-269.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000b). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual* 8, (1), 19-32.
- Grossi, F.J., Paíno, S.G., Fernández, J.A., Rodríguez, F.J. y Herrero, F.J. (2000). Conducta delictiva y ámbito familiar. *Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social*, 1, 1. En <http://www.psico.uniovi.es/REIPS/v1n1/articulo9.html>. Consultada el 1 de agosto de 2007.
- Grupo Igia (Eds.) (2000). *Contexto, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Adjuntament de Barcelona.
- Haapasalo, J. (1990). Sensation seeking and Eysenck's personality dimensions in an offender population. *Personality and Individual Differences* 11, 81-84.
- Harakeh, Z., Scholte, R.H.J., de Vries, H. y Engels, C.M. (2006). Association between personality and adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 31, 232-245.
- Harris, J.R. (2000). *El mito de la educación*. Barcelona: Grijalbo.
- Hays, R.D. y Ellicson, P.L. (1996). Associations between drug use and deviant behaviors in children. *Addictive Behaviors* 21, 291-302.
- Harrison, L. (2000). La Conexión Drogas-Violencia entre los adolescentes. En Recio, J.L. y Rodríguez, O. (Eds.), *Conducta Antisocial, Violencia y Drogas en la Escuela* (pp. 43-61). Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Heaven, P.C.L., Caputi, P., Trivellion-Scott, D. y Swinton, T. (2000). Personality and group influences on self-reported delinquent behaviour. *Personality and Individual Differences* 28, 1143-1158.

- Helstrom, A., Bryan, A. y Hutchinson, K. (2004). Tobacco and alcohol use as an explanation for the association between externalizing behaviour and illicit drug use among delinquent adolescents. *Prevention Science*, 5 (4), 267-277.
- Herraiz, F. (2007). Variables psicosociales y adhesión terapéutica al tratamiento antiretroviral en pacientes reclusos. *Invesbrevu* 36, 6-8.
- Herrera, R. y Hernández, M. (2003). Pacientes mentales en prisión. Sufrimiento mental de los presos. En M. Hernández y R. Herrera (Coord.), *La atención a la salud mental de la población reclusa* (pp. 21-52). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Herrero, O., Ordóñez, F., Salas, A. y Colom, R. (2002). Adolescencia y comportamiento antisocial. *Psicothema* 14 (2), 340-343.
- Hodgins, S. y Coté G. (1990). Prevalence of mental disorders among penitentiary inmates in Québec. *Canada's Mental Health* 38, 1-5.
- Hoffman, J.P. (1993). Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use. *Journal of Drug Issues*, 23, 535-557.
- Horvath, P. y Zuckerman, M. † (1996). Búsqueda de sensaciones, valoración y conducta de riesgo. *RET, Revista de Toxicomanías* 9, 26-38.
- Horton, A.M. (1997). Comorbidity of drug abuse treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 19, 79-90.
- Hualde, G. (1990). Rasgos del contexto estructural del del consumo de drogas en los jóvenes. Aspectos económicos, sociales culturales e ideológicos asociados. *Comunidad y Drogas*, 10, 75-97.
- Inciardi, J.A., McBride, D.C., McCoy, C.B., Surrat, H.L. y Saum, C.A. (1995). Violence, street crime and the drug legalization debate: A perspective and commentary on the U.S experience. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 4 (1), 105-118.
- Informes nacionales de la red Reitox (2004). Consultado el 26 de junio de 2006 a través de <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández J.M., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en

- adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 403-420.
- Instrucción 5/01 SP de 7 de junio, sobre "Programa de Intercambio de Jeringuillas". En *Intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario. Programa marco* (pp. 24-25). Madrid (2003): Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D. y Levine, D.W. (1997). The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents behavior. *American Journal of Public Health* 87, 359-364.
- Jaffe, L.T. y Archer, R.P. (1987). The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales. *Journal of Personality Assessment*, 51 (2), 243-253.
- Jamison, R.N.(1980). Psychoticism, deviancy and perception of risk in normal children. *Personality and Individual Differences* 1, 87-91.
- Janis, I.L.(1987). *Formas breves de consejo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jiménez, J. (1987). La droga en la institución carcelaria. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 237, 57-64.
- Kaiser, G. (1998). *Introducción a la criminología*. Madrid: Dykinson.
- Kaplan, B.H. (1995). *Drugs, crime and other deviant adaptations. Longitudinal Studies*. New York: Plenum Press.
- Kazdin, A. y Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia ya la adolescencia*. Madrid: Pirámide
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., DeWit, D.J., Kolody, B., Merikangas, K.R., Molnar, B.E., Vega W.A., Walters, E.E. y Wittchen, H. (2001). Mental substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica* 32, 62-79.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H.U. y Kendler K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM -III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry* 51, 8-19.

- Kimmel, D.C. y Weiner, I.B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, G., Surall, D. y Bischoff, R.F. (2004). Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 247-265.
- Knyavev, G.G. (2004). Behavioural activation as predictor of substance use: Mediating and moderating role of attitudes and social relationships. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 309-321.
- Kogan, L. (1980). A family systems perspective on status offenders. *Journal of Juvenile and Family Courts*, 31, 12-23.
- Kranzler, H.R., Del Boca, F.K. y Rounsaville, B.J. (1999). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol* 57, 619-626.
- Krausz, M., Verthein, U. y Degkwitz, P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, 55-62.
- Lamborn, S.D., Mounts, N.S., Steinberg, L. y Dornbusch, S.M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development* 62, 1.049 -1.065.
- Lamo, J. de (1997). *Penas y medidas de seguridad en el Nuevo Código*. Barcelona: Bosch, Casa Editorial, SA.
- LeBlanc, M., Vallières, E. y McDuff, P. (1993). The prediction of 'males' adolescent and adult offending from school experience. *Revue Canadienne de Criminologie*, 4, 459-478.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. En *Ordenamiento Penitenciario Español* (5ª ed., pp. 15-37). Madrid (1990): Ministerio de Justicia.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, *reguladora de la responsabilidad penal los menores*. (BOE, núm. 11, de 13 de enero de 2000).
- Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de *medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas*. (BOE, núm. 156 de 1 de julio de 2003).

- Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se *modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal*. (BOE, núm. 283 de 26 de noviembre de 2003).
- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal.
- Leukefeld, C.G. y Tims, F.M. (1995a). Tratamiento obligatorio: Análisis de las conclusiones. En *Tratamiento obligatorio de la drogadicción* (Trads., V. Bordoy) (pp. 233-244). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (Trabajo original publicado en 1988).
- Leukefeld, C.G. y Tims, F.M. (1995b). Orientación sobre la práctica y la investigación. En *El tratamiento del abuso de drogas en cárceles y penitenciarias* (Trads., Rhude Flores). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (Trabajo original publicado en 1992).
- Lila, M. y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema* 17, (1), 107-111.
- Lila, M.S. y Marchetti, B. (1995). Socialización familiar. Valores y autoconcepto. *Informació Psicològica* 59, 11-17.
- Lodhi, P.H. y Sangita (1993). Personality of drug addicts: Eysenckian analysis. *Personality Individual Differences*, 15, (2), 121-128.
- Lorenzo, P., Ladero J. M., Leza J. C. y Lizasoain I. (2003). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Médica Panamericana.
- López, C. y López J.R. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial delictiva. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3 (2), 5-19.
- López-Coira, M.M. (1987). Factores familiares y delincuencia. En V. Sancha, M. Clemente y J.J. MiguelTobal, (Eds.), *Delincuencia. Teoría e investigación* (255-278). Madrid: Alpe.
- Lösel, F. y Bliesener, T. (1994). Some high-risk adolescents do not develop conduct problems: A study of protective factors. *International Journal of Behavioural Development*, 4, 753-777.
- Loukas, A., Krull, J.L., Chassin, L. y Carle, A.C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. *Journal of Personality*, 68, 1153-1175.

- Luengo, M.A., Otero, J.M., Romero, E. y Gómez J.A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de conducta*, 86, 679-833.
- Luque, E., Ferrer, M. y Capdevilla, M. (2004a). La reincidència penitenciària a Catalunya (1997- 2002). *Justidata* 37. Barcelona: Centro d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Luque, E., Ferrer, M. y Capdevilla, M. (2004b). La reincidencia. *Invesbreu* 26. Barcelona: Centro d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Luque, E., Ferrer, M. y Capdevila, M. (2005). La reincidencia penitenciaria en Cataluña. *Justícia i Societat*, 25, 15-16.
- Luthar, S.S., Doemberger, C.H. y Ziegler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 5, 703-717.
- Luzon, D.M. (1987). Estado de necesidad e intervención médica (o, funcional, o de terceros) en casos de huelga de hambre, intentos de suicidio y de autolesión: algunas tesis. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 238, 47-60.
- Maddux, F.(1995). Experiencia clínica con el compromiso civil. En *Tratamiento obligatorio de la drogadicción* (Trads., V. Bordoy) (pp. 37-55).Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (Trabajo original publicado en 1988).
- Marcos, A. (2001). Drogodependencias y su repercusión social. Epidemiología de un grupo de drogodependientes en Programa de Mantenimiento con Metadona: factores pronósticos. En A. Terán, S. Guijo y M. Sánchez (Eds.) *XII Jornadas Autonómicas de Sociodrogalcohol de Castilla y León* (pp. 87-104). Pontevedra: Feito S. L.
- Marlatt, G.A. (1988). Matching clients to treatment: Treatment models and stages of change. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds.) *Assesment of addictive behaviors* . Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp.137-159). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Marquez, A. (1990). Drogadicción y Delincuencia. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 243, 21-23.
- Márquez, I. (Coord.), Escotado, A., Gonzalez, A., Baulenas, G. y Díez J.L. (1994). *Las drogas de ayer a mañana*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Márquez, I., Merino P.P. y Póo, M. (2003). Atención a las drogodependencias en los centros penitenciarios. En M. Hernández Monsalve y R. Herrera Valencia, (Coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa* (pp. 161-196). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Martin, A.L. (1985). Values and personality: a survey of their relationship in the case of juvenile delinquency. *Personality and Individual Differences* 6, 519-522.
- Martín, M. y Lorenzo, P. (2003). Fundamentos biopsicosociales en drogodependencias. Prevención y tratamiento. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza y I. Lizasoain *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (pp. 27-55). Madrid: Médica Panamericana.
- Martin, S.S. y Robbins, C. A. (1995). Personality, social control, and drug use in early adolescence. En H. B. Kaplan (ed.), *Drugs, Crime and other Deviant Adaptations. Longitudinal Studies* (pp. 145-162). Nueva York: Plenum Press.
- Martín, V. (2003). Terapia antiretroviral en las instituciones penitenciarias españolas: desafíos, oportunidades y estrategias. En R. Usieto, *Infección por VIH/SIDA avances en la optimización del tratamiento* (pp. 61-68). Madrid: Centro de Estudios Sociales y Aplicado.
- Martínez, J.L., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Substance use in adolescence: importance of parental warmth and supervision. *Psicothema* 15, 161-166.
- Martínez, J.M. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema* 13, (2), 222-228.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*, 15 (2), 154-158.
- Mateos, P.M. y Prieto, G. (1988). La drogadicción: Un Factor de predisposición a la delincuencia. En *II Congreso Mundial Vasco: Congreso de*

- Drogodependencias Análisis Multidisciplinar* (Tomo III, pp. 121-125). Vitoria-Gasteiz: Servicio central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Mayor, L. y Cano, L. (1995). Motivación y drogodependencias. En L. Mayor Martínez y F. Tortosa Gil *Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional* (pp. 71-144). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- McIntosh, C. y Ritson, B. (2001). Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 357-364.
- McLelland, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Druley, K.A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry* 40, 620-625.
- McCord, J. (1979). Some childrearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 1577-1586.
- Megías, E. (1987). Indicación terapéutica en drogodependencias. *Comunidad y drogas*, 4, pp. 9-27.
- Megías, E. (1990). Drogodependientes reclusos. Criterios para las intervenciones rehabilitadoras. *Revista de Estudios Penitenciarios, Extra* 1, pp. 153-161.
- Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Megías, I., Navarro, J., Rodríguez, E. y Romani, O. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- Melis, F. (2007). ¿Son útiles las técnicas psicodiagnósticas tradicionales en el medio penitenciario?. En ATIP (Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias) (Ed.) *El Tratamiento Penitenciario: Seguimos Avanzando* (pp. 43-89). Cáceres: Gráficas Hache.
- Méndez, S., Prat, C., Loureiro, C., Prieto, M.J., Alemany, E., De Mendoza, A., Rodríguez, M.A. y Alonso, C. (2000). *Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción y Plan Municipal contra las drogas.
- Menéndez, J.C. y Rico, A. (2004). *Drogodependencias y justicia. Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre de Asturias*. Oviedo: Gráficas Oviedo
- Merenakk, L., Harro, M., Kiive, E., Laidra, K., Eensoo, D., Allik, J., Oreland, L. y Harro, J. (2003). Association between substance use, personality traits,

and platelet MAO activity in preadolescents and adolescents. *Addictive Behaviors*, 28, 1507-1514.

Merlo, P. y Lago S. (1993). *La práctica profesional de la Psicología en las drogodependencias*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Millana, L.C. (2005). *Deterioro neuropsicológico en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en una población penitenciaria*. Madrid: Ministerio del Interior.

Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172

Miller, W. y Rollnick (Comps.) (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas* (Trad. A. Tejero). Barcelona: Paidós Ibérica. (Trabajo original publicado en 1991).

Ministerio del Interior (1999a). *Informe General 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (1999b). *Informe General 1997*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2000a). *Informe General 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2000b). *Informe General 1999*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2000c). *Primera reunión sobre metodologías de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Madrid: Organismo Autónomo del Trabajo y Prestaciones Penitenciarias.

Ministerio del Interior (2001). *Estudios e investigaciones de la Central Penitenciaria de Observación*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2002). *Informe General 2000*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2003a). *Informe General 2001*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2003b). *Informe General 2002*. Madrid: Ministerio del Interior.

- Ministerio del Interior (2004). Normativa penitenciaria. *Revista de estudios penitenciarios*, 250, 192-197.
- Ministerio del Interior (2005). *Informe General 2004*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Ministerio del Interior (2005a). *Unidad Terapéutica y Educativa Centro Penitenciario Villabona. Un modelo de intervención penitenciaria*. Documentos Penitenciarios 1. Madrid: Ministerio de Interior.
- Ministerio del Interior (2006). *Informe General 2005*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Ministerio de Justicia (1990). Legislación y documentación Penitenciaria. *Revista de Estudios Penitenciarios* 243, 139-154.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *El programa de Intercambio de Jeringuillas de la prisión de Basauri (Bizkaia) (1997- 99)*. Recuperado el 20 de marzo de 2008 en <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/progInterJeringuillas/PIJPrisiones/pijEvaluacion.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1986). *Guía de atención a las Drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1999). *Estado de salud de los Españoles*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Notas de prensa. Consultado el 19 de febrero de 2005 a través de [http://www.msc.es/Diseno/gabinete Prensa.htm](http://www.msc.es/Diseno/gabinetePrensa.htm).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a). *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006*. Recuperado el 26 de junio de 2006 en <http://www.msc.es/disenio/paginalmprimir.html>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006b). *Actuar es posible. Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miranda, M.J., Barberet, R.M., Canteras, A. y Romero, E. (1998). *Análisis de la eficacia y adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas*. Madrid: Mimeo.

- Mirón, L. (1990). *Familia, grupo de iguales y empatía. Hacia un modelo explicativo de la delincuencia*. Tesis doctoral no publicada Universidad de Santiago de Compostela.
- Mirón, L., Luengo, M.A., Sobral, J. y Otero-López, J.M. (1988). Un análisis de la relación entre ambiente familiar y delincuencia juvenil. *Revista de Psicología Social*, 3, 165-180.
- Mirón, L., Serrano, G., Godas, A. y Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y modificación de conducta* 23, 255-282.
- Monahan, J. (1996). Mental illness and violent crime. *National Institute of justice Research Preview*, Octubre, 1-3.
- Moral, M.V., Ovejero, A. y Pastor, J. (2004). Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Boletín de psicología*, 81, 33-68.
- Moreno Jiménez, M.P. (1999). Situación de internamiento versus situación de libertad: diferencias en algunas variables en presos drogodependientes. *Adicciones*, 11 (1), 23-31.
- Moretin, B. y Gostin, A. (1998). Análisis de la delincuencia habitual en una muestra de 578 detenidos. *Actualidad Penal* 8, 163-173.
- Mother, I. y Weitz, A. (1986). *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Martínez Roca
- Muñoz, J.J. (2004). Factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes. *Revista Psiquiatría*, 31, 1, 21-37.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 13, (1), 87-94.
- Musitu, G. (2002). Las conductas violentas de los adolescentes en la escuela. El rol de la familia. *Aula Abierta*, 79, 109-138.
- Musitu, G. y García, F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema* 16, (2), 288-293.
- Naciones Unidas. Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes (2003). *Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel*

- microsocial*. Recuperado el 29 de diciembre del 2005 de http://www.incb.org/pdf/s/ar/2003/incb_report_2003_3_es.pdf.
- National Institute on Drug and Abuse (NIDA) (1995). *El tratamiento del abuso de drogas en cárceles y penitenciarías* (Trads. Rhude Flores). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (Trabajo original publicado en 1992).
- Neaigus, A., Miller, M., Friedman, S.R., Hagen, D.L., Sifaneck, S.J., Ildfonso, G. y Des Jarlais, D.C. (2001). Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors. *Addiction* 96, 847-860.
- Negreiros, J. (1998). Relação entre o consumo de álcool e drogas e comportamentos anti-sociais nos jovens. *Toxicodependências* 4, 51-57.
- Newcomb, M.D. y McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (4) 614-628.
- Nichols, S.L. y Newman, J.P. (1986). Effects of punishment on response latency in extraverts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 624-630.
- Núñez, J., Gil, C. y Garrido, V. (1990). Las variables de personalidad de Eysenck y su relación con otras variables criminológicas. *Delincuencia* 2, 293-310.
- Nurco, D.N. y Dupont, R.L. (1977). A preliminary report on crime and addiction within a community-wide population of narcotic addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 109-121.
- O.E.D. (2005). *Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio del Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O.E.D. (2003). *Informe Nº 6*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O.E.D. (2002). *Informe Nº 5*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O.E.D. (2001). *Informe Nº 4*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- O.E.D. (2000). *Informe Nº 3*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O.E.D. (1999). *Informe Nº 2*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O.E.D. (1998). *Informe Nº 1*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O.E.D.T. (2004a). *Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- O.E.D.T.(2004b). Comorbilidad: el consumo de drogas y los trastornos mentales. *Drogas en el punto de mira, 14*, 1-4.
- O.E.D.T. (2005). *Informe anual 2005. El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas.
- Oliva, A. (2001). Desarrollo social durante la adolescencia. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (comp.) *Desarrollo psicológico y educación, 1* (pp. 493-517).
- OMS-WHO (2002). *Prisons, Drugs and Society. A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*. Ginebra: Regional Office for Europe.
- OMS-WHO (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Recuperado el 24 de noviembre de 2007 de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.
- OMS (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Ordenamiento Penitenciario Español (1990). Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio del Interior.
- Otero, B., Medrano M., Gómez, J.L., Pereiro, C., López, B. y Bermejo, A. (1995). Estudio epidemiológico de los detenidos puestos a disposición judicial en Pontevedra. *Libro de actas de XXII Jornadas de Sociodrogalcohol* pp.575-81.
- Otero-López, J.M. (1994). *Delincuencia y droga: concepto, medida y estado actual del conocimiento*. Madrid: Eudema.

- Otero-López, J.M. (1995). Alcance de la relación droga-delincuencia en los adolescentes gallegos: Evaluación de la relación en una muestra de sujetos en tratamiento. En M. Lameiras y A. López (eds.), *Prevención y tratamiento de drogodependencias* (pp. 35-59). Universidad de Vigo.
- Otero-López, J.M. (1997). *Droga y delincuencia. Un acercamiento a la realidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Otero-López, J.M. (1999). Relación droga-delincuencia en los adolescentes: una perspectiva de futuro desde una mirada al pasado. En / *Congreso Virtual sobre Drogodependencias*. Recuperado el 11 de Agosto de 2003 de http://www.fad.es/estudios/congreso_virtual.html.
- Otero-López, J.M., Luengo, A., Mirón, L., Carrillo, M. y Romero, E. (1994b). An empirical study of the relations between drug abuse and delinquency among adolescents. *British Journal of Criminology*, 34 (4), 459-478.
- Otero-López, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1991). *El consumo de drogas en los adolescentes: Una aproximación a las variables familiares y grupales*. Xunta de Galicia: Consellería de Sanidade.
- Otero-López, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24, 1065-1082.
- Otero-López, J.M., Romero, E. y Luengo, A. (1994). Identificación de factores de riesgo de la conducta delictiva: Hacia un modelo integrador. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 675-709.
- Otero-López, J.M. y Vega, A. (1993a). Relación droga-delincuencia: un análisis teórico. *Revista Española de drogodependencias* 18, (2), 59-70.
- Otero-López, J.M. y Vega, A. (1993b). Relación droga-delincuencia: un estudio empírico en una muestra de sujetos institucionalizados. *Psicologemas* 7, 219-248.
- Paino, S.G., Rodríguez, F.J., y Cuevas, L.M. (1996). Indicadores de riesgo en la reincidencia. *Cuadernos de política criminal* 60, 771-87.
- Pardo, Y., Aguilar, R., Molinuelo, B. y Torrubia, R. (2002). Las tendencias antinormativas y los rasgos de desinhibición conductual están relacionadas con el consumo de sustancias ilegales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 64, 34-42.

- Pato, E. (2003). Trastornos mentales en reclusos del centro penitenciario de Villabona. Principado de Asturias. En M. Hernández y R. Herrera (Coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa* (pp.91-103). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Pérez, E. y Redondo, S. (1991). Efectos psicológicos del la estancia en prisión. *Papeles del Psicólogo*, 48 (3), 54-57.
- Pérez, J. (1986). Teoría de Eysenck sobre la criminalidad. El resultado de la investigación. *Psiquis*, 6, 35-52.
- Pérez, J. (1987a). *Bases psicológicas de la delincuencia y de la conducta antisocial*. Barcelona PPU.
- Pérez, J. (1987b). Algunas reflexiones sobre el comportamiento delictivo, su prevención y su tratamiento. *Revista de Estudios penitenciarios*, 237, 89-97.
- Pérez, J. (1987c). Teorías biológico-factoriales y delincuencia. En V. Sancha Mata, M. Clemente y J.J. Miguel (Coords.), *Delincuencia, Teoría e investigación*. Madrid: Alpe
- Peter, R.H. y May, R. (1995). Servicios de tratamiento de Drogas en las Cárceles. En *El tratamiento del abuso del drogas en cárceles y penitenciarias*. NIDA, 1992; FAD, 1995 (pp 51-65).
- Pfiffner, L.J., McBurnett, K. y Rathouz, P.J. (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (5), 357-367.
- Pla, S. y Sabroso, A. (1999). Tratamiento de las drogodependencias en el ámbito penitenciario. *Trastornos Adictivos*, 3 (1), 200-204.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Memoria 1995*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Memoria 2003*. Consultado el 10 de julio de 2006 a través de http://www.pnsd.msc.es/Categoria_2/publica/pdf/memo2003.pdf.

- Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Memoria 2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (2006a). *Encuesta domiciliaria (EDADES) 2005-2006*. Consultado el 2 de mayo de 2008 a través de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006pdf>.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Memoria 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007a). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Consultado el 2 de mayo de 2008 a través de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007pdf>.
- Pons, J. y Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema* 9, 3, 609-617.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviours. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Newbury Park, California: Sage.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp.85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Putnins, A.L. (1982). The Eysenck Personality Questionnaires and delinquency prediction. *Personality and Individual Differences* 3, 339-340.
- Rahman, A. (1992). Psychological factors in criminality. *Personality and Individual Differences* 13, 483-485.
- Ramos, J.A. y Fernández-Ruiz, J.J. (2000a). Cannabinoides: Propiedades químicas y aspectos metabólicos. En J. Bobes y A. Calafat (Eds.). *Monografía Cannabis. Adicciones 12 (suplemento 2)*, 41-58.

- Ramos, J.A. y Fernández-Ruiz, J.J. (2000b). Sistema Cannabinoide endógeno: Ligandos y receptores acoplados a mecanismos de transducción de señales. En J. Bobes y A. Calafat (Eds.). Monografía Cannabis. *Adicciones 12 (suplemento 2)*, 59-81.
- Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario de 1981. En B.O.E. núms. 149, 150 y 151, del 23, 24 y 25 de junio de 1981 (pp. 14357-14360; 14441-14456; 14537-14556).
- Real Decreto 787/1984, de 26 de marzo, de Reforma parcial del Reglamento penitenciario. En B.O.E. núm. 99 de 25 de abril de 1984.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario de 1996. En B.O.E. num. 40 de 15 de febrero de 1996 (pp. 5380-5435).
- Rebollo, I., Herrero, O. y Colom, R. (2002). Personality in imprisoned and non-imprisoned people: evidence from EPQ-R. *Psicothema 14 (3)*, 540-543.
- Rechea, C., Barberet, R., Montañés, J. y Arroyo, L. (1995). *La delincuencia juvenil en España: autoinforme de los jóvenes*. Madrid: Universidad de Castilla-La Mancha, Ministerio del Interior.
- Redondo, S. (1992). *Evaluar e intervenir en las prisiones. Análisis de conducta aplicado*. Barcelona: PPU.
- Redondo, S., Funes, J. y Luque E. (1993). Justícia penal i reincidència. *Justícia i Societat* núm. 9. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya.
- Redondo, S., Funes, J. y Luque E. (1994). *Justicia penal y reincidencia*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya y Fundació Jaume Callís.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J. y Garrido, V. (1999). Tratamiento de los delincuentes: una evaluación de la efectividad de los programas aplicados en Europa.
- Reebye, P., Moretti, M.M. y Lessard, J.C. (1995). Conduct disorder and substance use disorder: Comorbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatric 40*, 313-319.

- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264 (19), 2511-2518.
- Reglamento Penitenciario aprobado por Real Decreto 1201/1981 de 8 de mayo y reformado parcialmente por Real Decreto 787/1984 de 26 de marzo. En *Ordenamiento Penitenciario Español* (5ª ed., pp. 38-204). Madrid (1990): Ministerio de Justicia.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E. y Seeman, T.E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Ríos, J.C. (1999). *Manual de ejecución penitenciaria. Defenderse de la cárcel*. Madrid: Cáritas española, 1ª edición.
- Ríos, J.C. (2004). *Manual de ejecución penitenciaria. Defenderse de la cárcel*. Madrid: Cáritas española, 4ª edición.
- Ríos, J. C. y Cabrera P.J. (1998). *Mil voces presas*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Ríos, J.C. y Cabrera P.J. (2002). *Mirando el abismo. El régimen cerrado*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Robles, L. y Martínez, J.M. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *IDEA-Prevención Julio/Diciembre* 17, 58-70.
- Roca, X. y Caixal G. (1999). Conducta adictiva y delictiva: análisis de una relación. *Trastornos Adictivos* 3 (1), 222-226.
- Roca, X. y Caixal G. (2002). Estudi de la reincidència en una mostra d'interns penitenciaris sotmesos a tractament per l'addicció a drogues. *Invesbrenu* 21, 4-8.
- Roca, X. y Caixal G. (2005). Análisis de los factores estáticos de reincidencia en el tratamiento de comunidad terapéutica. *Invesbrenu* 28, 8-12.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema* 16, (2), 203-210.

- Rodríguez, A. y Torrente, G. (2003). Interacción familiar y conducta antisocial. *Boletín de Psicología*, 78, 7-19.
- Rodríguez, F.J. y Paíno, S. (1994). Violencia y desviación social: Bases y análisis para la intervención. *Psicothema* 6, (2), 229-244.
- Rodríguez, F.J., Paíno, S.G., Herrero, F.J. y González, L.M. (1997). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema* 9, (3), 587-598.
- Romero, E. (1996). *La predicción de la conducta antisocial: Un análisis de las variables de personalidad*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Santiago de Compostela, Lugo, España.
- Romero, E., Sobral, J. y Luengo, M.A. (1999). *Personalidad y delincuencia. Entre la biología y la sociedad*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Romero, E., Luengo, M.A. y Otero-López, J.A. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 10, 149-159.
- Romero, E., Luengo, M.A., Carrillo, M. y Otero-López J.A. (1994). Un análisis transversal y longitudinal de la relación entre autoestima y conducta antisocial en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta* 20, 645-668.
- Romero, M., Oviedo-Joekes, E., Mach, J.C. y Marquez, I. (2005). Programas de Jeringuillas. *Adicciones* 17, 257-275.
- Roncero, C. y Casas, M. (2005). Eficacia clínica de la buprenorfina. *Trastornos adictivos* 7 (1), 23-26.
- Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., Sloan, D. y O'Connor, J.J. (1999). Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168, 36-41.
- Ross, R. (1987). Prevención de la delincuencia a través del entrenamiento cognitivo. En V. Garrido y M. B. Vidal: *Lecturas de pedagogía correccional*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ross, R.R., Fabiano, E., y Garrido, V. (1990). El pensamiento prosocial. El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia. *Monográficos de la Revista Delincuencia*, 1.

- Rounds-Bryant, J.L., Kristiansen, P.L. y Hubbard, R.L. (1999). Drug abuse treatment outcome study of adolescents: A comparison of client characteristics and pre-treatment behaviours in three treatment modalities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 25, 573-591.
- Ruesga, S.M. (1992). En los márgenes de la economía. En F. Alvarez-Uría (Ed.) *Marginación e inserción. Los nuevos retos de la políticas sociales* (pp. 69-85). Madrid: Endimion.
- Rushton, J.P. y Chrisjohn, R.D. (1981). Extraversion, neuroticism, psychoticism and self-reported delinquency: Evidence from eight separate samples. *Personality and Individual Differences* 2, 11-20.
- Rutter, M., y Giller, H (1988). *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez Roca. (Libro original publicado en 1983).
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press. (Libro original publicado en 1999)
- Ryan, E.P. y Redding, R.E. (2004). A review of mood disorders among juvenile offenders. *Psychiatric Services*, 55 (12), 1397-1407.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M.J., Granada, B. y Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11, 209-220.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Paredes, B., Martínez, S. y Delgado, J.M. (2001). Personalidad y uso-abuso de cocaína. *Adicciones*, 13, 47-59.
- Sancha, V., Clemente, M. y Miguel, J.J. (1987). *Delincuencia. Teoría e Investigación*. Madrid: Alpe.
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo R., Tomás, V. y Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos* 3 (4), pp.237-243.
- Sánchez-Hervás, E., Morales, E., Tomás, V., Del Olmo, R., Molina, N. y Juan, A. (2001). Dependencia a drogas y procesos de cambio. *Adicciones* 13, suplemento 1, 118-119.
- Sánchez-Hervás, E. Tomás, V., Molina, N., Del Olmo, R. y Morales, E. (2002a). Calidad de vida, psicopatología, procesos de cambio e historial adictivo en la dependencia a sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 4 (2), 62-68.

- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V., Molina, N., Del Olmo, R. y Morales, E. (2002b). Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones* 14, 3, 337-344.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás V. y Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos* 6 (3), 159-166.
- Sánchez, L. (2001). Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España. *Trastornos Adictivos* 3 (2), 85-94.
- Sánchez, M.A. y Polo, A. (1990). Modelo de intervención con toxicómanos en el centro penitenciario de preventivos Madrid-I. *Revista de Estudios Penitenciarios* 243, 77-93.
- Sanchís, J.R. y Soler, C. (1998). Drogas y delincuencia, un dragón de dos cabezas: panorama actual y posibilidades de intervención. En V. Garrido y M^a D. Martínez (Eds.) *Educación social para delincuentes* (pp.271-432). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Santamaría, J.J. y Chait, L. (2004). Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión. *Adicciones*, 16 (3), 207-217.
- Santamaría, A.J. (1982). *Introducción al estudio de La Constitución Española*. Bilbao: Editorial Larrauri.
- Santibáñez, R. (1994). El mito de la impulsividad delincuente. *Anuario de Psicología Jurídica*, 111-223.
- Santo-Domingo, J. (2002). El desarrollo personal del joven y el alcohol. *Trastornos Adictivos*, 4 (4), 223-232.
- Santos, F.J. (1999). *Intervención psicológica en personas adictas a la heroína: resultados en una comunidad terapéutica*. Tesis doctoral consultada el 5 de diciembre de 2002 a través de http://www.cibernetia.com/tesis-es/PSICOLOGIA/PSICOFARMACOLOGIA/TRATAMIENTO_DE_LA_DRUGADICCION/2.
- Santos, P., Fons, M.R., González, G., Forcada, R. y Zamorano, C. (2001a). Estadios de cambio al inicio de tratamiento ambulatorio en pacientes drogodependientes. *Adicciones* 13, suplemento 1, 114-115.
- Santos, P., Fons, M.R., González, G., Forcada, R. y Zamorano, C. (2001b). Procesos de cambio en una muestra de drogodependientes. *Adicciones* 13, suplemento 1, 115-116.

- Sanz, E. (2007). *Regresar antes: Los Beneficios Penitenciarios*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Sanz, J., Comerón, J., García Murga, M.D., Longoria, B. y Tarrazo, J.M. (2001). *Tratamiento de las drogodependencias en Instituciones Penitenciarias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Saunders, B. (1993). Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. En M. Casas y M. Gossop (Eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp.45-82). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Seaman, S., Brettle, R. & Gore, S. (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal*, 316, 426-428.
- Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA (SPNS) (1997). *Epidemiología del SIDA en España, 1996*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Segovia, J.L., (2004). *Código Penal y todas sus reformas al alcance de todos*. Madrid: Editorial Popular.
- Serrano, G., Godás, A., Rodríguez, D. y Mirón, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema* 8,1, 25-44.
- Serrano, J., Romero, A. y Noguera, M.L. (2001). Variables criminológicas y reincidencia. En Ministerio del Interior (Ed.) *Estudios e investigaciones de la Central Penitenciaria de Observación* (pp. 173-276). Madrid: Ministerio del Interior.
- Silvosa, G. (1999). Análisis de la población drogodependiente con problemas jurídicos-penales a través del Observatorio Español sobre Drogas. *Trastornos Adictivos* 1 (3), 211-221.
- Sobral, J.; Romero, E; Luengo, A. y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: Amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema* 12 (4), 661-670.
- Steven, S., Martin, MA., Clifford, A., Butzin, PhD., James, A. e Inciardi, PhD. (1995). Assessment of a multistage therapeutic community for drug-involved offenders. *Journal of psychoactive drugs* 27, 109-116.

- Sterne, M.W, y Pittman, D.J. (1965). The concept of motivation: a source of institutional and professional blockage in the treatment of alcoholics. *Quartely Journal of studies on Alcohol*, 26, 41-57.
- Stice, E. y Barrera, M. (1995). A longitudinal of the reciprocal effects between perceived parenting and adolescents' substance use and externalizing behaviors. *Developmental Psychology* 31, 322-334.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Abbey, J. y Gossop, M. (1997). How constant is an individual's route o heroin administration?. Data from treatment and non-treatment samples. *Drug Alcohol Depend* 46, 115-118.
- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2003). *Intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario. Programa marco*. Madrid: Díaz Santos.
- Sung, M., Erkani, A., Angold, A. y Cotello, E.J. (2004). Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 75(3), 287-99.
- Taylor, C. *et al.* (2003). Drug-related mortality among newly-released offenders. *Home Office Online Report, nº 16* consultado el 2 de octubre del 2006 a través de <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsdr1603.pdf>.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1998). El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas* (pp. 3-43). Madrid: Debate.
- Tejero, A., Trujols, J. y Abellanas, L. (1991). *Abordaje cognitivo-conductual del tratamiento de la adicción a opiáceos: Presentación y estudio de seguimiento a un año del Programa SANT-PAU-CITRAN*, póster presentado al III Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Madrid, octubre.
- Tejero, A., Trujols, J. y Abellanas, L. (1993). Aspectos psicológicos de la desintoxicación e intervenciones terapéuticas mínimas. En J. Cadafalch y M. Casas (eds.), *El paciente heroinómano en el hospital general* (pp.85-104). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: Su aplicación en un contexto clínico. En M. Casas y M. Gossop (eds.),

Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas (pp. 295-350). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Téllez, A. (1995). El toxicómano y su rehabilitación en prisión. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 246, 9-43.
- Terán, A. (2004). *Lo que usted debe saber sobre las drogas estimulantes cocaína y anfetaminas*. Edición Caja España.
- Tizón, J.L. (1992). *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.
- Tober, G. (1991). Helping the pre-contemplator. En R. Davidson, S. Rollnick e I. MacEwan (eds.), *Counselling problem drinkers*, (pp. 21-38). Londres: Routledge/Tavistock.
- Torrente, G. y Merlos, F. (1999). Aproximación a las características psicosociales de la delincuencia de menores en Murcia. *Anuario de Psicología Jurídica* 39-63.
- Torres-Tortosa, M., Ruiz Lopez de Tejada, M.R., Fernández-Elias, M., Pérez-Pérez C., Fernández-Conejero, E., Ugarte, I. y cols. (1995). Cambios en la vida de administración de la heroína y frecuencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Medicina Clínica* 104, 249-252.
- Torres, S. (1996). Should corrections treat or punish substance-abusing criminals?. *Federal Probation* 60, 18-23.
- Trinidad, A. (Dtor.) (2003). La situación general de la drogadicción en España. En *Evaluación Diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, 15-47.
- Trujols, J., Tejero, A. y Abellanas, L. (1993). Aspectos psicológicos de la desintoxicación e intervenciones terapéuticas mínimas. En J. Cadafalch y M. Casas (Eds.), *El paciente heroínmano en el hospital general*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M. (1996). El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. *Adicciones* 8, pp. 349-367.
- Ubillos, S. (2007). Intervención psicosocial frente al VIH/SIDA. En A. Blanco y J. Rodríguez (Coords.), *Intervención psicosocial* (105-134). Madrid: Prentice Hall.

- Unión de Asociaciones y Entidades, de Atención al Drogodependiente (UNAD), (2006). *Drogodependencias y Prisión: Situación de las cárceles españolas. Estudio sobre la situación de las Personas con Problemas de drogas en Prisión*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Valbuena A. (1986). *Las toxicomanías: Problemas médicos y psiquiátricos* (p. 219). Barcelona: Salvat, D.L.
- Valbuena, A. (1991). Balance y perspectivas del tratamiento psiquiátrico penitenciario. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 245, 45-53.
- Valdenegro, B.A. (2005). Factores psicosociales asociados a la delincuencia juvenil. *Psykhé* 14, 2, 23-42.
- Valverde J. (2002). *Proceso de inadaptación social*. Madrid: editorial Popular (4ª edición).
- Valverde J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*. Madrid: Editorial Popular.
- Van Bilsen, H.P.J.G. y Van Emst, A.J. (1986). Heroin addiction and motivational milieu therapy. *The International Journal of the Addictions*, 21 (6), 707-713.
- Van Bilsen, H.P.J.G. y Van Emst, A.J. (1989). Motivating heroin users for change. En G. Bennett (ed.). *Treating drug abuser*, (pp. 29-48). Londres: Tavistock/Routledge.
- Vázquez, F. L., Becoña, E. y Míguez, M.C. (2001). Características de fumadores con problemas médicos remitidos por sus médicos de cabecera para un tratamiento para dejar de fumar. *Adicciones*, 13, suplemento 1, pp.126-127
- Vázquez, M. Palacios, N. y Cernuda, J.L. (2001). Propuesta de intervención en un programa de mantenimiento con metadona basado en niveles de cambio. *Adicciones*, 13, suplemento 1, p. 127.
- Vega, A. (1990). Delincuencia y drogas: Reflexiones Pedagógicas. *Delincuencia*, 2 (3), 247-271.
- Vega, A., Garza, F., Giralde, A., Panchón, C., Ballor, J.A. y Bárcena, M. (1982). *Delincuencia y drogas. Estudio de un grupo marginado y respuestas educativas*. Barcelona: Instituto Ciencias de la Educación.

- Vegue, M., Alvaro, E. y García, S. (1998). Evaluación de un programa de metadona en prisión. Resultados preliminares. *Adicciones*, 10, (1), pp.59-67.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Brandenburg, N. (1985). A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Villacampa, C., Torres, N. y Luque, E. (2006). *Penas Alternativas a la prisión y reincidencia: un Estudio Empírico*. Navarra: Aranzadi.
- Wade, C. y Tavis, C. (2003). *Psicología*. Madrid: Pearson Educación.
- Wallace, J.F.; Newman, J.P. y Bachorowski, J. (1991). Failures of response modulation: impulsive behaviour in anxious and impulsive individuals. *Journal of Research in Personality* 25, 23-44.
- Waller, I. (1993). Conferencia internacional sobre la seguridad, las drogas y la prevención de la delincuencia en el medio urbano. Informe preliminar. La prevención de la delincuencia al orden del día. *Ciencia Policial* 22, 138-187.
- Watts, W.D. y Wright, L.S. (1990). The relationship of alcohol, tobacco, marijuana and other illegal drug use to delinquency among mexican-american, black, and white adolescent males. *Adolescence*, 25(97), 171-181.
- West, D.J. y Farrington, D.P. (1973). *Who Becomes Delinquent?*. Londres: Heinemann Educational.
- White, H.R.; Labouvie, E.W. y Bates, M.E. (1985). The relationship between sensation seeking and delinquency: A longitudinal analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 22, 197-211.
- Williams, H., O'Connor, J.J. y Kinsella, A. (1990). Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, 45-46.
- Wilson, H. (1980). Parental Supervision: a neglected aspects of delinquency. *British Journal Criminology*, 20, (3), 203-204.
- Wright, L.S. (1982). Parental permission to date and its relationship to drug use and suicidal thoughts among adolescents. *Adolescence*, 7, 409-419.

- Wood, P.B., Cochran, J.K., Pfefferbaum, B., y Arneklev, B. J. (1995). Sensation-seeking and delinquent substance use: An extensive of learning theory. *The Journal of Drug Issues*, 25, 1, 173-193.
- World Health Organization (2005). The Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Zuckerman M., Ball S. y Black J. (1990). Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal and situational motivation on smoking. *Addictive Behaviors*, 15, 209-220.

ANEXO

PLANTILLA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

VARIABLES INDIVIDUALES Y SOCIOFAMILIARES

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

1. Identificación: se le asigna al sujeto un número por orden alfabético:

2. Sexo. Se consignó el sexo de los sujetos:

1. Hombre
2. Mujer

3. Estado Civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Convive en pareja
4. Separado, divorciado
5. Viudo

4. Número de hijos de la familia a la que pertenece el sujeto:

5. Lugar que ocupa en la familia por orden cronológico:

6. Antecedentes familiares penitenciarios:

0. No
1. Sí
98. Ns / Nc

7. Antecedentes familiares psiquiátricos:

0. No
1. Sí
98. Ns /Nc

8. Antecedentes familiares toxicofílicos:

0. No
1. Sí
98. Ns / Nc

9. Vinculación familiar en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 2. Recupera la relación familiar durante su proceso terapéutico intra/extrapenitenciario
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede (cuando no existe tiempo de condena anterior)

10. Vinculación familiar en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 2. Recupera la relación familiar durante su proceso terapéutico intra/extrapenitenciario
- 98.Ns / Nc
- 99. No procede (cumple medida de seguridad o suspensión de condena)

11. Vinculación familiar en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 2. Recupera la relación familiar durante su proceso terapéutico intra/extrapenitenciario
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

12. Familia de origen:

- 1. Estructurada
- 2. Desestructurada
- 98. Ns / Nc

13. Factores personales, sociales y familiares relevantes en el proceso de socialización¹:

- 1. Muerte del padre
- 2. Muerte de la madre
- 3. Separación/divorcio
- 4. Abandono del padre
- 5. Abandono de la madre
- 6. Carencias afectivas
- 7. Malos tratos en la familia
- 8. Alcoholismo en la familia
- 9. Drogadicción en la familia
- 10. Tráfico de drogas en la familia
- 11. Problemas económicos en la familia de origen

¹ Esta variable es de opción múltiple

12. Pautas educativas permisivas y poco controladoras
13. Pautas educativas sobreprotectoras
14. Pautas educativas autoritarias y rígidas
15. Alto índice de delincuencia en el barrio de residencia
16. Alto índice de consumo de drogas en el barrio de residencia
17. Problemas de salud de los padres (uno o ambos)
18. Desplazamiento migratorio
19. Enfermedad infantil grave que pudo dejar secuelas psicológicas (vg: meningitis)
20. Asumir responsabilidades en edades tempranas (matrimonio, hijos)
98. Ns / Nc

14. Asume responsabilidades de familia adquirida:

0. No
1. Sí
98. Ns /Nc
99. No procede (porque carece de familia adquirida)

15. Nº de hijos. Hace referencia al número de hijos que reconoce el sujeto independientemente si tiene o no responsabilidades parentales:

16. Nivel de estudios finalizados:

1. Alfabetización
2. Certificado de escolaridad
3. Graduado escolar (8º de E.G. B).
4. Graduado escolar obtenido en prisión
5. Formación Profesional I
6. Formación Profesional II
7. E.S.O (BUP)
8. Bachillerato (COU)
9. Enseñanza de acceso a la Universidad para adultos obtenido en prisión
10. Diplomado
11. Licenciado
98. Ns/Nc

17. Hábitos laborales. Se establecieron tres grupos en función de que tuvieran o no experiencia y continuidad en el trabajo antes de entrar en prisión, o la tuvieran solo a medias (sin consolidar):

- 0. No
- 1. Sí
- 2. Sin consolidar: la actividad laboral se ha desarrollado por cortos periodos de tiempo o de manera discontinua.
- 98. Ns / Nc

18. Cualificación laboral. Hace referencia a si el sujeto posee especialización profesional:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

19. ¿Existen otros diagnósticos de salud mental asociados al de dependencia de drogas, identificados siguiendo alguna clasificación internacional estándar?:

- 0. No
- 1. Sí
- 2. Sí pero no se especifica la clasificación internacional

20. ¿Cuáles son esos diagnósticos?:

- 1. Discapacidad intelectual
- 2. Trastorno psicótico
- 3. Trastorno del estado de ánimo
- 4. Trastorno por ansiedad
- 5. Trastorno adaptativo
- 6. Trastorno de personalidad
- 99. No procede

21. Patología infecciosa por VIH:

- 0. Negativo
- 1. Positivo
- 2. Prueba no realizada, resultado desconocido
- 98. Ns / Nc

Fecha:

Fecha

22. Patología infecciosa por Hepatitis:

- 0. Negativo
- 1. Hepatitis B
- 2. Hepatitis C
- 3. Hepatitis B + C
- 98. Ns / Nc

23. Patología infecciosa por Tuberculosis:

- 0. No
- 1. Sí, quimioprofilaxis (tratamiento preventivo)
- 2. Sí, tratamiento
- 98. Ns / Nc

24. Absentismo o mal aprovechamiento escolar:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

25. Fugas del hogar:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

26. Ingreso en centros de Protección de Menores:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

27. Ingreso en Centros de Reforma de Menores:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

28. Internamiento psiquiátrico:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

29. Drogodependencia. Hace referencia al historial toxicófilo de los sujetos, teniendo en cuenta el tipo de sustancia consumida (cannabis, alcohol, opiáceos, cocaína, psicofármacos) y la edad de inicio en el consumo. Posteriormente, se asignaron a los sujetos a las siguientes categorías teniendo en cuenta la droga principal consumida (aunque la mayoría son politoxicómanos). Entendemos por droga principal, la sustancia que les ha llevado a la comisión de delitos y/o a la pérdida de vínculos sociales.

- 1. Alcohol
- 2. Heroína
- 3. Cocaína
- 4. Heroína y cocaína
- 5. Ha habido un cambio de sustancia primero fue la heroína y posteriormente recaída en el consumo de cocaína.

6. Alcohol y cocaína

30. Edad de inicio en el consumo de la droga principal:

31. Número de intentos rehabilitadores previos a la primera entrada en prisión (inferiores a 6 meses):

- 0. Cero
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Más de cuatro
- 98. Ns / Nc

32. Número de tratamientos de deshabituación previos a la primera entrada en prisión (igual o superior a 6 meses):

- 0. Cero
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Más de cuatro
- 98. Ns / Nc

33. Número de intentos rehabilitadores posteriores a la primera entrada en prisión y anterior a la derivación extrapenitenciaria a Comunidad Terapéutica realizada durante la condena base (inferior a seis meses e iniciados fuera de la cárcel después de este primer ingreso):

- 0. Cero
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Más de cuatro
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede (porque ingresó en prisión y continúa a fecha de 30 de junio de 2003)

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

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

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

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

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

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

37. Motivo de baja en el centro de tratamiento:

- 1. Expulsión
- 2. Abandono voluntario
- 3. Ingreso en prisión
- 4. Alta terapéutica
- 5. Alta voluntaria
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

VARIABLES PENALES

38. Antecedentes de estancias en prisión penado:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

39. Número y tipología de delitos cometidos antes de la última derivación al centro terapéutico extrapenitenciario. Se contabiliza el número de delitos y tipología de toda su carrera delictiva hasta la derivación al centro terapéutico.

40. Condena total formal:

- 1. < 5 años
- 2. 5- 9 años
- 3. 10-14 años
- 4. 15-19 años
- 5. 20-24 años
- 6. > 24 años
- 98. Ns/Nc
- 999. No procede

41. Tipo delictivo

- 1. Hurto
- 2. Robo con fuerza en las cosas
- 3. Robo con violencia o intimidación
- 4. Delito contra la salud pública: tráfico de drogas
- 5. Delito contra la libertad sexual
- 6. Delito contra las personas
- 7. Delito contra la libertad
- 8. Delito contra el orden público
- 9. Delito de falsedad
- 10. Delito contra la seguridad del tráfico

VARIABLES PENITENCIARIAS

42. Número de ingresos en prisión en calidad de preso detenido antes de la condena base. Se registra el número de ingresos en prisión en calidad de detenido (estancia en prisión no superior a 72 horas):

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Más de cinco
98. Ns / Nc

43. Número de ingresos en prisión en calidad de preso preventivo antes de la condena base:

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Más de cinco
98. Ns / Nc

44. Número de ingresos en prisión en calidad de preso penado antes de la condena base:

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Más de cinco
98. Ns / Nc

45. Edad del primer ingreso detenido:

98. Ns / Nc
99. No procede

46. Edad del primer ingreso preventivo:

- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

47. Edad del primer ingreso penado.

- 98. Ns / Nc
- 99. No procede (porque no ha estado penado a privación de libertad)

48. Redención ordinaria en condena anterior. Hace referencia a la redención de penas por el trabajo para aquellos sujetos que cumplen condena por el Código Penal de 1973.

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede (porque cumple por el Código Penal de 1995 o porque no hay condena anterior)

49. Redención ordinaria en condena base

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede (porque cumple por el Código Penal de 1995)

50. Redención ordinaria en condena posterior.

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede (porque cumple por el Código Penal de 1995 o porque no hay condena posterior)

51. Redención extraordinaria en condena anterior

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

52. Redención extraordinaria en condena base

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

53. Redención extraordinaria en condena posterior

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

54. Antecedentes de Régimen Cerrado:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns/ Nc

55. Número de veces derivado a Centro Terapéutico Extrapenitenciario:

- 1. Derivado a través del juez o tribunal sentenciador en condena base
- 2. Derivado por el centro penitenciario una vez en condena anterior y otra vez en condena base
- 3. Derivado por el centro penitenciario una vez en condena base
- 4. Derivado por el centro penitenciario dos veces en condena base

56. Motivo de baja en el Programa de Comunidad Terapéutica en derivaciones extrapenitenciarias anteriores a la última derivación:

- 1. Alta terapéutica
- 2. Derivación de comunidad terapéutica a tratamiento ambulatorio
- 3. Expulsión del programa
- 4. Abandono voluntario
- 99. No procede

57. Tiempo en meses desde su excarcelación al centro extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión. Excarcelación en cumplimiento de condena anterior o condena base. Se completa para aquellos casos que hayan sido derivados a Comunidad Terapéutica en más de una ocasión y hayan vuelto a prisión:

- 999. No procede

58. Condena anterior formal:

- 98. Ns / Nc
- 999. No procede

59. Tiempo real de prisión en condena anterior hasta su excarcelación:

- 98. Ns / Nc
- 999. No procede

60. Forma de excarcelación en condena anterior:

- 0. Libertad total
- 1. Libertad total con revocación de la libertad condicional
- 2. Libertad condicional condicionada a tratamiento
- 3. Libertad condicional no condicionada a tratamiento
- 4. Tercer grado para ir a comunidad terapéutica
- 5. Tercer grado en régimen abierto
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

61. Condena base formal:

- 999. No procede

62. Tiempo real de prisión en condena base hasta su excarcelación al centro terapéutico extrapenitenciario:

- 998. Ns/Nc
- 999. No procede

63. Condena posterior formal. Hace referencia a nueva comisión de delito en tiempo posterior a la derivación al centro terapéutico y que supone una nueva campaña en prisión. No se contabiliza cuando la nueva condena se refunde a la condena base:

- 998. Ns / Nc
- 999. No procede

64. Tiempo real de prisión en condena posterior, hasta su excarcelación en libertad total o libertad condicional (en esta condena posterior no ha sido derivado/a a comunidad terapéutica, porque si así fuera la tomamos como referencia de condena base):

- 998. Ns / Nc
- 999. No procede

65. Tiempo real de prisión total antes de ser derivado al centro terapéutico. Hace referencia al tiempo total de prisión en condena anterior y condena base hasta el momento de ser excarcelado para acudir al centro de tratamiento. Medido en meses:

- 998. Ns/Nc
- 999. No procede

66. Edad en la excarcelación. Se registró la edad de cada sujeto, en el momento de la excarcelación de la condena base al centro extrapenitenciario, y, posteriormente, se establecieron intervalos de edad:

67. Año de excarcelación:

VARIABLES DE CONDUCTA OBJETIVA EN PRISIÓN

Tipo de sanciones. Se registró, para cada sujeto, el tipo de infracciones disciplinarias cometidas durante el cumplimiento de la condena anterior, condena base, condena posterior o su ausencia.

68. Número de sanciones leves en condena anterior:

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Seis
7. Siete
8. Ocho
9. Nueve
10. Más de nueve
98. Ns / Nc
99. No procede

69. Número de sanciones graves en condena anterior:

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Seis
7. Siete
8. Ocho
9. Nueve
10. Más de nueve
98. Ns / Nc
99. No procede

70. Número de sanciones muy graves en condena anterior:

- 0. Cero
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Siete
- 8. Ocho
- 9. Nueve
- 10. Más de nueve
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

71. Número de sanciones leves en condena base:

- 0. Cero
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Siete
- 8. Ocho
- 9. Nueve
- 10. Más de nueve
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

72. Número de sanciones graves en condena base:

- 0. Cero
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Siete
- 8. Ocho
- 9. Nueve
- 10. Más de nueve
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

73. Número de sanciones muy graves en condena base:

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Seis
7. Siete
8. Ocho
9. Nueve
10. Más de nueve
98. Ns / Nc
99. No procede

74. Número de sanciones leves en condena posterior:

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Seis
7. Siete
8. Ocho
9. Nueve
10. Más de nueve
98. Ns / Nc
99. No procede

75. Número de sanciones graves en condena posterior:

0. Cero
1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Seis
7. Siete
8. Ocho
9. Nueve
10. Más de nueve
98. Ns / Nc
99. No procede

76. Número de sanciones muy graves en condena posterior:

- 0. Cero
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Siete
- 8. Ocho
- 9. Nueve
- 10. Más de nueve
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

77. No constan sanciones:

- 0. En ningún periodo de condena
- 1. En condena anterior
- 2. En condena base
- 3. En condena posterior
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

78. Consumo Institucional:

- 0. No
- 1. Sí
- 2. Ns / Nc

Participación en Actividades. Se recoge la participación del sujeto en las diferentes actividades, durante los distintos periodos de cumplimiento de condena. El objetivo es evaluar si tiene actividad continuada a lo largo de un mismo periodo de cumplimiento de condena. También observar si ha aumentado o disminuido la actividad de un periodo a otro.

79. Participación en actividades deportivas en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

80. Participación en actividades culturales en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

81. Participación en actividades escolares en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

82. Participación en actividades formativas en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

83. Participación en apoyos a los talleres de actividades auxiliares en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

84. Participación en talleres ocupacionales en condena anterior:

- 1. No
- 2. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

85. Participación en talleres productivos en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98 Ns / Nc
- 99. No procede

86. Participación en talleres productivos de actividades auxiliares en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

87. Participación en actividades terapéuticas en condena anterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

88. Participación en actividades deportivas en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

89. Participación en actividades culturales en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- No procede

90. Participación en actividades escolares en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- No procede

91. Participación en actividades formativas en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

92. Participación en apoyos a los talleres de actividades auxiliares en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

93. Participación en taller ocupacional en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

94. Participación en talleres productivos en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

95. Participación en talleres productivos de actividades auxiliares en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

96. Participación en actividades terapéuticas en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

97. Participación en actividades deportivas en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

98. Participación en actividades culturales en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

99. Participación en actividades escolares en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

100. Participación en actividades formativas en condena posterior

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

101. Participación en apoyos a los talleres de actividades auxiliares en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

102. Participación en talleres ocupacionales en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

103. Participación en talleres productivos en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

104. Participación en talleres productivos de actividades auxiliares en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

105. Participación en actividades terapéuticas en condena posterior:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

Disfrute de permisos. Hace referencia al número de permisos ordinarios que ha disfrutado el sujeto en los diferentes periodos de cumplimiento de prisión.

106. Número de permisos en condena anterior:

- 98. Ns /Nc
- 99. No procede

107. Número de permisos en condena base disfrutados antes de la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario:

- 98. Ns/Nc
- 99. No procede

108. Número de permisos disfrutados en condena base después de la derivación al centro terapéutico extrapenitenciario (en el caso de que haya vuelto a ingresar a prisión durante el periodo de cumplimiento en condena base):

- 98. Ns /Nc
- 99. No procede

109. Número de permisos en condena posterior:

- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

110. Número de recompensas en condena anterior:

- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

111. Número de recompensas en condena base:

- 98. Ns /Nc
- 99. No procede

112. Número de recompensas en condena posterior:

- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

113. Tratamiento² específico de drogas en prisión en condena anterior:

- 0. No
- 1. Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento en:
.....
- 2. Apoyo psicológico y social a través de alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que se desplazan a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Drogodependiente -ACLAD- , Servicio de Atención al Toxicómano de Cáritas)
- 3. Recursos de Comunidades Cristianas
- 4. Recursos de Comunidades regidas por ex - toxicómanos
- 5. Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria o módulo terapéutico específico de drogas
- 6. Programa de mantenimiento con metadona (PMM)
- 7. Programa de naltrexona
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

² Las variables 113, 114 y 115 son de opción múltiple.

114. Tratamiento específico de drogas en prisión en condena base:

- 0. No
- 1. Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento en:
.....
- 2. Apoyo psicológico y social a través de alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que se desplazan a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Drogodependiente –ACLAD-, Servicio de Atención al Toxicómano de Cáritas).
- 3. Recursos de Comunidades Cristianas
- 4. Recursos de Comunidades regidas por ex - toxicómanos
- 5. Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria o módulo terapéutico específico de drogas
- 6. Programa de mantenimiento con metadona (PMM)
- 7. Programa de naltrexona
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

115. Tratamiento específico en drogas en prisión en condena posterior:

- 0. No
- 1. Ingresa en prisión interrumpiendo el tratamiento en.....
- 2. Apoyo psicológico y social a través de alguno de los recursos profesionales extrapenitenciarios que se desplazan a prisión (Proyecto Hombre, Cruz Roja, Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Drogodependiente –ACLAD- , Servicio de Atención al Toxicómano de Ayuda al Drogodependiente).
- 3. Recursos de Comunidades Cristianas
- 4. Recursos de Comunidades regidas por ex - toxicómanos
- 5. Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria o módulo terapéutico específico de drogas
- 6. Programa de mantenimiento con metadona (PMM)
- 7. Programa de naltrexona
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

116. Conductas autolesivas:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

117. Intentos de suicidio:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

118. Huelga de hambre:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

119. Pérdida del beneficio de disfrute de permisos:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

120. Pérdida del beneficio de redención de penas por el trabajo:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

121. Regresión de grado de cumplimiento:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

122. Revocación de la libertad condicional:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

123. Quebrantamiento de condena:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc

VARIABLES PSICOLÓGICAS

124. Capacidad intelectual:

- 0. Capacidad intelectual baja
- 1. Capacidad intelectual media
- 2. Capacidad intelectual elevada
- 98. Ns / Nc

125. Neuroticismo:

- 0. Bajo
- 1. Medio
- 2. Alto
- 98. Ns / Nc

126. Extraversión:

- 0. Bajo
- 1. Medio
- 2. Alto
- 98. Ns / Nc

127. Psicoticismo:

- 0. Bajo
- 1. Medio
- 2. Alto
- 98. Ns / Nc

128. Sinceridad:

- 0. Bajo
- 1. Medio
- 2. Alto
- 98. Ns / Nc

129. Asume responsabilidades o conducta delictiva:

- 0. No lo asume
- 1. Lo asume parcialmente porque lo justifica por el problema de drogas
- 2. Sí
- 98. Ns / Nc

130. Conducta grupal institucional:

- 1. Sociable
- 2. Solitario
- 3. Rechazado
- 98. Ns / Nc

VARIABLES DE SEGUIMIENTO

131. Reingreso después de la derivación al centro extrapenitenciario:

- 0. No
- 1. Sí

132. Reingreso en condena base:

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

133. Tiempo transcurrido en meses desde la derivación al centro extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión dentro de la condena base. Se registra, para cada sujeto, el tiempo, en meses, desde su excarcelación al centro extrapenitenciario hasta su reingreso en prisión. Posteriormente, se agrupan los sujetos según hubieran reingresado durante el primero, segundo o tercer año etc., tras su excarcelación:

- 98. Ns / Nc
- 999. No procede

134. Motivo de reingreso en prisión en condena base:

- 1. Causa nueva
- 2. Causa antigua
- 3. Quebrantamiento de condena base sin comisión de nuevo delito
- 4. Reingreso por abandono del centro de tratamiento
- 5. Reingreso por expulsión del centro de tratamiento
- 6. Cese obligatorio por circular de 1990
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede

135. Forma de finalización de la condena base

- 1. Libertad total por extinción de condena
- 2. Libertad condicional
- 98. Ns / Nc

136. Reingreso en condena posterior (ha existido un periodo de libertad total entre condena base y condena posterior)

- 0. No
- 1. Sí
- 98. Ns / Nc
- 99. No procede (porque a fecha de 30 de junio de 2003 continúa cumpliendo condena base o ha fallecido)

137. Motivo de reingreso a prisión en condena posterior:

1. Causa nueva
2. Causa nueva y antigua
3. Detención y luego libertad
4. Prisión preventiva y luego libertad
98. Ns / Nc
99. No procede

138. Reincidencia en la actividad delictiva a su excarcelación de condena base por derivación a centro terapéutico extrapenitenciario. Se asigna, a cada sujeto, a uno de los grupos (Reincide o No Reincide), según hubiera tenido algún reingreso PENADO en prisión por una nueva comisión de delito o falta penal a su excarcelación de la condena base:

0. No
1. Si
98. Ns/nc
99. No procede

139. Año de reincidencia:

1. Primer año
2. Segundo año
3. Tercer año
4. Cuarto año
5. Quinto año
6. Sexto año
98. Ns /Nc
99. No procede

140. Tipología delictiva y falta penal al reingreso:

1. Hurto
2. Robo con fuerza en las cosas
3. Robo con violencia o intimidación
4. Delito contra la salud pública: tráfico de drogas
5. Delito contra el orden público
6. Falta penal
98. Ns / Nc
99. No procede

141. Motivo de baja del centro terapéutico extrapenitenciario (Programa de Tratamiento en Comunidad Terapéutica):

1. Alta terapéutica
2. Alta voluntaria
3. Abandono voluntario
4. Expulsión
5. Fallecimiento
98. Ns / Nc
99. No procede porque sigue en Comunidad Terapéutica a fecha 30 de junio de 2003

142. Tiempo de permanencia en el centro terapéutico extrapenitenciario:**143. Situación tratamental, familiar, laboral y legal finalizado el periodo de seguimiento³:**

1. Cumpliendo condena en 1^{er} grado
2. Cumpliendo condena en 2^o grado
3. Cumpliendo condena en 3^{er} grado (sección abierta)
4. Cumpliendo condena en 3^{er} grado en Comunidad Terapéutica
5. En libertad condicional condicionada a tratamiento (especificar tipo de programa y recurso terapéutico)
6. En libertad condicional no condicionada a tratamiento.
7. En libertad total
8. Preso preventivo
9. En tratamiento de rehabilitación (especificar tipo de programa y recurso terapéutico)
10. Rehabilitado (especificar recurso terapéutico)
11. Con trabajo
12. Con pareja (especificar si es antisocial o no antisocial)
13. Con relaciones familiares
14. Fallecido (especificar fecha)
15. Cumpliendo suspensión de pena
16. Cumpliendo medida de seguridad
98. Ns / Nc
99. No procede

³ Variable de opción múltiple

Para los sujetos que a fecha de 30 de junio de 2003 estén cumpliendo condena especificamos las siguientes variables:

144. Fecha de la Libertad Condicional a los 2/3:

145. Fecha de la Libertad Condicional a las 3/4:

146. Fecha de cumplimiento total: