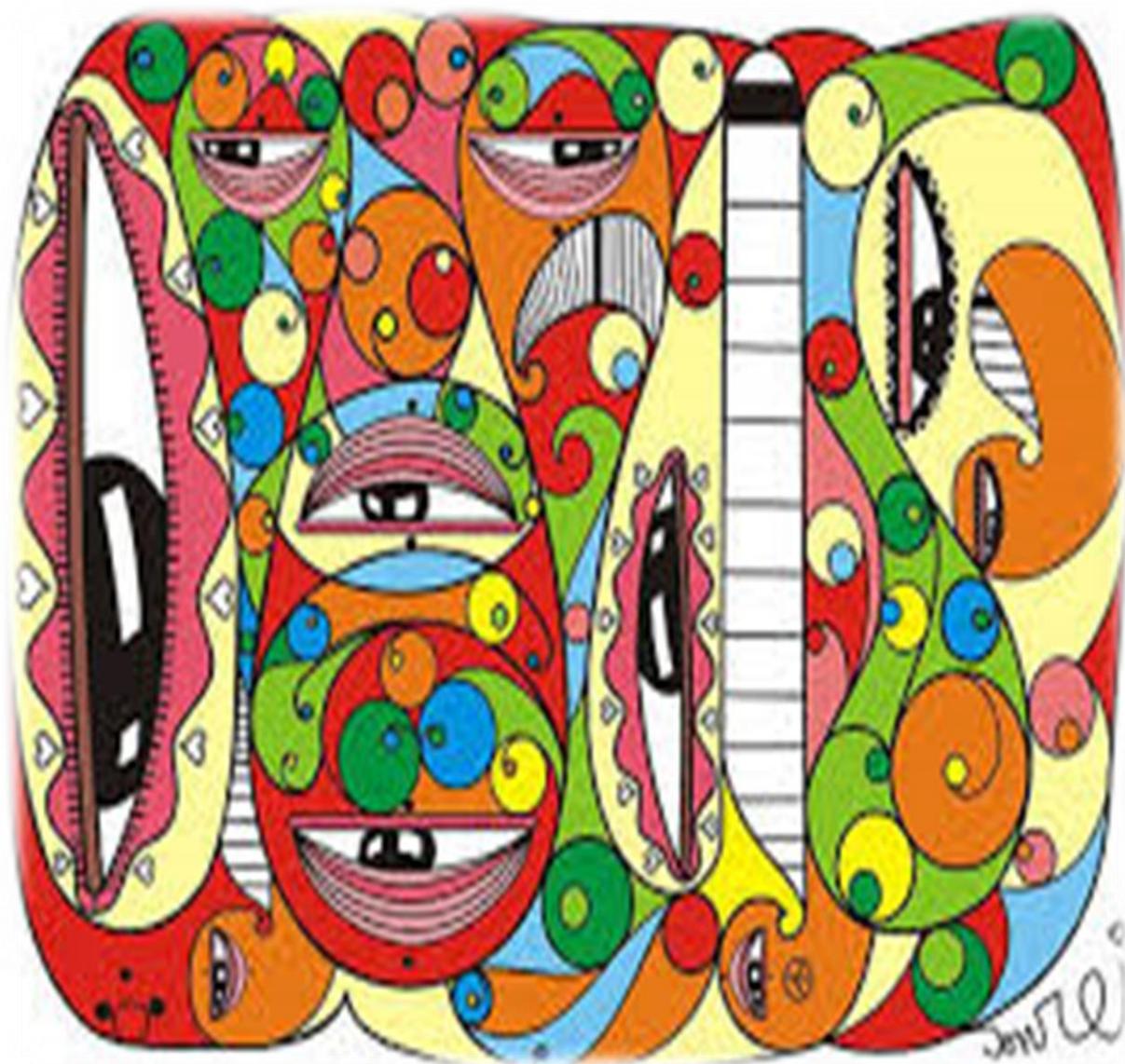


LA ATENCIÓN A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE PRESENTAN TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

-TRABAJO FINAL DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL-



AUTORA: ELIZABETH SOLEDAD MARCELINO PETERSEN

TUTORA: BERTA PUYOL LERGA

PRESENTACIÓN: JULIO DEL 2015

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1. CONTEXTO TEÓRICO	5
1.1.- La atención a las personas privadas de libertad	5
1.2.- La atención a personas con Trastornos relacionados con sustancias.....	8
1.2.1.- <i>El circuito terapéutico de atención a drogodependencias.....</i>	<i>8</i>
1.2.2.- <i>Clasificación de los tratamientos a drogodependientes</i>	<i>9</i>
1.2.3.- <i>Los recursos especializados de atención a las drogodependencias</i>	<i>11</i>
1.2.4.- <i>El rol del trabajador/a social en las drogodependencias.....</i>	<i>12</i>
1.3.- La atención de las personas privadas de libertad que presentan trastornos relacionados con sustancias	14
1.3.1.- <i>Conceptos básicos.....</i>	<i>14</i>
1.3.2.- <i>Drogas y prisión</i>	<i>15</i>
1.3.3.- <i>Relación entre Institución Penitenciaria y Drogodependencia</i>	<i>17</i>
1.3.4.- <i>Objetivos de la intervención en prisión</i>	<i>17</i>
1.3.5.- <i>Líneas generales de intervención.....</i>	<i>19</i>
1.3.6.- <i>Programas de intervención.....</i>	<i>21</i>
1.3.7.- <i>Metodología de la intervención</i>	<i>21</i>
1.3.8.- <i>El papel del trabajador/a social en la intervención con reclusos.....</i>	<i>22</i>
2. OBJETIVOS.....	25
3. MÉTODO.....	26
4. RESULTADOS.....	29
4.1 Resultados sobre las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias.....	29
4.2 Resultados del cuestionario sobre la opinión de los/as trabajadores/as sociales en relación a la atención de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias en los recursos de atención a la drogodependencias.....	39
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	59
Anexo N°1: Normativa que defiende el derecho a la asistencia de las personas privadas de libertad que presentan un Trastorno relacionado con sustancias	59
Anexo N°2: Información sobre la persona privada de libertad que presenta Trastornos relacionados con sustancias	60
Anexo N°3: Cuestionario al trabajador/a social en relación a la atención de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias.....	64

INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta surge motivada desde la propia experiencia en las prácticas de Grado de Trabajo Social en el CIS Mercedes Pinto (centro penitenciario). En el transcurso de las mismas se realizó una investigación sobre los factores de riesgo de reincidencia penal, y entre los distintos factores el que más destacaba era la dependencia a las drogas.

En la actualidad el mundo de las drogas y su problemática está muy presente en nuestra sociedad. Es una de las principales preocupaciones, debido a las consecuencias y riesgos que entrama, por ello requiere de una especial atención. El tema es tratado con frecuencia en los medios de comunicación, se habla mucho de ello y aún más cuando se asocia a las actividades delictivas.

Tanto los expertos penitenciarios como los responsables de la formulación de políticas reconocen que, a pesar de todas las medidas aplicadas para reducir el suministro de drogas en las prisiones, estas siguen llegando.

Desde los años 80, La Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha reconocido el consumo de drogas en las prisiones españolas de forma expresa, llegando a señalarse que entre el 60% y el 90% de los reclusos lo había hecho en algún momento, incluyendo en estos datos el consumo no habitual (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2014).

Por ello, la pregunta que nos planteamos es si el sistema penitenciario actual es capaz de asumir la función de rehabilitación y de reinserción de las personas drogodependientes que han cometido delitos.

Entre las personas que ingresan en prisión la drogodependencia es uno de los problemas más importantes, pues existe una relación causal entre el consumo de drogas y la actividad delictiva, así lo indica Muñoz y Díez (2003) en sus investigaciones.

No obstante, por otro lado, el ingreso en prisión se puede visualizar como una oportunidad de cambio. La persona privada de libertad va a pasar una etapa de su vida reclusa y ésta podría considerar el inicio del tratamiento para trabajar su dependencia a las drogas.

Además, no podemos olvidar que la normativa defiende el derecho de atención de las personas drogodependientes en prisión: la Constitución Española de 1978; la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, el Reglamento penitenciario, aprobado por el Real Decreto

190/1996, de 9 de febrero; y la Circular 5/95, de 15 de febrero, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre política global en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias.

Todo esto nos hizo plantearnos varias cuestiones como: qué pasa con las personas privadas de libertad que tienen problemas de adicción a las drogas, cuáles son sus características comunes, cómo se les atienden, qué papel desempeña el Trabajo Social en este proceso...

Teniendo en cuenta lo expuesto, parece que es necesario conocer las características de la atención que se realiza con las personas privadas de libertad que presentan una adicción a las drogas. A nivel profesional es muy difícil realizar una buena intervención si no conoces el proceso de atención, los recursos disponibles, los métodos, competencias, etc. Es decir, toda la información necesaria para ejercer una buena práctica.

El documento presenta seis grandes apartados. En primer lugar podemos encontrar el contexto teórico, el mismo está distribuido en tres partes: la atención a las personas privadas de libertad, la atención a personas con Trastornos relacionados con sustancias y la atención de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias. Seguidamente, tenemos por un lado los objetivos de la investigación, por otro lado, el método y a continuación los resultados y discusión de la misma. Por último, se expone una serie de conclusiones y propuestas.

El estudio se enmarca dentro de una investigación empírica, donde el objetivo ha sido analizar las características de la atención a personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias. Para su realización nos hemos valido de las distintas aportaciones teóricas, de la experiencia en las prácticas en el CIS Mercedes Pinto y de los resultados obtenidos en la investigación; procurando siempre establecer una relación entre la teoría y la realidad.

Esta investigación nos aproxima a la realidad de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias y a la atención que reciben. Además, de conocer el papel que desempeña el/la trabajador/a social en este proceso y su opinión sobre la problemática.

1. CONTEXTO TEÓRICO

A continuación, se expone el contexto teórico de la investigación que, como ya adelantamos en la introducción, se compone de tres partes. En los dos primeros apartados, hemos querido hacer referencia a la atención de las personas privadas de libertad y a la atención de las personas con Trastornos relacionados con sustancias, de manera que, nos ha permitido generalizar el tema para posteriormente centrarnos de manera específica en la atención de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, el cual es un nuestro objetivo principal.

1.1.- La atención a las personas privadas de libertad

La Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2014), expone que el sistema penitenciario español ha experimentado en las últimas décadas un cambio radical de orientación y concepto, paralelo a la evolución de la sociedad española. El acontecimiento que ha propiciado esta transformación ha sido la Constitución Española de 1978, desde entonces ha habido cambios tanto en la legislación penal como en el tratamiento de los reclusos y en las condiciones de las prisiones.

La labor fundamental, que asignan la Constitución Española y la Ley Orgánica General Penitenciaria, consiste en garantizar el cumplimiento de las penas impuestas por los jueces, asegurar la custodia de los reclusos y proteger su integridad. Pero esta misión no sería completa ni eficaz si no estuviera orientada a la rehabilitación de los reclusos para su futura reinserción en la sociedad.

La gestión de la política penitenciaria es competencia del Ministerio del Interior y se lleva a cabo a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, los cuales establecen una serie de principios en relación a la actuación (Ley Orgánica General Penitenciaria, 1979).

- Individualización. El interno siempre será valorado por el equipo multidisciplinar (médico/a, psicólogo/a, juristas, trabajadores/as sociales...) teniendo en cuenta sus particularidades, los/as componentes del equipo serán los/as encargados/as de realizar las intervenciones oportunas y harán el seguimiento de las mismas.
- Progresión de grado. El sistema penitenciario español es progresivo y flexible. Esto significa que todo interno puede progresar de grado en función del tiempo de cumplimiento de la pena y su evolución, de su conducta y participación en actividades, etc. Pero, también en caso de comportamiento negativo, se puede regresar al grado anterior. Ninguna clasificación es definitiva y antes de pasar seis meses todos los grados son revisados.

- Tratamiento penitenciario. Todas las actividades que se organizan en la prisión están orientadas a la recuperación terapéutica o a la atención asistencial del interno y a desarrollar sus capacidades sociales y laborales para facilitar así su reinserción.
- Cumplimiento de la condena allí donde el preso tenga arraigo social.
- Relaciones con el exterior. La relación con el mundo exterior se concibe como un instrumento positivo para la reinserción y se contempla una doble vía: comunicaciones y permisos de salida.

El sistema penitenciario cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales tales como: juristas, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, personal sanitario y personal de interior y vigilancia.

Teniendo en cuenta que esta investigación surge desde la disciplina del Trabajo Social, nos centramos en desarrollar las actuaciones de los/as trabajadores/as sociales. Antes de iniciar cualquier otra intervención para la rehabilitación del interno, la atención prioritaria de los/as trabajadores/as sociales está centrada en resolver la problemática que ha desencadenado su ingreso en prisión. En particular, proporcionan información y asesoramiento de los servicios sociales existentes para que puedan acceder a subsidios, ayudas, escolarización, becas, etc. Los/as trabajadores/as sociales median en la restauración de los vínculos familiares deteriorados o rotos para recomponer el tejido social del interno. Cuando estos no existen, buscan recursos sociales alternativos de asistencia con vistas a su paulatina reintegración social. También, son los/as responsables de propiciar la inserción laboral de aquellos reclusos cuya situación penitenciaria les permite acceder al entorno social y laboral. Todo esto sin desatender la labor de apoyo y seguimiento a los liberados condicionales y a las personas con penas alternativas (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014)

Las prisiones congregan a personas con múltiples y diversos problemas. Para dar respuestas positivas a todos ellos se hace necesaria la diversificación e individualización de las actuaciones. Para llevarlo a cabo cuenta con diversos tipos de centros de internamiento, donde se ingresa a los reclusos en atención a sus características personales y su situación penal.

Según, establece el Reglamento Penitenciario(1996), podemos distinguir dos tipos de centro según sus regímenes:

En primer lugar, están los Centros Penitenciarios Ordinarios, comúnmente conocidos como centros de Régimen Cerrado. Estos centros funcionan como pequeñas ciudades autosuficientes y contienen todos los servicios necesarios. Los/as internos/as son formados y se les asignan trabajos en

talleres productivos. Para fomentar la mejor habitabilidad posible para el desarrollo integral de las personas, se ofertan actividades culturales, educativas, deportivas o laborales.

Por otro lado, los Centros de Inserción Social(CIS), están destinados a internos/as que cumplen su pena en Régimen Abierto o que se encuentran en un proceso avanzado de reinserción. A través del CIS se gestionan también las penas alternativas que no exigen el ingreso en prisión, como los Trabajos en Beneficio de la Comunidad y la localización permanente. También se lleva a cabo el seguimiento de las libertades condicionales. El medio abierto requiere la aceptación voluntaria del interesado y está basado en el principio de confianza ya que los presos gozan de libertad para cumplir con sus compromisos laborales y tratamientos terapéuticos fuera del centro. Cumplen una función residencial básica pero en ellos también se desarrollan actividades de intervención, tratamiento y talleres productivos remunerados.

También, se puede contar con medidas alternativas como el internamiento en Residencias de Psiquiatría y Comunidades Terapéuticas, en los casos que proceda.

Para finalizar el apartado, abordaremos el tratamiento penitenciario, el cual constituye el conjunto de actividades directamente dirigidas a procurar la reeducación y reinserción del recluso, tomando para ello en consideración sus carencias y necesidades.

Según la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2014), se pretende dar a cada interno una intervención individual, continúa y dinámica que le permita reincorporarse a la sociedad. Entre los programas de tratamiento que se llevan a cabo en los centros penitenciarios se reseñan algunos por su especial relevancia:

- Violencia doméstica.
- Control de la agresión sexual.
- Población extranjera.
- Prevención de suicidios.
- Personas con discapacidad.
- Resolución de conflictos.
- Programa de igualdad de género.
- Atención integral a enfermos mentales (PAIEM).
- Módulos de respeto.
- Módulos terapéuticos.

1.2.- La atención a personas con Trastornos relacionados con sustancias

El fenómeno de las drogodependencias tiene en España sus orígenes a principios de la década de los 70, donde aparece la dependencia a la heroína. Este hecho, determinó la necesidad de generar una serie de respuestas de tipo asistencial que no existían. Desde entonces, se ha convertido en un fenómeno que ha preocupado profundamente a toda la sociedad, debido a la evidencia de los graves efectos asociados al consumo, que se traducían con la vinculación de drogodependientes a hechos delictivos, situaciones de desarraigo familiar y social, asociación con determinadas enfermedades infecto-contagiosas, etc., llegando a provocar auténtica alarma social (Gutiérrez, 2007).

Según Becoña y Martín (2004), para abordar el fenómeno de las drogas en toda su perspectiva, es preciso tener en cuenta que cuando se habla del consumo de drogas se están barajando tres elementos interactuantes: la sustancia o sustancias que se consumen, la persona que la consume y el contexto en el que se produce este consumo. Es la ya clásica afirmación de que la drogodependencia es un fenómeno bio-psico-social y además multicausal.

NIDA (2001) indica que numerosos organismos internacionales y programas y especialistas nacionales comparten algunos principios que han llegado a ser aceptados con una relativa unanimidad en la comunidad científica y profesional. De forma sintética, se podría afirmar que un tratamiento dirigido a una persona con problemas de drogodependencias debería ser: individualizado, amplio (deben atender a múltiples necesidades y problemas asociados), flexible (deben adaptarse a los procesos individuales de cada sujeto), dilatado en el tiempo, diversificado e interdisciplinar.

1.2.1.- El circuito terapéutico de atención a drogodependencias

El Plan Nacional sobre Drogas (2009), expone que La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 establece un sistema que incorpora todos los dispositivos terapéuticos y delimita las funciones de cada uno de ellos. Esto se concreta en la estructuración de circuitos terapéuticos que contemplan la participación de la red de Salud Mental, de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Servicios Sociales en los programas de atención a las drogodependencias, además de los recursos especializados. La propia Estrategia establece que el sistema se estructure en tres niveles de intervención:

- Primer nivel: puerta de entrada al sistema y que debe estar constituido al menos por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales y los recursos que ejecuten los

programas de reducción de los riesgos y los daños así como aquellos otros recursos que desarrollen la atención a las necesidades sociales y sanitarias básicas.

- Segundo nivel: Compuesto por equipos ambulatorios interdisciplinarios que se responsabilizan de diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individualizados. Los recursos que forman parte del segundo nivel se pueden clasificar en recursos especializados de carácter general (atención primaria, especializada o salud mental) y recursos específicos.
- Tercer nivel: Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización. Los diferentes dispositivos de este nivel pueden ser ámbito supra-Área de Salud y su acceso debe ser por derivación desde los recursos de segundo nivel. En este tercer nivel se incluyen recursos tales como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, etc.

Finalmente, la estrategia plantea que el circuito terapéutico, en sus diferentes niveles, tenga como objetivo principal la integración social y laboral de los drogodependientes.

A su vez Becoña y Martín (2004) y Gutiérrez (2007) hacen alusión en sus correspondientes publicaciones a la misma clasificación que el Plan Nacional de Drogas.

1.2.2.- Clasificación de los tratamientos a drogodependientes

Según Becoña y Martín (2004), afortunadamente y tras años de esfuerzos de adaptación, hoy existen diversos programas de tratamiento, los cuales coexisten en la práctica. Actualmente en nuestro país se podrían clasificar los tratamientos a drogodependientes en:

- *Programas Libres de Drogas:* Se trata de programas basados en la abstinencia a las drogas y la rehabilitación de los afectados, orientados a su plena inserción social. Estos programas utilizan estrategias variadas que van desde la prescripción de fármacos hasta la terapia individual, los grupos terapéuticos y de familiares, el tratamiento residencial y la utilización de grupos de autoayuda.
- *Programas de Reducción de Daños y Riesgos:* conjunto de estrategias individuales y grupales que se desarrollan en el ámbito terapéutico, sanitario y social, encaminados a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas. Existen diversos tipos de Programas de Reducción de Daños, entre los más habituales se pueden destacar los siguientes:
 - Programas con sustitutivos de opiáceos: Tratamiento con Metadona.

- Programas de Consumo de Menos Riesgo: Programas de intercambio y distribución de jeringuillas, talleres de consumo de menos riesgo, programas de acercamiento (actúan en zonas de venta y consumo de drogas) y programas de Venopunción higiénica (narcosalas)
- *Programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico-penales.* No difieren del resto, pero tiene aspectos específicos de intervención. El circuito asistencial dirigido a esta población puede sistematizarse en tres grandes niveles:
 - *Primer nivel:* Programas de Comisaria y Juzgados (identificación de la drogodependencia para facilitar su inclusión adecuada en el sistema de ayuda y evitar el recidivismo).
 - *Segundo nivel:* Programas alternativos a la privación de libertad (ofrecen un tratamiento en el ámbito comunitario).
 - *Tercer nivel:* Programas en Instituciones Penitenciarias (Desintoxicación; deshabituación; reducción de daños; tratamiento en dispositivos comunitarios; e incorporación sociolaboral).

La recuperación de cualquier tipo de drogodependencia implica el paso por distintas etapas, la sucesión entre las fases no siempre es progresiva e incluye entre sus posibilidades la recaída como parte inherente a la recuperación. El modelo de etapas más conocido es el de “fases de cambio” que formularon Prochaska y Diclemente (1983), que plantea siete fases en el proceso de abandono de la adicción:

1. Fase de pre contemplación: se caracteriza por la no consciencia del usuario/a, el principal objetivo del terapeuta es promover la toma de consciencia.
2. Fase de contemplación: el/la usuario/a se presenta ambivalente, por lo cual el terapeuta deberá explorar las distintas preocupaciones.
3. Fase de preparación: se sigue presentando una cierta ambivalencia, por lo que una vez resultas las preocupaciones se debe ofrecer información y dar opciones.
4. Fase de acción: En este estadio se asume un compromiso tanto por parte del profesional como por parte del usuario, es por ello necesario reforzar la autoeficacia.
5. Fase de mantenimiento: el objetivo a perseguir es la estabilidad en el tratamiento. El/la terapeuta deberá proporcionar apoyo y preparar y prevenir posibles recaídas.

6. Fase de recaída: Las recaídas se contemplan como una fase mas proceso de tratamiento, es por ello que debemos evitar la crítica y desmoralización del usuario/a, además, es muy importante renovar el compromiso.
7. Fase de finalización: Una vez el proceso se haya completado y se considere oportuno dar el alta terapéutica, es necesario finalizar de manera progresiva el tratamiento pues se debe evitar generar dependencias profesionales.

1.2.3.- Los recursos especializados de atención a las drogodependencias

Ya hemos hecho referencia, al hablar del circuito terapéutico de atención a drogodependientes, que existían una serie de centros y programas catalogados. Aunque existe una gran variedad de recursos especializados de atención a las drogodependencias en nuestro país, según Gutiérrez (2007), los más significativos son:

- *Centros ambulatorios*: Integrados por equipos interdisciplinares, desempeñan ambulatoriamente 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.
- *Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)*: son de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación física, en régimen de ingreso, de la droga que presenta adicción la persona.
- *Centros de Día*: recurso de atención de régimen intermedio, es decir, la persona continúa en su entorno social y durmiendo en su casa, pero permanece varias horas al día en el centro.
- *Comunidades Terapéuticas*: centros residenciales que trabajan en régimen de internamiento.
- *Centros que realizan Programas de Tratamiento de Metadona*.
- *Unidades móviles*.
- *Centros que desarrollan programas de atención a drogodependientes con problemas jurídicos-penales*: generalmente se trata de servicios que se ubican en los juzgados, prisiones, comisarias u otros puntos de la estructura jurídico-penal.

Asimismo, el Gobierno de Canarias (2010) en su III Plan Canario sobre Drogodependencias 2010-2017 desarrolla la misma clasificación de recursos especializados de atención a los Trastornos relacionados con sustancias.

1.2.4.- El rol del trabajador/a social en las drogodependencias

Podemos definir el Trabajo Social en el ámbito de las Drogodependencias como la forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo e incrementando los factores de protección tanto personales como del entorno del sujeto (Manzano, Cotado, Vicente y Maroto, 2007).

Tomando como referencia los planteamientos de Mayor(2007), los/as trabajadores/as sociales deben intervenir con el fin de ayudar a los seres humanos a conseguir su máximo desarrollo psicosocial, tanto en aspectos personales como sobre el medio, siendo dos las formas de intervención profesional en torno a las cuales haremos girar las áreas de actuación profesional en el ámbito de las drogodependencias: Por un lado, la intervención directa (responder a demandas individuales, familiares, grupales o comunitarias que presenta relación con factores asociados a las drogodependencias). Y por otro lado, la intervención indirecta (actividades relacionadas con el estudio, análisis, sistematización, planificación, investigación, supervisión, docencia, gestión, coordinación y evaluación).

La mayor parte de los de los desarrollos teóricos en relación al rol profesional de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de las drogodependencias que se han realizado en nuestro país, han ido dirigidos a explicar las funciones de los/as trabajadores/as sociales entorno a las siguientes áreas: prevención, asistencia, incorporación social, gestión, planificación y evaluación (Manzano, Cotado, Vicente y Maroto, 2007).

Cuadro 1: Rol profesional de los trabajadores/as sociales.

ÁREA DE TRABAJO	FUNCIONES ASOCIADAS
<p><u>Prevención:</u> conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y fomentar los factores de protección frente al consumo de drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recogida y análisis de datos sobre la problemática de consumo. ▪ Difusión y/o elaboración de planes, programas y proyectos sobre prevención. ▪ Informar y sensibilizar. ▪ Puesta en marcha de acciones preventivas con la población. ▪ Etc.

<p><u>Asistencia:</u> atención de individuos y grupos a partir de la demanda o de forma programada. Busca potenciar las capacidades de las personas para afrontar por sí mismas sus problemas e integrarse en la vida social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detección de consumos problemáticos de drogas en su ámbito territorial de actuación. ▪ Intervención socioeducativa en medio abierto con población drogodependiente. ▪ Intervención profesional individual, grupal y familiar. ▪ Tramitar recursos y prestaciones ▪ Etc.
<p><u>Incorporación social:</u> puesta en marcha de procesos de incorporación de una persona a su entorno habitual, haciendo hincapié en mejorar sus capacidades de integración sociolaboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programar, gestionar y dinamizar programas de incorporación social. ▪ Asesorar y orientar en la búsqueda de empleo. ▪ Informar sobre recursos sociolaborales. ▪ Realizar seguimiento, control y evaluación del proceso de incorporación social ▪ Etc.
<p><u>Gestión:</u> conjunto de tareas orientadas al funcionamiento de la organización que supone tanto la asunción de toma de decisiones, como la organización de tareas, coordinación, dirección y control de resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer procedimientos de funcionamiento global del servicio. ▪ Buscar fórmulas de coordinación y relación externa con otros recursos y/u organizaciones con el fin de generar sinergias. ▪ Gestionar presupuesto, infraestructuras, horarios, incidencias... ▪ Etc.
<p><u>Planificación:</u> proceso de análisis de la realidad y de las probables evoluciones de la misma. Ordena y conduce un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos y contenidos en un programa determinado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar proyectos que desarrollen los objetivos de la política institucional de planes y programas. ▪ Establecer prioridades de intervención según criterios precisos. ▪ Determinar los recursos personales, materiales y técnicos necesarios. ▪ Proponer cambios y modificaciones. ▪ Etc.

<p><u>Evaluación:</u> constatación de los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación a los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempo empleados. Además, la evaluación se utiliza para detectar errores y disfunciones en lo realizado y permite proponer nuevos objetivos y actuaciones que garanticen su consecución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las necesidades de un grupo de población que están quedando sin cubrir. ▪ Conocer si el plan, programa o proyecto diseñado responde a las necesidades específicas de la población y si las actuaciones a realizar resultan suficientes y pertinentes para satisfacer dichas necesidades. ▪ Valorar si el plan, programa o proyecto diseñado puede o no ser evaluado. ▪ Conocer hasta qué punto el funcionamiento del plan, programa o proyecto coincide con lo previsto ▪ Etc.
---	--

Fuente: Elaboración propia, basado en Manzano, Cotado, Vicente y Maroto, (2007).

1.3.- La atención de las personas privadas de libertad que presentan trastornos relacionados con sustancias

1.3.1.- Conceptos básicos

Cuando iniciamos un estudio relacionado con la drogodependencia lo primero que debemos conocer y entender es el concepto de droga, según la Ley Canaria sobre Prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias: Son aquellas sustancias que administradas al organismo, por cualquier vía, son capaces de provocar cambios en la conducta, producir efectos perniciosos para la salud y para el bienestar físico o psíquico, crear dependencia y, en general, todas aquellas que pueden modificar una o más funciones del organismo.

Una vez conocemos qué es la droga, decir que existen varias fases de consumo: el uso, el abuso y la adicción/dependencia. En nuestro caso nos vamos a centrar en la adicción/dependencia, la cual es contemplada según la OMS (2015) como el grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de sustancias psicoactivas tiene una alta prioridad, hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla.

Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a las drogas pueden ser biológicas, psicológicas o sociales y operan generalmente de forma recíproca.

Por otro lado, teniendo en cuenta que nuestro tema de estudio está enfocado a penitenciaria nos parece oportuno concretar qué es un centro penitenciario de régimen abierto o Centro de Inserción Social, el cual presenta una serie de características propias. La Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2015), nos dice que los Centros de Inserción Social (C.I.S) son establecimientos penitenciarios destinados al cumplimiento de penas privativas de libertad en régimen abierto, así como al seguimiento de cuantas penas no privativas de libertad se establezcan en la legislación penal y cuya ejecución se atribuya a los servicios correspondientes del Ministerio de Justicia e Interior u órgano autonómico competente.

La actividad penitenciaria en los C.I.S tendrá por objeto esencial potenciar las capacidades de inserción social positiva de las personas mediante el desarrollo de actividades y programas de tratamiento destinados a favorecer su incorporación al medio social, contrarrestando los efectos nocivos del internamiento y favoreciendo los vínculos sociales.

1.3.2.- Drogas y prisión

Según Markez e Iñigo (2012), los datos epidemiológicos sobre las cárceles españolas ponen en evidencia algunos resultados relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos mentales: la prevalencia de enfermedad mental puede alcanzar 40%. De este porcentaje, cerca del 6% presentaría un trastorno mental grave y hasta el 50% padecería un trastorno relacionado con el consumo de drogas. Las personas en prisión que padecen trastornos por uso de sustancias psicoactivas se caracterizan por su politoxicomanía, con una droga principal y otras drogas aunque con menor frecuencia. Gran parte de la población penitenciaria presenta un perfil de marginalidad, con un nivel socio-cultural más bajo y mayores carencias económicas que la población general. Actualmente, la polidependencia más habitual es la generada por el alcohol y la cocaína. La incidencia de conductas agresivas también apunta a cifras muy superiores en la población reclusa.

Atendiendo a Fornons (2009), las personas drogodependientes en ocasiones son portadoras de un estigma social y por ello se ven en la necesidad de ocultar información de su vida para evitar una posible discriminación. Una vez entra en prisión continúa el enmascaramiento, y tras la salida de prisión, además de continuar manejando su condición de drogodependiente, deberá manejar su

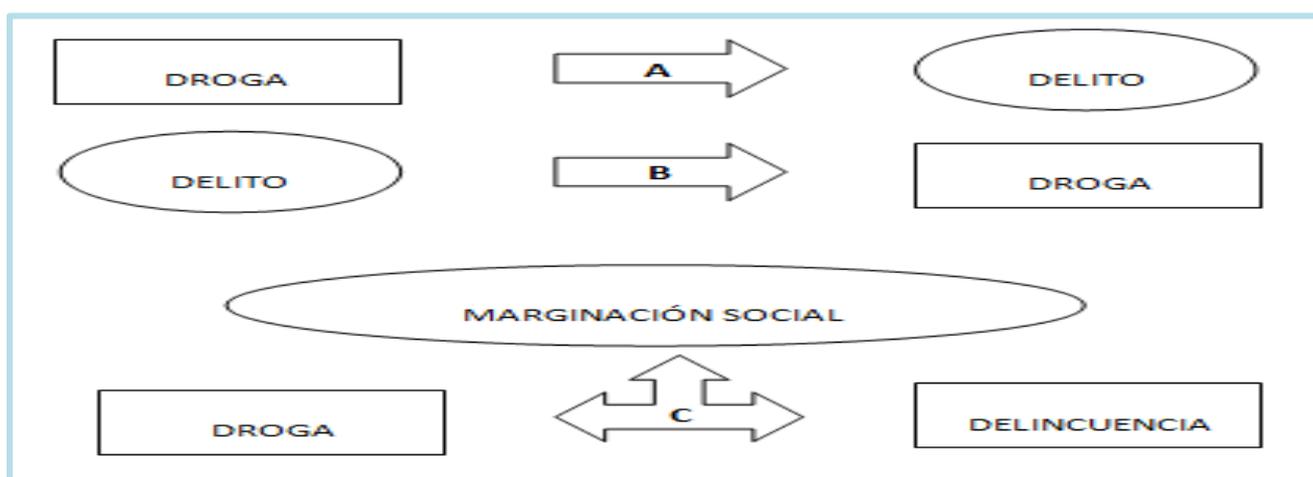
condición de expresidiario: el binomio drogas y prisión es una doble condena, ser preso y drogodependiente produce un doble estigma.

Según Garrido, Stangeland y Redondo (2006), una de las creencias populares más extendidas es que el consumo de sustancias psicoactivas facilita la comisión de actos delictivos, especialmente los violentos. Las drogas reducen el control inhibitorio de la amenaza, los sentimientos de culpa, y neutralizan el miedo a agredir, haciendo más probable exhibir conductas arriesgadas que pueden convertir a la persona bajo la influencia de estas sustancias o bien en víctimas o bien en perpetrador de delitos violentos.

No obstante, el consumo de drogas y la delincuencia son fenómenos multicausales y complejos, en los que intervienen una enorme variedad de factores.

Los autores Muñoz y Díez (2003) definen tres hipótesis sobre la relación del consumo de drogas y la actividad delictiva: droga causa delincuencia, delincuencia causa droga o no existe vinculación entre ambas conductas, siendo otros factores o variables los responsables de la relación. Sea cual sea la hipótesis de trabajo, apunta dirigir nuestra atención y esfuerzos a la intervención y prevención del consumo de drogas, pues si no trabajamos la drogodependencia difícilmente podremos atender las otras problemáticas.

Cuadro 2: Hipótesis sobre la relación del consumo de drogas y la actividad delictiva



Fuente: Elaboración Propia basado en Muñoz y Díez (2003).

1.3.3.- Relación entre Institución Penitenciaria y Drogodependencia

Como podemos observar en la Memoria sobre los Programas de Intervención con Drogodependientes 2005 de la Subdirección General Penitenciaria (2006), existe una relación entre los Centros Penitenciarios y la drogodependencia por varios motivos:

- Entre las personas que ingresan en prisión la drogodependencia es uno de los problemas más importantes, tanto por su magnitud, como por la gravedad de los problemas biopsicosociales asociados.
- En los Centros Penitenciarios se desarrollan numerosos y diversos programas de tratamiento de la drogodependencia, ya que el ordenamiento jurídico establece que el fin de la Institución Penitenciaria es la reeducación y reinserción social, para lo que es necesario utilizar los programas y las técnicas de carácter psicosocial para abordar las problemáticas específicas de los internos.
- Los derechos que otorga la Constitución Española en relación a la reinserción social de las penas privativas de libertad y a la salud, son motivos suficientes para justificar la existencia de programas de tratamiento de la drogodependencia dentro de los Centros Penitenciarios.
- En los Centros Penitenciarios se consumen drogas, lo cual hace que incremente la necesidad de establecer programas de tratamientos.

El paso por la cárcel puede convertirse en una oportunidad para acercar la sanidad a personas que hasta el momento de ingresar en prisión no habían tenido contacto con el sistema e iniciarles en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como introducirlos en programas y avanzar hacia su rehabilitación y reinserción psicosocial. La cárcel resulta un lugar “duro” para vivir o sobrevivir. Los internos suelen referir una situación emocional disfórica, con una percepción de frustración, desánimo, desinterés y actitud pasiva. Pero, a pesar de las adversidades, desde la prisión también se pueden aprovechar algunas características como aliados terapéuticos: el aislamiento de su medio habitual y de su entorno, la rutina diaria y adquisición de normas y límites, la recuperación y estabilización de hábitos sanos, el compromiso con responsabilidades, el apoyo de profesionales e institucional... (Markez e Iñigo, 2012).

1.3.4.- Objetivos de la intervención en prisión

Según Gallizo (2007) el fin primordial de los centros penitenciarios es la reeducación y reinserción social de las personas ingresadas en prisión. Reto muy importante ya que se trata de

integrar socialmente a personas con problemas generalizados y en ocasiones graves; además de la problemática jurídica y penal, los drogodependientes que ingresan en prisión presentan una situación biológica, psicológica y social con deterioro importante. De este modo, las diversas intervenciones que se realizan con personas drogodependientes privadas de libertad se estructuran en torno a la prevención, la asistencia (reducción de riesgos y daños, desintoxicación, deshabitación, intervención sanitaria e intervención psicosocial) y la reincorporación social.

El primer objetivo es reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas, por medio de programas de reducción de riesgos y daños.

Un segundo objetivo es conseguir y mantener periodos de abstinencia que configuren una ruptura de la dependencia y reordenación de la dinámica personal y social, es decir lograr la desintoxicación y deshabitación.

La reincorporación social es la última fase del proceso de cambio, siendo imprescindible una progresiva preparación para la salida, desarrollando actividades dirigidas a la normalización e integración social. En el momento de la salida de prisión es fundamental la continuación del proceso terapéutico, elemento clave para evitar la recaída en el consumo y la reincidencia delictiva.

Además, se considera básica, dentro de las posibilidades, la orientación y derivación de los internos hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral.

Por otro lado, la Circular 17/2005 establece seis objetivos generales para la intervención en materia de drogodependencias en los Centros Penitenciarios:

1. Evitar el inicio en el consumo de drogas en una población abstinentes, minimizar las conductas de riesgo en 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 de la rehabilitación de aquellas personas que hubieran tenido previamente contactos con dispositivos terapéuticos.
5. Evitar la marginación del drogodependiente, no sometiéndolo a una identificación y estigmatización 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.

Los objetivos específicos, también establecidos por la Circular 17/2005 marcan el siguiente orden de prioridades de cara a la intervención:

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 en la población abstinentes, internos primarios (primer ingreso en prisión) 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 las enfermedades asociadas o derivadas del consumo.
 - Reducir la conflictividad.
 - Mejorar la adaptación social y laboral.
 - Modificar hábitos de consumo y fomentar hábitos saludables.
3. Conseguir periodos de abstinencia, que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social, desarrollando programas de deshabituación 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.

1.3.5.- Líneas generales de intervención

Antolín (2007) expone que al igual que ocurre en los centros de tratamiento de la red asistencial de las drogodependencias, la intervención terapéutica que se encuentran en prisión debe ajustarse a sus necesidades particulares, en cada momento concreto. Dada la diversidad de problemas planteados por este colectivo, no es posible determinar una única modalidad de tratamiento.

Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas (2009), se contempla que la Administración Penitenciaria en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros

organismos e instituciones, atenderá de manera especializada a los/as internos/as que presentan Trastornos relacionados con sustancias que voluntariamente lo soliciten.

A su vez Pérez-Lozao y Arenas (2007), afirman que la actual legislación penal y penitenciaria permite amplias posibilidades para abordar el problema de las drogodependencias, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios.

La Circular 17/2005 establece que la intervención sobre la demanda se estructura en torno a tres grandes áreas:

- **Prevención:** Se priorizan en cada momento las actividades que más se adecuen a las necesidades. Se trata de acciones planificadas dirigidas a sensibilizar e informar sobre los efectos de las drogas y sus consecuencias, educar para la salud, cambiar actitudes relacionadas con el consumo, etc.
- **Asistencia:** Se dirige a internos que padecen problemas de carácter biopsicosocial a causa de su adicción. Desde una intervención multidisciplinar se aborda la vida del interno en sus diferentes aspectos: sanitarios, psicológico, social, formativo y laboral. Así, este tipo de programas se clasifican en: Reducción de riesgos y daños; Deshabitación; Intervención sanitaria; e Intervención psicosocial.
- **Reincorporación social:** contemplan un proceso complejo de socialización y normalización que debe responder a las necesidades personales del interno/a drogodependiente, tratando de apoyar su incorporación a la vida familiar y medio cultural, laboral y social, para lo que es fundamental una preparación progresiva, en cuenta a facilitar la adquisición y/o desarrollo de actitudes, habilidades, recursos, etc.

Aunque cada programa de intervención tiene su metodología, la Circular 17/2005 establece una serie de aspectos comunes para todos los programas:

- **Pluralidad:** oferta de diversas alternativas terapéuticas.
- **Multidisciplinariedad:** equipos integrados por profesionales de diferentes áreas.
- **Programación:** definición de objetivos, recursos, actividades ...
- **Trabajo en equipo:** decisiones conjuntas y consensuadas.
- **Colaboración de Instituciones y Entidades.**
- **Coordinación.**
- **Continuidad del proceso:** evitar la ruptura de los tratamientos.

1.3.6.- Programas de intervención

Tanto en el pasado como en la actualidad, las Instituciones Penitenciarias se han involucrado con la implantación de programas asistenciales adaptados a las características específicas del medio. En este sentido, destacan los Programas de reducción del daño (mantenimiento con Metadona, intercambio de jeringuillas...) y de Atención Integral de Enfermedades Mentales en prisión (Markez e Iñigo, 2012).

La Circular 17/2005 también regular los diferentes programas de intervención en drogodependencias que se desarrollan dentro de los Centros Penitenciarios. Agrupa toda la intervención terapéutica en torno a cinco grandes tipos de programas:

- Programas de prevención y educación para la salud: buscan un desarrollo adecuado de las personas en un sentido amplio e integral, primando la educación para la salud.
- Programas de intercambio de jeringuillas: son programas sociosanitarios que tienen como finalidad reducir los daños y riesgos asociados al uso inyectado de drogas, sobre todo el uso compartido de jeringuillas.
- Programa de tratamiento con Metadona: consiste en controlar el consumo activo, la vía parental y el deterioro físico, psíquico y social. Además se realizan intervenciones de mejora de la competencia psicológica y social.
- Programa de deshabitación: consiste en iniciar un proceso de cambio orientado a la abstinencia, para ello se pretende la adquisición de elementos y estrategias terapéuticas que permitan la normalización e integración social.
- Programa de reincorporación social: se trata de un proceso de socialización y normalización que debe responder a las necesidades personales del drogodependiente, tratando de apoyar su incorporación a la vida familiar, cultural, laboral y social evitando su marginación.

1.3.7.- Metodología de la intervención

La Circular 17/2005 establece también la metodología bajo la que se deben ejecutar las distintas modalidades de tratamientos o programas que hemos visto anteriormente. En concreto define dos formas diferentes de ejecución:

1. Intervención ambulatoria o centro de día.
2. Intervención en modulo terapéutico.

No obstante, cuando los internos se encuentran en régimen abierto o de semilibertad, cabe la posibilidad, siendo incluso más recomendable al ser más integrador, la utilización de los recursos comunitarios tanto específicos como inespecíficos, a través de los diferentes dispositivos de los diversos planes regionales o municipales a los que los internos tendrían acceso como un ciudadano más, incluyéndose aquí la posibilidad de utilización de las Comunidades Terapéuticas de la red pública asistencial, constituyendo está una forma especial de cumplimiento de condenada., a la que se podrían asimilar la intervención en los Pisos de Apoyo al Tratamiento y Pisos de Reinserción (Markez y Iñigo, 2012),

La Instrucción 3/2011 describe que en cada centro penitenciario, se establecerá un Plan de Intervención y una Comisión de Seguimiento, que será la responsable de la aprobación, coordinación en la ejecución y evaluación del conjunto de todas las actividades, que presidida por los Directores de los establecimientos, estarán compuestas por los Subdirectores y responsables de cada área implicada.

No aplicar tratamientos adecuados, pertinentes a las necesidades y carencias de los pacientes, con la duración necesaria, al menos con la intensidad y magnitud suficiente, y con profesionales especializados, con formación y experiencia contrastada, puede suponer la cronificación de la enfermedad (Markez y Iñigo, 2012).

1.3.8.- El papel del trabajador/a social en la intervención con reclusos

Según Mayor (2007), es necesario comenzar afirmando que no tiene sentido hablar del trabajador/a social como un “ente” aislado en la intervención en drogodependencias dentro de los Centros Penitenciarios, sino debe ser visto como un miembro más del Equipo multiprofesional que interviene con los reclusos.

Por tanto, ya tenemos el primer aspecto importante de su papel: actuar de manera coordinada con el resto del equipo.

Una vez dicho esto y siguiendo con Antolín (2007), las funciones que tiene el trabajador/a social como miembro del Equipo Técnico se podría resumir de la siguiente manera.

Su intervención comenzará por realizar una evaluación social, que le permitirá detectar las necesidades sociales del individuo y también sus potencialidades, y a partir de ahí, planificar sus

objetivos y estrategias de intervención, que deberán ser puestas en común y coordinadas con el resto de profesionales del equipo, de manera especial con el psicólogo.

Tanto la recogida de datos como el diseño de la intervención deberán tener presentes distintas áreas sobre las que el trabajador/a social puede incidir: familiar, educativa y formativa, sanitaria, laboral, relaciones sociales y con el entorno, área de ocio y tiempo libre...

A partir del conocimiento de estas áreas, el trabajador/a social podrá diseñar su intervención, tratando de individualizarla lo máximo posible. Para ello, podría contar con las siguientes actividades:

- Evaluación Social (historia social).
- Diseño del plan de intervención individual y grupal (de manera coordinada con el resto de los profesionales).
- Citas individuales periódicas de seguimiento.
- Intervención individual y grupal con las familias.
- Programación y seguimiento de permisos.
- Búsqueda, conocimiento y gestión de recursos intra y extra penitenciarios (que permitan la derivación)
- Grupos de preparación para la vida en libertad.

Cuando se acerque el momento de la derivación a los programas de reinserción es cuando los trabajadores/as sociales ocupan una posición clave. En esta etapa les corresponde promover la coordinación de los servicios sociales penitenciarios con las redes públicas de asistencia social y fomentar el acceso de los penados clasificados en tercer grado y los liberados condicionales y definitivos, junto con sus familiares, a las prestaciones públicas, teniendo como objeto potenciar las capacidades de inserción social. En esta etapa va a ser clave realizar las siguientes intervenciones:

- Intensificar las citas de seguimiento.
- Mantener seguimiento con la familia.
- Orientación individual para la búsqueda activa de empleo.
- Orientación socio-laboral grupal.
- Coordinación con todos los recursos socio-sanitarios y educativos-formativos que puedan utilizar el usuario.
- Conocimiento amplio de la red de servicios socio-sanitarios y de empleo.

Todo esto se deberá hacer de forma coordinada con el equipo, realizando el trabajo burocrático que corresponda, elaborando informes y cumplimentado toda aquella documentación que se requiera. Por último añadir, que otra función básica que debería tener el trabajador/a social es ser modelo de conducta o agente de normalización en las pautas de relación social. Además debemos de tener en cuenta y destacar que el trabajador/a social tiene posibilidades de intervenir durante todo el proceso y en todas las modalidades de tratamiento (Gutiérrez, 2007).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de la investigación es “Conocer las características de la atención social a las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias”.

De manera que para alcanzar el objetivo general hemos concretado una serie de objetivos específicos:

1. Conocer los aspectos comunes de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias.
2. Identificar las funciones del trabajador/a social de cada recurso de atención a los Trastornos relacionados con sustancias.
3. Conocer la opinión del trabajador/a social referente a las características de la atención de personas privadas libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias.

3. MÉTODO

El estudio se enmarca dentro de una investigación empírica, donde el objeto de investigación ha sido analizar las características de la atención a las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias.

Para ello, por un lado, nos hemos centrado en conocer y describir los aspectos comunes de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias; y por otro lado, hemos identificado las funciones del trabajador/a social de cada recurso de atención a los Trastornos relacionados con sustancias y hemos conocido su opinión referente a las características de la atención de personas privadas de libertad en el recurso.

Para poder conseguir la información deseada hemos estudiado las dos poblaciones que tienen relación directa con la problemática planteada: las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015; y los trabajadores/as sociales de los recursos de atención a los Trastornos relacionados con sustancias, de Tenerife.

Las siguientes variables han sido el punto de partida para la elaboración de los distintos instrumentos de recogida de datos, además nos permitieron recoger los resultados y posteriormente proceder a su discusión.

Cuadro 3: Variables a estudiar

RESPECTO A LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD QUE PRESENTA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	
1. Sexo.	12. Antecedentes penales y tóxicos familiares.
2. Edad.	13. Delito cometido.
3. Nivel de estudios.	14. Relación con consumo de tóxicos.
4. Ocupación.	15. Ingresos en prisión.
5. Situación laboral.	16. Drogas consumidas.
6. Nacionalidad.	17. Edad de inicio de consumo.
7. Estado civil.	18. Motivos de consumo.
8. Situación económica.	19. Droga por la que demanda tratamiento.
9. Hijos/as.	20. Realización de tratamiento.
10. Convivencia en el domicilio.	21. Positivo en las analíticas por consumo de drogas.
11. Apoyo recibido.	22. Los periodos de abstinencia.
	23. Asistencia a programas en la actualidad.

RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD QUE PRESENTA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

1. La relación entre el consumo de sustancias y la actividad delictiva.
2. La probabilidad de cometer un delito por haber consumido drogas.
3. Los Trastornos relacionados con sustancias como un factor de riesgo para la reincidencia penal.
4. El doble estigma sufrido.
5. La integración social.
6. Los beneficios de realizar los tratamientos en recursos externos a la Institución Penitenciaria.
7. Las funciones del trabajador/a social en el tratamiento de desintoxicación y deshabituación.
8. La atención recibida.
9. El comportamiento de los usuarios.
10. La discriminación detectada.
11. El afrontamiento de las recaídas.
12. La probabilidad de rehabilitación.
13. La coordinación entre la CIS Mercedes Pinto y los recursos.

Una vez planteados los objetivos, la población objeto de estudio y las variables a estudiar, en el procedimiento para hacer la extracción de datos, así como el análisis de los mismos y la presentación de los resultados, hemos seguido los siguientes pasos.

En primer lugar, para conocer y describir los aspectos comunes de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, se realizó una recogida de información documental. Para ello, se solicitó al director de la Institución Penitenciaria CIS Mercedes Pinto el acceso a los expedientes de los residentes. Una vez nos aceptaron la petición, de todos los expedientes localizamos aquellos de las personas privadas de libertad que presentan drogodependencia, descartando a las personas que habían consumido de manera experimental o esporádica. Posteriormente, se cumplimentó el instrumento de elaboración propia el cual se encuentra en el Anexo N°3: Información sobre la persona privada de libertad que presenta Trastornos relacionados con sustancias.

Seguidamente, para concretar las funciones de los/as trabajadores/as sociales referente a esta problemática y conocer su opinión, nos pusimos en contacto vía telefónica con los distintos recursos (UAD's, Comunidad Terapéutica y Centro de Día) de atención a las Drogodependencias de Tenerife, los cuales pertenecen a las siguientes asociaciones y ONG, Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel; Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD) y Cáritas Diocesana de Tenerife. Para acercarnos a la realidad de los/las trabajadores/as sociales, les remitimos por correo electrónico un cuestionario de elaboración propia (Anexo N°4): Cuestionario al trabajador/a social en relación a la atención de las personas privadas de libertad que presentan

Trastornos relacionados con sustancias. Además, añadir que a estos recursos son derivadas las personas residentes del CIS Mercedes Pinto. Se intentó conseguir que el total de la población contestara el cuestionario, no obstante esto no fue posible y obtuvimos una muestra de seis trabajadores/as sociales de un total de doce.

Una vez extraída y registrada la información necesaria para la investigación procedimos a su sistematización y análisis de manera cuantitativa a través del programa estadístico SPSS.

Para la presentación de los resultados nos basamos en la estadística descriptiva, es decir, empleamos tablas acompañadas de comentarios referentes a los datos.

Posteriormente, se realizó la discusión de los resultados atendiendo a las aportaciones teóricas, a la experiencia en las prácticas en el CIS Mercedes Pinto y a los resultados obtenidos en la investigación; procurando establecer una relación entre la teoría y la práctica, generando en último lugar una serie de conclusiones y propuestas.

4. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación. Por un lado se exponen los resultados referente a las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias; y por otro, los resultados de la opinión de los/as trabajadores/as sociales de los recursos de atención a las drogodependencias.

4.1 Resultados sobre las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias

Tabla 1

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto, en el año 2015.

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto	Frecuencia	Porcentaje
Personas sin problemática de dependencia a sustancias	65	51%
Personas con dependencia a sustancias	63	49%
Total	128	100%

Como podemos observar un 49% de la población residente del CIS Mercedes Pinto presenta Trastornos relacionados con sustancias. Hay que tener en cuenta que no se han contemplado aquellos casos donde el consumo de drogas ha sido experimental o esporádico, si hubiera sido así el porcentaje sería aun mayor.

Tabla 2

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	59	94%
Mujer	4	6%
Total	63	100%

Entre las personas privadas libertad que presentan un Trastorno relacionado con sustancias, un 94% son hombres y un 6% mujeres. Añadir que la población total de hombres privados de libertad es proporcionalmente mayor que la de mujeres.

Tabla 3

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 30 años	10	16%
De 31 a 45 años	39	62%
Más de 45 años	14	22%
Total	63	100%

Atendiendo a la tabla 3, podemos decir que existe una mayor proporción de personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias con una edad comprendida entre los 31 y 45 años (62%). Los más jóvenes (18-30 años) presentan el menor porcentaje (16%).

Tabla4

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según el nivel de estudios.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios o estudios primarios incompletos	2	3%
Estudios primarios completos: 6° EGB aprobado, Certificado de Escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados	24	38%
Estudios secundarios 1ª etapa: 8° EGB aprobado, Graduado Escolar, Bachillerato Elemental, Formación Profesional de 1° Grado o Ciclos Formativos de Grado Medio aprobados, ESO aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados.	29	46%
Estudios secundarios 2ª etapa: BUP, Bachillerato Superior, Bachillerato LOGSE, COU, Preu, Formación Profesional 2° Grado o Ciclos Formativos de Grado Superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados.	8	13%
Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica)	0	0%
Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado)	0	0%
Total	63	100%

Referente al nivel educativo de las personas privadas de libertad que presentan drogodependencias poseen estudios secundarios 1ª etapa (46%) o estudios primarios completos (38%) representando la suma ambos el 84%.

Tabla 5

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según la ocupación laboral.

Ocupación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Agricultura, ganadería y/o pesca	4	6%
Comercio y servicios	17	27%
Construcción	29	46%
Servicios Domésticos	4	6%
Transporte y Turismo	6	10%
Sin definir	3	5%
Total	63	100%

Aludiendo a la ocupación laboral de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, podemos decir que el 46% se dedica a la construcción, destacando los empleos de albañil, pintor, peón de obra, etc. El siguiente sector de empleo que le sigue es el de comercio y servicios con un 27%, donde principalmente se ejerce de camarero/a, reponedores/as de supermercados, dependientes/as de tiendas, etc. Por tanto, podemos afirmar que un 73% de la población estudiada se dedica a los sectores de construcción y comercio y servicios. Además, añadir que todas las mujeres de la población estudiada se dedican a servicios domésticos.

Tabla 6

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según su situación laboral.

Ocupación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	20	32%
Jubilado o pensionista	2	3%
Parado/a y ha trabajado antes	38	60%
Parado/a y busca su primer empleo	2	3%
Estudiante	1	2%
Total	63	100%

Como podemos observar, el 63% de la población estudiada se encuentra en situación de desempleo, de los cuales un 60% ha trabajado anteriormente y un 3% busca su primer empleo. No obstante, hay un 32% que están empleados, varias de estas personas desempeñan labores en los destinos dentro del CIS (jardinera, economato, lavandería, cocina...), o bien trabajan de manera normalizada fuera del CIS.

Tabla 7

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según la situación económica.

Situación económica	Frecuencia	Porcentaje
Ingresos propios	22	35%
Ingresos derivados de ayudas o prestaciones	8	13%
Cuenta con apoyo de familiares, amigos...	30	47%
No tiene ingresos de ningún tipo	3	5%
Total	63	100%

Según los resultados obtenidos, podemos decir que el 95% de la población estudiada cuenta con ingresos económicos de algún tipo, ya sean derivados del apoyo económico de familiares, amigos... (47%), ingresos propios (35%) o derivados de ayudas o prestaciones (13%). Sin embargo, existe un 5% no tienen ingresos de ningún tipo.

Tabla 8

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según cantidad de ingresos mensuales.

Cantidad de ingresos mensuales	Frecuencia	Porcentaje
No tiene ingresos	3	5%
Menos o igual a 300€	2	8%
De 301 a 600€	20	32%
De 601 a 900€	16	25%
De 901 a 1200€	10	16%
De 1201 a 2400€	12	19%
Total	63	100%

Aludiendo a la tabla 8, podemos observar que el 57% de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias del CIS Mercedes Pinto, tienen unos ingresos mensuales en la unidad doméstica que oscilan entre los 301€ y los 900€.

Tabla 9

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según la convivencia en el domicilio.

Convivencia en el domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Solo/a	2	3%
Familia adquirida	23	36%
Familiar de origen	32	51%
Piso compartido	3	5%
Sin domicilio	3	5%
Total	63	100%

El 50% de la población estudiada convive con su familia de origen y el 36% con la familia adquirida, es decir, la mayoría tienen responsabilidades familiares.

Tabla 10

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según los antecedentes penales familiares.

Antecedentes penales familiares	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	38%
No	39	62%
Total	63	100%

Como podemos observar, el 38% de las personas privadas de libertad que presentan una drogodependencia tienen familiares con antecedentes penales. En ocasiones se ha dado el ingreso de varios familiares por un delito conjunto o son familias crónicas, es decir que se repite el patrón de conducta en los distintos miembros; en cambio un 62% no tiene familiares con antecedentes penales.

Tabla 11

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según los antecedentes tóxicos familiares.

Antecedentes tóxicos familiares	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	56%
No	29	44%
Total	63	100%

Además, el 56% de la población estudiada vemos que tienen antecedentes tóxicos familiares, en este caso, observamos cómo se repiten también los patrones de conducta de consumo.

Tabla 12

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según el apoyo recibido.

Apoyo recibido	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	53	90%
Grupo de iguales	3	5%
Profesional	3	5%
Total	63	100%

En cuanto al apoyo recibido, el 90% de la población estudiada recibe el apoyo de sus familiares, y un 10% del grupo de iguales o de profesionales, decir que estos últimos suelen corresponder con personas extranjeras o aquellas personas que tienen una red de apoyo escasa.

Tabla 13

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según el delito cometido.

Delito cometido	Frecuencia	Porcentaje
Agresión y/o Lesiones	2	3%
Homicidio	5	8%
Robo	19	30%
Seguridad Vial	4	6%
Atentado a la autoridad	3	5%
Estafa	1	2%
Contra la Salud Pública	9	46%
Total	63	100%

Como podemos observar en la tabla, el 46% de la población estudiada ha cometido un delito Contra la Salud Pública (tráfico de drogas), seguidamente con un 30% han sido delitos de Robo (pueden ser con fuerza o con violencia).

Tabla 14

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según la relación del delito con el consumo de tóxicos.

Relación del delito con el consumo de tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	70%
No	17	30%
Total	63	100%

En este caso, podemos ver como el 70% de las personas estudiadas han reconocido o refieren una relación entre el delito cometido y el consumo de drogas, dando lugar a dos opciones, que se haya cometido el delito para obtener las sustancias o que el delito sea consecuencia de haber consumido.

Tabla 15

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según los ingresos en prisión.

Ingresos en prisión	Frecuencia	Porcentaje
Primer ingreso	37	59%
Reincidente	26	41%
Total	63	100%

De la población estudiada el 41% son reincidentes, es decir, ya han tenido otros ingresos en prisión. Por tanto, podemos considerar la drogodependencia como factor de riesgo reincidencia penal.

Tabla 16

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según las drogas consumidas.

Drogas consumidas	Frecuencia	Porcentaje
Hachís	10	16%
Alcohol	5	8%
Cocaína	11	17%
Heroína	1	2%
Policonsumo	36	57%
Total	63	100%

Haciendo referencia a los datos de la tabla 16 el 57% de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias refieren tener una problemática de policonsumo, es decir que abusan de más de una sustancia. Comentar que en ocasiones se vincula el consumo de una droga con otra, por ejemplo el alcohol y la cocaína. Asimismo, las drogas más consumidas por la población objeto de estudio un 16% refiere tener adicción al hachís y un 17% a la cocaína.

Tabla 17

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según los motivos de consumo.

Motivos de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Entorno	21	33%
No control de los estados de emocionales	12	19%
Ocio	10	16%
Evitación de la realidad	20	32%
Total	63	100%

La drogodependencia es un fenómeno multicausal. En nuestra investigación el 33% de la población indica que un factor de riesgo para el inicio de consumo es el entorno (familia, grupos de iguales, comunidad...), además un 32% hacen asociar el consumo con la evitación de la realidad, es decir, que buscan los efectos de la droga para evadirse de sus problemas. También han aludido al ocio (16%) y un 19% lo asocian a no poder controlar sus emociones negativas (frustración, depresión, tristeza, soledad...).

Tabla 18

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según la edad de inicio de consumo.

Edad de inicio de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 18 años	43	68%
Entre los 19 y 30 años	18	29%
De los 31 a los 45 años	2	3%
Total	63	100%

Como podemos ver en la tabla 18 el 68% de la población estudiada reconocen iniciar el consumo de sustancias antes de los 18 años, en menor medida, con un 29% refieren comenzar el consumo entre los 19 y los 30 años, por último, un 3% entre los 31 y 45 años.

Tabla 20

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según los periodos de abstinencia.

Periodos de abstinencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	87%
No	9	13%
Total	63	100%

El 87% de las personas refieren haber tenido periodos de abstinencias, añadir que muchos casos coinciden con el ingreso en prisión, a excepción de algunos que también han tenido periodos anteriores.

Tabla 21

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según si han realizado tratamiento.

Realización de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	67%
No	23	33%
Total	63	100%

De la población estudiada el 67% refieren haber realizado tratamiento biopsicosocial para tratar su drogodependencia (desintoxicación, deshabitación y reincorporación social). El tratamiento ha sido realizado en los recursos externos existentes de San Miguel Adicciones, ANTAD, Proyecto Hombre o Cáritas Diocesana, o también ha habido casos que lo han realizado en la UTE (Unidad Terapéutica) del Centro Penitenciario Tenerife II, en estos casos la última fase que sería la reincorporación social se hará de manera progresiva en el CIS.

Tabla 22

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según si actualmente asisten a algún programa penitenciario.

Asistencia a programas dentro de la Institución Penitenciaria	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	24%
No	48	76%
Total	63	100%

El 24% de las personas estudiadas asisten al Programa de Prevención de Recaídas, añadir que es el único programa que se desarrolla dentro del CIS para tratar la problemática.

Tabla 23

Personas que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto en el año 2015, según si actualmente realizan tratamiento en recursos externos.

Realización actual de tratamiento en recursos externos	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	60%
No	25	40%
Total	63	100%

Y por último, el 60% de las personas estudiadas han sido derivadas a alguno de los recursos exteriores de atención a las drogodependencias, los cuales han sido mencionados anteriormente.

Teniendo en cuenta lo expuesto, podemos concretar el siguiente perfil social referente a las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias que reside en el CIS Mercedes Pinto:

- Hombres de edades comprendidas entre los 31 y 45 años.
- Con estudios secundarios 1ª etapa y/o estudios primarios completos.
- La mayoría se encuentra en situación de desempleo y han estado ocupados laboralmente en el sector de la construcción o comercio y servicios.
- Cuentan con el apoyo económico de familiares, amigos... y los ingresos mensuales en la unidad doméstica oscilan entre los 301€ y los 900€. La mayoría convive con su familia de origen y/o con la familia adquirida.
- Refieren antecedentes familiares penales y/o tóxicos.
- La mayoría han cometido delito Contra la Salud Pública o delito de Robo.
- Refieren una relación entre el delito cometido y el consumo de drogas.
- Hay un alto porcentaje de reincidentes penales.
- La mayoría refieren tener una problemática de policonsumo o presentan una adicción al hachís o a la cocaína.
- El principal motivo de inicio de consumo, es el entorno o la evitación de la realidad.
- La edad de inicio de consumo se sitúa antes de los 18 años.
- La mayoría refieren haber tenido periodos de abstinencias y han realizado en alguna ocasión tratamiento biopsicosocial para tratar la drogodependencia.

4.2 Resultados del cuestionario sobre la opinión de los/as trabajadores/as sociales en relación a la atención de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias en los recursos de atención a la drogodependencias

Tabla 24

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si existe una relación entre el consumo de sustancias y la actividad delictiva.

Existe relación entre el consumo de sustancias y la actividad delictiva	Frecuencia	Porcentaje
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	17%
De acuerdo	3	50%
Totalmente de acuerdo	2	33%
Total	6	100%

Atendiendo a la tabla 24, podemos observar como el 50% de los/as trabajadores/as sociales de los recursos de atención a las drogodependencias de Tenerife están “de acuerdo” en que existe una relación entre el consumo de sustancias y la actividad delictiva y un 33% están “totalmente de acuerdo”. La suma de ambos supone el 83%.

Tabla 25

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si el consumo de sustancias puede aumentar la probabilidad de cometer un delito.

El consumo de sustancias aumenta la probabilidad de cometer un delito	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	3	50%
Totalmente de acuerdo	3	50%
Total	6	100%

El total de los /as trabajadores/as de los recursos de atención a las drogodependencias están “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”, en que el consumo de sustancias puede aumentar la probabilidad de cometer un delito.

Tabla 26

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si los Trastornos relacionados con sustancias pueden ser un factor de riesgo para la reincidencia penal.

La drogodependencia es un factor de riesgo de reincidencia	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	2	32%
Totalmente de acuerdo	4	68%
Total	6	100%

El 68% de los/as trabajadores/as de los recursos de atención a las drogodependencias están “totalmente de acuerdo” de que la drogodependencia es un factor de riesgo para la reincidencia penal y el resto, “de acuerdo”. No se da ningún caso que opine lo contrario.

Tabla 27

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si las personas privadas de libertad que presentan un Trastornorelacionado con sustancias, sufren un doble estigma.

Las personas privadas de libertad y drogodependientes sufren un doble estigma	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	1	16%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	16%
De acuerdo	3	50%
Totalmente de acuerdo	1	16%
Total	6	100%

Como podemos observar, el 50% de los /as trabajadores/as de los recursos de atención a las drogodependencias están “de acuerdo” en que la población estudiada sufre un doble estigma por estar privados de libertad y tener una problemática de drogodependencia y el 16% están “totalmente de acuerdo”, lo cual representa que el 66% considera que las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, sufren un doble estigma. No obstante, un 16% está “en desacuerdo” y un 16% no lo tiene claro.

Tabla 28

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si las personas privadas de libertad tienen más complicada su integración que el resto de los usuarios.

Las personas privadas de libertad tienen más complicada su integración	Frecuencia	Porcentaje
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	33%
De acuerdo	2	33%
Totalmente de acuerdo	2	33%
Total	6	100%

Respecto a si las personas privadas de libertad tienen más complicada su integración que el resto de los usuarios, el 66% de los/as trabajadores/as de los recursos de atención a las drogodependencias están entre “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”, el resto no lo tiene claro.

Tabla 29

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si es más beneficioso para el paciente privado de libertad que su tratamiento se realice con los recursos del exterior y no dentro de la institución penitenciaria.

Es más beneficioso que el tratamiento se realice con los recursos del exterior	Frecuencia	Porcentaje
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	33%
De acuerdo	2	33%
Totalmente de acuerdo	2	33%
Total	6	100%

El 66% los/as trabajadores/as entrevistados/as apoyan la idea de que es más beneficiosos para las personas privadas de libertad realizar el tratamiento en los recursos externos a la institución penitenciaria.

Tabla 30

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si la atención que recibe la persona privada de libertad es igual que la del resto de usuarios.

La atención que recibida es igual que la del resto de usuarios	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	1	17%
De acuerdo	2	33%
Totalmente de acuerdo	3	50%
Total	6	100%

El 83% de los /as trabajadores/as afirman que la atención que reciben las personas privadas de libertad es igual que la del resto de usuarios, es decir que no se diferencia en ningún aspecto, exceptuando si hubiera que tomar alguna medida de seguridad.

Tabla 31

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si los usuarios derivados de prisión tienen comportamientos diferentes al resto de usuarios (asimilación de normas, compromiso, motivación...).

Los/as usuarios/as de prisión tienen comportamientos diferentes al resto de usuarios	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	33%
En desacuerdo	1	17%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	17%
De acuerdo	2	33%
Total	6	100%

Como podemos observar, los/as trabajadores/as sociales encuestados, ante la afirmación de que las personas privadas de libertad tienen comportamientos diferentes al resto de usuarios un 50% está “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo”, es decir, no hay diferencias en el comportamiento y un 17% no lo tiene claro.

Tabla 32

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre si existe rechazo, discriminación y/o prejuicio durante el tratamiento hacia las personas que han estado o están en prisión por parte de los profesionales o del resto de usuarios.

Existe rechazo, discriminación y/o prejuicio hacia las personas privadas de libertad	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	5	83%
En desacuerdo	1	17%
Total	6	100%

Atendiendo a la tabla 32 el 83% de los/as trabajadores/as sociales afirman que no existe ningún tipo de rechazo, discriminación y/o prejuicio durante el tratamiento hacia las personas que han estado o están en prisión por parte de los profesionales o del resto de usuarios.

Tabla 33

Opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre silas personas que se encuentras privadas de libertad tienen una mayor probabilidad de rehabilitación que el resto de usuarios.

Las personas que se encuentras privadas de libertad tienen una mayor probabilidad de rehabilitación que el resto de usuarios	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	33%
En desacuerdo	1	17%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	33%
Totalmente de acuerdo	1	17%
Total	6	100%

El 50% de los/as trabajadores/as sociales de los recursos de atención a las drogodependencias entienden que las personas privadas de libertad no tienen una mayor probabilidad de rehabilitación que el resto de usuarios, sin embargo el otro 50% piensa que si.

A continuación, pasaremos a presentar la información obtenida de las preguntas abiertas. Para ello, hemos realizado un vaciado de resultados agrupando las contestaciones e integrando todas las respuestas, además hemos utilizado un criterio de orden para obtener coherencia.

Referente a la cuestión, ¿qué funciones y/o actividades desempeñas en la atención a los Trastornos relacionado con sustancias?, decir que tanto los/as trabajadores/as sociales de las UAD's como el Centro de Día y la Comunidad Terapéutica, nos han respondido lo siguiente:

De manera transversal se realizan funciones de orientación, información y asesoramiento, tanto a personas directamente afectadas como a familiares y a cualquier entidad, persona o recurso que lo solicite.

Los/as trabajadores/as sociales forman parte de los equipos multidisciplinares en los recursos de atención a las drogodependenciasy además realizan las siguientes funciones:

1. Entrevista de acogida: analiza desde un punto de vista social todo aquello que se relaciona con el usuario:
 - Entorno (factores de riesgo y protección asociados al consumo)
 - Familia (relaciones establecidas entre los miembros de la familia con el usuario)
 - Grupo de iguales...

Uno de los objetivos principales es la motivación para el cambio, para ello será necesario establecer una relación empática, de confianza, con autenticidad, que permita al paciente creerse que es posible el cambio y que le podemos acompañar en su proceso.

2. Realizar una valoración, pronóstico y diagnóstico socio-familiar, esta función es exclusiva de los/as trabajadores/as sociales. No obstante, siempre es compartida con el equipo terapéutico, donde el/la psicólogo/a aporta su diagnóstico psicológico y el/la médico/a su diagnóstico clínico.
3. Intervención social (individual, grupal y familiar): la intervención se diseña de manera consensuada por el equipo terapéutico, independientemente de quien realice posteriormente la intervención. Básicamente consiste en:
 - Establecer un plan de intervención personalizado biopsicosocial.
 - Crear conciencia de la problemática multifactorial del consumo abusivo.
 - Diagnosticar, tratar y controlar los aspectos sociales relacionados con la conducta adictiva.
 - Iniciar al usuario en la adquisición de hábitos saludables y/o medidas preventivas en relación a las adicciones.
 - Formar al paciente en aquellas áreas fundamentales de la vida que le permitan reincorporarse a la sociedad con normalidad y mantener una calidad de vida y bienestar.
 - Trabajo y apoyo a la familia.

Los principales objetivos de la intervención social y por tanto del trabajador/a social en relación al usuario son:

- Recuperación o adquisición de pautas de conducta que le permitan establecer relaciones positivas y adecuadas con su medio social.
 - Desarrollar la capacidad de toma de decisiones
 - Aumentar la tolerancia a la frustración y la aceptación abierta a los problemas.
 - Adquirir valores éticos y conciencia crítica (respecto a los demás, concepto de justicia y libertad, etc.)
- Normalización de la convivencia familiar:
 - Fortalecer vínculos familiares

- Desarrollar y recuperar hábitos, costumbres y normas de convivencia en general
 - Control de la vida emocional
 - Potenciar la formación y capacitación laboral, así como el entrenamiento en habilidades sociales para la búsqueda de empleo.
 - Construir o recuperar la faceta de ocio y cultura:
 - Integrar en programas de educación de adultos como el mejor instrumento comunitario para la reconstrucción de la faceta cultural.
 - Disfrutar de actividades y hobbies personales como elemento del desarrollo personal, donde indudablemente juegan un papel fundamental los recursos comunitarios.
 - Apoyar la aceptación y la integración en las realidades de la comunidad donde se encuentra y recuperar el sentido de pertenencia al barrio/ciudad.
4. Derivación: derivar a otros recursos complementarios y/o más adecuados a su problemática (Comunidades Terapéuticas, Servicios sociales, Dirección General, etc.)
 5. Coordinación: tanto de manera interna (equipo terapéutico) como con profesionales y recursos de apoyo externo (médicos, UTS, Hospitales, Unidades de Salud Mental...) y/o con centros propios de la entidad.
 6. Seguimiento de los casos.
 7. Elaboración de Informes Sociales: es el instrumento por excelencia de los/as trabajadores/as sociales, a través de ellos registran toda la información de los usuarios.

Por último, decir que el/la trabajador/a social realiza intervenciones durante todo el proceso Terapéutico de desintoxicación, deshabitación e reincorporación social.

La segunda pregunta que se realizó a los/as trabajadores/as sociales hacía referencia a las recaídas, las cuales se contemplan como una fase más del proceso de cambio y por ello se prepara a la persona para afrontar esta situación. No obstante, para las personas privadas de libertad conlleva unas consecuencias añadidas que el resto de usuario no tienen, por ejemplo, una regresión, una nueva

clasificación de grado, sanciones... ¿cómo se aborda o se debería afrontar esta cuestión? A esta cuestión respondieron lo siguiente:

Terapéuticamente las recaídas se afrontan de la misma manera que en el resto de los usuarios. Cada persona debe conocer las consecuencias de sus acciones y responder ante ellas, ello supone un aprendizaje de cara al tratamiento. Una recaída no es un retroceso, debemos de apoyar al usuario y renovar el compromiso hacia el tratamiento, para posteriormente valorar qué provocó la recaída y establecer unas estrategias de afrontamiento.

No obstante, si es verdad que las personas privadas de libertad, por sus circunstancias, muchas veces intentan negar el consumo por miedo a las consecuencias.

El equipo terapéutico está en la obligación de informar de todas las posibles incidencias que sucedan durante el tratamiento. Así mismo, también hay que defender que la persona que presenta problemas adictivos es un enfermo y por tanto las recaídas forman parte del proceso de recuperación de su enfermedad. Esto no quiere decir que por ello se le esté dando permiso para que las tenga. Por tanto, es aconsejable que se tome algún tipo de medida de control por parte de prisión sobre ellos, como por ejemplo, las salidas restringidas durante algunos fines de semana hasta que el usuario se recupere de la recaída y puede enfrentarse de nuevo a la abstinencia y deseo de consumo.

Es decir, lo más importante es trabajar para que aprendan a reconocer situaciones de riesgo que le puedan conducir a una recaída y utilizar los mecanismos necesarios para evitarlas.

Para finalizar, se les pregunta los/as trabajadores/as sociales si existía una coordinación entre el establecimiento penitenciario y el recurso; y en el caso de que no se diera, si consideraban necesario que ésta existiera. A lo cual, nos respondieron lo siguiente:

La coordinación entre los centros de atención a las drogodependencias y las instituciones penitenciarias es realizada por parte de los/as trabajadores/as sociales a través de los informes de seguimiento, reuniones puntuales o por vía telefónica. El principal objetivo es conocer la evolución del paciente (especialmente si van a pasar por Junta de Tratamiento). No obstante, en muchas ocasiones, esta se complica por los protocolos y procesos burocráticos a los que se ven obligados a cumplir.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2014), expone que el sistema penitenciario español ha experimentado en las últimas décadas un cambio radical de orientación y concepto, la labor fundamental consiste en garantizar el cumplimiento de las penas impuestas por los jueces, asegurar la custodia de los reclusos y proteger su integridad. Pero esta misión no sería completa ni eficaz si no estuviera orientada a la rehabilitación de los reclusos para su futura reinserción en la sociedad.

A pesar de que las nuevas políticas de Instituciones Penitenciarias apuestan por la reeducación y reinserción social se sigue visualizando la cárcel como una medida punitiva frente a un delito. Es por ello que en prisión se sigue tratando el delito y no lo que en un primer momento lleva a la persona a cometer la actividad delictiva, es decir, las causas o motivos. Sin una intervención biopsicosocial integral es difícil conseguir una rehabilitación eficaz.

Antolín (2007) expone que al igual que ocurre en los centros de tratamiento de la red asistencial de las drogodependencias, la intervención terapéutica en prisión debe ajustarse a las necesidades particulares de cada usuario/a, en cada momento concreto.

La adecuación del tratamiento a las necesidades y problemas particulares de cada usuario es importante para la reintegración familiar, social y laboral del mismo. Además, el tratamiento debe abordar el abuso de drogas del paciente así como cualquier problema médico, social, psicológico o legal del individuo. Por tanto, se debe adaptar el abordaje terapéutico a la realidad del usuario y usuaria. En las drogodependencias no sirven las generalidades, cada persona es un mundo y tiene una realidad. No obstante, es cierto que existen ciertos aspectos comunes que se repiten en los distintos casos.

Como ya hemos mencionado anteriormente, la drogodependencia es un fenómeno complejo y multicausal. El 49% de las personas privadas de libertad que residen en el CIS Mercedes Pinto presentan un Trastorno relacionado con sustancias, de las cuales un 94% son hombres y un 6% mujeres, es decir que se puede generar tanto en hombres como en mujeres.

Desarrollar una drogodependencia es más probable cuando se inicia el consumo en la adolescencia, el 68% de la población estudiada reconocen iniciar el consumo de sustancias antes de los 18 años.

Otra de las características o aspectos comunes de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias es el policonsumo. El 57% de las personas privadas de libertad refieren tener una problemática de policonsumo, es decir que abusan de más de una sustancia.

También, la mayoría de las personas privadas de libertad que presentan un Trastorno relacionado con sustancias suele provenir de un entorno desfavorable.

Aludiendo a los resultados obtenidos, el 60% de la población estudiada se encuentra en situación de desempleo y el 45% tienen unos ingresos mensuales en la unidad doméstica menores a 600€.

Referente al nivel educativo de las personas privadas de libertad que presentan drogodependencias poseen estudios secundarios 1ª etapa (46%) o estudios primarios completos (38%) representando la suma ambos el 84%. muchos de ellos reconocen haber abandonado los estudios en edades tempranas para dedicarse a trabajar en sectores como la construcción o comercio y servicios.

Por otro lado, el 38% de las personas privadas de libertad que presentan una drogodependencia tienen familiares con antecedentes penales y el 56% tienen antecedentes familiares tóxicos. Como podemos observar se repiten los patrones de conducta tanto delictiva como de consumo.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, podemos decir que muchas de las personas privadas de libertad que presentan un Trastorno relacionado con sustancias provienen de un entorno que presentan varios factores de riesgo como son: el desempleo, la escasa formación y cualificación profesional y los antecedentes penales y/o tóxicos familiares.

Tanto Muñoz y Díez (2003) en los antecedentes teóricos como los resultados de la investigación, apoyan la idea de que los delitos cometidos por una persona drogodependiente suelen tener relación con el consumo de tóxicos. Aludiendo a los resultados, el 70% de las personas estudiadas han reconocido la existencia de una relación entre el delito cometido y el consumo de drogas, ya sea porque han cometido el delito para obtener las sustancias o que el delito sea consecuencia de haber consumido.

A su vez, una persona drogodependiente tiene mayor probabilidad de ser reincidente penal sino trata su adicción, el 34% de las personas estudiadas son reincidentes. Además, el 68% de los/as

trabajadores/as sociales que contestaron al cuestionario están totalmente de acuerdo de que la drogodependencia es un factor de riesgo de reincidencia penal.

También, el 87% refieren haber tenido periodos de abstinencias, en muchos casos coinciden con el ingreso en prisión a excepción de algunos que también han tenido periodos anteriores.

Para finalizar con los aspectos comunes de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, el 67% de la población estudiada refieren haber realizado tratamiento biopsicosocial de desintoxicación, deshabitación y reincorporación social. El tratamiento ha sido realizado en algunos de los recursos externos existentes de San Miguel Adicciones, ANTAD, Proyecto Hombre o Cáritas Diocesana, o también ha habido casos que lo han realizado en la UTE (Unidad Terapéutica) del Centro Penitenciario Tenerife II. No obstante, muchos no han tenido éxito y han abandonado o han necesitado varias intervenciones.

Actualmente, el 24% de las personas estudiadas asisten al Programa de Prevención de Recaídas del CIS Mercedes Pinto para tratar la problemática. Y un 79% de las personas han sido derivadas a alguno de los recursos exteriores de atención a las drogodependencias, los cuales han sido mencionados anteriormente.

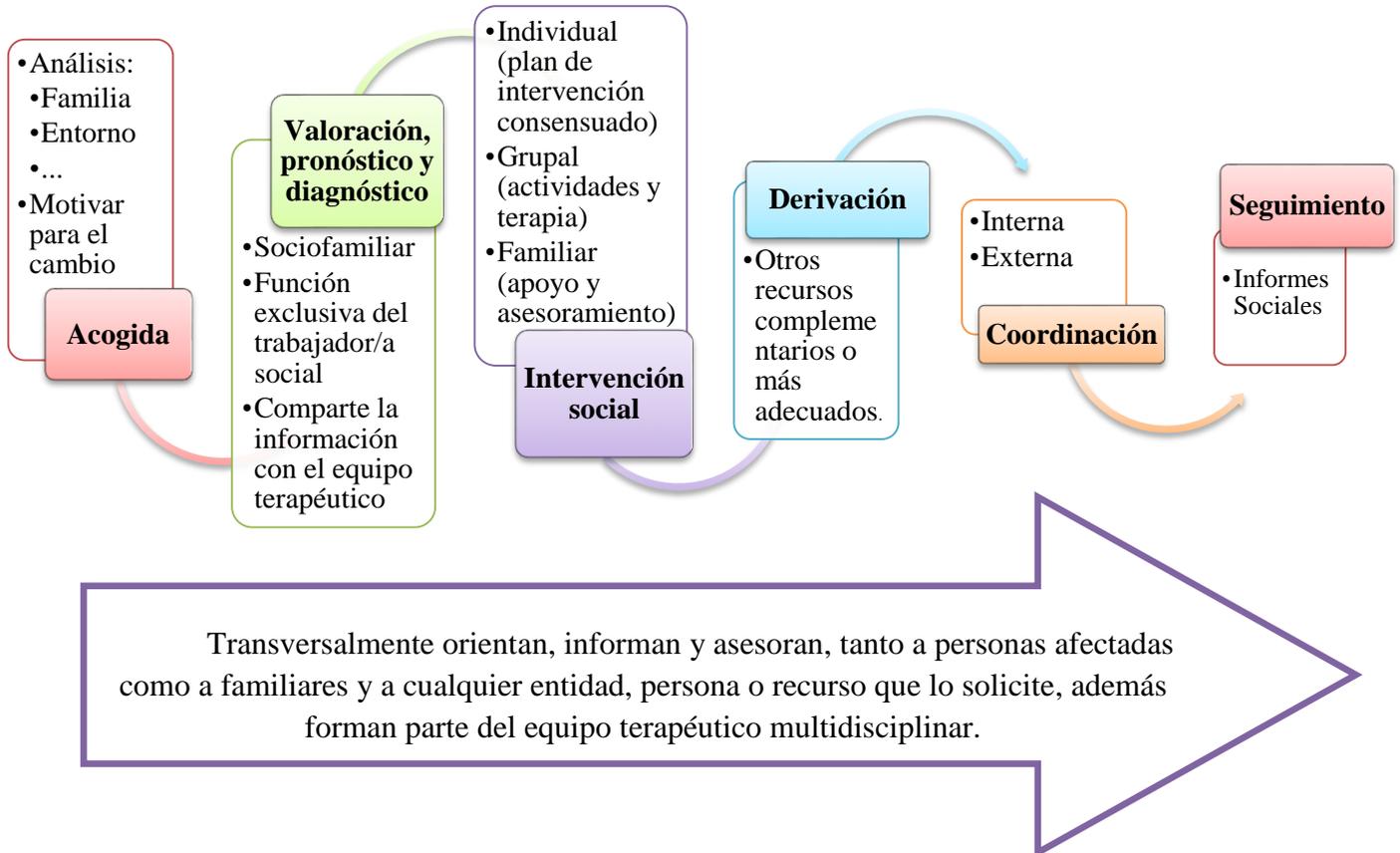
Teniendo presente tanto los antecedentes teóricos como los resultados de la investigación, podemos decir, en cuanto a las funciones de los trabajadores y las trabajadoras sociales de los recursos de atención a las drogodependencias (UAD, Centro de Día y/o Comunidad Terapéutica) y sobre la opinión de estos y estas referente a la atención de personas privadas libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, lo siguiente:

Según Manzano, Cotado, Vicente y Maroto (2007), la mayor parte de los de los desarrollos teóricos en relación a las funciones de los/as trabajadores/as sociales giran alrededor de las siguientes áreas: prevención, asistencia, incorporación social, gestión, planificación y evaluación.

Tomando como referencia a Mayor (2007), hay dos formas de intervención profesional en el ámbito de las Drogodependencias: Por un lado, la intervención directa (responder a demandas individuales, familiares, grupales o comunitarias que presenta relación con factores asociados a las drogodependencias), y por otro lado, la intervención indirecta (actividades relacionadas con el estudio, análisis, sistematización, planificación, investigación, supervisión, docencia, gestión, coordinación y evaluación).

A su vez, según los resultados obtenidos del cuestionario realizado a los/as trabajadores/as sociales hemos concretado las siguientes funciones a desempeñar en los recursos.

Esquema 1: Funciones del trabajador/a social en los recursos de atención a la drogodependencias.



La Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2014), añade que antes de iniciar cualquier otra intervención para la rehabilitación del interno, la atención prioritaria de los/as trabajadores/as sociales está centrada en resolver la problemática que ha desencadenado su ingreso en prisión.

Es por ello, que tanto la teoría como la experiencia de los/as profesionales nos dice que debemos remitirnos a los orígenes del problema, es decir observar aquellos factores que han propiciado la problemática o la mantienen. En este caso, debemos tener en cuenta las dos realidades, las drogas y la actividad delictiva, además del nexo de unión entre ambas para poder realizar una intervención integral.

Añadir que durante la experiencia en las prácticas en prisión, hemos observado que no se trabaja de manera integral los Trastornos relacionados con sustancias, si no que se limitan a controlar la abstinencia.

Como ya hemos mencionado anteriormente, las personas privadas de libertad y que presentan un Trastorno relacionado con sustancias sufren un doble estigma, esta afirmación es apoyada por Fornons (2009) que nos dice que estas personas sufren una doble condena por estar en prisión y tener una problemática de drogodependencias. Además, el 50% de los /as trabajadores/as sociales de los recursos de atención a las drogodependencias están de acuerdo en que la población estudiada sufre un doble estigma y el 17% están totalmente de acuerdo.

Asimismo, referente si a las personas privadas de libertad y que presentan un Trastorno relacionado con sustancias les cuesta más integrarse socialmente que al resto de la población, un 66% de los/as trabajadores/as de los recursos de atención a las drogodependencias están de acuerdo o totalmente de acuerdo.

Referente a estas dos cuestiones decir que durante la experiencia en las práctica en las conversaciones mantenidas con los/as usuarios/as se han manifestado avergonzados de su realidad y han comentado como se les pone trabas a la hora de reincorporarse a la sociedad por parte de la comunidad. No obstante, he de añadir que hay muchas organizaciones, ONG'S y entidades sensibilizadas con el colectivo, que facilitan y colaboran con esta labor.

En cuanto si las personas privadas de libertad presentan más comportamientos desadaptativos (no asimila normas, falta de compromiso o motivación, mala gestión de problemas...) que el resto de usuarios, decir que ante esta afirmación un 50% los/as trabajadores/as sociales encuestados están entre totalmente en desacuerdo o en desacuerdo.

A lo anteriormente expuesto, añadir que coincidimos con la opinión de los/as trabajadores/as sociales, pues consideramos que no es una característica inherente a estar privado de libertad, si no un rasgo personal el cual ha podido ser uno de los propulsores de su problemática o situación. No obstante, decir que estas conductas pueden corregirse y sería oportuno para evitar futuras recaídas y/o reincidencias.

En referencia a si es más beneficioso realizar los tratamientos para la drogodependencia en recursos externos a la Institución Penitenciaria, tanto los/as trabajadores/as sociales como Gallizo Llamas, (2007), consideran básico, dentro de las posibilidades, la orientación y derivación de las personas privadas de libertad las intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral.

Añadir a esto, que he podido observar como aquellas personas que realizan tratamientos extrapenitenciarios su reintegración social es menos dificultosa, pues esto le permite que se adapten gradualmente a la vida en libertad. Además, entre los beneficios que esto conlleva podemos destacar los siguientes:

- Logran una mayor autonomía, la propia persona será la responsable de acudir a sus citas, pedir los permisos correspondientes y de realizar sus actividades. Rompiendo en cierta manera con la dependencia profesional.
- Adquieren responsabilidades de manera progresiva, de manera que el nivel de estrés es menor. Debemos tener en cuenta que hay personas que han pasado muchos años en prisión aislados de su realidad en el exterior.
- Amplían su red de apoyo y fomenta nuevas relaciones personales.
- Conocen otros recursos ajenos a la institución penitenciaria.
- Promueve la motivación por el cambio, el salir de prisión aunque sea durante unas horas es un motivo de estímulo.

Por último en cuanto a la coordinación entre el Centro Penitenciario y los recursos de atención a las drogodependencias, en un principio dijimos que era escasa, no obstante tras realizar la entrevista a los/as trabajadores/as sociales hemos sacado en claro lo siguiente: la coordinación se desarrolla por parte de los/as trabajadores/as sociales a través de los informes de seguimiento, reuniones puntuales o por vía telefónica y el principal objetivo es conocer la evolución del paciente.

No obstante, en muchas ocasiones esta labor se ve obstaculizada por el sistema burocrático o por razones de sobrecarga profesional.

Nos gustaría terminar este apartado recalcando el objetivo principal y final de la atención a personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, siendo este la reeducación y reinserción social de la persona garantizando un mínimo de calidad de vida y bienestar.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Como hemos mencionado a lo largo del informe, el objetivo de la investigación ha sido conocer las características de la atención social que reciben las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias. Una vez valorada toda la información se ha concluido lo siguiente:

- Actualmente las drogas están muy presente en nuestra sociedad y es una de las principales preocupaciones, debido a sus consecuencias y riesgos, se habla mucho de ello y aún más cuando se asocia a las actividades delictivas.
- El ingreso en prisión se puede visualizar como una oportunidad de cambio. La persona va a pasar una etapa de su vida reclusa y esta podría considerar iniciar el tratamiento.
- La normativa defiende el derecho de atención de las personas drogodependientes en prisión.
- El tratamiento de la persona privada de libertad y drogodependiente es posible y necesario.
- El tratamiento debe ser voluntario, consensuado con el/la usuario/a e individualizado (NIDA, 2001).
- La drogodependencia es un fenómeno multicausal y que afecta de manera biopsicosocial, por ello para abordarlo de manera integral es preciso tener en cuenta tres elementos interactuantes: la sustancia o sustancias que se consumen, la persona que consume y el contexto en el que se produce este consumo (Becoña y Martín, 2004).
- No hay modelos de intervención únicos, ni fórmulas mágicas, todo dependerá de las necesidades y características del usuario/a.
- El tratamiento penitenciario se constituye de un conjunto de actividades dirigidas a la reeducación y reinserción.
- Según Muñoz y Díez (2003) y la opinión de los/as trabajadores/as social existe una relación entre el consumo de drogas y la actividad delictiva.
- Las prisiones congregan a personas con múltiples y diversos problemas y por ello es necesaria una intervención diversificada, flexible, continua e individualizada. (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014)
- Fornons (2009) y los/as trabajadores/as sociales encuestados afirman que las personas privadas de libertad y drogodependientes sufren un doble estigma y por eso les cuesta más integrarse socialmente que al resto de usuarios/as. Por ello, en muchas ocasiones se ven en la necesidad de ocultar información de su vida para evitar una posible discriminación.

- Atendiendo a la teoría y a la opinión de los/as trabajadores/as sociales el consumo de sustancias psicoactivas aumenta la probabilidad de la comisión de actos delictivos y además es un factor de riesgo de reincidencia penal.
- En relación a las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, hay dirigir la atención y esfuerzos a la intervención y prevención del consumo de drogas. Pues si no trabajamos la drogodependencia difícilmente podremos atender las otras problemáticas.
- La actual legislación penal y penitenciaria permite abordar el problema de las drogodependencias, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios. Se considera beneficioso, dentro de las posibilidades, la derivación de las personas privadas de libertad con Trastornos relacionados con sustancias hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral.

En referencia a los resultados empíricos de la investigación, en relación a los aspectos comunes de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias que residen en el CIS Mercedes Pinto, hemos identificado el siguiente perfil de usuario/a: principalmente nos encontramos ante una población de hombres con edades comprendidas entre los 31 y 45 años, con estudios secundarios de 1ª etapa y/o estudios primarios completos. La mayoría se encuentra en situación de desempleo, conviven con su familia de origen y/o la familia adquirida y cuentan con el apoyo económico de familiares, amigos.... Además, refieren antecedentes familiares penales y/o tóxicos. En cuanto a la problemática de adicción prevalece el policonsumo o presentan una dependencia al hachís o a la cocaína. El principal motivo de inicio de consumo es el entorno o la evitación de la realidad, la edad de inicio del mismo se sitúa antes de los 18 años. Por último, refieren haber tenido periodos de abstinencias y que han realizado en alguna ocasión tratamiento biopsicosocial para tratar la drogodependencia.

Por otro lado, en cuanto a la opinión de los trabajadores/as sociales de los recursos de atención a las drogodependencias de Tenerife en relación a la atención de las personas privadas de libertad, podemos destacar lo siguiente: afirman la existencia de una relación entre el consumo de sustancias y la actividad delictiva. A su vez, consideran que el consumo puede aumentar la probabilidad de cometer un delito y es un factor de riesgo para la reincidencia penal. También opinan que la población atendida sufre un doble estigma por estar privados de libertad y tener una problemática de drogodependencia y por ello, tienen más complicada su integración que el resto de

los usuarios. Asimismo, apoyan la idea de que es más beneficioso para las personas privadas de libertad realizar el tratamiento en los recursos externos a la institución penitenciaria.

El Trabajo Social en el ámbito de las Drogodependencias tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono, procurara reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección tanto personales como del entorno del sujeto. Los/as trabajadores/as sociales deben apoyar a las personas a conseguir su máximo desarrollo psicosocial, tanto en aspectos personales como sobre el medio.

Además, los/as trabajadores/as sociales son un modelo de conducta o agente de normalización en las pautas de relación social. Debemos de tener en cuenta y destacar que tiene posibilidades de intervenir durante todo el proceso y en todas las modalidades de tratamiento.

Para finalizar el informe, nos gustaría realizar una serie de recomendaciones referente a la atención a las drogodependencias de las personas privadas de libertad. Para ello nos basaremos en la experiencia durante las prácticas de Trabajo Social en el CIS Mercedes Pinto y en las apreciaciones realizadas durante la investigación.

Hemos querido centrarnos en aquellas debilidades que requieren una mayor atención y que tienen soluciones reales y alcanzables.

En primer lugar, hemos detectado la necesidad de implantar más programas en el CIS de atención a las drogodependencias. Actualmente, solo se ofrece e imparte el Programa de Prevención de Recaídas para tratar la problemática y además se realizan algunas intervenciones puntuales por parte de los profesionales de manera individual, lo cual consideramos insuficiente.

Entendemos que el volumen de trabajo actualmente conlleva una sobrecarga de los/as profesionales y es por ello que tienden a realizar derivaciones a los recursos externos que atienden la problemática. Pero, no podemos olvidar, que la ley ampara la atención desde la Institución Penitenciaria y que los recursos exteriores deben de ser un complemento del trabajo desempeñado desde la institución o viceversa.

Una vez cubierta esta necesidad, otro punto a tratar es la coordinación entre el Centro Penitenciario y los recursos de atención a las drogodependencias. Aunque la coordinación está contemplada en la normativa, como ya planteamos anteriormente ésta en muchas ocasiones se ve

obstaculizada por la burocracia o sobrecarga de trabajo y no se realiza de una manera adecuada, lo cual dificulta la labor de hacer una buena valoración y seguimiento del caso.

Por tanto, recomendamos mejorar la coordinación, por ejemplo, a través de reuniones mensuales con ambos equipos terapéuticos, tanto el equipo interno de prisión con el equipo externo de los recursos y en caso de que esta no se pueda celebrar acordar la emisión de los informes de seguimientos correspondientes.

Lo que se pretende es que no se limiten solo a solicitar información cuando van a pasar los/as usuarias por Junta de Tratamiento o cuando ocurre alguna incidencia.

Esperamos que la investigación os haya acercado a la realidad de la atención de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias, alcanzando de esta manera nuestro objetivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antolín, J. L. (2007). Drogodependencias en el medio penitenciario. En Gutiérrez, A. (coord.) (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Académicas.
- Becoña, E., y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Circular 17/2005, de 15 de diciembre, sobre programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias.
- Fornons, D. (2009). *Prisión y drogas: doble condena*. Barcelona: París.
- Gallizo, M (2007). *Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios*. Madrid: Salud y Drogas
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2006). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gobierno de Canarias (2010). *III Plan Canario sobre Drogodependencias 2010-2017*. Canarias: Consejería de Sanidad.
- Gutiérrez, A. (coord.) (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Académicas.
- Instrucción 3/2011: Plan de intervención general en materia de drogas en la Institución Penitenciaria.
- La Constitución Española de 1978.
- Ley Canaria 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia, e inserción social en materia de drogodependencias.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de Septiembre, General Penitenciaria.
- Manzano, N., Cotado, A. C., Vicente, A., y Maroto, A. (2007). El rol del trabajador social en las drogodependencias. En Gutiérrez, A. (coord.) (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social* (pp. 181-212). Madrid: Académicas.
- Markez, I., y Iñigo, C. (Coords), (2012). *Guía de Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. España: OME
- Mayor, J. (2007). *Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social*. Recuperado el 03 de marzo del 2015 de: www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS9595110213A.PDF.
- Muñoz, J., y Díez, M. J. (direcs.) (2003). *Las drogas en la delincuencia*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA), (2001). *Principles of drug addiction treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2014). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2014*. Recuperado el 12 de Febrero del 2015 en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/cooperapdf/Informe2014.pdf>
- OMS, (2015). *Las Drogas*. Recuperado el 28 de enero de 2015 de: <http://www.psicoadictiva.com/drogas.htm>
- Pérez-Lozao, M. y Arenas, C. (coords), (2007). *Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Reglamento penitenciario, aprobado por el Real Decreto 190/1996, de 9 de Febrero.
- Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2014). *El sistema penitenciario español*. España: Ministerio del Interior.
- Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2015). *Centros de Inserción Social*. Recuperado el 12 de febrero del 2015 de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/cis.html>
- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (2006). *Programas de intervención con drogodependientes. Memoria 2005*. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

ANEXOS

Anexo N°1: Normativa que defiende el derecho a la asistencia de las personas privadas de libertad que presentan un Trastorno relacionado con sustancias

La normativa defiende el derecho de atención de las personas drogodependientes en prisión, se destaca en este sentido:

En primer lugar, la Constitución Española de 6 de Diciembre de 1978, su *artículo 14* recoge la igualdad ante la ley de todos los ciudadanos. En cumplimiento de este artículo, cualquier medida encaminada a superar la drogodependencia y los diversos tratamientos deben estar al alcance de todos los ciudadanos, independientemente de su situación penal. A su vez, el *artículo 25.2*, nos dice que las penas privativas de libertad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social.

También, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de Septiembre, General Penitenciaria (LOGP), constituye el marco legal para desarrollar cualquier estrategia o programa de intervención dirigido a la consecución de la reeducación y reinserción social de internos drogodependientes.

Además, el Reglamento penitenciario (RP), aprobado por el Real Decreto 190/1996, de 9 de Febrero, desarrolla las normas relacionadas con la drogodependencia de los internos. Establece tres vías fundamentales para el tratamiento de internos drogodependientes, las cuales son: salidas a instituciones exteriores de internos clasificados en segundo grado, programas de actuación especializada sobre drogodependencias dentro de los Centros Penitenciarios y el cumplimiento de la pena de prisión en Centros extrapenitenciarios para internos drogodependientes clasificados en tercer grado.

A su vez, la Circular 5/95, de 15 de Febrero, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre política global en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias, aborda tres grandes temas: los criterios básicos del plan de intervención en drogodependencias en Instituciones Penitenciarias, los Niveles de intervención y programas específicos y las estructuras organizativas y funcionales.

Anexo N°2: Información sobre la persona privada de libertad que presenta Trastornos relacionados con sustancias

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD QUE PRESENTA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

IDENTIFICACIÓN

Sujeto n°.....Código:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

V-1 Sexo:

- (1) Hombre
- (2) Mujer

V-2 Edad:

- (1) [18-30]
- (2) [31-45]
- (3) [más de 45]

V-3 Nivel de estudios:

- (1) Sin estudios o estudios primarios incompletos
- (2) Estudios primarios completos: 6° EGB aprobado, Certificado de Escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados
- (3) Estudios secundarios 1ª etapa: 8° EGB aprobado, Graduado Escolar, Bachillerato Elemental, Formación Profesional de 1° Grado o Ciclos Formativos de Grado Medio aprobados, ESO aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados.
- (4) Estudios secundarios 2ª etapa: BUP, Bachillerato Superior, Bachillerato LOGSE, COU, Preu, Formación Profesional 2° Grado o Ciclos Formativos de Grado Superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados.
- (5) Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica)
- (6) Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado)
- (7) NS/NC

V-4 Ocupación:.....

V-5 Situación laboral:

- (1) Trabaja
- (2) Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)
- (3) Pensionista (anteriormente no ha trabajado)
- (4) Parado/a y ha trabajado antes
- (5) Parado/a y busca su primer empleo
- (6) Estudiante
- (7) Trabajo doméstico no remunerado

V-6 Situación económica:

- (1) Ingresos propios
- (2) Ingresos derivados de ayudas o prestaciones
- (3) Cuenta con el apoyo de familiares, amigos ...
- (4) No tiene ingresos de ningún tipo
- (5) NS/NC

V-7 Cantidad del ingreso mensual:

- (1) No tiene ingresos
- (2) Menos o igual a 300€
- (3) De 301 a 600 €
- (4) De 601 a 900€
- (5) De 901 a 1200€
- (6) De 1201 a 2400€
- (7) Más de 2400€
- (8) NS/NC

V-8 Nacionalidad:

- (1) Español/a
- (2) Extranjero/a

V-9 Estado civil:

- (1) Soltero/a
- (2) Casado/a
- (3) Pareja
- (4) Viudo/a
- (5) Separado/a o divorciado/a

DATOS DEL ÁREA SOCIOFAMILIAR

V-10 Hijos/as:

- (1) Si
- (2) No

V-11 Convivencia en el domicilio:

- (1) Solo/a
- (2) Familia adquirida
- (3) Familia de origen
- (4) Piso/casa compartido/a
- (5) Sin domicilio
- (6) NS/NC

V-12 Apoyo recibido:

- (1) Familiar
- (2) Grupo de iguales
- (3) Profesional
- (4) Otros

V-13 Antecedentes penales familiares:

- (1) Si
- (2) No
- (3) NS/NC

V-14 Antecedentes de tóxicos familiares:

- (1) Si
- (2) No
- (3) NS/NC

DATOS DEL ÁREA DELICTIVA

V-15 Delito cometido:

V-16 Relación con consumo de tóxicos:

- (1) Si
- (2) No
- (3) No consta

V-17 Ingresos en prisión:

- (1) Primer ingreso
- (2) Reincidente

DATOS DEL TRASTORNO RELACIONADO CON SUSTANCIAS

V-18 Drogas consumidas:

- (1) Hachís
- (2) Alcohol
- (3) Éxtasis
- (4) Cocaína
- (5) Heroína
- (6) Otras

V-19 Edad de inicio de consumo:

- (1) [Antes de los 18]
- (2) [19-30]
- (3) [31-45]
- (4) [Más de 45]

V-20 Motivos de consumo:.....

V-21 Droga por la que demanda tratamiento:.....

V-22 Realización de tratamiento:

- (1) Si
- (2) No
- (3) No consta

V-23 Ha dado positivo en las analíticas por consumo de drogas:

- (1) Si
- (2) No

V-24 Ha habido periodos de abstinencia:

- (1) Si
- (2) No
- (3) No consta

V-25 Actualmente, asiste a algún programa o recurso de drogodependencias dentro del CIS:

- (1) Si
- (2) No
- (3) No consta

V-26 Actualmente, asiste a tratamiento en algún recurso de atención a las drogodependencias externo al CIS:

- (1) Si
- (2) No
- (3) No consta

Anexo N°3: Cuestionario al trabajador/a social en relación a la atención de las personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionados con sustancias

CUESTIONARIO AL TRABAJADOR/A SOCIAL EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE PRESENTAN TRASTORNOS RELACIONADO CON SUSTANCIAS

Estimado/a trabajador/a social.

Mi nombre es Elizabeth Marcelino Petersen, estudiante de cuarto de Grado de Trabajo Social, en la Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación de la Universidad de La Laguna.

Actualmente, estoy realizando mi Trabajo Final de Grado: *“Características de la atención a personas privadas de libertad que presentan Trastornos relacionado con sustancias”*.

Es por esto, que me dirijo a ti para pedirte tu colaboración y que contestes una breve entrevista, con preguntas cerradas y abiertas, sobre tu perspectiva en relación a la atención de las personas privadas de libertad, es de gran utilidad e interés para la investigación.

Las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas. Además, no hay respuestas correctas o incorrectas, solo importa tu realidad a cerca de las cuestiones planteadas.

Para señalar la respuesta únicamente debes marcar con una cruz la opción elegida en cuanto a las preguntas cerradas, si desea añadir alguna aclaración o información relevante tienes un espacio abierto al final de la entrevista, por favor indique o señale a que cuestión hace referencia; en cuanto a la preguntas abiertas al final de la misma se encontrara las indicaciones para contestarla.

Si quieres recibir los resultados obtenidos indica tu correo electrónico al final de la entrevista.

Muchas gracias por tu colaboración.

CUESTIONARIO AL TRABAJADOR/A SOCIAL EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE PRESENTAN TRASTORNOS RELACIONADO CON SUSTANCIAS

Recurso donde ejerce:.....

	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
C.1.- Existe una relación entre el consumo de sustancias y la actividad delictiva.					
C.2.- El consumo de sustancias puede aumentar la probabilidad de cometer un delito.					
C.3.- Los Trastornos relacionado con sustancias pueden ser un factor de riesgo para la reincidencia penal.					
C.4.- Las personas que están privadas de libertad y además presentan Trastornos con sustancias, sufren un doble estigma.					
C.5.- Las personas privadas de libertad tienen más complicada su integración que el resto de los usuarios.					
C.6.- Es más beneficioso para la persona privada de libertad que su tratamiento se realice con los recursos del exterior y no dentro de la institución penitenciaria.					
C.7.- La atención que recibe la persona privada de libertad es igual que la del resto de usuarios.					
C.8.- Los usuarios derivados de prisión tienen comportamientos diferentes al resto de usuarios (asimilación de normas, compromiso, motivación...).					
C.9.- Existe rechazo, discriminación y/o prejuicio durante el tratamiento hacia las personas que han estado o están en prisión por parte de los profesionales o del resto de usuarios.					
C.10.- Las personas que se encuentran privadas de libertad tienen una mayor probabilidad de rehabilitación que el resto de usuarios.					

CUESTIONARIO AL TRABAJADOR/A SOCIAL EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE PRESENTAN TRASTORNOS RELACIONADO CON SUSTANCIAS

C.11.- ¿Qué funciones y/o actividades desempeñas en la atención a los Trastornos relacionado con sustancias? Enuméralas.

Respuesta:

C.12.- Las recaídas se contemplan como una fase más del proceso de cambio, por ello se prepara a la persona para afrontar esta situación. No obstante, para las personas privadas de libertad conlleva unas consecuencias añadidas que el resto de usuario no tienen, por ejemplo, una regresión, una nueva clasificación de grado, sanciones... ¿Cómo se aborda o se debería afrontar esta cuestión? Responda de manera descriptiva, si lo desea puede utilizar un ejemplo.

Respuesta:

C.13.- ¿Existe una coordinación entre el establecimiento penitenciario y los recursos de atención a las drogodependencias? En caso afirmativo, concrete el tipo o la forma de coordinación. En el caso de que no se diera, ¿consideras necesario que ésta exista? Argumente la respuesta, por favor.

Respuesta:

Si lo desea, puede añadir algún comentario, matiz o aclaración sobre cualquier aspecto de la entrevista. Si desea recibir los resultados de la investigación, por favor indique el correo electrónico al cual debo remitirla.