

Marta Ruiz
Rosa Santibáñez

Prisión, drogas y educación social

Resumen

Este artículo se aproxima a la realidad penitenciaria y su relación con las drogas desde una perspectiva educativa. Comienza con la presentación de la realidad actual de las prisiones a nivel europeo y a nivel estatal: las cifras y el perfil de la población penitenciaria, la problemática de las drogas y los consumos, así como las consecuencias o problemáticas asociadas. En el segundo apartado se describen los programas en activo en nuestro entorno próximo para, finalmente, abordar el papel de la educación social en el mismo. Esta última parte destaca la importancia de una intervención socioeducativa cualificada que contemple la reeducación y la reinserción de las personas privadas de libertad como fin primordial. Que incorpore el acompañamiento desde la vida cotidiana en el proceso de afrontamiento de la adicción como punto de partida dentro de los centros penitenciarios pero que camine hacia el trabajo en red y la intervención comunitaria como principales estrategias que pueden garantizar la inclusión social real.

Palabras clave:

Prisión, Drogodependencias, Intervención socioeducativa, Educación social

Presó, drogues i educació social

Aquest article s'aproxima a la realitat penitenciària i a la seva relació amb les drogues des d'una perspectiva educativa. Comença amb la presentació de la realitat actual de les presons a nivell europeu i a nivell estatal: les xifres i el perfil de la població penitenciària, la problemàtica de les drogues i els consums, així com les conseqüències o problemàtiques associades. En el segon apartat, es descriuen els programes en actiu en el nostre entorn proper per a, finalment, abordar el paper que hi desenvolupa l'educació social. Aquesta última part destaca la importància d'una intervenció socioeducativa qualificada que contempli la reeducació i la reinserció de les persones privades de llibertat com a finalitat primordial. Que incorpori l'acompanyament des de la vida quotidiana en el procés de l'addicció com a punt de partida dins dels centres penitenciaris però que camini cap al treball en xarxa i la intervenció comunitària com a principals estratègies que poden garantir la inclusió social real.

Paraules clau: Presó, Drogodependències, Intervenció socioeducativa, Educació social

Prison, Drugs and Social Education

This article addresses the reality of prison life, and the role within it of drugs, from an educational perspective. It begins with the presentation of the current state of prisons at both the European and the Spanish level: the numbers and profile of the prison population, the problem of drugs and their consumption, and the consequences or associated problems. The second paragraph profiles active programmes in our immediate environment and goes on to look at the role of social education in this setting. This second section emphasizes the importance of professional social educational intervention in the rehabilitation and reintegration of former offenders as a primary objective, incorporating support in day-to-day life in the process of dealing with addiction as a starting point within prisons but oriented towards networking and community involvement as key strategies capable of ensuring genuine social inclusion.

Keywords: Prison, Drug addiction, Community education intervention, Social education

Cómo citar este artículo:

Ruiz Narezo, Marta; Santibáñez Gruber Rosa (2014).

"Prisión, drogas y educación social".

Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 57, p. 118-134



En la última década, la población penitenciaria se ha incrementado en el conjunto de los países de la Unión Europea (EMCDDA, 2012a). En España, este ascenso ha sido especialmente pronunciado. En tan sólo dos décadas, de 1990 a 2009, la población penitenciaria ha crecido en más del doble, pasando de 33.035 internos en 1990 a 75.774 en 2009 (EMCDDA, MSP-SI y DGPNSD, 2011). Y junto a este ascenso en las cifras de la población penitenciaria hemos asistido a diversos cambios en la configuración de este colectivo, aumentando los perfiles considerados de baja peligrosidad (Almeida, 2010).



El consumo de drogas se encuentra estrechamente relacionado con el mundo penitenciario. Según indican Zurholds, Haasen y Stöver (2005), alrededor de la mitad de la población reclusa europea ha consumido sustancias ilícitas en algún momento de su vida. Incluso un 10-48% de hombres y un 30-60% de mujeres han sido considerados drogodependientes en los meses anteriores a su entrada en prisión (Fazel, Bains y Doll, 2006).

El consumo de drogas se encuentra estrechamente relacionado con el mundo penitenciario

Aunque el artículo 25.2 de la Constitución Española de 1978 afirme que el fin primordial de la pena privativa de libertad, y por extensión del cumplimiento de la misma en los centros penitenciarios, es la reeducación y reinserción social de las personas internadas, resulta cuanto menos una paradoja, si no un gran reto su logro, puesto que las instituciones totales ante todo estigmatizan, segregan y favorecen la discriminación y el aislamiento (Goffman, 1994).

Este artículo se aproxima a esta realidad desde una perspectiva educativa y se basa en dos trabajos previos sin publicar (Ruiz-Narezo, 2010; 2011). Se organiza en tres apartados comenzando con la presentación, de manera fotográfica, de la realidad actual de las prisiones a nivel europeo y a nivel estatal: las cifras y el perfil de la población penitenciaria, la problemática de las drogas y los consumos, así como las consecuencias o problemáticas asociadas. Esta descripción sirve para identificar las necesidades más específicas en relación a los consumos y adicciones a sustancias. En el segundo apartado se describen los programas en activo en nuestro entorno próximo para finalmente abordar el papel de la educación social en el mismo, las funciones a desempeñar en el interior de los centros penitenciarios, el enfoque o modelo educativo y la orientación hacia el trabajo en red con el entorno comunitario.

Drogas y prisión: una realidad compleja y en constante cambio/evolución

En este primer apartado se presentan los datos ofrecidos por fuentes oficiales, referidos a las principales tasas de consumos, las sustancias, los perfiles de las personas consumidoras y las consecuencias que esta problemática conlleva en el interior de los centros penitenciarios con una perspectiva comparada a nivel europeo.

El consumo de drogas dentro de los centros penitenciarios ha experimentado un importante incremento durante la última década (EMCDDA, MSPSI y DGPNSD, 2011). A nivel internacional, se calcula que entre 180.000 y 600.000 personas consumidoras de drogas entran en prisión en el conjunto de la Unión Europea (Drogomedia, 2010). En otras palabras, aproximadamente la tercera parte de los hombres adultos privados de libertad en la Unión Europea, consumen drogas dentro de prisión. En España, esta cifra asciende hasta alcanzar el 50%. Respecto al modo de consumo de las drogas, la inyectada es la vía menos utilizada en las prisiones españolas pero, dado el entorno cerrado de las mismas, donde el acceso a la sustancia y al instrumental necesario para su consumo es más difícil, las probabilidades de compartir el instrumental y como consecuencia, de potenciar las enfermedades de transmisión aumentan. De hecho, se calcula que cerca de un 50% de las personas privadas de libertad también padece enfermedades relacionadas con el consumo de las drogas, siendo las más comunes, la hepatitis C, seguida por el VIH, la tuberculosis y el SIDA (UNAD, 2008), lo cual exige una importante aportación tanto de recursos humanos como económicos para atender dicha situación.

La relación entre las variables drogas, delincuencia y prisión lleva propiciando un debate complejo y poliédrico como reflejan diversos autores (Goldstein, 1985; Santamaría y Chait, 2004; Stevens *et al.*, 2005). Existen distintas explicaciones que sitúan el consumo de drogas como origen del delito, mientras que otras conceptualizan el consumo como una conducta desviada más, producto de una estructura vital caracterizada por la exclusión y la falta de oportunidades. En lo que sí parece existir consenso es en la constatación de una realidad: la existencia de muchas personas dependientes de la droga entre aquellas que toman contacto con el medio judicial y/o penitenciario a lo largo de su vida. Algunas cometen delitos bajo los efectos de las drogas, otras, en cambio, cometen los delitos para obtener las sustancias o el dinero necesario para adquirirlas. En definitiva, resulta complicado establecer el vínculo o el tipo de relación existente entre el consumo de drogas y la comisión de delitos (EMCDDA, 2012a). El Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2009) dedicó un apartado completo para tratar la vinculación existente entre las drogas y el delito. En dicho apartado, se explicitaba que aunque esta relación no tiene porqué ser directa, sí reconoce la existencia de muchas personas que cometen un delito bajo los efectos de las drogas o con la clara intención de financiar su consumo. Pese a todo, la relación en algunos

casos, como por ejemplo en los delitos de posesión, venta, distribución, importación o exportación, así como en los consumos y el tráfico de drogas, indican que la vinculación puede ser también directa. En este sentido, desde la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco (2007), se indica que el 46,5% de las personas privadas de libertad ya contaban con problemas de toxicomanías con anterioridad a su entrada en prisión. Frente a este dato, encontramos que entre un 3% y un 25% del colectivo reconoce haber iniciado su consumo dentro de las instituciones penitenciarias y un 9% de los internos continúa tomando sustancias ilegales de manera asidua dentro de la prisión (MSSSI, 2006).



Las prisiones pueden ser consideradas, en cierta medida, un reflejo de la sociedad exterior donde poder observar determinadas problemáticas pero de manera aumentada y matizada (EMCDDA, 2012b). Los resultados de la Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (MSSSI, 2011) revelan que los centros penitenciarios cuentan con un porcentaje de personas consumidoras muy superior al de la población general. Aunque el consumo de cocaína y heroína no sea tan accesible dentro de las instituciones penitenciarias, el cannabis y los tranquilizantes se convierten en las drogas más utilizadas dentro de las mismas. En el momento actual, la mayoría de las personas toxicómanas son policonsumidoras de sustancias como la heroína, la cocaína y el alcohol, acompañados de psicofármacos y cannabis. Al ingresar en prisión descende la prevalencia de consumo de estas drogas, quedando únicamente equiparadas a los datos del exterior, los relativos a los consumos de tranquilizantes y cannabis.

Las prisiones pueden ser consideradas un reflejo de la sociedad exterior donde poder observar determinadas problemáticas pero de manera aumentada y matizada

En relación a las drogas o sustancias consumidas, el EMCDDA (2012b) señala el cannabis como la droga ilícita más consumida dentro de las prisiones europeas con una prevalencia de vida que varía entre el 12% y el 70% entre las personas privadas de libertad que afirman haberla consumido al menos alguna vez en su vida frente a una prevalencia en la población general de entre un 1,6% y un 33%. La cocaína se situaría como la segunda droga ilícita más consumida, seguida por las anfetaminas y otras sustancias volátiles, hipnóticas y sedativas (EMCDDA, 2012a). En cuanto a la heroína, indicar que mientras que menos de un 1% de la población general reconoce haberla consumido, los niveles de prevalencia entre los presos europeos son mucho más altos, contando con los datos aportados por ocho de los trece países incluidos en el estudio y situándose entre el 15% y el 39%.

Acercándonos al perfil sociodemográfico y penal/penitenciario de estas personas (tabla 1), los datos aportados en el informe elaborado por EMCDDA, MSPSI y DGPNSD (2011), indican que la mayoría de las personas privadas de libertad en España son hombres (92%), en una franja de edad de 31 a 60 años (66%), de origen español (64%) aunque con un importante incremento de personas extranjeras, penados (78%) por delitos relacionados tanto con la propiedad (39%) como con la salud pública (28%). La mayoría de ellos provienen de un estrato social y económico desfavorecido.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico y penal/penitenciario de la población reclusa española

	Sexo	Edad	Origen	Situación Penal*	Delito
Año 2009	Hombres 92.0%	31-40 años 34.88%	Extranjeros 35.7%	Sentenciados 78.23%	Contra la propiedad 39.2%
		31-60 años 66%			Contra la salud pública 27.7%

Fuente: EMCDDA, MSPSI y DGPNSD (2011).

* Porcentaje de la población condenada en virtud de la Ley Orgánica 10/1995 revocada del Código Penal.

A este respecto es importante recordar que a mediados de los años noventa los patrones de consumo y el perfil de los consumidores de drogas experimentaron algunos cambios entre la población general, lo que a su vez repercutió en los consumos realizados dentro de los centros penitenciarios, incorporándose el consumo de otras sustancias ilícitas, principalmente la cocaína, así como el medio de consumo que evoluciona de la inyectada a la esnifada o fumada.

Identificación de un nuevo grupo denominado *drogadictos integrados* refiriéndose a personas usuarias de drogas que no responden al “perfil habitual”

Siguiendo con esta comparativa entre sociedad general y población penitenciaria, resulta también de interés tener en cuenta los cambios producidos respecto a la percepción social de las drogas y la evolución en el perfil del consumo en la sociedad en general. Mientras que hace varias décadas los consumidores habituales se asociaban a un grupo de personas en alto grado de exclusión social, actualmente las drogas son utilizadas también en entornos de ocio y diversión por personas de diversos estratos sociales. La droga está adquiriendo una visión de carácter más lúdico incluso llegando a ser utilizada como eje central de la socialización dentro de lo que se ha denominado consumo recreativo (EMCDDA, 2002). Todo ello ha aumentado el número de personas que pueden verse afectadas por la droga, al entenderse como algo más “normalizado”, extendido o frecuente a nivel social y que no únicamente afecta a las personas en situación o en riesgo de exclusión social. En esta línea se enmarca el trabajo desarrollado por Leganés (2010) con la identificación de un nuevo grupo o perfil al que denomina *drogadictos integrados* refiriéndose a una persona usuaria de drogas que no responde al perfil considerado hasta el momento como “perfil habitual”. Nos presenta a un hombre, de entre 30 y 40 años de edad, que vive generalmente con su familia y con sus hijos e incluso trabaja. En definitiva, nos encontramos ante un nuevo perfil vinculado al consumo recreativo de drogas. En este grupo encontramos a personas “integradas socialmente” que comienzan con una importante problemática de drogas, principalmente cocaína, y que pueden llegar a delinquir cometiendo pequeños robos o estafas dentro de su entorno laboral.

El fenómeno de las drogas, además de su problemática vinculada a las conductas delictivas y a un perfil cada vez más diverso, conlleva una serie de dificultades y consecuencias asociadas entre las que nos encontramos enfermedades de transmisión como la hepatitis, el VIH y la SIDA, y más recientemente la ya conocida patología dual.

Los datos referidos al VIH y SIDA resultan en España alarmantes, aunque estas cifras si bien han sido facilitadas por fuentes oficiales, encuentran importantes contradicciones. Según el EMCDDA (2012b), entre los cinco países que proporcionan datos sobre la infección del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en las prisiones entre 2005 y 2010, la prevalencia del VIH osciló entre el 0% y el 7,7% en cuatro países, mientras que España, siendo el quinto país, registró una prevalencia de 39,7%¹.

También la patología psiquiátrica en general y dual en particular, entendida como la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y otro causado por los abusos de sustancias, afecta de manera muy elevada a las personas privadas de libertad en España (PRECA, 2011; Torrens, 2008), y se recalca la gravedad clínica, psicopatológica, médica y social de este trastorno. Según el estudio PRECA (2011, p. 11), la prevalencia de enfermedad mental entre el colectivo privado de libertad es cinco veces mayor que la registrada en la población general. En concreto, cerca de un 80% de la población penitenciaria ha sufrido en algún momento de su vida un trastorno mental y cerca de un 40% lo presenta en la actualidad, incluyéndose aquí el consumo de drogas. En palabras de Leganés (2010, p. 515) un 50% de las personas con enfermedad mental tienen al mismo tiempo un uso abusivo de las drogas (generalmente cannabis, alcohol y cocaína, seguido de psicofármacos). Esta situación se ve agravada con la entrada en prisión, ya que se añade a las consecuencias físicas, sociales y psicológicas derivadas de un internamiento de este tipo en una institución total (Goffman, 1994).

Una revisión sistemática de 62 estudios que abarcan unas 23.000 personas privadas de libertad de 12 países de todo el mundo mostró que cerca de un 65% de las personas privadas de libertad presentan un trastorno de salud mental, que puede ir desde un trastorno de personalidad (42-65%, sobre todo el trastorno antisocial) a la depresión (10-12%) o enfermedades psicóticas (4%, incluyendo esquizofrenia, episodios maníacos y trastorno delirante). Estos trastornos representan un serio factor de riesgo para el suicidio. Todos estos datos más “objetivos”, de diagnóstico externo, se consolidan con la percepción y vivencia personal de los internos cuando casi un 66% de la población penitenciaria percibe su estado de salud como peor que cuando estaba en libertad (MSSSI, 2011).

Tal y como se indica desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP y SGCSP, 2013), en el año 2012 se produjeron en las prisiones españolas 166 óbitos, es decir, tuvo lugar una muerte cada dos días. Un 96% de los fallecidos fueron varones con una edad media de 46 años.



Sin embargo, y siguiendo las mismas fuentes oficiales, tan sólo un 18,7% de éstas son consideradas muertes violentas por drogas² y el 5,4% como muertes naturales derivadas del VIH o el SIDA³. En relación a fallecimientos y sobredosis indicar que en el periodo inmediatamente posterior a la excarcelación aumenta la probabilidad de muerte por sobredosis tal como ilustran diversos estudios longitudinales (OEDT, 2011).

Resulta de máximo interés mantenerse atentos no sólo a los cambios producidos en torno a la sustancia sino al perfil de las personas afectadas

En definitiva, y tras repasar los datos ofrecidos por fuentes oficiales, podemos concluir que las prisiones reproducen ciertas tendencias sociales en lo relativo a los consumos pero con sus peculiaridades y matizaciones. Porcentualmente, un mayor número de personas privadas de libertad cuentan con una relación problemática con las sustancias con anterioridad y durante su estancia en prisión. Si se alude, sin embargo, a la cantidad que dichas personas consumen, se observa que ésta disminuye principalmente por las dificultades de acceso a las sustancias. Esta disminución global es más acentuada en el caso de la heroína y la cocaína. En otras palabras, el internamiento en prisión parece forzar a la persona a dejar o reducir los consumos, aunque también parece existir un porcentaje pequeño de población reclusa que afirma haberse iniciado en el mundo de las drogas con su ingreso en prisión. Las sustancias más consumidas en el interior son también aquellas de más fácil acceso. Por último, aunque no menos importante, si queremos poder articular una intervención socioeducativa en un contexto tan adverso, resulta de máximo interés mantenerse atentos no sólo a los cambios producidos en torno a la sustancia sino al perfil de las personas afectadas por esta problemática así como a la diversidad de consecuencias asociadas.

Intervención y tratamiento

Tras aproximarnos a la realidad de los consumos en prisión, nos adentramos aquí en las respuestas articuladas a través de los distintos programas de intervención que se llevan a cabo en el entorno penitenciario. Resulta paradójico pero real que muchas de estas personas no han recibido asistencia ni tratamiento en su vida en el exterior. Se calcula que tan sólo un cuarto de la población penitenciaria, más en concreto el 28% de los internos, habían realizado tratamiento estando en libertad (Drogomedia, 2010; MSSSI, 2011). La toxicomanía produce importantes desestabilizaciones y problemas de desestructuración personal debido a la gravedad de las consecuencias tanto físicas como psíquicas y sociales que lleva asociadas. No podemos olvidar aquí que el fin primordial de la pena privativa de libertad, según la Constitución Española (1978) en su artículo 25.2., es la reeducación y reinserción social. Junto a esta finalidad, la Administración Penitenciaria es responsable de velar por la vida, la integridad y la salud de las personas ingresadas en sus centros.

En la actualidad las prisiones españolas cuentan con diferentes programas dirigidos al tratamiento de las toxicomanías dentro de los propios centros penitenciarios, atendiendo a la especial gravedad de esta situación y a la necesidad de contar con actividades terapéuticas y reinsertadoras para todas

aquellas personas consumidoras activas o en proceso de deshabitación y desintoxicación. Desde Instituciones Penitenciarias se constata una doble necesidad, por un lado la de reducir la oferta y, por otro, la de contar con programas de intervención dirigidos a la población penitenciaria que se vea afectada por esta problemática, para reducir, a su vez, la demanda. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 2012), estructura la intervención en base a tres áreas fundamentales: la prevención, la asistencia y la reincorporación social.



Desde la prevención se intenta intervenir con la población penitenciaria mediante programas, servicios y actividades dirigidas a la sensibilización y al entendimiento y comprensión de los efectos y consecuencias del consumo de drogas. Dichos programas tienen la clara intención de favorecer la educación para la salud mediante el cambio de actitudes y percepciones de los presos frente a las drogas, basando dicha intervención en el empoderamiento de las personas para que éstas sean capaces de decir que no a los consumos así como para favorecer una adecuada inserción social.

Desde la vertiente más asistencial, se realiza una intervención sobre los propios consumos desde un enfoque biopsicosocial con la intención de lograr la mejora de la calidad de vida de las personas privadas de libertad drogodependientes, tratando en la medida de lo posible de lograr la deshabitación y desintoxicación o en los casos que no sea posible favorecer la reducción de riesgo y daños; para ello existen los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) y los Programas de Tratamiento con Metadona.

Entre los primeros se incluyen todos los programas de deshabitación que se orientan a la abstinencia. Para ello, es necesario en un primer momento realizar una intervención de carácter sanitario seguida por una intervención de carácter psicosocial:

- *Intervención sanitaria o desintoxicación (primera fase)*, siendo éste un programa en el que se elimina la dependencia física a las sustancias adictivas mediante el tratamiento puramente farmacológico. Este proceso deberá ir acompañado de otras acciones de apoyo, como por ejemplo la intervención psicosocial.
- *Intervención psicosocial o deshabitación (segunda fase)*, en la que tiene lugar la eliminación de la dependencia psicológica, siendo éste un proceso mucho más largo y complejo, en el que será necesario facilitar diferentes elementos, estrategias y pautas de intervención que empoderen a la persona y le capaciten para afrontar la adicción. A su vez, este tipo de intervenciones podrán realizarse con carácter ambulatorio o mediante el ingreso de la persona privada de libertad en un módulo terapéutico. Los internos pueden aquí desarrollar actividades terapéuticas dentro de los diferentes programas que vayan creando. Por otro lado, se sitúan los módulos terapéuticos que son aquellos módulos independientes en los que conviven los internos que se encuentran dentro del programa integral de drogodependencias, siendo éste un espacio libre de las interferencias

propiciadas por la droga, con un marcado carácter terapéutico y socio-educativo en el que impulsan actitudes, valores y hábitos basados en la normalización y la reincorporación social.

Dentro de los programas clasificados de la reducción de riesgo y daños que tienen como fin principal la evitación de los contagios y las infecciones así como el impedir el deterioro de la salud y la reducción de la actividad delictiva y los consumos de sustancias, pueden situarse principalmente los dos programas siguientes:

- *El programa de intercambio de jeringuilla (PIJ)* se inicia atendiendo a la alta tasa de enfermedades y mortalidad propiciada por el consumo de drogas por vía inyectada mediante jeringuillas ya utilizadas previamente. El objetivo del PIJ se basa en la intención de preservar la salud de los consumidores de drogas por vía inyectada y promover el uso de instrumental esterilizado. Según los datos de la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (MSSSI, 2011), tres de cada cuatro inyectadores son positivos para VHC (hepatitis C) y uno de cada tres inyectadores son positivos para VIH, existiendo un 30,5% de coinfectados para VIH y VHC. Todavía hoy, uno de cada cinco internos está en la creencia de que compartir utensilios de inyección no conlleva riesgo de contagio, según las mismas fuentes.
- *El programa de tratamiento con metadona*, entendido como un programa de tratamiento de la dependencia que contempla múltiples beneficios no sólo para el propio interno sino también para el entorno que le rodea, ya que favorecerá la disminución del consumo de drogas, la evitación del consumo por vía parenteral y la mejora del estado físico y mental así como el descenso de la conflictividad. Cuando el tratamiento con metadona se asocia a una intervención con carácter psicosocial y desde un enfoque reinsertador, prepara a la persona para su normalización y para su inclusión social.

Añadir aquí los datos relativos a la participación y valoración por parte de los internos con respecto a estos programas de intervención (MSSSI, 2011). Un 26% de los internos con problemas de adicción a sustancias han recibido tratamiento durante su estancia en prisión; un 40% en programas de deshabitación y un 51% en programas de sustitución (tratamiento por metadona). De ambos programas, la deshabitación recibe una mejor valoración por los propios internos que el tratamiento con metadona con un 76,2% frente a un 71,3%.

Por último, se contempla una última área de intervención, la reincorporación social de las personas privadas de libertad drogodependientes, comprendida como la última fase o momento del proceso. Los programas de reincorporación social tienen como objetivo lograr el adecuado desenvolvimiento personal, familiar, social y psicológico por parte de la persona. La intervención se centra en las diferentes áreas de la vida personal para ofrecer posibilidades de éxito en su nuevo periodo de libertad y su proceso de inclusión social.

En este sentido, el Reglamento Penitenciario vigente (RP), aprobado por Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero, recoge las diferentes modalidades en las que puede tener lugar el régimen abierto en los artículos 80 y siguientes. Es importante no olvidar que el régimen abierto acoge únicamente a personas privadas de libertad clasificadas en tercer grado penitenciario. Junto a ello nos encontramos con dos programas específicos para las personas internas con problemáticas de drogodependencias. Aquí se contemplan aquellas, que de manera específica, se orientan a la reincorporación social de las personas presas drogodependientes:



- *Las unidades dependientes para el tratamiento* de los internos clasificados en tercer grado (art. 165 y art. 167) son unidades arquitectónicas ubicadas fuera del recinto penitenciario que ofrecen servicios y prestaciones formativas, laborales y tratamentales y son gestionados por entidades no penitenciarias pero en coordinación estrecha con la Administración Penitenciaria.
- *Las unidades extrapenitenciarias* destinadas también para internos clasificados en tercer grado que necesiten tratamiento de deshabituación de sustancias con entidades colaboradoras con la Administración Penitenciaria (art. 182).

En resumen, la realidad presentada en el primer apartado necesita de una respuesta que al menos dé comienzo en el interior de los centros penitenciarios. Si bien es evidente que el contexto penitenciario no es un entorno ideal para el tratamiento, puede constituir el inicio de una intervención que vaya conectando a la persona con su propio medio y con los recursos comunitarios.

Si bien el contexto penitenciario no es un entorno ideal para el tratamiento, puede constituir el inicio de una intervención

El papel de los profesionales de la educación social

Desde el inicio de este artículo venimos analizando los paralelismos y matices entre la sociedad general y la población penitenciaria. La intervención en toxicomanías se realiza en el exterior desde unas coordenadas que debieran poder trasladarse al interior de los centros penitenciarios en la medida de lo posible. El papel de los equipos de tratamiento, pero en nuestro caso más concreto, el de los profesionales de la educación social se erige como uno de los más relevantes. Esta intervención se basa en diversos principios jurídicos y de intervención socioeducativa.

1. **La reeducación y reinserción social como fines primordiales de la pena privativa de libertad.** No podemos olvidar que la Carta Magna (Constitución, 1978) establece estos dos aspectos, individual (reeducación) y social (reinserción), como los fines primordiales a los que debe

estar orientada la ejecución de las penas privativas de libertad. Sin embargo, ya se ha defendido con anterioridad que el entorno penitenciario no constituye un entorno óptimo para el aprendizaje, con la incorporación y generalización de los mismos al bagaje personal. Entre los elementos más negativos para ello se encuentran el entorno o contexto cerrado de la prisión, considerada una institución total con todas las consecuencias y problemáticas asociadas, así como la vivencia por parte de las personas privadas de libertad de este entorno como un castigo impuesto. La consciencia de esta situación nos debe animar a hallar soluciones estructurales alternativas a la prisión pero, a la vez, a no olvidar a las personas que se encuentran en estos momentos ingresadas en los centros penitenciarios y a poner en primera línea de nuestra intervención los objetivos marcados por la ley junto a los principios de voluntariedad e individualización (art. 112 y art. 102.1 del Reglamento Penitenciario).

Los programas de intervención deben estar dirigidos a la disminución de los factores de riesgo

Los programas de intervención con las personas privadas de libertad deben estar dirigidos a la disminución de los factores de riesgo, tanto los que tengan lugar dentro de la prisión como los factores de riesgo propios de cada uno de los internos y será necesario tratar de aumentar y fortalecer los factores de protección. Todo ello es un proceso tremendamente complicado ya que, como indica Del Pozo (2008), tanto la pedagogía social como la educación social, a pesar de los avances experimentados, siguen estando relegadas a un segundo plano. El papel de los y las profesionales de la Educación Social puede ser de gran valor en este entorno hostil.

2. **La elección de un modelo de intervención:** Parece necesario realizar un cambio en los modelos actuales de intervención basados en ideas correctivas, punitivas y sancionadoras y tratar de caminar hacia un modelo de acción socioeducativa que promueva el empoderamiento, la transformación, la participación y el conocimiento. Tal como indica Gil (2010) la intervención en prisión necesita de acciones pedagógicas desarrolladas por profesionales cualificados y necesita ser un espacio de actividad y no un espacio de vacío.

En relación al ámbito específico de la intervención con personas con problemas de adicciones, la intervención se basa en la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1976) y en modelos de carácter ecológico (Bronfenbrenner, 1987) o aproximación biopsicosocial, según la cual el foco de atención no es tanto la sustancia sino la persona en toda su complejidad y sus relaciones con la sustancia y los diversos escenarios sociales en los que participa. Desde esta aproximación, la intervención se dirige a todos esos elementos personales (biológicos, psicológicos) y sociales (familia, relaciones interpersonales, entorno laboral) así como a las relaciones e interacciones que se establecen entre los mismos. La traducción de esta complejidad a la práctica ha pasado por la secuenciación del tratamiento en diversas fases y su ajuste a procesos individualizados, tal y como se

defiende también en todo itinerario educativo (Funes, 2009). Aunque la aplicación del mismo, en toda su extensión, es difícilmente trasladable al interior de la prisión puede comenzarse en la misma abordando los ámbitos biológicos y psicológicos, para articular posteriormente la incorporación social y la participación comunitaria. Desde esta aproximación, no sólo mejora la calidad de vida, con la desintoxicación y la prevención de otras patologías asociadas, sino que se aportan herramientas para la deshabitación de las sustancias. Caride (2010) nos recuerda que el objetivo es lograr que las personas, además de tener conciencia de su medio, sean capaces de reflexionar y actuar críticamente sobre él, con la intención de transformarlo y, por tanto, mejorarlo.



- 3. El acompañamiento en vida cotidiana** entendido como el establecimiento de una relación estable, de confianza y significativa en la que la persona se convierta en protagonista de este proceso. Para el establecimiento de esta relación se respetarán los tiempos o momentos de la misma; acogida; compromisos y planificación; avances y retrocesos; y punto y final, propuestos por Alonso y Funes (2009). El acompañamiento puede ser también operativizado en la presencia. La presencia es una herramienta de gran poder de influencia en el medio comunitario pero aplicable a espacios cerrados (Santibáñez, 2004). Tan sólo estar presente, estar ahí, disponible, puede ser utilizado en distintas direcciones: como cercanía y proximidad, como medio para acortar distancias y convertirse en mediadores en una sociedad más horizontal y participativa, e incluso como denuncia y oposición (García-Roca 2000). Por último, tan solo la presencia puede ser utilizada como apoyo para afrontar las dificultades personales y la reconstrucción de la identidad. Los educadores y educadoras sociales acompañan tanto psicológicamente como físicamente a la persona privada de libertad en sus primeros momentos de estancia en prisión, en la evaluación inicial, en actividades formativas, laborales y lúdicas o culturales realizadas en el propio centro así como en los tratamientos específicos de toxicomanías y en definitiva en la incorporación de unos hábitos de vida más saludables.

Este acompañamiento se desarrolla en la vida cotidiana. La vida cotidiana cumple una serie de condiciones importantes: Es compartida por todas las personas, es compleja, ofrece múltiples contextos de aprendizaje y está llena de sentido para las personas. Toda persona de cualquier clase social y condición posee vida cotidiana, por lo que es un elemento igualador en sí mismo. Es imposible privar a alguien de su vida cotidiana. Si bien es cierto que las diferencias entre el contenido de la vida cotidiana de unos difiere mucho de la de otros, la cotidianidad puede ser utilizada como herramienta de intervención socioeducativa básica: para trabajar los hábitos y el estilo de vida, los valores, las relaciones interpersonales, la resolución de conflictos, las habilidades sociales, la autoestima, la organización de los tiempos y la autonomía, entre otros. La vida cotidiana,

además, es compleja pues, por una parte, aúna sistematicidad, habitualidad, repetición y rutina, y por otra, imprevisión, azar y caos. Todos los días son iguales y, sin embargo, cada día es único e irreplicable. Esta complejidad facilita la intervención integral que se acaba de defender puesto que existen múltiples tiempos y contextos en donde intervenir. Por último, la vida cotidiana posee significado y aporta sentido a las personas. Los aprendizajes que en ella se producen son construidos por y desde la persona y, sobre todo, proporcionan el poder a cada persona de controlar y dirigir desde ella su propia vida.

4. **La intervención comunitaria y el trabajo en red** como fase en la que articular la transición y salida de los centros penitenciarios. Esta fase se inicia con la participación de distintas entidades que acceden a prisión y se desarrolla con la salida de las personas privadas de libertad, de manera más puntual al inicio y de forma más estable en los últimos momentos. Existen posibilidades de acceder a tratamientos específicos de drogodependencias utilizando la red de recursos comunitarios.

Además añadir la necesidad de continuar la intervención y comunicación entre todos los profesionales implicados en el proceso de la persona, pero no únicamente dentro del propio centro penitenciario. Es preciso también entender y apoyar la necesidad de una intervención comunicativa que trabaje las consecuencias negativas producidas en la persona derivada de la estancia en el medio carcelario, mediante la potenciación de capacidades y habilidades sociales y comunicativas adecuadas y positivas que favorezcan la reincorporación social. Es necesario abandonar las ideas individualistas y centrarnos en ideas de carácter comunitario que contemplen no sólo a la persona, sino también al entorno en el que va a reinsertarse posteriormente (familia, entorno laboral, sociedad, etc.). La realidad sistémica y compleja de las problemáticas sociales requiere de los distintos focos de saber o agentes socioeducativos que confluyen en el territorio (entendido desde una perspectiva relacional y antropológica) en forma de redes. Las redes han de contar con el máximo número de agentes significativos de la comunidad y trabajar de forma complementaria y colaborativa para crear respuestas realmente efectivas y sólidas. Hay que implicar a la comunidad para que llegue a configurar una sociedad que incorpore y acoja, basada en patrones de confianza y solidaridad, que reduzca la vulnerabilidad individual, humanice el entorno vital colectivo y ofrezca oportunidades de realización personal. La prioridad es, en definitiva, construir estructuras donde cada persona puede desarrollar y construir su *humanidad* (Vilar, 2008).

5. **La necesidad de profesionales especializados y cualificados** en el entorno penitenciario. Se habla habitualmente de la intervención socioeducativa realizada por educadores penitenciarios y la importancia de éstos

Hay que implicar a la comunidad para que llegue a configurar una sociedad que incorpore y acoja

en la vida de las personas privadas de libertad, pero queremos recalcar que estas personas no son profesionales especializados en pedagogía social o en la educación social. Mientras que el educador social, en palabras de Moran (2007, p. 2), “es un técnico de la intervención socioeducativa preparado para desarrollar su actividad laboral con un colectivo que presenta unas necesidades específicas, formado en las técnicas de animación, gestión y planificación de programas, y con una sólida formación para la adaptación a nuevos ámbitos y formas de intervención”, el educador social penitenciario se nombra por primera vez en el año 1968. Son nombrados como educadores sociales penitenciarios en su mayoría funcionarios del denominado Cuerpo Especial de Instituciones Penitenciarias (grupo B) y posteriormente se añadirán a esta función del Cuerpo de Ayudantes (grupo C), tras realizar un curso de especialización en la Escuela de Estudios Penitenciarios de Madrid. Parece que este curso capacita a estas personas para ejercer la profesión de educador social, pese a que en su mayoría son personas que han cursado estudios relacionados con las ciencias jurídicas, criminología, magisterio o trabajo social y pese a que la titulación de Educación Social existe desde 1991.



A modo de conclusión, recalcar la importancia de una intervención cualificada que contemple la reeducación y la reinserción de las personas privadas de libertad. Que incorpore un adecuado acompañamiento en el proceso de afrontamiento de la adicción como punto de partida dentro de los centros penitenciarios pero que camine hacia el trabajo en red y la intervención comunitaria como principales estrategias que pueden garantizar la inclusión social real.

Marta Ruiz Narezo
Educatora social
Investigadora Doctoranda en Educación
Universidad de Deusto - Bilbao
marta.ruiznarezo@deusto.es

Rosa Santibáñez Gruber
Catedrática de Pedagogía social
Universidad de Deusto - Bilbao
rosa.santibanez@deusto.es

Bibliografía

- Almeda, E.** (2010). Privación de libertad y mujeres extranjeras. Viejos prejuicios y nuevas desigualdades. En: F. T. Añaños (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto* (p. 201-234). Barcelona: Gedisa.
- Alonso, I.; Funes, J.** (2009). “El acompañamiento social en los recursos socioeducativos”. En: *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 42, 28-46.
- Bertalanffy, L. V.** (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura económica.
- Bronfenbrenner, U.** (1987). *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caride, J. A.** (2010). La educación social como práctica de y hacia la libertad en contextos penitenciarios. En: F. T. Añaños (coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. (p. 45-64). Barcelona: Gedisa.
- Constitución Española** (1978). BOE núm. 311, de 29/12/1978.
- Del Pozo, F. J.** (2008). Los programas individualizados socioeducativos de tratamiento en las Unidades dependientes de madres. En: Añaños, F. T.; Del Pozo, F. J.; Mavrou I. (Coords.). *Educación Social en el Ámbito Penitenciario: Mujeres, Infancia y Familia*. (p. 488-503). Granada: Nativola.
- Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco** (2007). Dossier documental sobre la drogodependencia en el medio penitenciario. Observatorio Vasco de Drogodependencias, País Vasco. [Documento disponible]: <http://www.drogomedia.com/dossiers1.php?dossier=6>
- Drogomedia** (2010). Departamento de Salud de Gobierno Vasco. Drogodependencia en el medio penitenciarios. Dossiers documentales. [Documento disponible en:] http://www.drogomedia.com/dossiers1_lasclaves.php?dossier=6
- EMCDDA⁴** (2002). Las drogas en el punto de mira. Uso recreativo de las drogas: un reto a nivel de la UE. Sumario 6 bimensual. ISSN 1681-6307. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.
- EMCDDA; MSPSI⁵; DGPNSD⁶** (2011). 2011 National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point “SPAIN”. New Developments, Trends and In-Depth Information on Selected Issues. Reitox
- EMCDDA** (2012a). Annual Report 2012: the state of the drugs problem in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA** (2012b). Prisons and drugs in Europe: the problem and the responses. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Fazel, S.; Bains, P.; Doll, H.** (2006). “Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review”. En: *Addiction* 101, p.181-191.
- Funes, J.** (2009). “Transiciones, itinerarios y procesos”. En: *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 42, 15-27.

García-Roca, J. (2000). “Exclusión social y pedagogía de la responsabilidad”. En: VVAA. *Otras culturas, otras formas de vida*. Bilbao: Forum Deusto.

Gil, F. (2010). “La acción pedagógica en las prisiones. Posibilidades y Límites”. En: *Revista Española de Pedagogía*, 245, enero-abril 2010.

Goffman, E. (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goldstein, P. (1985). “The drugs-violence nexus; a tripartite framework”. En: *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.

Leganés, S. (2010). “Drogas, delincuencia y enfermedad mental”. En: *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 4, 513-532.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal (BOE n. 281 de 24 de Noviembre de 1995).

Moran, J. A. (2007). La figura del educador social penitenciario de medio abierto. Comunicación del IV Congreso Estatal del/a Educador/a Social. [Disponible en:] <http://www.eduso.net/archivos/IVcongreso/comunicaciones/c4.pdf>

MSSSI⁷ (2006). Encuesta estatal sobre salud y drogas entre los internados en prisión. Madrid: Autor.

MSSSI (2011). Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias, ESDIP (2011). Unidad de Sistemas de Información y Documentación DGPNSD (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas). [Documento disponible en:] http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESDIP_2011.pdf

OEDT⁸ (2011). Mortality related to drug use in Europe: public health implications, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

PRECA (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (estudio preca) [Disponible en:] <http://www.derecho-penitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>

Reglamento Penitenciario. Real Decreto 190/1996, de 9 febrero BOE 15 febrero 1996.

Ruiz-Narezo, M. (2010). *La situación de la droga en la cárcel, mitos y realidades*. Trabajo fin de grado de Educación Social. Facultad de Psicología y Educación. Universidad de Deusto, Bilbao. Texto inédito.

Ruiz-Narezo, M. (2011). *Fundamentación y realidad legislativa y asistencial en materia de drogas con personas internadas en centros penitenciarios; Europa, España y CAPV*. Tesina Máster Drogodependencias y otras adicciones, Instituto Deusto Drogodependencias. Universidad de Deusto, Bilbao. Texto inédito.

Santamaría, J. J.; Chait, L. (2004). “Drogadicción y delincuencia. Perspectiva desde una prisión”. En: *Revista Adicciones*, 16, 3, 207-217.

Santibáñez, R. (2004). “Exclusión y ciudadanía. Los retos de la pedagogía social”. En: F. Burrows (comp.) (2004). *Caminos para la ciudadanía*. Actas del Congreso de Participación ciudadana, Pedagogía Social y Desarrollo Local de Villarrica. Villarrica, Chile. [Disponible en:] http://www.pucvillarrica.cl/files/active/0/actas_congreso.doc



- SGIP**⁹ (2012). Programas de intervención con drogodependientes. [Disponible en:] <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/drogodependencia.html>
- SGIP; SGCSPI**¹⁰ (2013). Informe epidemiológico sobre mortalidad en II.PP. Año 2012. Área de salud pública. [Disponible en:] https://www.acaip.es/images/docs/040214_informe_sgiipp_mortalidad_prisiones.pdf
- Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, V., Oeuvray, K., Van Oyen, M., **Steffan, E.; Uchtenhagen A.** (2005). “Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review”. En: *Substance Use & Misuse*, 40, 269-283.
- Torrens, M.** (2008). “Patología dual: Situación actual y retos de futuro”. En: *Revista Adicciones*, 20, 4, 315-320.
- UNAD**¹¹ (2008). *Drogodependencias y Prisión. Estudio sobre la situación de personas con problemas de drogas en Prisión*. Madrid: Autor.
- UNODC**¹² (2009). *Informe mundial sobre las drogas 2009: Resumen ejecutivo*. [Documento disponible]: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf
- Vilar, J.** (2008). “Implicaciones éticas del trabajo en red y la acción comunitaria”. En: *Cultura y Educación*, 20, 3, 267-277.
- Zurhols, H.; Haasen, C.; Stöver, H.** (2005). Female drug users in European prisons: a European study of prison policies, prison drug services and the women’s perspectives, Bibliotheks-und Informations system der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.

-
- 1 Existen importantes contradicciones en relación a los datos facilitados de la población penitenciaria infectada por el VIH ya que, mientras que en el documento citado, el EMCDDA (2012b) indica que en España la prevalencia alcanza un 39,7%, otro estudio realizado también por el EMCDDA, MSPSI y DGPNSD (2011) indica que la prevalencia es de un 7%. Estas importantes diferencias pueden ser debidas al sistema de valoración o tal vez si, por error, pudiesen incluirse en el primer porcentaje la prevalencia de la hepatitis C.
 - 2 Se contabilizan los fallecimientos que han tenido como causa la reacción adversa a drogas.
 - 3 Se incluyen aquí los fallecimientos de personas infectadas por VIH y por patologías relacionadas con éste.
 - 4 EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
 - 5 MSPSI – Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
 - 6 DGPNSD – Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - 7 MSSSI – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - 8 OEDT – Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
 - 9 SGIP – Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.
 - 10 SGCSPI – Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.
 - 11 UNAD - Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente
 - 12 UNODC - Oficina de Naciones Unidas contra Drogas y Delitos
-