

Percepción del riesgo de recaída de drogodependientes en prisión: Aproximación al tratamiento, limitaciones y problemática asociada al fenómeno de la drogodependencia en prisión.

Alonso Belaustegui, R.

Psicólogo. Centro Penitenciario "El Dueso" (Julio-Noviembre 1999)

Resumen

El artículo hace referencia a la aplicación de un Programa Libre de Drogas en el Centro Penitenciario "El Dueso", describiéndose la implantación del programa en julio de 1999 hasta su fin en noviembre del mismo año, sus limitaciones y problemas en éste tipo de intervenciones. El objetivo de este estudio fue el de describir y comparar la percepción del riesgo de recaída de dos grupos de internos drogodependientes antes y después de la aplicación del programa a través de un diseño de grupo control no equivalente con pretest y posttest, buscando una vía de estudio de evolución y seguimiento en el tratamiento de drogodependientes dentro de la prisión. Tras la aplicación del programa y ver la problemática relacionada con este tipo de intervención, se observó que existen diferencias significativas en la percepción del riesgo de recaída entre los dos grupos. La percepción de riesgo de recaída del Grupo Libre de Drogas se redujo (además de un mantenimiento/estabilidad de hábitos en los usuarios que realizaron el programa el año anterior) y se produjo un aumento en la percepción del riesgo en el Grupo Control.

Palabras Clave

Prisión, Grupo Libre de Drogas, Grupo Control, Drogas, Heroína, Recaída.

Summary

This article reports on the application of a Drug-Free Program in "El Dueso" Penitentiary Center, describing the implementation of the said program in July 1999 till the end, in November of the same year, also limits and problems that goes with it. The aim of this

— **Correspondencia a:** _____

Ricardo Alonso Belaustegui. C/Manuela Malasaña 35 3ºD. 28004 MADRID. Tlfno.630 944 176



study was to describe and to compare the perception of the risk of relapse over two groups of drug dependent prisoners before and after of the application of the program, using a non equivalent control group design with pre-test and post-test, looking for a way of study of the evolution and follow-up in the treatment. Once the program was finished and all the problems related to this context were identified, could be checked significant differences in the perception of the risk of relapse between the groups. Perception of the risk of relapse was reduced in the Drug Free Group (also a maintenance/stability of habits in users included the year before) and increased in Control Group.

Key Words

Penitentiary Center, Drug Free Program, Control Group, Drugs, Heroin, Relapse.

Résumé

L'article fait référence à l'application d'un Programme Libre de Drogues dans le Centre Penitenciar "El Dueso", qui décrit l'implantation du programme en juillet 1999 jusqu'à la fin en novembre de la même année, ses limitations et ses problèmes dans ce type d'interventions. L'objectif de cette étude était de décrire et comparer la perception du risque de rechute de deux groupes d'internes drogo-dépendants avant et après l'application du programme à travers d'un dessin de groupe control non équivalent avec pré-test et post-test, en recherchant une voie d'étude de l'évolution y suivi dans le traitement de drogo-dépendants à l'intérieur de la prison. Après l'application du programme et de voir la problématique relationnée avec ce type d'intervention, on observe qu'il existe des différences significatives dans la perception du risque de rechute entre les deux groupes. La perception du risque de rechute du le Groupe Libre de Drogues se réduit (en plus du maintien/stabilité des habitudes des usagers qui utilisèrent le programme l'année précédente) et il se prouvisit une augmentation dans la perception du risque dans le Groupe Control.

Mots

Prison, Groupe Libre de Drogues, Groupe Control, Drogues, Heroine, Rechute.

INTRODUCCIÓN.

El Centro Penitenciario "El Dueso" está situado en la localidad cántabra de Santoña, una villa marinera de 12000 habitantes aproxi-

madamente a 45 Kms. de Santander. En el año 1998 se aplicó por primera vez un Programa Libre de Drogas con doce internos, llevado a cabo por un psicólogo no penitenciario, obteniéndose resultados satisfactorios



en el tratamiento de drogodependencias de los internos y abarcando en la evaluación global del programa aspectos como el absentismo al programa, falta de adhesión al tratamiento, analíticas, informes de área y hojas de autoevaluación, pero no una evaluación global del programa que permitiera justificar la necesidad de su implantación apoyada en unos cambios significativos debidos a la aplicación de un tratamiento.

Según lo expuesto anteriormente, en 1999 se volvió a aplicar otro Programa Libre de Drogas (realizado igualmente por un psicólogo no penitenciario), recogiendo todos los aspectos que un año antes sirvieron para introducir un programa de estas características en el Centro Penitenciario, ampliándose su área de intervención e introduciendo a su vez criterios de continuidad.

El objetivo principal por tanto, es el iniciar una línea de investigación que permita evaluar a medio-largo plazo la eficacia de la intervención en prisión, basándonos en criterios como la abstinencia duradera, reforzamiento/mantenimiento de hábitos laborales y promoción de la salud. Por eso, el presente estudio no es un estudio de efectividad o eficacia, sino de inicio de una línea de evaluación futura y mejorable, que toma como punto de partida el *cambio en la percepción del riesgo de recaída* de los internos drogodependientes (*cogniciones internas*) como criterio de buen pronóstico en la iniciación, continuidad y evolución de su tratamiento. Con ello, lo que se expondrá a continuación es, simplemente, un análisis descriptivo y estadístico de lo acontecido, destacando los cambios observados en la muestra y resaltando a la vez los problemas asociados a este tipo de intervención, *como experiencia*,

no como conclusión, entendiéndolo como una forma más de abordar el fenómeno de la drogodependencia en el contexto penitenciario.

MATERIAL Y MÉTODOS.

a) Criterios de selección de internos. Se llevó a cabo a través de entrevista personal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Evaluación de situación actual (no consumo).
- 2) Aceptación de la normativa del programa.
- 3) Motivación del interno de cara a abandonar las drogas.
- 4) No tener diagnosticada patología mental.
- 5) Inclusión en otros programas (PMM, Naltrexona,...).

A partir de aquí, se establecieron unos criterios claros que permitieran su inclusión en el programa.

b) Criterios de inclusión al Programa Libre de Drogas.

- 1) Abstinencia total a toda sustancia.
- 2) Inclusión de todos los internos que estuvieran en tratamiento con antagonistas opioidáceos (Naltrexona).
- 3) Internos en Programa de Mantenimiento con Metadona con una dosis $< \acute{o} = a 20$ mgrs. en reducción progresiva.
- 4) Contrato terapéutico obligatorio.
- 5) Aceptación de la normativa de asistencia al grupo.

Del mismo modo, se tuvieron en cuenta otro tipo de criterios que recogieran los



motivos por los cuales los internos podrían ser excluidos del programa.

c) Criterios de exclusión.

- 1) Abandono voluntario.
- 2) Violación reiterada de la normativa grupal (Faltas injustificadas, falta de puntualidad, violencia física o verbal, etc...)
- 3) Baja adhesión al tratamiento.
- 5) Dos positivos seguidos a opiáceos o cocaína; tres a benzodiazepinas (sin justificación médica) en los controles analíticos realizados durante la duración del programa.
- 6) Tráfico de drogas.

d) Contenido del PLD 99. El programa constó de 3 áreas de actuación bien diferenciadas.

Por una parte, un **área psicológica a nivel individual** (sesiones diarias de 50' a 1 hora), en donde se trabajaba de modo más específico:

- a) Prevención de recaídas.
- b) técnicas de autocontrol y afrontamiento.
- c) Autorregistro de estados emocionales, sentimientos y pensamientos positivos y negativos.
- d) Motivación, identificación de estados de ansiedad y eventos estresantes.
- e) Tentaciones y necesidades.
- f) Información y asesoramiento en materia de drogodependencias.
- g) Presión social y conflictos interpersonales del interno (problemas de pareja, aspectos referentes a su tratamiento penitenciario, etc...).

Por otra parte, un **área psicológica grupal** (1 día a la semana en sesiones de 1 hora) en donde se recogían los aspectos mencionados anteriormente de forma más global, fomentando el sentimiento de grupo como unidad de tratamiento para el mejor cumplimiento de los objetivos. A grandes rasgos, se recogieron fundamentalmente los siguientes aspectos:

- a) La comunicación y promoción del diálogo abierto de problemas entre los internos.
- b) Técnicas de role-playing, cronograma de consumo y penitenciario.
- c) Identificación y reconocimiento del problema de drogodependencia, con reconocimiento de consumos o posibles consumos.
- d) Técnicas de relajación.
- e) El grupo como refuerzo en la toma de decisiones. Resolución de problemas en grupo.
- f) Habilidades sociales. Desarrollo y aplicación de técnicas de afrontamiento.
- g) Evaluación clínica de la personalidad.
- h) Mecanismos de control de la conducta, búsqueda e identificación de conductas alternativas, fortalecimiento de hábitos saludables y de no consumo.
- i) El proceso de recaída: Definición y objetivos.

Asimismo, se establecieron otras tareas complementarias como apoyo al programa, coordinadas desde el Centro Penitenciario, que se detallan a continuación:

- 1) **Programa educativo** (Escuela).
- 2) **Programa de Reinserción Laboral** (talle-



- res y Cursos de Formación y Orientación para el Empleo).
- 3) **Educación para la Salud** (Taller de Sexo Seguro).
 - 4) **Programa Deportivo** (inclusión en actividades deportivas con un programa individualizado para cada interno interesado).
 - 5) **Video-Forum** (Educación en Valores y promoción del debate grupal).
 - 6) **Taller Ocupacional de Animación a la Lectura**(Alfabetización y ayuda al estudio).

La solicitud de inclusión se realizaría vía instancia dirigida al psicólogo encargado de realizar el Programa. De un total de 23 aspirantes y tras la primera fase de entrevista fueron seleccionados 10 internos que encajaban dentro del perfil exigido. En la misma línea, se seleccionaron al azar a otros 10 internos de similares características (todos ellos en PMM y de un total de 30) que finalmente y de forma voluntaria, no quisieron entrar en el programa y que actuaron como Grupo Control (sólo se les hizo un seguimiento de su evolución en el Programa de Mantenimiento con Metadona).

Una vez pasado el período de selección, los dos grupos realizaron una evaluación cuantitativa de percepción de riesgo de recaída (julio 1999)(Ver Tabla nº1)(**nota:** En este cuestionario *ad hoc*, se recogen situaciones relevantes que pueden precipitar al interno drogodependiente dentro del proceso de recaída, obteniéndose así sus impresiones en dos momentos de tiempo distintos) .

Al Grupo Libre de Drogas (GLD) se le aplicó el programa y al Grupo Control (GC) se le citó periódicamente para hacerles entrevistas de seguimiento.

A mediados de noviembre de 1999, una vez finalizado el Programa Libre de Drogas, se volvió a pasar el mismo cuestionario para comprobar si existían cambios estadísticamente significativos en cuanto a la percepción del riesgo de recaída entre los dos grupos debidos a la aplicación del tratamiento. Tras pasar el post-test, los datos fueron sometidos al análisis estadístico a través del SPSS 8.0 standar version, de acuerdo con la estructura del diseño utilizado (**Descriptivo de corte transversal-Diseño de grupo control no equivalente con pre-test y post-test**).

MEDICIONES Y RESULTADOS PRINCIPALES.

Se hallaron indicadores significativos de cambio en el **Grupo Libre de Drogas**, en cuanto a su percepción individual de riesgo de recaída con respecto al Grupo Control, entre julio y noviembre (Ver Gráfica nº1). En el **Grupo Control** se produjo un aumento de la percepción del riesgo en la mayoría de las situaciones del cuestionario (Ver Gráficas nº2 y nº3) en contra de lo esperado.

El *p-valor* asociado al estadístico de contraste en la prueba de Levene de igualdad de varianzas, no nos permitió rechazar la *ho* en diez de las doce situaciones de riesgo. Al utilizar la prueba *t* de igualdad de medias, a través del *p-valor* asociado al estadístico de contraste T (2-tail sig.), se obtuvo significación de cambio en ocho de las doce situaciones de percepción de riesgo (Ver Tabla nº2). A su vez, las medias comparadas entre los dos grupos en el pre-test y el post-test, resultaron significativas al cambio en nueve de las doce situaciones de riesgo.



TABLA 1: Cuestionario de evaluación subjetiva de riesgo de recaída.

A continuación, exprese el grado de riesgo de recaída que para Usted tienen las siguientes situaciones, entendiéndolo por 0 (ningún riesgo) y 10 (máximo riesgo).

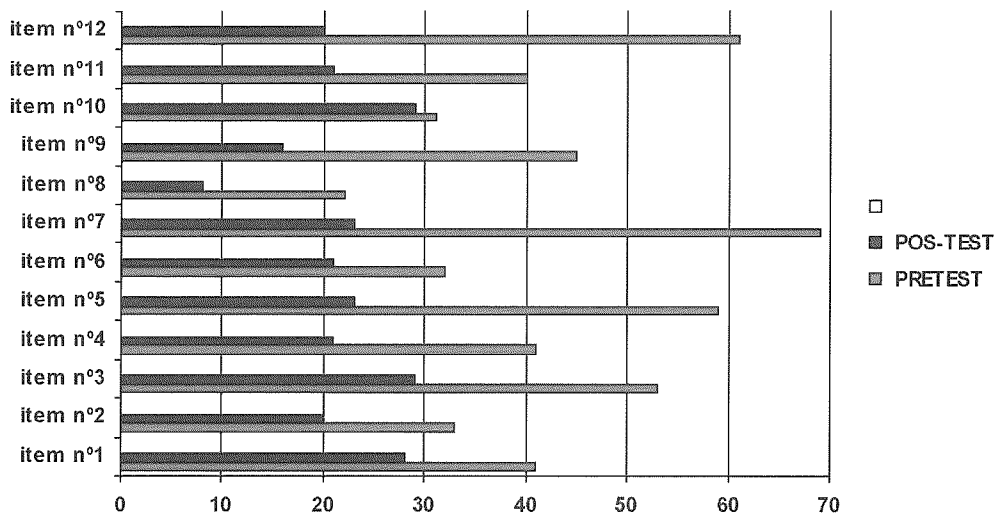
- 1.- Presión de otras personas para consumir.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2.- Sentirse mal física y/o psíquicamente, recordando el bienestar producido por la droga.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3.- No tener el tiempo libre ocupado ni planes que realizar.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 4.- Pensar que su problema de droga no tiene solución, que nada va a cambiar e incluso ir a peor.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 5.- Ser incapaz de decir No cuando alguien le hace una oferta o invitación de consumo.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6.- Sentirse solo, deprimido, cansado y pensar que la droga es lo único que le puede hacer sentir mejor.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 7.- Sentirse culpable después de haber consumido.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 8.- Tener un problema o conflicto con algún compañero, familiar, funcionario, etc...
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 9.- Sentir que ha perdido el control de sí mismo y de su propia vida.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 10.- Tener fácil acceso a la droga, bien porque la tiene cerca, bien porque tiene dinero para conseguirla sin endeudarse.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 11.- Estar o encontrarse con ex-compañeros de consumo por el patio o en la calle.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 12.- No sentir el apoyo de nadie en su tratamiento, ni de sus compañeros, ni de los responsables del programa, ni tampoco de su familia.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por otro lado, debemos indicar que en la mayoría de los casos, las medias del Grupo Libre de Drogas eran mayores (mayor percepción de riesgo) que las del Grupo Control (Ver Tabla nº3); tras el post-test, se pudo comprobar cómo las medias del GLD son menores que las del GC, y cómo las de este último habían aumentado en la mayoría de los casos (mayor percepción de riesgo).

Si tomamos ahora como referencia los porcentajes resultantes del cambio del pre-test al post-test en ambos grupos, se puede observar como en seis de las doce situaciones de riesgo, la percepción de riesgo de recaída del GLD se había **reducido** en más del 50% (58% para el ítem nº5 ("incapacidad para negarse ante una oferta o invitación al consumo"), 65,2% el nº7 ("sentimiento de culpa des-



GRÁFICA 1: Comparación de puntuaciones PRE y POST. Grupo Libre de Drogas.



pués de haber consumido"), 70,8% el nº8 ("tener un conflicto personal con otro interno, funcionario, familiar,..."), 65,2% el nº9 ("pérdida del control sobre sí mismo y su propia vida"), 55% el nº11 ("estar o encontrarse con ex-compañeros de consumo en el patio o la calle") y 67,7% el nº12 ("no sentir el apoyo de nadie en su tratamiento-familia, compañeros, responsables del programa..."). El resto de los ítems sufrieron un descenso entre el 6,25% y el 47,6%.

Por su parte, el GC reflejó un aumento en todas las situaciones de riesgo (en los ítems nº8 ("tener un conflicto personal con otro interno, funcionario, familiar,..."), nº9 ("pérdida del control sobre sí mismo y su propia vida"), nº10 ("tener fácil acceso a la droga, bien por tenerla cerca, bien por disponer de dinero para conseguirla sin endeudarse") y nº11 ("estar o encontrarse con ex-compañeros de consumo"),

el aumento fue del 57,1%, 61,5%, 68,5% y 58,3% respectivamente). En el resto de casos, el aumento oscila entre un 1,29% y un 40,9%.

En términos grupales, la percepción media de riesgo del Grupo Libre de Drogas se redujo un total de 49,4%, mientras que la del Grupo control aumentó un 39,3%.

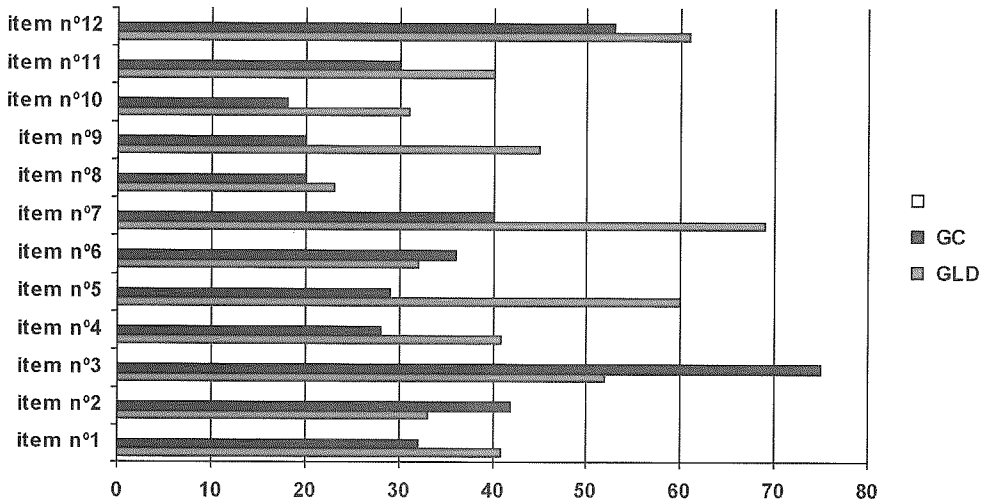
• OTRAS VARIABLES OBSERVADAS.

1) Control de analíticas.

Al tomar como referente los controles de analíticas realizados a los internos que asistieron al PLD 98 (nota: en el PLD 99 fueron incluidos 5 internos que realizaron el Programa Libre de Drogas en 1998), se observó que aquellos internos que en el año anterior



GRÁFICA 2: Comparación GLD-GC en el PRETEST.



habían dado entre 1 y 2 positivos no habían mostrado indicadores objetivos de consumo en 1999. En 1998 se realizaron un total de **29 analíticas resultando positivas 10**, mientras que en 1999 se efectuaron 30, resultando solo **dos positivos** (uno no justificado a opiáceos y otro justificado a benzodiazepinas).

2) Observación de conducta penitenciaria.

No se registró ningún tipo de sanción, falta o parte disciplinario por mala conducta penitenciaria entre los internos del PLD 98.

3) Informes de área y fichas personalizadas de los internos.

Se pudo observar un mantenimiento/reforzamiento de hábitos en los **cinco internos del PLD 98** en cuanto a aspectos de sa-

lud, actitudes y motivación hacia el no consumo y hacia el trabajo dentro de la prisión, a lo largo de las diferentes entrevistas estructuradas e informes de área (escuela, talleres, ATS, monitor deportivo, terapéuta ocupacional, etc...).

- Reinserción laboral:** Tres de los cinco internos seguían realizando actividades formativo-ocupacionales (Panadería, taller de cableado y curso de albañilería).
- Programa educativo:** Los tres internos mencionados anteriormente seguían realizando actividades educativas (F.P. no escolarizada-rama de cocina, curso de consolidación y 4º de E.S.O).
- Programa deportivo:** También se comprobó un mantenimiento de los internos del PLD 98 en cuanto a actividades deportivas se refiere. En 1999, los cinco, seguían



TABLA 2: p-valor asociado al estadístico t (2-tall sig).

	Pretest	significación	Post-test	significación
Item nº2	0,646	no	0,003	si
Item nº3	0,226	no	0,006	si
Item nº6	0,794	no	0,019	si
Item nº7	0,065	no	0,009	si
Item nº8	0,801	no	0,000	si
Item nº9	0,081	no	0,012	si
Item nº11	0,479	no	0,002	si
Item nº12	0,630	no	0,000	si

haciendo deporte de forma regular (carrera continua, sala de musculación, tenis...), incorporándose también en algunos casos a las actividades programadas para el programa (campeonato de fútbol sala y cross).

4) Seguimiento médico de internos incluidos en programas de tratamiento de drogodependencia.

Dos de los cinco internos mencionados anteriormente, mantenían un año después cantidades similares de metadona (e incluso en dosis ya mínimas) a las del año anterior: **De los otros tres, dos** seguían en tratamiento con **naltrexona** y **uno** con su **tratamiento finalizado y abstinente**, tramitándosele la salida para el cumplimiento en un Centro Asistencial extra-penitenciario.

DISCUSIÓN.

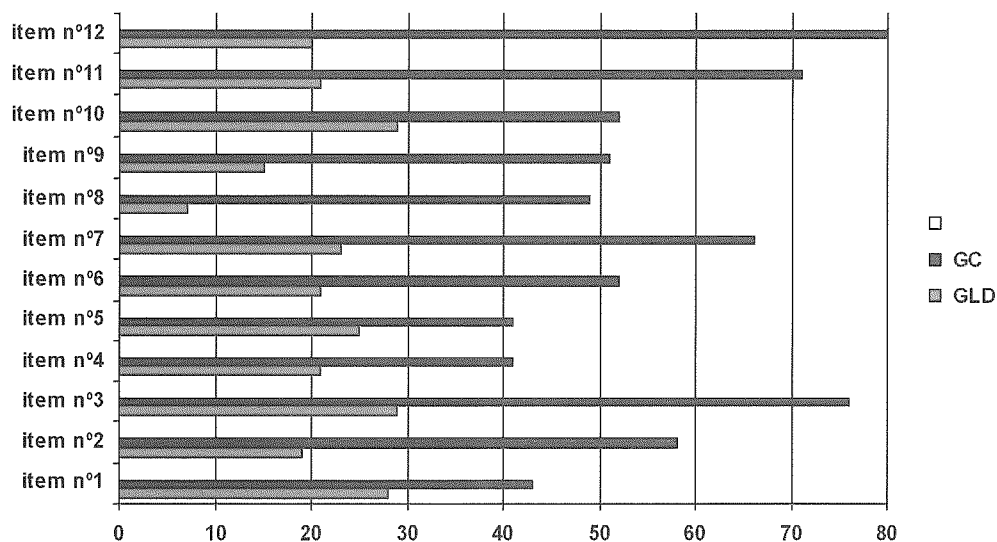
Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, hemos de decir que, la evaluación del grado de eficacia de la intervención con drogodependientes a corto, medio o largo pla-

zo, es un aspecto que debe encontrar respuesta a través de la investigación, permitiendo atribuir los resultados no al azar, sino a las variables dependientes (deshabitación, mantenimiento de hábitos de salud, mejora personal, social, etc...) debidas al tratamiento, tal y como apunta *García García, J.* (1999). Por eso, uno de los asuntos más relevantes en este sentido es la evaluación.

Existe un vacío de estudios de seguimiento en nuestro país en contraposición con la labor en otros países. Así pues, nos centraremos en este aspecto, ya que hasta 1985 han sido escasos los estudios de evaluación de la intervención en drogodependencias (*Carrón, J. et al.*)(1994). A partir de esa fecha, se empezaron a sentar las bases de actuación en este ámbito, hasta los últimos años, en que parece haber un mayor empuje en los sistemas de información que permiten una adecuada conexión de procesos y resultados, convirtiéndose así el proceso de planificación en algo primordial para la toma de decisiones (*Silva, A.*)(1994).

Un estudio realizado por *McGuire, J.* (1993) que pretendía medir el impacto de progra-

GRAFICA3: Comparación GLD-GC en el POST-TEST.



mas en términos de “tamaño del efecto medio” sería un buen ejemplo de esto que estamos comentando. Se ideó para medir el grado de diferencias entre dos grupos (control y experimental) de drogodependientes. Tras cinco años, un 40% de los drogodependientes en tratamiento habían dejado de consumir droga frente a un 25% del grupo control. Los programas que de este modo superen de forma amplia la cifra propuesta como base (límite > 15%) serían aquellos que gocen del concepto de eficaces (Redondo, S.)(1995).

En el estudio de “El Dueso”, el tiempo de observación es muy inferior (tan sólo 5 meses) y lo único que se pretendía medir era, por un lado, la reducción o no de la percepción del riesgo de los drogodependientes a recaer, y por otro, observar posibles mejoras

en la evolución de los internos que hicieron el programa en el año 98. Para ello, se parte del planteamiento de que la percepción del riesgo, las cogniciones del interno drogodependiente, están muy unidas a su motivación para llevar a cabo un tratamiento: Si percibe buen pronóstico en cuanto a sus posibilidades de no recaer y esto forma parte de sus expectativas dentro del medio en el que se encuentra, el refuerzo de su motivación hacia el tratamiento y feedback del mantenimiento de los logros personales, podrían favorecer que el interno siga realizando dicho tratamiento y al mantenga, o en tal caso, inicie una serie de actividades formativo-ocupacionales encaminadas a instaurar y/o consolidar hábitos laborales normalizados.



TABLA 3: Comparación de medias GLD-GC en pretest y post-test.

		Grupo	Media	Std.Dev.
Item 1	Pre	GLD	4,10	3,28
		GC	3,30	3,43
	Post	GLD	2,80	3,49
		GC	4,50	3,14
Item 4	Pre	GLD	4,20	2,15
		GC	2,70	3,59
	Post	GLD	2,20	2,90
		GC	4,10	2,96
Item 5	Pre	GLD	6,00	3,30
		GC	2,80	4,54
	Post	GLD	2,50	2,68
		GC	4,20	3,77
Item 7	Pre	GLD	6,90	3,45
		GC	3,90	3,38
	Post	GLD	2,40	2,67
		GC	6,60	3,69
Item 8	Pre	GLD	2,40	2,50
		GC	2,10	2,73
	Post	GLD	0,80	1,32
		GC	4,90	2,69
Item 9	Pre	GLD	4,60	3,47
		GC	2,00	2,79
	Post	GLD	1,60	1,96
		GC	5,20	3,58
Item 10	Pre	GLD	3,20	2,70
		GC	1,70	2,16
	Post	GLD	3,00	3,68
		GC	5,40	3,27
Item 11	Pre	GLD	4,00	3,56
		GC	3,00	2,54
	Post	GLD	2,20	3,08
		GC	7,20	3,19
Item 12	Pre	GLD	6,20	3,52
		GC	5,40	3,78
	Post	GLD	2,00	2,79
		GC	8,00	3,23



De ser así, para poder afirmar que el tratamiento recibido por los internos en seguimiento es eficaz en la medida que explica McGuire, obviamente, sería necesario un periodo de observación más grande si se pretende que la hipótesis y los resultados del Programa Libre de Drogas se cumplan.

Por eso, la labor de seguimiento por parte de los efectivos de la prisión se hace indispensable para dar continuidad a los resultados obtenidos y así, la labor de seguimiento y trabajo en la misma línea se hace necesaria para poder comprobar que la abstinencia es duradera y que los logros personales de los internos se mantengan unos años después.

El objetivo fundamental de este seguimiento sería pues, el comprobar la superación de la dependencia y saber con el tiempo qué nivel de tratamiento (eficacia del mismo) es mejor predictor para mantener los logros conseguidos, como lo podría ser el hecho de incidir en mayor medida en determinadas áreas, tanto grupales, individuales, laborales y sociales, como ocupacionales y de tiempo libre. En este sentido, el trabajo a desarrollar estaría en la línea de lo que podríamos llamar un *programa integral de tratamiento* que relacione aspectos regimentales (propios de la Institución) con aspectos de rehabilitación (tipo programas de apoyo, programas educativos, etc...). Por eso, para desarrollar cualquier tipo de intervención en el medio penitenciario no podemos obviar los diferentes factores que median entre nuestra intervención y el contexto en donde la llevamos a cabo, en donde la planificación y temporalización van a estar sujetas a cambios en relación con las demandas y necesidades de los propios internos (Redondo, S., 1985).

CONCLUSIÓN.

Se hallaron **diferencias estadísticamente significativas en la percepción del riesgo de recaída entre el Grupo Libre de Drogas y el Grupo Control** (reducción en la percepción de riesgo en el GLD, aumento en el GC), así como un mantenimiento de hábitos de no consumo, conductas incompatibles con el consumo de drogas y en definitiva, una observable disposición hacia la abstinencia y hábitos laborales en los internos del Programa Libre de Drogas 1998 a los cuales se les aplicó tratamiento en 1999.

Si bien es cierto que una evaluación cuantitativa de la percepción que los internos tienen de sus recaídas no sería un argumento concluyente para pronosticar la futura abstinencia, este estudio podría ilustrar, a modo de ejemplo, una forma de iniciativa en cuanto a la manera de abordar los problemas de drogodependencia dentro de un Centro Penitenciario.

Los problemas ante los que nos podemos enfrentar para evaluar este tipo de programas en un ambiente tan institucionalizado y con las características que puede tener una prisión, son diversos y de distinta índole, desde la **manipulación en la toma de orina** hasta la **imagen que de sí mismos** dan los internos por el hecho de ser evaluados y observados dentro de un ambiente penitenciario.

Por eso la **evaluación**, en estos casos, **se torna más subjetiva que objetiva**, si tenemos en cuenta también otras **variables que pueden distorsionar los resultados** y expectativas del investigador, como por ejemplo, la **búsqueda de beneficios penitenciarios** (tipo permisos, adelantamiento de la libertad



condicional,...), **falta de control sobre las variables ambientales, baja adhesión al tratamiento, conducciones a otros centros penitenciarios, salidas en libertad, abandonos voluntarios del programa** ante la falta de cumplimiento de expectativas personales, **ambiente manipulador, no reconocimiento de problemas personales ni de consumo por temor a que se sepan fuera del aula terapéutica**, confidencialidad de datos, etc...

Por lo dicho en el párrafo anterior y apoyándonos en un estudio de Kazdin, A. (1973), otro de los principales problemas que nos podemos encontrar a la hora de tratar éste tipo de problemática dentro de una prisión, sería el alto grado de coacción existente dentro de la misma, en donde los programas de tratamiento psicológico pueden ser percibidos por el interno como obligatorios, o en ocasiones, aversivos, con lo que los reclusos estarían poco motivados para realizar con un tratamiento y sus cogniciones y expectativas acerca del beneficio terapéutico serían inferiores que las de las personas que no se sienten controladas de forma externa (Echeburua Odriozola, E. y De Corral Gargallo, P.) (1992). En nuestro estudio, para tratar de controlar este tipo de problemas, consideramos que la realización del programa necesariamente tendría que ser de carácter voluntario y se contó con la colaboración del interno para la elaboración y planificación de la actividad (ajustar el tratamiento a las necesidades del paciente y no viceversa).

Es por ello, que sería necesario entender la prisión no como un medio terapéutico, sino entenderlo en el sentido que apuntan Contreras Corzo, F. e Izquierdo Moreno, C. (1992): Como medio que favorezca un cambio en la mentalidad del interno sobre el sentido y riesgo de su drogodependencia, fomentando a

la vez el desarrollo de habilidades de relación e inserción social (el tratamiento como educación a nivel personal, familiar, social, etc... considerando el medio penitenciario como un medio educativo a todos los niveles (Garrido Genovés, V., 1988).

Por otra parte, se plantea el **problema de la continuidad del programa**: Recordaremos que este tipo de programación se hace una vez al año durante seis meses por un psicólogo no penitenciario, con lo cual, los datos de seguimiento de que se disponen se recogerían en periodos concretos y posiblemente por profesionales diferentes. Asimismo, la realización del programa es voluntaria para los internos, por lo que se debería procurar incluir en los sucesivos programas a aquellos internos que realizaron el programa en años anteriores y de los cuales se tienen más datos acerca las variables que se pretenden medir en el futuro.

En cuanto al **tamaño de la muestra**, este sería otro problema añadido. Obviamente, un N muestral tan pequeño dificulta aún más que los resultados sean concluyentes en la medida de los objetivos planteados anteriormente (sobre todo si tenemos en cuenta el poco tiempo de aplicación del programa). Se hacen por **tanto necesarios más sujetos de estudio, todo ello unido a un mayor periodo de aplicación y observación**.

En términos generales, una **evaluación de evolución** en función de estos datos, debería tomarse **más como referencia que como conclusión** de eficacia en la evaluación final (que no se buscaba; sólo describir e iniciar), y que necesitaría a su vez de **continuidad y apoyo institucional** para poder sacar conclusiones a largo plazo.

Lo que si está claro, es que, a pesar de que quizás el camino llevado hasta el momento



puede que no sea el más adecuado, considerémoslo como una **condición necesaria aunque no suficiente para hablar de efectividad: No podemos pretender que en cinco meses se establezca el concepto de abstinencia duradera y calificativo de programa eficaz** (que no se pretendía), sino más bien de **mejora en el tratamiento, evolución hacia la abstinencia duradera y avance hacia el mantenimiento y fortalecimiento de hábitos de no consumo, mejora social, laboral, familiar y penitenciaria**, con base en el tratamiento de su drogodependencia.

Continuidad o no, las diferencias significativas halladas en cinco meses servirían, a modo de experiencia o como un ejemplo más de tratamiento en prisión, para dar **más luz al proceso de recuperación** (aunque sea ficticia, momentánea o puntual), basándonos en la **posibilidad de cambio a corto plazo de las cogniciones y aumento de la motivación del recluso drogodependiente**, para conseguir que éste se incluya dentro de las actividades de tratamiento del Centro. Con ello, por un lado, se estaría iniciando una vía (mejorable por supuesto) de adaptación del interno al medio penitenciario, y una forma para buscar el mantenimiento, seguimiento y estudio longitudinal de los casos (mejorable también). Por otro lado, la consolidación de una forma de intervención combinada educativo-tratamental que facilite el proceso de recuperación bio-psico-social del drogodependiente en prisión.

BIBLIOGRAFÍA.

1.- Carrón, J.; Hernández, M^a I. y Nieva, P. (1994): "Evaluación de Programas en Drogodependencias". GID. Pags. 63-64.

2.- Contreras Corzo, F. e Izquierdo Moreno, C. (1992): "Incidencia de la droga en los

Centros Penitenciarios de Régimen Abierto". En Garrido Genovés, V. y Redondo Illescas, S. (Dtores.): *La intervención educativa en el medio penitenciario*. Madrid. Anagrama. Pags. 145-158.

3.- Echeburua Odriozola, E. y De Corral Gargallo, P. (1992): "Tratamiento psicológico en las instituciones penitenciarias: alcance y limitaciones". En Garrido Genovés, V. y Redondo Illescas, S. (Dtores.): *La intervención educativa en el medio penitenciario*. Madrid. Anagrama. Pags. 105-116.

4.- García García, J. (1999): "Drogodependencias y Justicia Penal". Madrid. Ministerio de Justicia y Ministerio del Interior. Pags. 350-352.

5.- Garrido Genovés, V. (1988): "La prisión como institución de ayuda educativa". Madrid. Bordón. 4:639-648.

6.- Kazdin, A. (1973): "The failure of some patients to respond to token programs". *Behavior therapy and experimental psychiatry*. 4:7-14.

7.- McGuire, J. (1993): "Enfoques psicológicos para la reducción de la conducta delictiva". En Arroyo Zapatero (Dtor.): *Estudios de criminología I*. Pag. 111.

8.- Redondo, S. (1985): "Aplicaciones penitenciarias de los programas de economía de fichas". I Jornadas de Tratamiento Penitenciario. *Tratamiento Penitenciario: Su práctica*. Madrid. Centro de publicaciones del Ministerio de Justicia. Pags. 90-103.

9.- Redondo, S. (1995): "Evaluación y Tratamiento en Prisiones". En Clemente, M. (Coord.): *Fundamentos de la Psicología Jurídica*. Pag. 348.

10.- Silva, A. (1994): "La Evaluación de Programas en Drogodependencias". Vol. II. GID. Pag. 23.