



Universidad de Valladolid

Trabajo fin de

Grado en Trabajo Social

**“PRISIÓN Y DROGODEPENDENCIA:
DOS CÁRCELES PARA LA MUJER”**

Autora: María Rodríguez Pedrals

Tutor: José Daniel Rueda Estrada

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO: 2014-2015

Fecha de entrega: 25 de Junio de 2015

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	6-8
II.	ACERCAMIENTO A LA PROBLEMÁTICA.....	9-16
	1.1 Drogodependencia: Una cárcel invisible.....	9-13
	1.2 Introducción al mundo de la prisión.....	13-15
	1.3 Patriarcado: Origen de toda discriminación.....	15-16
III.	MARCO NORMATIVO.....	17-20
IV.	EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS ÁMBITOS PENITENCIARIO Y DE DROGODEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	21-24
V.	EL FENÓMENO DE LA DROGODEPENDENCIA DENTRO DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS.....	25-28
VI.	LA MUJER TRAS DOS BARROTOS: PRESA Y DROGODEPENDIENTE.....	29-40
	6.1 Prisión y género.....	29-31
	6.2 La realidad de las prisiones de mujeres en España.....	31-34
	6.3 Drogas y género.....	35-36
	6.4 Situación actual de la mujer presa y drogodependiente en España.....	37-40
VII.	LA REINSERCIÓN Y REEDUCACIÓN DE MUJERES DROGODEPENDIENTES RECLUSAS Y EX RECLUSAS.....	41-58
	7.1 Recursos destinados a la reinserción y reeducación de drogodependientes en España dentro de prisión.....	43-51
	7.2 Recursos destinados a la reeducación y reinserción de drogodependientes en España fuera de prisión.....	51-56
VIII.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	57-60
IX.	CONCLUSIONES SOBRE EL COLECTIVO Y EL TRABAJO REALIZADO.....	61-63
X.	BIBLIOGRAFÍA.....	64-67
XI.	ANEXOS.....	68-82

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1:</i> Competencias del trabajo en relación al Grado en Trabajo Social.....	8
<i>Tabla 2:</i> Clasificación de las drogas atendiendo a los efectos y sustancias.....	13
<i>Tabla 3:</i> Sustancias tóxicas consumidas por hombres y mujeres en el año 2013.....	35
<i>Tabla 4:</i> Distribución por sexo y edad de las personas consumidoras en el año 2011.....	38
<i>Tabla 5:</i> Respuestas penales a los delitos cometidos bajo el efecto de las drogas.....	43
<i>Tabla 6:</i> Datos de deshabitación de los centros penitenciarios de mujeres de España.....	46
<i>Tabla 7:</i> Comparativa del programa de mantenimiento con metadona entre el centro penitenciario de Villanubla y los Centros Penitenciarios de mujeres españoles.....	50
<i>Tabla 8:</i> Cumplimientos de medidas alternativas a la pena privativa de libertad en drogodependientes en la CT “Pampuri”	55

INDICE DE SIGLAS EMPLEADAS

CP: Código Penal

PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas

SGIP: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias

CT: Comunidad Terapéutica

CAD: Centro Ambulatorio de Drogodependientes

UDH: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

UTE: Unidad Terapéutica Educativa

CIS: Centros de Inserción Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria

RESUMEN

El presente trabajo pretende acercarnos a la realidad desconocida por muchas personas tanto profesionales como no profesionales, la de la drogodependencia en el interior de las cárceles de mujeres.

El mundo de la prisión suele ser un tema evitado, por lo que es necesario que se le dé la consideración que merece, ya que la misión de los profesionales, concretamente de los profesionales del trabajo social, es promover el cambio social, para lo cual es necesario intervenir con todos los colectivos en exclusión,.

El trabajo pretende dar cuenta de la prisión como un espacio que perpetúa el rol tradicional femenino, que tan interiorizado tenemos en la sociedad. Además nos acerca a la problemática de la drogodependencia, que tanto se obvia en ocasiones a pesar de su importancia y los problemas que lleva consigo.

Palabras clave: Mujer, prisión, drogodependencia, trabajo social, desigualdad

ABSTRACT

This work aims to approach the unknown reality for many professionals and non-professionals, the state of the drugs inside women's prisons.

The world of prison is often a topic avoided, so it is necessary to be given the consideration it deserves, since the mission of professionals, namely professional social work is to promote social change, for which is necessary to intervene with all groups in exclusion.

The work seeks to explain the prison as a space that perpetuates the traditional female role, which we have so internalized in society. In addition it brings us closer to the problem of drug addiction, both are sometimes obvious despite its importance and the problems involved

Keywords: Woman, prison, drug, social work, inequality

1. INTRODUCCIÓN

En Diciembre de 2014, el total de hombres en prisión era de 60040 (92´35%), frente a las 4977 mujeres (7´65%); un total de 65017 personas privadas de libertad en España (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Diciembre 2014). Por otro lado, según la última estadística del Plan Nacional sobre drogas, que data del 2013, un 4´72% de mujeres presas, ha entrado en tratamiento por drogodependencia en algún momento de su vida (PNSD, Diciembre 2011).

Como puede observarse a través de estos datos, la diferencia existente entre mujeres y hombres que se encuentran en prisión, impide que las mujeres sean vistas con la importancia que se debe. La mujer sufre problemáticas, una vez ingresa en prisión, que, si se incluye la condición de drogodependiente, la convierte en uno de los perfiles más invisibles y excluidos de la sociedad. Una gran consecuencia de esta invisibilidad es la falta de tratamientos específicos para ellas.

Esta invisibilidad de la problemática, unida a la escasa valoración social que considero que se tiene de los colectivos de personas drogodependientes y reclusas, me ha motivado a realizar este trabajo. Con él, pretendo acercarme a una realidad que para muchas personas y profesionales es desconocida, además de reconocer el papel del trabajador social en ella y concluir con mi propia propuesta de intervención. Considero que la reinserción y resocialización de este colectivo favorece la convivencia en sociedad, y es imprescindible como reivindicación del papel de la mujer en la misma, que va mucho más allá del rol que tradicionalmente se le viene atribuyendo.

Este trabajo, por tanto, se estructurará en siete bloques. Primero se hará un acercamiento a la problemática, al marco normativo que la engloba y al papel que en ella tiene el trabajador social. Después se hablará de la drogodependencia en prisión, y se analizará la problemática desde una perspectiva de género. Posteriormente se hablará de la reinserción y reeducación del colectivo, y, por último, se realizará una propuesta de intervención y unas conclusiones del trabajo.

Por todo lo anterior, puede destacarse que el **objetivo general** de este trabajo es “Describir, tras un estudio, la situación de las mujeres reclusas drogodependientes

y proponer una intervención adecuada para su reeducación y reinserción”.

Así mismo, como **objetivos específicos** se definen:

- Conocer la situación que el colectivo de mujeres reclusas drogodependientes tiene actualmente en España, diferenciándolo de la situación de los varones.
- Descubrir cuáles son los tratamientos y recursos que actualmente existen para la reeducación y reinserción de mujeres reclusas drogodependientes, y el papel que el trabajador social tiene en los mismos.
- Identificar las necesidades que este colectivo precisa para su mejora.
- Definir las líneas que debería seguir un tratamiento adecuado para el colectivo, fiel a las características del mismo.

Por último, cabe destacar que la **metodología** que seguiré para realizar el trabajo consistirá en la recopilación de información a través de diferentes libros, revistas y artículos sobre el tema objeto del trabajo, que sirva para conocer las características de este colectivo, el modo en que se interviene con el mismo y las necesidades que poseen. A partir de la recopilación de información, realizaré un estudio y propondré una intervención que considere adaptada a ellas y realizaré mis conclusiones de la investigación realizada.

A pesar de no ser una temática muy común entre los profesionales del Trabajo Social, este trabajo aporta una serie de competencias en relación al grado que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1: Competencias del trabajo en relación con el grado en Trabajo Social

<i>Competencias del Grado</i>	<i>Competencias del Trabajo</i>
Competencias generales	
<i>Planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del Trabajo Social con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades y con otros profesionales.</i>	En el trabajo, se aporta una revisión de las prácticas que se realizan con el colectivo de mujeres drogodependientes en centros penitenciarios, y se evalúa para constatar un tipo de intervención diseñado por mí.
<i>Administrar y ser responsable, con supervisión y apoyo, de la propia práctica dentro de la organización.</i>	La competencia se cumple debido a que se propone un Plan de Intervención, y se analiza la labor del trabajador social con el colectivo.
<i>Capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias.</i>	Se toma como referencia múltiples centros de intervención, y se destaca, en todos momento la importancia de la persona, la familia, y la actuación de instituciones para la mejora de la situación.
Competencias específicas	
<i>Establecer relaciones profesionales al objeto de identificar la forma más adecuada de intervención.</i>	Se tiene en cuenta una intervención desde distintas áreas y ámbitos de la persona, y se diseña la forma más adecuada de llevarlo a cabo.
<i>Valorar las necesidades y opciones posibles para orientar una estrategia de intervención.</i>	Se analiza al colectivo y sus necesidades para diseñar la intervención más adecuada
<i>Investigar, analizar, evaluar y utilizar el conocimiento actual de las mejores prácticas del trabajo social para revisar y actualizar los propios conocimientos sobre los marcos de trabajo.</i>	Revisando todas las prácticas y proponiendo la intervención que considero más adecuada para el colectivo en el que se centra el trabajo.
<i>Apoyar el desarrollo de redes para hacer frente a las necesidades y trabajar a favor de los resultados planificados examinando con las personas las redes de apoyo a las que puedan acceder y desarrollar</i>	En la intervención con este colectivo, y a lo largo de todo el trabajo, se destaca la necesidad de fomentar las redes de apoyo como uno de los elementos centrales en la resolución de la problemática.

Fuente: Elaboración propia a partir de las competencias del Grado en Trabajo Social en la Universidad de Valladolid.

2. ACERCAMIENTO A LA PROBLEMÁTICA

Haciendo alusión al título del trabajo, voy a acercarme en primer lugar al conocimiento de ambas problemáticas, intentando hacer ver como la drogodependencia puede convertirse en una prisión, aunque no te mantenga entre barrotes. Te encierra en ella, en el consumo y la consecución del mismo, haciendo que sea muy difícil salir de esa espiral, más aún cuando se es mujer y tu vida se ve condicionada por el ideal patriarcal que domina la sociedad.

La drogodependencia y la delincuencia son problemáticas aisladas que pueden aparecer de forma separada. Sin embargo, con frecuencia aparecen juntas, en especial cuando hablamos de personas con escasos recursos. La población drogodependiente tiene, entre uno de sus múltiples riesgos, uno que puede cambiar sus vidas por completo: la entrada en prisión.

2.1 Drogodependencia: una cárcel invisible

En todas las sociedades, el consumo de drogas ha sido una constante observada desde hace cientos de años, siendo en España el alcohol y el tabaco las más consumidas. Son lo que podríamos denominar “drogas sociales”, ya que su uso es permitido y se puede acceder a ellas fácilmente.

Sin embargo, la adicción a las drogas, tanto legales como ilegales, es el principal problema para la salud pública en los países desarrollados. La farmacodependencia puede definirse, según la Organización Mundial de la Salud, como “... *el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga*” (OMS, 1969).

Siguiendo a Correa Carvalho (2007), constatamos que el consumo de sustancias psicoactivas no siempre se ha concebido como un problema, de hecho la lucha contra este fenómeno es muy reciente, y siempre ha sido algo cultural. A lo largo de

la historia, el hombre siempre ha consumido determinadas sustancias susceptibles de alterar el sistema nervioso central.

Esta historia comienza con el consumo de alcohol y opiáceos, alrededor del 5000 a.C. Tres son los ejemplos que han sido constatados:

- Se estima que el cáñamo (*cannabis sativa*) es cultivado en China desde hace 4.000 años.
- En América, el imperio incaico sacaba tres cosechas anuales de hoja de coca cuyo uso era como analgésico y energizante de uso diario.
- En la sociedad Azteca, se empleaba el hongo llamado *teonanacati* y el consumo de peyote con fines religiosos.

Con fines mágico-religiosos, para huir de la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para ello, por simple placer o con fines médicos el hombre ha hecho uso de plantas y productos químicos hoy incluidos en el concepto de drogas (Correa Carvalho, J., 2007, p. 2).

Las sustancias más difundidas en todos los contextos han sido la cafeína, tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos

A pesar de haber sido utilizado desde casi el principio de los tiempos, el consumo de drogas siempre se ha visto como algo que a largo plazo podría ser problemático si la sustancia no se usaba para fines adecuados o se abusaba de ella. Sin ir más lejos, la cocaína fue utilizada con usos médicos a finales del s. XIX y hoy en día, es la sustancia cuya adicción es más preocupante en los países occidentales, destinando gran parte de los tratamientos terapéuticos a su desintoxicación.

Con el abuso indiscriminado de las drogas para fines placenteros, se inició una cruzada contra estas sustancias a nivel mundial, a finales del s. XIX. El consenso del fenómeno como problemático a nivel mundial culminó con la creación de la OMS en 1946. Tras esto, el consumo de determinadas sustancias psicoactivas comenzó a prohibirse en determinados países, y obligó a los gobernantes a promulgar leyes que moderaran su consumo. Las dificultades para conseguir las sustancias a las que mucha población era adicta derivaron en la mayor red de delincuencia, dinero ilícito y blanqueo de capitales que existe en la actualidad: El

tráfico de drogas, fuertemente perseguido y penado por la ley.

(Correa de Carvalho, J., 2007, pp. 1-3)

El comienzo de la adicción a las drogas, sucede cuando confluyen una serie de *factores de riesgo* que incitan a la persona a iniciarse en el consumo y le sitúan en situación de vulnerabilidad ante las mismas. Estos factores pueden dividirse en:

- *Factores de riesgo de la comunidad:* Entre ellos se destaca el hecho de vivir en un ambiente conflictivo, con escasos recursos económicos, el bajo apego a la comunidad en la que se crece y convive o la disponibilidad de las drogas, tanto legales como ilegales, en la comunidad o medio en que se convive.
- *Factores de riesgo familiar:* El más destacado es tener una historia familiar de drogodependencia o alcoholismo, en la cual los familiares que permanecen junto a un niño en su crianza consumen alguna sustancia psicoactiva. También encontramos el fracaso paternal a la hora de controlar a los hijos, o las actitudes positivas de la familia ante el consumo, que incitan a la persona al mismo.
- *Factores de riesgo individuales/ entre iguales:* En cuanto a estos factores se destaca la rebeldía en la adolescencia, propiciada por no sentirse parte de la sociedad, o no creer en su éxito y su sentido de la responsabilidad; tener una conducta antisocial en la adolescencia temprana, cuyo principal indicador es el fracaso escolar y tener amigos o moverse en un entorno de personas que consumen sustancias psicoactivas, lo cual puede ocasionar el consumo de drogas para integrarse en el grupo en el que se mueve el sujeto. (Becoña, 1995 pp. 13-16)

Becoña (1995) sugiere, así mismo, que *“la presencia de un factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca”* (p. 14). El hecho de que una persona se convierta en adicta a las drogas, no tiene que ver necesariamente, por tanto, con la presencia de factores de riesgo, aunque es algo que puede determinarlo. Por otro lado, la existencia de factores que inciten al consumo continuado de estas sustancias no es algo que determine que, con toda

probabilidad, se vaya a producir este hecho.

Entonces, la persona comienza a consumir sustancias de las que se podrían denominar tóxicas. Esta etapa del proceso de adicción se conoce como “uso” y es un consumo experimental, tal y como lo define la OMS, que no tiene una continuidad en el tiempo. Es, en palabras de Calderón Alonso (2004), “*La luna de miel del drogodependiente. En este momento la persona solo percibe los efectos positivos esperados por la sustancia, obviando la negatividad y los efectos nocivos*” (pp. 120-121). Tras este consumo esporádico, una vez interiorizados sus efectos, se empieza a consumir de manera más habitual, situándonos ante un consumo ocasional, pero sin ningún tipo de dependencia. Posteriormente, se dará paso a un consumo episódico, hasta que el “uso” se convierte en “abuso”, o uso sistémico. Esta etapa se caracteriza porque comienzan a surgir una serie de problemas derivados de dicho consumo: en la escuela, el trabajo, las amistades, la familia, problemas judiciales, de violencia, psicológicos, de desarraigo...No tardando, este abuso se convierte en “dependencia”. La dependencia a las drogas fue declarada por la ONU como enfermedad en 1961. Esta etapa se reconoce cuando la persona tiene necesidad permanente y compulsiva de consumir una sustancia, cuando esta sustancia domina al sujeto, centrando este su vida en ella y en conseguir su dosis de consumo bajo cualquier precio o condición. En esta etapa, los problemas derivados del consumo se agravan y la persona se hace consciente de los efectos negativos del mismo, sin embargo, ya se ve envuelta en una espiral de la que es muy difícil salir. (Álvarez, F.J., Queipo, D., Velasco, A., 1984)

Las drogas tienen como característica principal el hecho de producir la denominada psicoactividad, es decir, que son capaces de llegar al cerebro y producir un cambio en su funcionamiento. Atendiendo a estos efectos y cambios, las drogas se clasifican en: (Govern de Les Illes Balears, 2007, pp. 6-8)

Tabla 2: Clasificación de las drogas atendiendo a los efectos y las sustancias

Cambios	Efectos	Sustancias
Depresoras del sistema nervioso central	Entorpecen el funcionamiento habitual del cerebro, produciendo situaciones de desinhibición y un progresivo adormecimiento cerebral	Alcohol, Opiáceos (heroína, morfina, metadona), tranquilizantes o hipnóticos.
Estimulantes del sistema nervioso central	Aceleran el funcionamiento normal del cerebro, provocando una activación que puede desembocar en hiperactividad.	Estimulantes mayores (anfetaminas y cocaína), estimulantes menores (nicotina), y xantinas (cafeína y teína)
Perturbadoras del sistema nervioso central	Trastocan el funcionamiento del cerebro, llegando a producir alucinaciones o distorsiones perceptivas	Alucinógenos (LSD, mezcalina...), derivados del cannabis (hachís y marihuana) y drogas de síntesis (éxtasis)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Guía "Mujer y drogodependencia", Govern de les Illes Balears, 2007.

2.2 Introducción al mundo de la prisión

Centrándonos en las instituciones penitenciarias de régimen ordinario, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) define estos establecimientos como *"un núcleo urbano autosuficiente, donde desarrollan su labor multitud de profesionales para la reeducación y reinserción social de los penados, y al mismo tiempo, garantiza la seguridad y la custodia de las personas encomendadas a esta institución"* (SGIP, 2015). Los centros penitenciarios están concebidos con una perspectiva modular que fomenta un clima adecuado para el desarrollo de la vida en prisión, y hace que se responda a los fines que se atribuye a la Administración Penitenciaria de reeducación y reinserción social de los condenados, retención y custodia de detenidos, presos y penados y asistencia y ayuda tanto a internos como liberados (SGIP, 2015). Siguiendo la información aportada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, *en el interior de un centro penitenciario "tipo", podemos distinguir atendiendo a su uso, una serie de lugares clasificados en:*

- *Edificios externos:* En los que están los lugares no utilizados por presos, como el control de accesos o la jefatura de servicios y comunicaciones.

- *Edificios de servicios*: Son aquellos utilizados por los internos pero no de manera permanente, como la cocina, los talleres y los espacios deportivo-culturales.
- *Edificios con presencia permanente de internos*: Los módulos polivalentes, residenciales y de régimen cerrado, enfermería e ingresos, salidas y tránsitos.

Además de estos denominados centros tipo, encontramos otra serie de *centros y módulos en el interior de los centros tipo, destinados a personas en especial situación*, entre los que se destacarán aquellos de interés para este trabajo, y que posteriormente serán mencionados:

- CIS (Centros de inserción social).
- **Unidades de madres**
- Los servicios de gestión de penas y medidas alternativas de libertad
- Hospital psiquiátrico penitenciario
- Unidad de custodia hospitalaria
- **Comunidad terapéutica extra-penitenciaria.**
- **Módulo terapéutico**
- Unidad dependiente
- Sección abierta
- Departamento mixto
- Módulo universitario
- **Módulo de respeto**
- **Módulo con programas específicos para jóvenes (SGIP, 2014)**

Cabrera Cabrera P.J. (2001), sugiere que “*la delincuencia como fenómeno y el delito como manifestación son el resultado de una construcción social en la que intervienen múltiples actores*” (pp. 89). De este modo, se puede concluir que un acto llega a percibirse como un delito en función de variables de diferente tipo como el contexto, la clase social de la persona, la repercusión social de lo realizado, los valores de la persona que juzga, la relación de otras personas...

Por otro lado, se pueden distinguir **cinco etapas** en la vida de una persona privada

de libertad:

- *Ruptura con el mundo exterior*: Que supone la separación física del mundo exterior, las referencias personales, los medios de comunicación, los valores del exterior...lo cual genera debilidad y desamparo al sujeto.
 - *Desadaptación social y desidentificación personal*: La persona presa experimenta una serie de momentos y situaciones que hacen que pierda su identidad y se despersonalice debido, entre otras cosas, al aislamiento, la falta de intimidad, o el contacto inevitable y forzado.
 - *Adaptación al medio carcelario*: Se termina produciendo la readaptación social al nuevo medio en el que se convive, la persona se prisioniza, se convierte en carcelero, acostumbándose a la responsabilidad personal del preso, en un régimen en el que hasta las horas de ocio están pautadas.
 - *Desvinculación familiar*: Provocada por el doble factor de encontrarse en un lugar donde el contacto con el exterior también está marcado, y que además, en ocasiones está alejado del lugar de residencia de la familia o personas de habitual contacto.
 - *Desarraigo social*: El hecho de ser presidiario o ex presidiario crea un estigma social que de cara a la salida de la persona del centro penitenciario provoca dificultades para ser aceptado en la sociedad de manera normalizada.
- (Cabrera Cabrera P.J., 2001 pp. 87-88).

2.3 El patriarcado: origen de las discriminaciones a la mujer

Tras haber examinado ambas problemáticas, he considerado analizarlas desde una perspectiva de género. “Lo que tradicionalmente se llama machismo, no es más que la punta del iceberg de toda una organización social profundamente discriminatoria para con las mujeres, llamada patriarcado”. (García Celay, M. y Nieto Navarro, M., 2002, pp. 3).

Lo primero que ha de conocerse es que la mujer se ve envuelta tradicionalmente en una sociedad en la que se encuentran fuertemente arraigados los ideales patriarcales. Para García Celay, M. y Nieto Navarro, M. (2002), con la palabra patriarcado denominamos “una estructura social jerárquica, que se sustenta en un

conjunto de ideas, prejuicios, símbolos, costumbres e incluso leyes para con las mujeres, debido a la cual el género masculino oprime y domina al femenino” (pp. 3) Podemos afirmar que es una estructura que está por encima de las personas, ya que algunas manifestaciones de la misma, se han convertido en evidentes dentro de la sociedad como la desigualdad salarial de la mujer, la violencia conyugal... Sin embargo, hay otras manifestaciones que para muchos pasan desapercibidas o incluso son consideradas “normales”. A través del patriarcado la mujer se ve supeditada a un determinado rol o papel dentro de la sociedad, que condiciona su vida y la discrimina profundamente. La sociedad concibe a la mujer como madre, esposa, y cuidadora de su familia y su hogar, dejando el papel visible en la sociedad al hombre. Esto la ha impedido avanzar laboralmente, ser considerada en la sociedad, ha hecho que sea mal vista cuando desarrolla su vida sin un varón a su lado y, lo más importante, que las problemáticas en las que se vea envuelta no se conciban como tales, sino como algo que las hace poco femeninas y un fracaso en su rol de género. (pp. 3-5).

Se convierten en culpables, en víctimas del patriarcado. Incluso la mujer que no tiene a un varón a su lado, fracasa en su rol, ya que, en este caso, la entrada en prisión y la drogodependencia son obstáculos que la impedirán desarrollar su vida y funciones al lado de un hombre.

Como se explicará posteriormente, el patriarcado influye en las formas de intervenir con la mujer, los tratamientos destinados a ella, los recursos a los que puede acceder...por lo que cualquiera, este en las condiciones que éste, se verá afectada por estos ideales.

.

3. MARCO NORMATIVO

Es cuanto al marco normativo español en estas materias, cabe señalar aquellas leyes más importantes que enmarcarán y condicionarán la actuación sobre el colectivo, y que son básicas en cuanto a drogodependencia, prisión y género:

- *Constitución Española, de 27 de Diciembre de 1978*: Es el texto legislativo por excelencia en el territorio español, al que deben seguir y respetar el resto de documentos normativos que se aprueben. El capítulo segundo del título primero, dedicado a los derechos y deberes fundamentales, establece en el artículo 25: “*Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados...*” “*(...)El penado tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad*” (Constitución Española, 1978)
- *Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, por la que se publica el acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016*. Es el principal referente en materia de drogodependencia dentro de España, que año tras año elabora planes, programas y estrategias para la lucha contra la drogodependencia y los problemas asociados que esta conlleva. La “Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016”, es el documento de referencia más actualizado dentro de este Plan, junto con el “Plan de Acción Sobre Drogas 2013-2016”, basado en la estrategia a la cual me he referido anteriormente. Está elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y entre sus áreas de actuación, se ocupa de:
 - Área de asistencia y reducción de daños.
 - Programas de apoyo a la incorporación social
 - Área de prevención (concretamente la prevención de recaídas)
 - Área de apoyo a dependientes con problemas jurídico-penales: El plan señala la necesidad de mejorar la cobertura y el acceso de los reclusos en programas destinados a este fin. Al hablar de la integración social del

drogodependiente, el programa señala que se debe contemplar la individualización del tratamiento, la atención desde los distintos recursos sanitarios y una adaptación a la situación individual de cada usuario. (Plan Nacional sobre drogas, 2013, pp. 46-47)

- *Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud Pública*: Regula todos los aspectos en materia de sanidad, entre ellos, los relacionados con la drogadicción.
- *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria* (LOGP) En su primer artículo, esta ley establece como fin “La **reeduación y reinserción social** de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tiene a su cargo una labor de ayuda para internos y penados” (LOGP, 1979). En referencia a la mujer, esta ley penitenciaria solo la menciona específicamente en seis artículos:

-8.3: Establece que cuando no existan establecimientos de preventivos para mujeres y jóvenes, éstos permanecerán en un módulo aparte, con organización y régimen propio, en las cárceles de hombres. En este artículo vemos, por tanto, que se presupone la no existencia de estos establecimientos específicos para mujeres, que sí que están a disposición del género masculino.

-9.1: Establece la separación regimental de hombres y mujeres y los dos tipos de regímenes, ordinario y abierto.

-16.a y 16.c: Por un lado, el 16.a establece la separación de mujeres y hombres salvo supuestos excepcionales y, por otra parte, el 16.c establece la separación de los jóvenes (menores de 25 años) de los adultos. En el caso de las prisiones de mujeres, como se verá más adelante, este supuesto no se cumple, puesto que las mujeres jóvenes no son separadas del resto, justificando esta medida, entre otros argumentos, por su escaso número (Anexo 1)

-29.1e: Se establece que los penados trabajen conforme a sus condiciones físicas y mentales, pero las mujeres embarazadas en periodos de pre y post parto, están exentas de esta obligación.

-38.1, 2, 3 y 4: Se dispondrá de los recursos necesarios para tratar a las

internas embarazadas, y éstas podrán disfrutar de la compañía de sus hijos hasta los tres años de edad. Destaca que se aportará a las mujeres todos los materiales necesarios para su higiene íntima.

-43.3: Las mujeres embarazadas estarán exentas de la sanción de aislamiento.

Por otro lado, atendiendo a las personas drogodependientes encontramos los siguientes artículos:

-7: Establece los diferentes establecimientos penitenciarios, entre los que se encuentran los establecimientos destinados a drogodependientes.

-36,37 y 39: Establecen la atención sanitaria que tiene derecho a recibir todo interno en prisión, por parte de un médico y un equipo de enfermería, prestando especial atención a personas con problemas psiquiátricos o de toxicomanía

-66: Establece el tratamiento en comunidad terapéutica para personas que lo precisen.

(LOGP, 1979)

- *Reglamento Penitenciario, Real Decreto 190/1996, de 9 de Febrero:* Desarrolla los principios de la LOGP, en consonancia con el nuevo modelo de castigo establecido en el código penal. Establece el concepto de tratamiento penitenciario, que puede definirse como toda la serie de medidas dedicadas a la consecución de la **reeducción y reinserción social** de los presos y presas. Por otro lado, establece el concepto de régimen penitenciario, como el conjunto de normas y medidas que persiguen la consecución de una convivencia ordenada y pacífica que permita alcanzar el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento y la retención y custodia de los presos. Así encontramos 3 grados: el primer grado en el que se encuentran los presos con mayor condena y delitos más peligrosos, que carecen de permisos y privilegios penitenciarios; el segundo grado para la mayoría de los penados, a partir del cual se pueden comenzar a recibir permisos; y el tercer grado o semi-libertad.

Establece, además, en su artículo 87, la suspensión de la pena condicionada a tratamiento.

Por otra parte, atendiendo a la problemática del drogodependiente, en su

artículo 182, señala que el penado que esté clasificado en tercer grado, podrá asistir a instituciones terapéuticas adecuadas para recibir un tratamiento específico que le permita su deshabituación; siempre y cuando la institución se comprometa a acoger a la persona, comunicar al Centro Penitenciario de referencia las incidencias del tratamiento, y realizar un acuerdo con el penado que le comprometa a seguir las normas de la institución en la que recibirá el tratamiento que se acuerde entre la misma y el centro penitenciario.

(Reglamento Penitenciario, 1996)

- *Instrucción 3/2011 (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias)*: Regula el “Plan de intervención en materia de drogas de Instituciones Penitenciarias”. Los objetivos que se plantea, entre otros, son reducir los riesgos y daños asociados al consumo, conseguir periodos de abstinencia o prevenir el inicio del consumo.
- *Código Penal (Ley Orgánica 15/2003 de 25 de Noviembre)*: Cuyo contenido en materia de drogodependencia aparece especificado en el apartado 8
- *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*: Por último, ha de destacarse esta ley como el marco normativo más importante en el territorio español en lo que se refiere a igualdad de género.

4. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES Y PRESAS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La sociedad crea estigma ¿y los profesionales? ¿Estigmatizan también a los y las pacientes?

Entre las múltiples definiciones que se han realizado de la profesión, podemos decir que el trabajo social actualmente: *“Promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el trabajo social.”*(FITS, 2000)

A través de la definición expuesta anteriormente, aportada por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, puede descubrirse cómo el papel de estos profesionales es fundamental para producir un cambio en la situación, tanto de personas drogodependientes como privadas de libertad.

Por un lado, una intervención con la persona drogodependiente combina procesos de evaluación y estrategias de afrontamiento desarrollados en tres fases fundamentales: prevención, intervención y reinserción. En dichas fases, el papel del trabajador social resulta *“tan importante e imprescindible como el de cualquier otro profesional”* (Mayor, J., 1995). Si lo que se pretende es intervenir en conductas y contextos, sabiendo que el contexto social es uno de los más relevantes durante todo el proceso de desintoxicación del sujeto drogodependiente, la tarea es propia de un trabajador social, aunque no por ello exclusiva, ya que la intervención con personas drogodependientes suele realizarse a través de un equipo multidisciplinar. Por otro lado, se deduce que para prevenir la dependencia a las sustancias psicoactivas, se precisa reducir el factor de riesgo social e incrementar los recursos del sujeto en este ámbito, por lo que se llega a la conclusión de que *“el papel del trabajador social en la intervención en drogodependencias está*

firmemente asentado se tome en consideración el nivel, la dimensión o la modalidad de actuación que se tome; eso sí, nunca será tarea única del trabajador social ni de ningún otro profesional” (Mayor, J., 1995.)

Por otro lado, en cuanto a las personas en situación de privación de libertad, el trabajador social interviene fundamentalmente en dos áreas: las personas internas y sus familiares.

Los servicios sociales penitenciarios, son servicios sociales especializados que responden a las demandas del preso, independientemente de su situación penal y del régimen penitenciario que le corresponda. Para que esto se lleve a cabo, se necesita la coordinación tanto de servicios sociales comunitarios y primarios como de los especializados y organismos dedicados a la reinserción de personas sometidas a medidas de ejecución penal, prevención de la marginación y exclusión social. (Rodríguez Jover, A., 2011, pp. 162)

Con el tiempo, los profesionales del trabajo social se han ido convirtiendo en un elemento imprescindible para el tratamiento de los internos en prisión, teniendo una función orientada principalmente al cambio de conducta de los mismos. Se centra en este ámbito de la persona, ya que, determinados aspectos de la conducta, son los que principalmente causan la situación de la persona que delinque. En este sentido, debe tenerse en cuenta que las actuaciones con los internos son mucho más intensas que las que se realizan con su familia.

El cometido que se asigna al profesional del trabajo social, por tanto, es en líneas generales, entrevistar a los internos y familiares, así como a la red de apoyo con la que cuenta el preso; y recoger datos de los mismos, personas de su lugar de residencia, centros o empresas donde haya trabajado, o cualquier persona o entidad que pueda aportar datos que permitan estudiar la personalidad del interno en prisión. Además, el trabajador social realiza un seguimiento a los liberados condicionales y personas sometidas a penas alternativas, fomentando la inserción socio-laboral de los internos que poseen una situación penitenciaria que les posibilita acceder al exterior, y, por tanto, al mercado laboral. (Sánchez Miranda, MC., Martínez Cazorla, T., Quijano Guerrero, R. y Quirós de la Torre, R., 2012 pp. 4-

5).

El trabajador social debe de ser una figura de apoyo para el interno, se les debe de acompañar para que conciben esta figura en el trabajador social, por encima de la de un profesional. (Anexo 1)

Si combinamos las dos problemáticas citadas hasta ahora, vemos que el trabajador social actúa con drogodependientes en los centros penitenciarios a través de programas de delitos violentos y/o toxicomanías, teniendo como función mejorar su competencia social, calidad de vida y adaptación social y laboral. Además, realiza funciones de co-terapeuta. (Rodríguez Jover, A., 2011, pp. 165)

El trabajador social, así mismo, debe de dar importancia a su actuación desde una perspectiva de género. Para Guzzetti, L. (2012) el trabajo social ha de responder en cuanto a género a estas cuestiones:

- Mejorar la autoestima de la mujer, logrando el empoderamiento personal y potenciando sus cualidades y capacidades.
- Promover la construcción de espacios con la mujer, tanto grupales como comunitarios, de manera que se sientan identificadas. Así, se promoverán espacios en los que la mujer pueda sentirse libre e identificada, y tenga una buena concepción de sí misma desde su género; conociendo las diferencias que tiene con el sexo opuesto y que, no la impedirán llegar a los mismos lugares o alcanzar las mismas metas que el hombre.
- Romper los estereotipos de género, fomentando la igualdad entre hombres y mujeres a través de los papeles de ambos en la sociedad.
- Conocer las leyes que amparan sus derechos
- Reivindicar alternativas o mecanismos para el ejercicio de los derechos de la mujer. (pp. 111-112)

Por todo lo dicho anteriormente, podemos concluir que el trabajador/a social, dentro de una prisión de mujeres, y poniendo el foco en su adicción a las drogas, tendría como función trabajar con la mujer interna y su familia, propiciando la elección, a través del conocimiento de la misma, su entorno y sus circunstancias, del recurso más adecuado de entre los existentes que la permita abandonar su

adicción, tanto dentro como fuera del centro penitenciario. Todo ello debe de ir acompañado de un seguimiento en la intervención que incida en un cambio en los factores de riesgo sociales que la hacen a la mujer caer en su adicción y teniendo en cuenta las características propias del género, que la sitúan en una posición de vulnerabilidad psicológica y social mucho mayor que la del hombre.

5. EL FENÓMENO DE LA DROGODEPENDENCIA EN EL INTERIOR DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS

“No importa qué te metas en el cuerpo si eso te hace pasar unos días sin enterarme de donde estás, porqué o con quién. Solo quieres no pensar y que el tiempo pase lo más rápido posible” Esta frase, enunciada por un ex recluso del Establecimiento Penitenciario de Villanubla (Valladolid), que actualmente está en tratamiento en la Comunidad Terapéutica “San Ricardo Pampuri” (Palencia), describe muy bien el sentimiento de las personas consumidoras de sustancias psicotrópicas dentro de prisión.

Establecer una **relación entre delincuencia y drogodependencia** es difícil, y han sido varios autores lo que han pretendido dar una explicación a la conexión existente entre ambos fenómenos. Para Elzo, Lidon y Urquijo (1992), citado en González Cuevas, L., Herrero Díaz, F., Paño Quesada, S. y Rodríguez Díaz, F., (1997), las relaciones entre los dos fenómenos se concretan en estos **cuatro conceptos**:

- *Delincuencia inducida*: Cuando la conducta delictiva deriva del consumo de sustancias psicoactivas, es decir, la conducta se ha producido en el momento de la intoxicación.
- *Delincuencia funcional*: La conducta manifestada por la necesidad de posesión de la sustancia que la persona necesita, a la que se encuentra adicto. Serán delitos, en su mayoría, que impliquen la consecución de dinero o bienes.
- *Delincuencia relacional*: Aquella que tiene lugar en torno al consumo de drogas y, a su vez, facilita el mismo. En esta categoría entrarían los delitos relacionados con el tráfico de drogas u objetos robados.
- *Tráfico por no consumidor*: El delito de tráfico de drogas realizado por un individuo que no es consumidor de las mismas.

“La prisión es una institución de la que poco se habla y mucho menos cuando se asocia a consumidores de drogas” (Fornons Fontdevila, D., 2010) “La cárcel resulta un lugar duro para vivir, sobrevivir o dejar pasar la vida” (GSMP, 2012). Los presos

suelen tener una actitud de frustración continua, desánimo, desinterés y pasividad. A pesar de ello, en la prisión pueden encontrarse algunos aliados que hagan que la situación de la persona mejore: La contención externa del centro, el aislamiento de su medio habitual, la organización en torno a una rutina diaria, la adquisición de unas normas de comportamiento, el aislamiento de sus círculos de relación habituales, el respeto hacia los límites o la necesidad de adquirir una autonomía personal que resulta indispensable para convivir en el medio penitenciario. Todo esto puede aprovecharse también, para el tratamiento por consumo de drogas.

La vida en prisión, caracterizada por los horarios estrictos, la monotonía y la convivencia forzada, convierte a estos centros en un medio hostil. *“Ante estas circunstancias de aislamiento social, emocional y frustración es habitual encontrar trastornos adaptativos y de deterioro de la conducta que repercuten en el clima social penitenciario”* (Bengoa, A., López, V., Mahmoud, K., Errasti, A., 2012).

La drogodependencia se sitúa a la cabeza de estos fenómenos, ya que desestabiliza la convivencia por la gran repercusión física, psicológica y social que tiene, así como por las cargas judiciales y penales que lleva consigo. Como nos indica Valverde Molina, J. (1991), la drogadicción es un elemento imprescindible en lo que el autor considera “el sistema social alternativo” que supone la prisión. También es considerado un mecanismo de adaptación al medio penitenciario, y por ello, son *tres objetivos los que las sustancias psicoactivas cumplen en el interior de la prisión:*

- Es utilizado como mecanismo de evasión alternativo, al menos una evasión momentánea. Esta desconexión provocada por el consumo no es aportada por otras formas de entretenimiento como la lectura o el estudio, a las que algunos no pueden acceder por su bajo nivel cultural.
- Al ser algo prohibido, las sustancias psicoactivas se utilizan como enfrentamiento a la institución y autoafirmación frente a la misma.
- La droga constituye, por último, un mecanismo de defensa contra la ansiedad producida por encontrarse en un centro penitenciario, que no es posible conseguir de otra forma.

Al igual que cumple una serie de objetivos, dicho consumo conlleva unas

consecuencias que pueden concretarse en:

- La droga es un elemento de tráfico; y, por ello, estructura el poder de los reclusos y reclusas en el centro, siendo el grupo que maneja la droga el que controla la prisión. La persona consumidora de drogas, se encontrará envuelta en una espiral de sumisión-dominación controlada por estos grupos, viéndose obligado a relacionarse siempre con la misma gente y estructurando su vida en función de la droga y lo que ésta supone en la cárcel. Este sistema alternativo creado, suele ser controlado desde el lugar donde los presos pasan más horas muertas, viendo pasar el tiempo, pensando, sintiendo el vacío que provoca la prisión, sin hacer nada más: el “patio de la cárcel”
- Acaba destruyendo al individuo física y mentalmente, centrando su vida en el consumo y la búsqueda del mismo bajo cualquier precio. El alto nivel de ansiedad que se produce en la persona, junto con el sometimiento a los grupos de control alternativo de la prisión mencionado anteriormente, le llevarán a perder la poca capacidad de decisión y libertad que le quedaba.
- Finalmente, cabe destacar que la falta de higiene con que se utiliza, especialmente la droga inyectada, lleva al desarrollo de enfermedades como hepatitis o SIDA. (Valverde Molina, J., 1991)

El ingreso en prisión, pues, va a suponer la culminación de un proceso que está destruyendo a la persona si esta no se encontraba en tratamiento en ese momento. Por otro lado, si la persona ya se encontraba tratando su problema de adicciones, el ingreso en prisión supondrá una *crisis en el proceso terapéutico, cuya magnitud dependerá de la relación entre tres dimensiones*, que según Duque Carro, T., 2008, pp. 36 son:

- *El proceso penal*: Dependiendo de la distancia temporal entre los hechos, los juicios y la entrada en prisión. Durante este tiempo su calidad de vida va deteriorándose en todos los aspectos. Si es la primera vez que entra en prisión, el choque será mayor y la espera tendrá una mayor repercusión física y emocional. Tras su ingreso, el sistema de valores que sustenta la prisión situará a la persona en una situación mucho más complicada.

- *El proceso terapéutico:* En caso de encontrarse en un proceso terapéutico, podrían perderse los patrones adquiridos de inserción en la sociedad
- *El proceso evolutivo:* La prisión no afectará de igual forma a un adulto, que a una persona que ve truncada su etapa de juventud, tanto por el consumo como por el ingreso en prisión.

6. LA MUJER TRAS DOS BARROTOS: PRESA Y DROGODEPENDIENTE

Como se ha destacado en el punto 2, la drogodependencia supone una especie de prisión para la persona, que incrementa sus ataduras con el hecho de ser mujer. Tras habernos acercado a las problemáticas, y haber analizado la drogodependencia dentro de los centros penitenciarios, voy a proceder al análisis de este fenómeno desde una perspectiva de género en general, y particularmente en el territorio español.

6.1 Prisión y género

“Vemos, en fin, que las mujeres son diferentes, y viven su encarcelamiento de forma diferente, y por ello, hay que promover para ella medidas específicas” (Yagüe Olmos, C., 2007, pp. 7)

Puede concebirse que la prisión sea el último eslabón de una cadena de exclusión social y pérdida de control de la vida de la persona. El ingreso de una mujer en prisión posee unas características propias, distintas de los varones, en cuanto a sus expectativas y consecuencias (Boira Sarto, S., Eito Mateo, A., García Martínez, J., Marcuello Servós, C., 2011, pp. 1)

Las mujeres que han pasado por la prisión comparten el elemento común del estigma social que pesa sobre ellas, lo que puede llevar a que aquellas que consiguen la “normalización” de su vida tras haber pasado un periodo de tiempo recluidas, oculten este periodo a las nuevas personas que entran en su vida. (Instituto de la mujer, 2004 pp. 94). La prisión es un espacio que estigmatiza a la mujer, y la discrimina en un doble sentido: Por un lado, interiorizando las situaciones de desigualdad propias de la prisión; y, por otro, refuerza determinadas creencias sociales de supeditación y dependencia a la figura masculina, debido a que la prisión como se concibe en la actualidad, es un espacio destinado para la intervención con hombres y en el que la intervención con mujeres es un reto para muchos profesionales. (Boira Sarto, S. et al, 2008 pp. 12).

Todas ellas tienen una característica común que las diferencia de los hombres que

se encuentran presos: El peso de la familia. Si hablamos de mujeres madres y con familia, vemos que cae sobre ellas el peso de la desestructuración familiar. Si es el caso de mujeres jóvenes o solteras, porque ven truncada su posibilidad de formar una familia y tener una pareja, incluso aunque no fuese su deseo inmediato, su necesidad psicológica afectiva se ve perjudicada. Se ven afectadas, en fin, por la frustración que supone el no saber qué consecuencias irreversibles tendrá su paso por prisión para su red familiar (Yagüe, 2007, pp. 7)

Por ello, se marca como prioridad el que las mujeres internas sean visitadas por sus hijos y no pierdan contacto con ellos, a través de vis a vis familiar (Anexo 1).

El dominante ideal patriarcal, como vemos, afecta también al mundo penitenciario. Por un lado, tiene consecuencias en la mujer, que ve frustrado el rol de género que tradicionalmente se le ha atribuido; y, por otro lado, el hombre, que dentro de las instituciones penitenciarias es el foco de atención de los programas e intervenciones, en detrimento de la atención que recibe la mujer.

Siguiendo a Beristain, A. y De la Cuesta, J., (1989) se puede afirmar que, a pesar de que los roles de género en la sociedad están cambiando, y con ellos, el porcentaje de criminalidad entre mujeres y hombres y sus características se irá igualando, hay cinco factores que articulan la **relación criminalidad-sexo**:

- Diferentes expectativas de la persona en los roles que se le atribuyen
- Los patrones de socialización de hombres y mujeres son distintos, y el control social se les ha sido aplicado de forma diferente.
- Existe una diferencia estructural a la hora de tener la posibilidad de cometer determinados delitos.
- Las subculturas delictivas presionan y diferencian a sus miembros, delimitando los delitos que cada uno comete.
- Las diferencias sexuales también se hacen patentes en las propias categorías criminales. (pp. 66-67)

Ante la entrada en prisión, la mujer puede tender a abandonarse, lo que unido a la pérdida de autonomía y libertad para planificar el tiempo libre, que en prisión está regulado al milímetro, a la pérdida de responsabilidad y autocontrol, y con

frecuencia a la ya nombrada anteriormente percepción del fracaso de sus expectativas como mujer, madre o esposa, produce en ella una pérdida de autoestima, valoración y respeto por sí misma, es decir, la infantiliza. (Instituto de la mujer, 2002, pp. 98-100). *“El estigma de la prisión las lleva a verse menos capaces y valiosas”* (Yagüe Olmos, C., 2007, pp. 6)

Si se afirma que la prisión supone en la mujer un sentimiento de culpabilidad y preocupación hacia la familia, este sentimiento se agrava al encontrarse aislada, lo que puede dar lugar al victimismo: víctima de un hombre, de otra persona o de su mala suerte. El haber permanecido aislada, además, puede conducirla al miedo a la salida, a cómo será recibida por su familia, amigos o hijos, cómo estará la vida fuera...

Lo que marca la diferencia ante la prisión es el hecho de “dar el salto”. *“Haber salido o no de la espiral de vida anterior a la entrada en prisión; mantener la misma vida o reinventarse empezando desde el principio”* (Instituto de la mujer, 2004, pp. 94).

Por último, siguiendo a Yagüe Olmos, C. (2003), cabe destacar que *son mujeres que reconocen su responsabilidad en los renglones torcidos de su historia, en el sufrimiento afligido a su familia y que arrastran el sentimiento de culpa por haber fallado, abandonado a su prole a su suerte, y por la ausencia en sus vidas justo en los momentos que más las necesitan.* (pp. 2)

6.2 La realidad de las prisiones de mujeres en España

En primer lugar, debemos señalar que los estudios existentes a cerca de este colectivo, y más concretamente en España, son bastante escasos. Actualmente se está empezando a incorporar la perspectiva de género en las intervenciones sociales penitenciarias, ya que era una necesidad esencial proporcionar el mismo tipo de oportunidades rehabilitadoras a mujeres que a hombres. Así, se ha desarrollado el concepto de “oportunidades de género”, debido a que las mujeres sufren con mayor intensidad esta problemática, y que se refiere *“al proceso de empoderamiento que lleva a cabo la interna como sujeto activo de derechos en su condición de mujer”*. (Boira Sarto, S. et al, 2008 pp.12-14). Debe de

contextualizarse a la mujer en la asimetría de género y a través de la subordinación estructural que sufre respecto del hombre. El hecho fundamental que llevó a la práctica este concepto, fue la aprobación del “Programa de acciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario”, de Abril de 2009, que concreta una serie de medidas para contrarrestar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en este ámbito (Ballesteros Peña, A., 2011, pp.3)

La situación actual de las cárceles de mujeres de España ha de analizarse bajo el marco del conjunto de cárceles del territorio, aunque presenten una serie de características específicas que hacen patente la discriminación de la mujer en este ámbito (Almeda Samaranch, E., 2006 pp. 174).

Hoy en día, en el territorio español, encontramos un total de 82 centros penitenciarios, 70 pertenecientes a la Administración General del Estado, y 12 a la Generalitat de Cataluña, para cumplir condena en régimen ordinario. Por otro lado, existen 35 Centros de Inserción Social (CIS) y 3 Unidades Externas de Madres, situadas en Madrid, Sevilla y Palma de Mallorca (Ballesteros Peña, A., 2011, pp. 8).

Atendiendo a la composición por sexos, nos encontramos con la siguiente distribución (Yagüe Olmos, C., 2012, pp. 43-44, citado en Peña Ballesteros, A., 2011, pp.8; Almeda Samaranch, E., 2006, pp. 175):

Aproximadamente, hay un total de 75 módulos en los que las mujeres pueden cumplir condena en España, y todos ellos albergan entre 15 y 40 mujeres. Existen tres tipos de establecimientos penitenciarios, muy diferentes entre sí, destinados a albergar a la población penitenciaria femenina, y particularidades en una serie de centros ordinarios y otros tipos de centro:

- Pequeños módulos o departamentos dentro de cárceles de hombres. Actualmente en España existen 44 centros penitenciarios mixtos, con algún departamento de mujeres.
- Pequeñas cárceles femeninas dentro de grandes centros penitenciarios diseñados para hombres, denominados macro-cárceles. Es el caso de Brians, Topas o Soto del Real en Madrid.
- En 10 provincias no existen plazas para mujeres en régimen ordinario:

Huesca, Zamora, Vizcaya, Burgos, Soria, Segovia, Toledo, Guadalajara, Ciudad Real y Palencia

- Dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, de los cuales el de Alicante es el único que permite mujeres.
- De los 35 CIS solo 13 permiten mujeres
- Tres Unidades externas de madres, situadas en Madrid, Sevilla y Palma de Mallorca.
- Solo existen tres establecimientos penitenciarios específicos para mujeres, con una capacidad de 200 a 300 internas, frente a las 79 dependencias diseñadas para hombres: Madrid I mujeres, Brieva (Ávila) y Alcalá de Guadaíra (Sevilla mujeres). En Cataluña, que tiene una administración penitenciaria propia, se encuentra el centro penitenciario de mujeres de Wad-Ras.

Tras este análisis, vemos que las mujeres sufren una discriminación en cuanto a la forma en que están repartidos los centros penitenciarios en los que pueden ingresar, haciendo que algunas deban de alejarse de sus lugares de origen y su entorno socio-familiar para cumplir condena, lo que puede derivar en un desarraigo social y familiar.

Así mismo puede afirmarse que *las mujeres tienen muchos más problemas cuando se encuentran dentro de centros penitenciarios de hombres por varias razones:*

- Los departamentos de mujeres se encuentran diseñados para albergar a población masculina, al estar dentro de una prisión destinada a ellos. Ocupan un espacio muy reducido dentro de la estructura general del centro, y en general tienen peores condiciones de habitabilidad.
- Las políticas llevadas a cabo en este tipo de centros son dictadas por una sola persona, el director o directora, y son las mismas tanto para hombres como para mujeres. Al ser mucho mayor la población masculina, se priorizan las necesidades de este colectivo, destinando muchos menos recursos al tratamiento con mujeres.
- También, al ser centros destinados para hombres, y tener en su mayoría un único módulo de mujeres, no tienen espacio suficiente para albergar

módulos en los que las madres puedan permanecer con sus hijos.

- Por otra parte, la ley establece una separación por edades, incluyendo a las personas menores de 25 años consideradas “jóvenes” en módulos separados denominados para jóvenes, para su mejor tratamiento. Pues bien, en este tipo de centros, al haber un número escaso de mujeres jóvenes, dicha separación no se realiza, obligando a las mujeres jóvenes a convivir con el resto, posibilitando que se reproduzcan los comportamientos propios de otras internas cuya actividad delictiva sea de mayor duración y gravedad.

Peña Ballesteros, A., (2011), pp.8-10; Almeda Samaranch, E. (2006) pp. 175-180

El módulo de mujeres de la prisión de Villanubla, sin ir más lejos, es un módulo único para 40 reclusas, que se ven privadas de muchas actividades por no parecer un número suficiente para su realización. Por otro lado, se intenta que no se hagan demasiadas actividades junto con hombres, debido a la posible formación de parejas, ocasionada por la forma en que todo se magnifica en el interior de una prisión. (Anexo 1)

Por último, siguiendo a Almeida Samaranch, E. (2006), puede afirmarse que existe una menor oferta de programas rehabilitadores para mujeres, y la mayoría de programas educativos o formativos hacen que la mujer refuerce el papel que la sociedad la viene atribuyendo de forma tradicional. Sin ir más lejos, los talleres culturales y productivos en la mayoría de centros son de corte y confección, patronado, cocina o estética, así como trabajos manuales, música, pintura, o trabajos de artesanía. Este énfasis en lo doméstico, es además, un patrón repetido en la mayoría de centros de mujeres occidentales, patrón que además recuerda a las mujeres su sentimiento de culpabilidad por haber fracasado en este ámbito. No se las enseña oficios que las permitan conseguir un trabajo fuera del hogar, sino que se fomenta el trabajo doméstico y la ética de lo privado (pp. 176-178). *“Así, la cárcel se convierte en un lugar privilegiado para recordar y enseñar a las mujeres que son y han de seguir siendo buenas hijas, esposas y madres”* (Almeda Samaranch, E., 2006, pp. 177)

6.3 Drogas y género

A pesar de que tradicionalmente se ha concebido que las mujeres excluidas fueran las consumidoras de heroína, la tendencia actual se acerca al poli-consumo, representado en binomios de heroína-cocaína, metadona-alcohol y psicofármacos. (Instituto de la mujer, 2004, pp. 114)

Es fácil que las mujeres comiencen con el consumo de manera más temprana que los hombres, ya que su madurez biológica está más adelantada, comenzando en la adolescencia con un consumo experimental, fomentado por sus amigos o parejas, o incluso por su familia, si el entorno en el que convive hay personas consumidoras. Las motivaciones que pueden llevar a la mujer a la droga son varias, y entre ellas destacan la curiosidad o la ilusión de independencia. (Cabello Vázquez, M. y Yague Olmos, C., 2005, pp. 37-38)

Atendiendo a las estadísticas proporcionadas por el Plan Nacional sobre drogas en el año 2013, vemos la disparidad existente en referencia a las sustancias consumidas por hombres y mujeres en el año 2011 en España (Plan Nacional Sobre Drogas, 2013, pp. 30):

Tabla 3: Sustancias tóxicas consumidas por hombres y mujeres en el año 2011

	Hombres (%)	Mujeres (%)
<i>Tabaco</i>	44'2	36
<i>Alcohol</i>	83'2	69'9
<i>Cannabis</i>	13'6	5'5
<i>Éxtasis</i>	1	0'4
<i>Alucinógenos</i>	0'6	0'2
<i>Anfetaminas</i>	0'9	0'3
<i>Cocaína (en polvo o base)</i>	3'6	0'9
<i>Heroína</i>	0'2	0
<i>Tranquilizantes</i>	6'4	13'2
<i>Somníferos</i>	3'1	5'9
<i>Hipnosedantes</i>	7'6	15'3
<i>Ketamina</i>	0'3	0'1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística 2013 "Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España" (PNSD, 2013)

Como vemos en esta tabla, destaca en el consumo de las mujeres los tranquilizantes, somníferos e hipnosedantes, siendo más consumidos por ellas que por los hombres. A pesar de ello, el alcohol es la sustancia más consumida, casi por un 70% de ellas, sin embargo, los hombres superan esta cifra, por lo que lo más destacable es la prevalencia de los psicofármacos en el consumo femenino. Este tipo de sustancias, como se indica anteriormente, son depresoras del sistema nervioso central, es decir, producen desinhibición y adormecimiento cerebral, lo cual supone una sensación de calma y ausencia de estrés en el organismo, tanto a nivel psicológico como físico (Govern de les Illes Balears, 2007, pp.6). Una de estas situaciones se produce en el contexto de las relaciones de pareja, siendo muy conflictivas a consecuencia del consumo y con posibilidad de desembocar en malos tratos, provocando en ocasiones la denominada “codependencia”, o doble dependencia de la mujer, tanto de la sustancia consumida como del hombre, lo cual pone de manifiesto la concepción que se tiene de su “dependencia emocional”. Al igual que otras mujeres, sufren una *espiral de exclusión, caracterizada por su sentimiento de culpabilidad por haber fracasado en su rol de género y que se concreta en estos aspectos:*

- La propia adicción anula la identidad y voluntad
- Es una problemática relacionada directamente con la prostitución en la que el hombre cobra un papel protagonista como elemento adictivo y como persona que incita al consumo
- Puede provocarlas el alejamiento con su familia, en especial con sus hijos, produciéndolas frustración por su fracaso como madres, hijas y mujeres.
- Las relaciones de pareja que, a causa de la drogodependencia, desembocan en el maltrato, hacen que la mujer pierda autoestima y se infravalore.
- Su consumo, al igual que ocurre con los hombres, puede llevarlas a cometer delitos.
- El consumo de sustancias psicoactivas, además, provoca un deterioro físico, desfavorable para la autoestima de la mujer. (Instituto de la mujer, 2004, pp. 114-126)

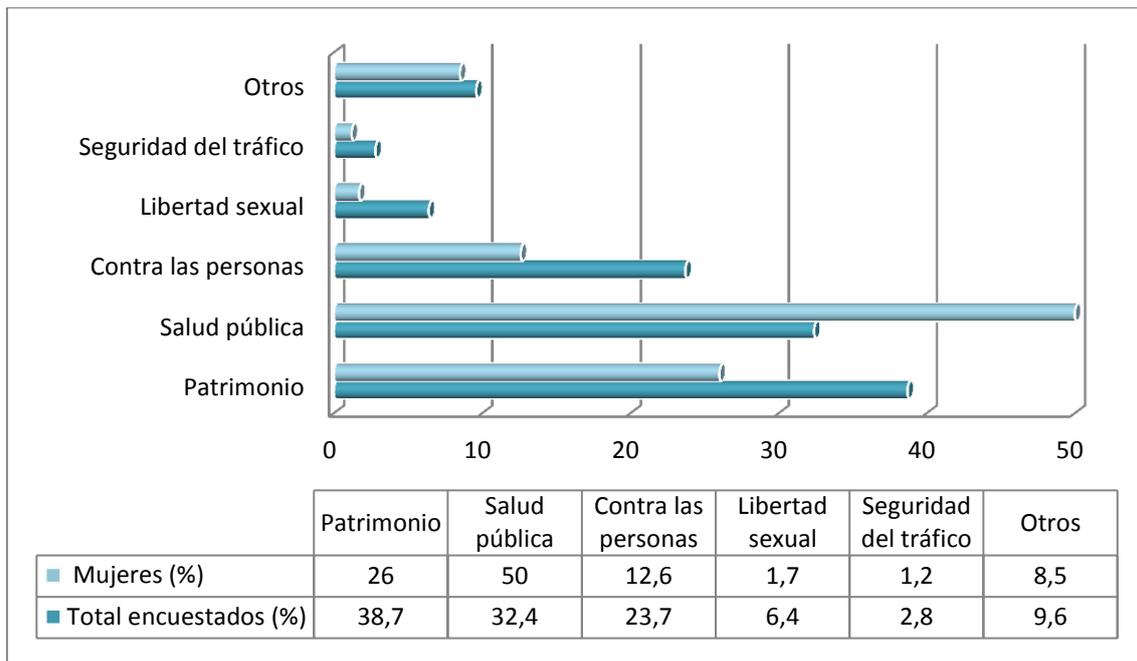
6.3 Situación actual de la mujer presa drogodependiente en España

En el momento en que confluyen todas las características anteriormente descritas, tanto por encontrarse en prisión como por ser drogodependiente, la mujer se ve envuelta en una de las mayores espirales de exclusión.

Para comenzar, hemos de destacar, en conclusión a lo anterior, que *“las políticas penitenciarias (...) suelen aplicarse a las mujeres sin apenas planteamientos diferenciales que vayan más allá de sus propias características biológicas o sanitarias”* (Cabello Vázquez, M. y Yagüe Olmos, C., 2005, pp. 31).

Para conocer un poco mejor este fenómeno, se procederá a realizar un análisis de la distribución por sexo y delito de las personas consumidoras, en función de los datos aportados por la Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP, 2011) realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas a 4980 internos de 18 a 65 años. Esta encuesta ha sido seleccionada ya que proporciona los datos más recientes conocidos acerca de esta problemática. Es curioso destacar, en primer lugar, que del 100% de las personas que se declaró drogodependiente, el 92'3% de los encuestados eran hombres, frente al 6'8% que eran mujeres, lo cual nos muestra en primer lugar que el consumo es mucho menor en mujeres que en hombres (PNSD, 2013):

Tabla 4: Distribución por sexo y delito de las personas consumidoras en el año 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP, 2011)

Lo primero que debemos destacar, antes del estudio de los internos drogodependientes de esta muestra, es que en 2011, el número total de internos en un centro penitenciario fue de 42970, siendo 3367 mujeres y 39603 hombres, lo cual indica la gran brecha existente entre la delincuencia masculina y femenina. (INE, 2011). En el último estudio realizado, el del ejercicio de 2013, el número de mujeres reclusas es de 3446, en contraposición a los 42203 hombres, así como, analizando estudios anteriores, vemos que en el año 2000, las internas eran 2849 frente a los 33265 hombres. Con todos estos datos, podemos extraer dos conclusiones principales (INE, 2015):

- Por un lado, proporcionalmente, la criminalidad tanto masculina como femenina ha ido aumentando ligeramente en los últimos 15 años, haciendo notar aun así la diferencia de manera progresiva
- Por otra parte, puede observarse que, aunque la criminalidad femenina haya aumentado, la diferencia existente con respecto a los hombres nos desvela una gran brecha entre unos y otros.

Retomando la encuesta ESDIP 2011, el dato que llama más directamente la

atención es que, del 32´4% de consumidores que declaran estar en prisión por delitos contra la salud pública, el 50% son mujeres, destacando en ellas este delito como el principal, seguido muy de lejos por el delito contra el patrimonio, cometido por el 26% de mujeres encuestadas (PNSD, 2013). Más relevante es aún, si vemos que, analizando los datos de ese ejercicio, el delito más cometido por las mujeres era el tráfico de estupefacientes, suponiendo un 49´9%, frente a los delitos contra el patrimonio que son los más realizados por hombres, suponiendo el 39´9%. (INE, 2011). Como puede verse, la generalización del tráfico y consumo de drogas entre la población, ha extendido entre las mujeres el delito contra la salud pública, situándolo como actividad delictiva predominante. A los delitos contra el patrimonio, le siguen los delitos contra las personas, otros entre los que recientemente comienzan a despuntar el abuso a menores y el blanqueo de capitales (también relacionado con el tráfico de drogas), la libertad sexual y, por último, la seguridad en el tráfico. (INE, 2011).

Para comprender la situación de las mujeres usuarias de drogas en prisión, debemos destacar, siguiendo a De Miguel Calvo, E., (2015) que *“Tanto la conducta delictiva como el uso de drogas sin prescripción médica suponen una grave amenaza a este constructo de género”* (pp. 146)

Estas mujeres, como se ha señalado en las anteriores explicaciones, se encuentran estigmatizadas por la sociedad en función de diferentes categorías centradas en el ideal del mandato patriarcal. Poseen una imagen de promiscuas, dedicadas a la prostitución, rol pasivo de subordinación al varón y a la sustancia a la que son adictas...Estos estereotipos, pueden trasladarse también hacia los profesionales que atienden a este tipo de usuarias, haciéndose constar en la valoración que las mujeres hacen de ellas mismas y en la manera en que se abordan los tratamientos, que, como veremos a continuación, ofrecen menos oportunidades a las mujeres. (De Miguel Calvo, E., 2015, pp. 145-147)

La mayoría de las mujeres drogodependientes que se encuentran en prisión manifiestan que el medio penitenciario las supera y restringe de tal manera, que si añades la drogodependencia al alejamiento de hogar, lazos familiares y redes sociales, el sentimiento de pérdida, culpa, injusticia y vacío es indescriptible. A su

vez, se ven influidas principalmente por dos factores penitenciarios que son:

- La duración de la condena, que puede incitarlas al abandono personal si es de larga duración, y por consiguiente al consumo.
- Prácticamente la totalidad de centros penitenciarios españoles, como he señalado anteriormente, posee un único módulo de mujeres, por lo que la separación de las mismas se hace inviable. Esto provoca que las presas que llevan largos periodos de tiempo ejerciendo el consumo, puedan influir sobre las jóvenes que llevan menos tiempo, provocando en ellas una aparición o aumento de su adicción, motivada además por el contexto penitenciario.

Cuando se entra en prisión, se produce un punto de inflexión, que la va a llevar a un freno en su espiral de consumo y criminalidad. Posteriormente comenzará un periodo de reflexión, en el que la mujer se enfrenta a su pasado, presente y futuro y, posiblemente, consiga alguna motivación para el cambio. Es en este momento cuando se debe de empezar a intervenir con ella, teniendo en cuenta que la motivación puede ser precaria y la drogodependencia suele ser un fenómeno de larga duración. Así mismo, se deberá tener presente que, en muchos casos, la mujer no tiene los recursos personales necesarios para superar su toxicomanía. (Cabello Vázquez, M y Yagüe Olmos, C., 2005, pp. 37-42)

7. LA REINSERCIÓN Y REEDUCACIÓN DE MUJERES RECLUSAS Y EX RECLUSAS DROGODEPENDIENTES

Para explicar este proceso, retomando el punto anterior, se dividirá el proceso de reeducación y reinserción en dos contextos principales: Dentro de los centros penitenciarios y en el exterior.

La reeducación y reinserción es el fin primordial de las penas privativas de libertad. Tal y como lo define la Constitución Española de 1978, en su artículo 25.2, *“las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”* (CE, 1978). Por tanto, se concibe el tratamiento penitenciario, como el conjunto de actividades destinadas a ese fin de reeducación y reinserción.

A continuación, se realizará un estudio de los diferentes recursos a los que pueden acceder las personas drogodependientes en el medio penitenciario, especificando, como ejemplo, la intervención que reciben en el centro penitenciario de Villanubla (Valladolid) por parte de las asociaciones ACLAD, Cáritas y Proyecto Hombre (Anexo 1), centrándonos en la atención de mujeres, y sus diferencias con respecto a los hombres en cuanto al tratamiento. Así mismo, se tomará como referencia este centro y los servicios que ofrece, para analizar el número de personas que acceden a los diferentes programas terapéuticos orientados a la drogodependencia, y compararlo con las mujeres que entran a tratamiento en los centros penitenciarios de mujeres dependientes de la Administración española. (Anexo VII)

No es necesario ahondar en el interior de la prisión para encontrar estas diferencias. Para comenzar voy a destacar un dato muy significativo: De los 550 internos que la Asociación de Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias (ACAIP) constata que conviven actualmente en el centro penitenciario, solo 40 son mujeres (Anexo 1). Con esto podemos sacar dos conclusiones:

- Por un lado, las mujeres tienen un índice de delincuencia mucho más bajo que los hombres.
- En segundo lugar, ellas se ven obligadas a convivir en un centro cuyo

tratamiento es visiblemente predominante para varones, por lo que el mismo, no es el adecuado a sus características físicas y psicológicas, sino que podríamos decir que reciben un tratamiento residual, al no existir diferencia con el que reciben los hombres (Anexo 1).

Por otro lado, se hablará de los recursos a los que las mujeres ex-reclusas pueden acceder para continuar en tratamiento por su adicción, centrándonos en un estudio de las personas atendidas en la Comunidad Terapéutica “San Ricardo Pampuri” de Palencia en el año 2014 (Anexo 2).

Antes de describir todos los recursos existentes, he de hacer un inciso para destacar la relación existente entre la drogodependencia y las penas privativas de libertad en cuanto al cumplimiento de estas últimas.

Como ya se sabe, el hecho de ser drogodependiente en el momento de comisión de un delito, tiene unas consecuencias tanto sociales como penales. La respuesta penal a estos comportamientos, permite que, bajo la actual legislación, se exima al drogodependiente del cumplimiento de la pena en un centro penitenciario, condicionando ésta a otro tipo de medidas que se consideran más adecuadas para su reinserción y reeducación (Código Penal, 1995; PNSD, 2012) que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 5. Respuestas penales a los delitos cometidos bajo el efecto de las drogas

Antes de entrar en prisión Derivación desde juzgado	Después de entrar en prisión Derivación desde Inst. Penitenciarias
<p><i>Suspensión de la ejecución de la pena</i> (Art. 87 CP). Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cometer el hecho delictivo a causa de la dependencia a las drogas -Que se certifique por un centro acreditado que el condenado está sometido a tratamiento o deshabitado -Que la pena no supere los 5 años -Que no se realicen actos delictivos en el periodo establecido por el juez. 	<p><i>Internamientos en centros de deshabituación públicos o privados:</i> La administración penitenciaria debe ser la encargada de establecer convenios con entidades públicas o privadas para el cumplimiento de esta medida.</p>
<p><i>Alternativas a la pena privativa de libertad:</i> (Art. 101-104 CP) Sustitución de la privación de libertad por otro tipo de penas</p>	<p><i>Posibilitar a los internos drogodependientes el tratamiento en dispositivos exteriores,</i> a través de modalidades penitenciarias de régimen abierto</p>
<p><i>Medidas de seguridad para drogodependientes:</i> Tratamientos sustitutivos</p>	<p><i>Tratamiento ambulatorio en la comunidad:</i> Se permiten las salidas fuera de prisión para realizar un tratamiento, siendo el centro penitenciario quien regule estas salidas diarias</p>
	<p><i>Posibilidad de adelantar la libertad condicional</i> si el comportamiento ha sido bueno, se han cumplido $\frac{3}{4}$ partes de la condena y no se ha abandonado en tratamiento en el interior del centro penitenciario.</p>

Medidas alternativas a la privación de libertad para drogodependientes. Elaboración propia a partir del Código Penal (1995) y Plan Nacional Sobre Drogas (2012, pp. 36-39)

7.1 Recursos destinados a la reeducación y reinserción de drogodependientes en el interior de los centros penitenciarios

En primer lugar ha de destacarse que el órgano colegiado encargado de tratar a las personas drogodependientes en centros penitenciarios es el GAD, existiendo uno en cada prisión, que está conformado por profesionales del centro y de ONGS que intervienen con personas drogodependientes.

En el interior de los centros penitenciarios, retomando, como hemos dicho, el punto anterior, y siguiendo la información aportada tanto por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015) como por el Plan Nacional Sobre Drogas (2012, pp. 53-74), el interno con condición de drogodependiente puede optar a estos programas:

Programa de prevención y educación para la salud

Medicación en salud

Los programas bajo este nombre tienen como foco la prevención. Su objetivo es sensibilizar a los funcionarios de los centros penitenciarios sobre la drogodependencia y otros problemas de salud pública como SIDA o Hepatitis C. Posteriormente, estos funcionarios pondrán en marcha un programa de prevención con los internos e internas del centro. Su función es transmitir información que fomente la prevención y de constancia de los riesgos de determinadas prácticas como el consumo de drogas y lo que le rodea, transmitiendo dicha información a través de pequeños grupos de “iguales”, denominados así por lo siguiente. Los funcionarios, personal sanitario y personas de ONG’S que impartan el programa ocuparán la figura de mediadores, que formarán a determinados internos, previamente seleccionados, para que ejerzan como agentes de salud, y transmitan a otros internos el mensaje del programa. (PNSD, 2012)

En el centro penitenciario de Villanubla, la institución encargada de realizar este programa es ACLAD (Asociación Castellano Leonesa de Ayuda al Drogodependiente). Es una intervención fundamentalmente educativa y motivadora, siempre en coordinación con los GAD, y evaluada por una serie de informes periódicos. Esta institución solo realiza intervención en los módulos masculinos, por tanto, las mujeres internas en este centro penitenciario quedan aisladas de tratamientos de prevención.

Programas orientados a la abstinencia

Tienen por objetivo conseguir y mantener la abstinencia en el consumo de drogas, y se desarrollan en función de las posibilidades que ofrezcan las infraestructuras del centro. Constan de una serie de fases, que en la realidad no siempre se presentan

distinguidas, pero pueden concretarse, siguiendo al Plan Nacional Sobre Drogas (2012) en:

- *Criterios de admisión:* Demanda del interno con problemas de drogodependencia no dilatados en el tiempo, y sin patologías graves que le impidan realizar el tratamiento.
- *Desintoxicación:* Tiene como objetivo principal conseguir la abstinencia para normalizar la situación, tanto a nivel biológico, como social y psicológico.
- *Deshabitación:* Es un proceso psicosocial, que tiene como objetivo que el interno supere su dependencia a estos niveles. Se trabaja sobre la base de un modelo de prevención de recaídas. La familia se considera, además, se considera un elemento fundamental como parte de apoyo en el proceso y preparación para la salida del centro y reincorporación a la sociedad.
- *Inserción social:* En esta fase debe quedar consolidada la abstinencia, tomando como referente principal el cambio en el estilo de vida, de manera que se mejore su autonomía y se consolide su reinserción social. Durante esta fase, puede realizarse una derivación a recursos comunitarios, salidas durante el día o a tratamiento en comunidad, permisos de salida o actividades para la preparación de la vida en libertad.

Intervención ambulatoria/Centro de día:

Son espacios adecuados en el interior de una prisión para desarrollar actividades terapéuticas con los internos que se encuentren atendidos en los diferentes programas. Pueden encontrarse en cada módulo o, por el contrario, ubicarse en un recinto centralizado, especializado para ello. Puede considerarse un paso previo al ingreso en un módulo terapéutico y su duración suele ser de un año en adelante (SGIP, 2015; PNSD, 2012)

En el centro penitenciario de Villanubla (Valladolid), esta es la modalidad de intervención utilizada con las personas drogodependientes, que reciben tratamiento en cada módulo, y es llevada a cabo por tres instituciones: Proyecto Hombre, ACLAD y Cáritas. Los hombres pueden elegir con cuál de las tres instituciones mantener un tratamiento, pero las mujeres solo son atendidas por Proyecto Hombre. (Anexo 1).

Esto nos hace ver la discriminación que, las mujeres, sufren a la hora de entrar a tratamiento, ya que, en lugar de poder elegir la entidad, como hacen los varones, son atendidas solo por una institución y sin posibilidad de elección, haciendo que se limite su tratamiento.

En el año 2013, año del cual son los últimos datos ofrecidos por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el número de internos que entró en tratamiento en Valladolid fue de 266, de los cuales acabaron el tratamiento, a 31 de Diciembre, 109. (SGIP, 2013). A pesar de parecer que el número de abandonos es elevado, si las 109 personas que se mantienen en tratamiento logran mantener la abstinencia, puede considerarse un porcentaje alto de inserción, ya que supondría el 40'97% del total,

Vamos a detener el análisis en este punto, ya que, considero importante, analizar los datos sobre deshabituación de las tres prisiones de mujeres existentes en el territorio español, para compararlas entre ellas, y ver sus diferencias con el centro penitenciario de Valladolid. Los datos pertenecen al 2013, los más recientes proporcionados por Instituciones Penitenciarias (SGIP, 2013):

Tabla 6: Datos sobre deshabituación de los centros penitenciarios de mujeres de España

	Mujeres en tratamiento ambulatorio (2013)	Mujeres en tratamiento (31 de Diciembre de 2013)	Porcentaje respecto a la población total	Personas en tratamiento en la CCAA correspondiente
Alcalá de Guadaíra (Sevilla mujeres)	76	47	32'2%	3980*
Brieva (Ávila)	Carece de mujeres en tratamiento ambulatorio			534
Madrid I Mujeres	42	14	2'8%	392*

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Memoria 2013 de Programas de intervención con drogodependientes en Centros Penitenciarios" de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2013)

(*) En la tabla se han utilizado exclusivamente los datos pertenecientes al tratamiento ambulatorio, ya que es el que las mujeres reciben en los centros penitenciarios de mujeres; sin embargo, podemos encontrar en módulo terapéutico en Andalucía a 2104 personas y en Madrid a 573.

A través de estos datos podemos extraer diferentes conclusiones:

-En primer lugar, vemos como las personas que entran en tratamiento varían mucho de una comunidad a otra, siendo Andalucía la Comunidad Autónoma de entre las que albergan centros penitenciarios de mujeres, la que más reclusos admite a tratamiento ambulatorio/centro de día (3980), con mucha diferencia de Madrid, que es la que menos (392).

-Otro dato a destacar es que, en Andalucía, solo 76 mujeres de las casi 4000 personas que entran a tratamiento ambulatorio dentro de prisión en la Comunidad Autónoma, pertenecen al centro penitenciario de Alcalá de Guadaíra, por lo que, es un número muy reducido de ellas en comparación con el resto, que muestra que las mujeres tienen una menor tendencia al consumo que los hombres. Este número se vuelve elevado, si lo comparamos con el número de internas del centro, que con 83 celdas, en el presente año tiene una ocupación media de 149 reclusas (ACAIP, 2015). Por tanto, aunque comparado con el resto de la Comunidad sea un número bajo, vemos que en el propio centro, las mujeres presas tienen un alto índice de drogodependencia, lo que hace visualizar la relación entre la adicción y el delito.

-En Madrid I Mujeres, las presas admitidas a tratamiento son 42, un número pequeño si lo comparamos con el total de personas que realizan tratamiento ambulatorio o de centro de día en Madrid (392), pero que no tiene la diferencia tan grande existente entre la población andaluza y la del Centro Penitenciario de mujeres sevillano.

-Ha de destacarse, así mismo, que el Centro Penitenciario de Brieva (Ávila), carece de la posibilidad de realizar tratamientos de este tipo, por lo que las mujeres que allí se encuentran internas con problemas de drogodependencia, tienen que sobrellevar ellas mismas su adicción, sin la posibilidad de acceder a programas terapéuticos que ayuden a su recuperación, reinserción y abandono del consumo, cabiendo la posibilidad de que éste aumente dentro del centro.

-Si comparamos la situación de estos centros con la del centro penitenciario de Valladolid, vemos que la tasa de internos que entran a tratamiento es mayor en este centro de hombres (266), que en los de mujeres (42 y 76), por tanto, puede

deducirse que la tendencia al consumo es menor en mujeres que en hombres.

-Por último, creo que algo importante que la tabla hace constatar, es la gran brecha existente entre las mujeres que permanecen en tratamiento durante el año y las que lo hacen al finalizar este, especialmente en Madrid I Mujeres, donde hubo 42 internas durante el año, y solo 14 al finalizar el mismo, lo que hace patente que un alto porcentaje de mujeres abandonan los tratamientos terapéuticos. ¿Será una falta de motivación? ¿Será que los programas no son eficaces o están mal planteados? ¿O será la dificultad de las internas para adaptarse al medio penitenciario y a la vez abandonar su consumo, ya que encuentran un refugio en él para evadirse de su situación?

Módulo terapéutico:

Módulos independientes del resto de módulos de la prisión, destinados para la convivencia entre internos e internas que se encuentren realizando un tratamiento integral por abuso de sustancias. Se pretende normalizar un espacio con elementos socio-educativos y terapéuticos que posibiliten la ausencia de drogas. Su finalidad principal es cambiar hábitos, actitudes y valores para que el tratamiento en un ambiente dinámico y flexible sea más eficaz. La actuación profesional está dirigida principalmente a prevenir las recaídas, aprender habilidades sociales, educación para la salud, orientación laboral y motivación hacia el cambio. La intervención en estos módulos siempre pasa por el trabajo a través de *grupos terapéuticos*, que se forman para ir adquiriendo distintas capacidades y un determinado nivel de responsabilidad. A través de ellos, el individuo va adquiriendo una mejora, que se hace patente y se refuerza en la medida en que sus compañeros la reconocen. Además del apoyo mutuo entre los compañeros de módulo, el interno goza de una atención individualizada tanto sanitaria como psicológica y social y educativa. Encontramos varios tipos de módulos terapéuticos:

-*Comunidad terapéutica intrapenitenciaria*: Funciona con una junta de tratamiento y equipo terapéutico propio, ajena al resto del centro

-*Módulo terapéutico de drogodependientes*: La junta de tratamiento y

equipo terapéutico pertenecen al resto del centro penitenciario

-Módulo terapéutico mixto: En él se acogen internos con problemas de salud de todo tipo, desde drogodependencia hasta enfermedad mental, discapacidad, enfermedades infecto-contagiosas... (SGIP, 2013).

A pesar de la eficacia demostrada por parte de estos módulos, ninguno de los tres centros penitenciarios de mujeres españoles cuentan con ellos en sus instalaciones, ni siquiera tienen un proyecto de implantación. Por tanto, las mujeres solo pueden ser tratadas junto con los hombres en módulos de este tipo, situados exclusivamente en las cárceles de hombres, siendo ellas un número muy inferior al de los varones, y a falta de un tratamiento específico que evite problemas secundarios que dificulten el tratamiento, como la creación de parejas o la codependencia (SGIP, 2015).

Considero primordial, hacer un inciso en estos módulos, para destacar el trabajo que se realiza en la UTE (Unidad terapéutica y educativa) del centro penitenciario de Villabona. (Asturias), la modalidad más paradójica de módulo terapéutico (Anexo VI)

Programas de reducción de daños y riesgos

Mantenimiento con metadona:

Se basan en la sustitución de la sustancia que se esté tomando por el consumo de una sustancia como es la metadona, de curso legal, durante un periodo de tiempo que suele ser prolongado y bajo control médico. Los internos entran al mismo mediante la firma de un consentimiento informado, y sus objetivos son principalmente eliminar el consumo de opiáceos ilegales, especialmente los que se administran por vía intravenosa, y los daños que estos pueden causar.

La situación de los centros de mujeres, comparada con la del centro penitenciario de Villanubla, según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2013), es la siguiente:

Tabla 7: Comparativa del programa de mantenimiento con metadona entre el centro penitenciario de Villanubla y los Centros Penitenciarios de mujeres españolas

	Personas en tratamiento durante el 2013	Personas en tratamiento a 31 de Diciembre de 2013
Villanubla (Valladolid)	79	26
Alcalá de Guadaíra (Sevilla Mujeres)	69	30
Brieva (Ávila)	32	13
Madrid I Mujeres	55	24

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Memoria 2013 de Programas de intervención con drogodependientes en Centros Penitenciarios" de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2013)

De esta gráfica podemos extraer tres conclusiones:

- Que la diferencia entre el centro de Villanubla, mayoritariamente masculino, y los centros de mujeres, no es tan grande, especialmente comparado con el centro penitenciario de Alcalá de Guadaíra.
- La diferencia entre unos centros de mujeres y otros es mayor que en los tratamientos en régimen ambulatorio o de centro de día, ya que, como vemos, Brieva posee a 32 internas en tratamiento, algo menos de la mitad que Alcalá de Guadaíra, que tiene 69. Por tanto, vemos, como he dicho antes, que el consumo es más acentuado en unos lugares de España que en otros.
- Las personas que permanecen en tratamiento con metadona a 31 de Diciembre, siguen siendo menores que las que lo hacen durante el año, al igual que sucede con los tratamientos ambulatorios.

Intercambio de jeringuillas:

Es un programa orientado al mantenimiento de la higiene y la salud de las personas que consumen drogas por vía intravenosa, de manera que se modifiquen estas prácticas de riesgo y se evite el contagio de enfermedades, especialmente de VIH/SIDA y la hepatitis. A través del programa se les ofrece material para inyección estéril, a cambio de que entreguen su material usado. Fue implantado por primera vez en el centro

penitenciario de Basauri (Bilbao), y el acceso al mismo es de carácter libre y confidencial (PNSD, 2012)

Otros programas

Programa de acogida y motivación al tratamiento

Su misión fundamental es mantener la continuidad de un tratamiento comenzado antes de la entrada en prisión, en el momento en que la misma se produce.

Programa de carácter lúdico o recreativo:

Pretenden ocupar el tiempo libre y mejorar las capacidades personales, de manera que los internos se acostumbren a realizar otro tipo de actividades alejadas del consumo. (PNSD, 2012) Estas actividades sirven, además, para producir relajación en un medio en el que el paso del tiempo es muy lento. Dentro del centro penitenciario de Villanubla, Cáritas organiza diferentes actividades de ocio para los presos, entre las que recientemente ha destacado la creación de un equipo de balonmano (Anexo 3)

Programa de preparación para la vida en libertad:

Para un drogodependiente, lo principal es encontrarse en buen estado psicofísico, para lo cual desde la prisión se tenderá al uso y adaptación de recursos externos. Sus objetivos principales son facilitar la vuelta a libertad y procurar el seguimiento y la continuación de los programas desarrollados en prisión (PNSD, 2012)

7.2 Recursos destinados a la reeducación y reinserción de drogodependientes tras la salida de un centro penitenciario

La persona drogodependiente que ha cometido un delito, como se ha explicado anteriormente, se encuentra ante dos posibilidades (PNSD, 2012, pp. 36-39; Código Penal, 1995):

- Que su pena privativa de libertad sea sustituida o suspendida, a cambio del cumplimiento de la misma bajo un tratamiento por consumo de drogas en

una institución de la comunidad.

- Desde un centro penitenciario, el drogodependiente puede ser derivado por instituciones penitenciarias a dispositivos públicos o privados de internamiento, dispositivos de tratamiento mientras se encuentra en régimen abierto o salidas a tratamiento ambulatorio.

Voy a destacar todos los dispositivos de tratamiento a los que puede acceder una persona drogodependiente, a pesar de que, solo se vayan a analizar aquellos a los que principalmente accede una persona desde prisión o como medida sustitutiva de una pena privativa de libertad.

Los **dispositivos de atención al drogodependiente** se dividen en tres niveles. El análisis se centrará en los dispositivos existentes en Castilla y León, ya que es la Comunidad Autónoma a la cual pertenece la Comunidad Terapéutica objeto de análisis en este punto (Martínez González, F., 2013):

Primer nivel

Centros destinados a todo tipo de drogodependientes:

Centros destinados específicamente a pacientes alcohólicos:

Segundo nivel

Centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes (CAD):

Son centros formados por un equipo multidisciplinar del que forman parte un trabajador social, un médico, un psicólogo y un profesional de enfermería. El acceso a los mismos es directo o por derivación desde otros recursos. Entre sus funciones está la evaluación diagnóstica y tratamiento de drogodependientes, así como el apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración que se le atribuya al mismo.

Instituciones penitenciarias, puede derivar a tratamiento ambulatorio en la comunidad a sus internos en prisión, que puede realizarse en este tipo de centros (SGIP, 2015)

Centros de día:

Son centros que, además de ofrecer el tratamiento ambulatorio, ofrecen actividades ocupacionales y laborales, por lo que se acude a ellos con más frecuencia que a los CAD.

A estos centros pueden acudir internos en centros penitenciarios que se encuentren en régimen de tercer grado, saliendo del centro para realizar el programa y regresando al mismo una vez finalice la jornada. Así mismo, se accederá a ellos a través de la derivación por parte de Instituciones Penitenciarias a tratamiento ambulatorio. (SGIP, 2015)

Unidades para el tratamiento ambulatorio de alcoholismo

Servicios de tratamiento ambulatorio de tabaquismo

Unidades/consultas de tratamiento de tabaquismo

Tercer nivel

Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH):

Centros de rehabilitación de alcoholismo

Comunidades Terapéuticas (CT):

Una de las posibilidades que ofrece Instituciones Penitenciarias para la población reclusa drogodependiente, es en internamiento en un centro de deshabituación público o privado. Así mismo, para la suspensión de la pena privativa de libertad, un centro acreditado debe ser el encargado de certificar que la persona drogodependiente que haya cometido algún delito, se encuentra realizando un tratamiento terapéutico y evoluciona favorablemente, ya que en caso contrario se anulará dicha suspensión (SGIP, 2015)

Las comunidades terapéuticas tienen como función la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de personas drogodependientes en régimen de internamiento, además de la realización de tratamientos sustitutivos de opiáceos en las personas consumidoras de este tipo de sustancias. Por otro lado, se realiza en estos centros formación pre laboral y profesional ocupacional, para favorecer así la inserción socio-laboral de los pacientes.

La Comunidad Terapéutica “Pampuri”, de Palencia (Anexo 2), ofrece para este trabajo los datos del ejercicio del año “2014” sobre el cumplimiento de medidas alternativas a la pena privativa de libertad. A través de ellos podemos ver las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a consumo y acceso al tratamiento, así como la situación judicial que tienen, y por la cual han sido derivados a este servicio.

Tabla 8: Cumplimientos de medidas alternativas a la pena privativa de libertad en drogodependientes en la CT "Pampuri"

	<i>Total</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Internos en el centro</i>	150		130		20	
<i>Nº de causas de cumplimiento</i>	42	28'2%	40	95'24%	2	4'76%
<i>Edad media</i>	37		27		39	
Causas de cumplimiento						
<i>Sustitución pena privativa de libertad</i>	12		12		0	
<i>Suspensión de la pena privativa de libertad</i>	6		5		1	
<i>Salidas en tercer grado</i>	5		4		1	
<i>Libertad condicional</i>	4		4		0	
<i>Trabajo en beneficio de la Comunidad</i>	6		6		0	
<i>Localización permanente</i>	9		9		0	
Droga principal						
<i>Heroína</i>	29		29		0	
<i>Cocaína</i>	8		7		1	
<i>Alcohol</i>	5		4		1	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por la Comunidad Terapéutica San Ricardo Pampuri de Palencia el 18/4/2015

A través de esta tabla podemos extraer una serie de conclusiones atendiendo a varios aspectos:

En primer lugar, sin adentrarnos en las problemáticas judiciales, vemos la gran

diferencia existente entre hombres y mujeres en cuanto a la entrada a tratamiento, ya que de las 150 personas que fueron tratadas en la Comunidad Terapéutica en 2014, solo 20 eran mujeres. La primera deducción que puede extraerse es que las mujeres, en general, tienen una menor tendencia al consumo que los hombres.

En cuanto a la problemática judicial, el primer dato a destacar es la gran brecha existente entre hombres y mujeres, ya que de las 42 personas que entraron a tratamiento por este tipo de asuntos, solo 2 eran mujeres. Por tanto, esta brecha hace patente el hecho de que la mujer tiene un índice de delincuencia mucho menor, a pesar del atenuante que supone el consumo de drogas.

El perfil de este colectivo varía en función del sexo, lo que hace más notables las diferencias entre hombres y mujeres. Así, vemos que aunque la edad media de este colectivo se sitúa en 37 años, las mujeres tienen una edad media de 39, mientras que los hombres consumidores con problemáticas judiciales son mucho más jóvenes, situando la media en 27 años. Así, podemos deducir, que los hombres consumidores comienzan a delinquir a una edad más temprana que las mujeres.

Atendiendo a las causas de cumplimiento, vemos que destaca la sustitución de la pena privativa de libertad, seguida de cerca por la localización permanente, aunque ninguna de estas dos medidas fue aplicada a las mujeres. Las dos que entraron a tratamiento en la comunidad lo hicieron por suspensión de la pena privativa de libertad y como medida de salida en tercer grado.

Por último, debemos analizar las sustancias consumidas por los pacientes, entre las que predomina la heroína, con 29 usuarios, ninguno de ellos mujer. Éstas fueron consumidoras una de alcohol y otra de cocaína, sustancias consumidas por 4 y 7 hombres respectivamente.

8. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EXTRAÍDAS DEL ESTUDIO

Tras el planteamiento de este estudio, me marqué como objetivo concluir con un modelo de intervención que posibilite, a la vez de una correcta reeducación y reinserción, la eliminación de barreras que provocan las desigualdades entre hombres y mujeres en este ámbito. Lo que principalmente pretendo, cuando lanzo esta propuesta, es mostrar la atención que, dentro del contexto en que se encuentra el colectivo, considero más adecuada para su reinserción y reeducación, especialmente para encauzar la situación de la persona de tal manera que, una vez abandone la prisión y las drogas, no recaiga en la delincuencia ni en el consumo, y continúe con una vida normalizada.

La primera pregunta que debe hacerse todo aquel que pretenda plantear una intervención en un contexto penitenciario es: ¿Realmente existe la reinserción y la reeducación? Durante todo este trabajo, los he señalado como los objetivos que se marca la prisión con los internos, sin embargo, no creo que la prisión vaya más allá de una mera institución en la que se cumple condena por un delito. Claro que es justo que si alguien ha delinquido pague por ello, pero no creo que para muchas de las personas internas en prisión, este sea el medio más adecuado para reinsertarse en la sociedad. Me refiero a las personas que pierden su trabajo, abandonan a sus hijos, o dejan atrás una vida más o menos normalizada, por la obligación de un juez de su entrada en prisión. No creo que si lo que prima es el bienestar de las personas, sea el ingreso en prisión en muchos casos la medida más adecuada, sino que deberían de plantearse otro tipo de intervenciones que no hagan a una persona con una vida normalizada, retrasar este avance realizado, a pesar de los delitos que haya cometido. Considero que esto sucede por la concepción que tiene la sociedad del delito, y porque no se mira a la persona, sino simplemente los hechos. Lo mismo ocurre si la persona además es drogodependiente, considero que simplemente es una forma más de clasificarla dentro de prisión, que se intenta que abandone el consumo, pero no se ponen las medidas necesarias para encauzar su vida de manera que la persona no vuelva a su vida anterior, no se acompaña a la persona una vez que abandona totalmente o casi totalmente el consumo, para que encauce su vida y no regrese al pasado.

Volviendo a la intervención en el contexto en que nos encontramos, considero primordial intervenir tanto desde el contexto penitenciario como desde el exterior, en coordinación con los recursos de atención al drogodependiente existentes.

Teniendo presente el modelo de intervención diseñado por Concepción Yagüe para el Centro Penitenciario de Alcalá de Guadaíra (2007, pp. 9-18), considero que debe tomarse como referencia la figura de una escalera, y situar a cada persona en el escalón que le corresponda, para que avance peldaños a partir de ahí, y pueda verse más fácilmente la intervención específica y diferenciada que ha de tener cada persona.

Como **métodos de intervención** considero dos esenciales: el acompañamiento y la ayuda mutua.

Por un lado, considero que el *acompañamiento* es muy importante, ya que ofertar programas y recursos por sí solos no sirven; son oportunidades que ya han tenido en el exterior de la prisión y no han aprovechado. Por tanto, el profesional debe ser una figura de confianza, de calidez, que guíe a la persona y trace junto a ella el Plan de intervención individual y los pasos que han de irse dando. El momento de la salida de prisión es crucial, y el acompañamiento debería prolongarse para evitar el abandono y recaída de la mujer.

Por otro lado, creo que la *ayuda mutua* es muy importante para que la persona se familiarice con el entorno de la prisión en el que le tocará convivir durante un periodo determinado, y así, junto con el acompañamiento del profesional, haga del mismo un entorno libre de tensiones, cercano, con claras normas de convivencia, seguro, relajado y en el que recibir y prestar ayuda a personas en la misma situación, tomándolas como punto de apoyo ante los diferentes problemas que puedan surgir, tanto en la convivencia, el estado físico y psicológico, problemas relacionados con el exterior...Además con este método se perderá el miedo, poco a poco, al contacto físico y social, que poseen muchas mujeres en esta situación.

Mostraré a continuación **las áreas donde considero que se debe prestar especial atención**, basándome en el estudio realizado a lo largo de este trabajo, y las intervenciones a realizar en las mismas, dentro y fuera de prisión.

Laboral: La sociedad, como he venido afirmando, tiene muy interiorizado el rol de género que le pertenece a la mujer, por ello, será demandada en los trabajos relacionados con este estereotipo. A pesar de ello, creo que desde el interior de la prisión sería necesario fomentar destrezas laborales de todo tipo, que permitan desarrollar las destrezas de cada una en los ámbitos que más las gusten y donde se sientan más cómodas. Aun así, evidentemente, deben primar las actividades que las permitan una mayor salida laboral.

Por otra parte, de cara al trabajo en el exterior, debe de ayudarse a las internas a buscar un trabajo de cara a un tercer grado, que las permita trabajar durante el día, o su próxima libertad. Creo que deberían buscarse las posibles ofertas de empleo a las que puedan acceder con su formación y experiencia, para después acompañarlas tras su salida hasta la consecución de un puesto de trabajo u ocupación laboral o académica.

Socio-familiar: Como se ha señalado en el trabajo, las mujeres suelen dar más importancia al peso de la familia en su entrada en prisión, y su adicción al consumo de sustancias, ya que perciben su fracaso en su rol maternal y familiar. Desde dentro de prisión se debe fomentar que las mujeres no pierdan el contacto con sus hijos, realizando los vis a vis necesarios, y procurando que permanezcan con ellas hasta los 3 años en todos los casos que sea posible.

Así mismo, deben fomentarse las relaciones con la familia, intentando que mantenga el mayor contacto posible, y que también la relación con el resto de internas sea buena, de manera que la convivencia sea más fácil y respetuosa, y se fomente el trato cercano e impregnado en valores como el respeto, la confianza o la seguridad.

Ocio y tiempo libre: Es un ámbito importante ya que en la prisión hay mucho tiempo libre, y en ocasiones el exceso del mismo es el que incita al consumo tanto dentro como fuera del centro penitenciario. Debe fomentarse la realización de actividades que diviertan a las mujeres con las que se trate, y que las hagan ver las diferentes formas que tienen de ocupar su tiempo de una manera responsable. Así mismo, a su salida se debe acompañar a las mujeres buscando diferentes recursos, talleres,

voluntariado, deportes, aficiones...a las que aconsejarlas acudir en sus ratos libres.

Habilidades básicas de la vida diaria: Deben de aprender habilidades que las permitan llevar un día a día adecuado. Entre ellas, hábitos de higiene tanto personal como del entorno en que vivan, responsabilidades en su hogar como la limpieza, hacer la cama...No es que se les enseñe porque sea su rol, sino porque es básico tanto en hombres como mujeres para poder desenvolverse en cualquier entorno.

Por otro lado, considero esencial que se fomenten habilidades de comunicación, de convivencia, de saber estar, de trato hacia las personas (respeto, paciencia, saber convivir...)...de manera que la persona salga de prisión con un cambio en su forma de ser y estar.

Problemas judiciales: Por supuesto, se realizará un seguimiento de los problemas judiciales que tengan para acelerar su salida de prisión y evitar su reingreso.

Hábitos de vida saludables: Es evidente que debe de enseñarse a las internas drogodependientes hábitos saludables que principalmente las alejen del consumo de drogas y el contagio de enfermedades. Esto debe de hacerse a través de los diferentes programas destinados a la prevención y reducción del consumo de drogas, y por supuesto, con la colaboración de todos los profesionales del centro. Además, deberá de enseñárselas a mantener una dieta adecuada, la toma de medicamentos que necesiten...

Tras estas propuestas, por último, tengo que destacar que consideraría necesaria le indispensable, para un mejor tratamiento, la existencia de módulos de madres en todas las prisiones, de manera que no se produjese en ningún caso la separación de madre e hijos, evitando el desarraigo familiar, así como la existencia de un mayor número de centros penitenciarios de mujeres, que harían que se mejorara el tratamiento al poderse realizar específicamente para ellas, y que, a la vez, no tuviesen que alejarse de su entorno para cumplir condena en un centro de este tipo.

9. CONCLUSIONES DEL TRABAJO REALIZADO

Cuando decidí hacer este trabajo, mi intención principal fue investigar acerca de un colectivo que ya conocía en la práctica, debido a que realicé mi “Prácticum” del Grado en la Comunidad Terapéutica “San Ricardo Pampuri” de Palencia.

La primera vez que traté con personas drogodependientes, me di cuenta de lo equivocada que está la sociedad en general, y muchos profesionales en particular con respecto a ellos; idea que he podido confirmar a medida que he ido avanzando en mi trabajo.

Por un lado, la sociedad en general, tiende a culpabilizarlos, y más aún si son mujeres, de su situación; idea que incrementa cuando es una persona que se encuentra o se ha encontrado en prisión. Entiendo que es más visible y más fácil de detectar, los problemas y la ayuda que necesita una persona mayor, o una persona con discapacidad intelectual o física, pero no por ello debemos olvidar a las personas cuya problemática no resalta tanto a la vista.

Como personas, pero especialmente en nuestra labor como trabajadores sociales, debemos de darnos cuenta que hay problemas que no se ven fácilmente. Si algo he aprendido con este trabajo y especialmente en mis prácticas, es que una persona no nace drogodependiente ni delincuente, sino que es la vida y las circunstancias las que convierten a la persona, nadie elige nacer así, y eso es algo que no es visible; lo visible es lo malo que han hecho y que se cree que pueden hacer esas personas. Conocer lo que lleva a una persona a delinquir o a volverse adicto a una droga es una labor que conlleva ahondar en la persona, en su trayectoria vital, en su situación actual...y con ello promover su cambio, labor para la cual estamos destinados los trabajadores sociales.

Si la sociedad ya ha creado estigma hacia un colectivo, debemos ser los profesionales los que cambiemos esa concepción, interviniendo con estas personas, que generalmente producen rechazo. Evidentemente, es más fácil para la mayoría de profesionales, intervenir con otros colectivos, que como he dicho, considero que tienen un problema más visible, pero debemos promover el cambio y la mejora en todos los sectores de la sociedad, incluido este.

Por otro lado, he podido comprobar a través de los datos expuestos en el trabajo, y también de mi propia experiencia, un hecho que al igual que en este ámbito permanece en toda la sociedad, la desigualdad en el trato a la mujer. Creo que este aspecto es la gran tarea pendiente en la sociedad. No tiene que pedirse un trato mejor para las mujeres, o distinto, ya que haciendo eso, considero que se las estaría discriminando aunque fuera de manera positiva, y catalogándolas como diferentes. Lo que sí creo es que se debería de tratar a todas las personas por igual, independientemente de si son hombres o mujeres. Es decir, que si existen un número determinado de recursos, el acceso a los mismos sea igualitario.

Trasladando esta idea al trabajo, me planteo durante el mismo la pregunta de si las mujeres deberán delinquir más para ser más tenidas en cuenta o si, por el contrario, son los profesionales que al ser un número menor, las tienen menos en cuenta. Considero que debemos de tener en cuenta a ambos sexos, sin dejar de lado a ninguno, pero que debemos intentar también el avance de la mujer hasta la posición donde está el hombre. Aunque una mujer haya delinquido o haya consumido drogas, tiene el mismo derecho que el hombre a permanecer cerca de su lugar de residencia, sin tener que cumplir una condena en otro lugar; tiene derecho a recibir ayuda sin sentirse culpable por un rol que se le ha atribuido, pero que en realidad debería corresponder a ambos sexos; tiene derecho a tener a su alcance todos los tratamientos posibles, aunque sea un número escaso de ellas el que lo reciba, lo cual también debería ser un motivo por el que recibir un tratamiento mejor y más personalizado que permita su cambio...El que las mujeres tengan la consideración que se merecen, y sean tratadas de manera individualizada, igualitaria, y con las mismas condiciones y oportunidades, es también nuestra tarea como profesionales del trabajador social, y promotores del cambio, y las condiciones que impiden el desarrollo de las personas.

Por otro lado, como he destacado en la propuesta de intervención, considero primordial el aumento de recursos para las mujeres con esta problemática, para mejorar, tanto en el avance hacia la igualdad, como en la intervención con personas drogodependientes en prisión en general.

Tras esta reflexión acerca de la importancia de este colectivo tanto para mí como

para el trabajo social, creo que es importante destacar que el principal interés de este trabajo es el acercamiento que realiza a un colectivo tan desconocido, pero que sin duda es objeto de intervención de trabajadores sociales y de otras muchos profesionales, y que sin nuestra ayuda, no podrían transformar sus vidas en algo mejor. He de decir que la principal dificultad que me he encontrado para realizar este trabajo, ha sido la adquisición de datos que me permitiesen contrastar mis afirmaciones, ya que los datos de instituciones penitenciarias están muy protegidos por la ley de protección de datos.

No puedo terminar este trabajo sin mencionar mi agradecimiento, tanto a mi tutor académico Daniel Rueda, por apoyarme en la realización de este trabajo, y escucharme y atenderme en todo momento; como a toda la Comunidad Terapéutica “Pampuri”, y muy en especial a mi tutor de prácticas, Juan José Fernández Melcón, por depositar en mí su confianza en todo momento, por su calidez, por transmitirme sus conocimientos, buen hacer y pasión hacia este colectivo, y por convertirme en una mejor persona y profesional.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Almeda E. (2003) *Mujeres encarceladas* Barcelona: Editorial Ariel
- Almeda, E. (2006) *Mujeres y cárceles: Pasado y presente de las cárceles femeninas en España*. Barcelona: Universitat de Barcelona
- Álvarez, F.J., Queipo, D., Velasco, A. (1984) *Las drogas y la universidad de Valladolid*, Valladolid: Universidad de Valladolid (Secretariado de publicaciones), Caja de ahorros y monte de piedad de Salamanca.
- Becoña, E., Martín, E., (2004) *Manual de Intervención en drogodependencias*, Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Becoña Iglesias, E. (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela
- Beristain, A., De la Cuesta, J. (1989) *Cárcel de mujeres*. San Sebastián: Instituto Vasco de Criminología, Ediciones Mensajero S.A.
- Boira Sarto, S., Eito Mateo, A., García Martínez, J. & Marcuello Servos, C., *Prisión, intervención social y mujer*. Zaragoza. Universidad de Zaragoza
- Cabello Vázquez, M.I., Yagüe Olmos, C. (2005) Mujeres jóvenes en prisión. *Revista de estudios de juventud* 2(69), 30-44 Recuperado de: http://www.injuve.es/sites/default/files/revista69_articulo2.pdf
- Código Penal*. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre. Boletín oficial del Estado número 281 publicado el 24 de Noviembre de 1995.
- Constitución Española de 1978*, aprobada el 29 de Diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, 29 de Diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313-29424
- Clua García, R. (2010) Preso y drogodependiente: doble estigma. *Revista de recerca y formació en antropología* (13) 1-7 Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/Periferia/article/viewFile/218378/297469>
- De Miguel Calvo, E. (2015) Mujeres usuarias de drogas en prisión *Práxis*

sociológica. (19) 142-147 Recuperado de:
http://www.academia.edu/10473553/Mujeres_usuarias_de_drogas_en_prisi%C3%B3n

Duque Carro, T. (1993), Influencia de la pena privativa de libertad en la rehabilitación de drogodependientes. *Revista de servicios sociales* (23) pp. 35-4

Generalitat Valenciana. (2001), Salud y drogas. *Revista del Instituto de Investigación de Drogodependencia*. 7 (1) pp. 27-159

Govern de les Illes Balears, Consejería de Salud y Consum (2007) *Guía Mujer y Drogodependencia*. Islas Baleares: Consejería de Salud y Consumo

Grupo de trabajo de Salud Mental en Prisión (GSMP), (2012) *Atención y tratamiento en prisión por el uso de drogas*. Madrid: OMEditorial

Guzzetti (2012), La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional. *Revista debate público. Reflexión para el trabajo social*. 2 (4) pp. 109-113

Instituto de la mujer (2005), *Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España*. Madrid: Instituto de la mujer (Ministerio de Igualdad)

Igadera, N. (2006) Mujeres, integración y prisión. *Boletín criminológico* (86) pp. 2-3

Ley Orgánica General Penitenciaria. Ley 1/1979 de 26 de Septiembre de 1979. *Boletín Oficial del Estado*. 5 de Octubre de 1979.

Manzanos Bilbao, C. (1998), Salir de prisión, la otra condena. *Revista de servicios sociales* (35) pp. 64-69

Martínez González, F. (2013), *Red de asistencia al drogodependiente en Castilla y León*, Castilla y León, Comisionado Regional para la Droga.

Montero García Celay, M., Nieto Navarro, M. (2002) *El patriarcado: una estructura invisible*. Madrid, Acampadacuenca

Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Gobierno de España (2013) *Estadísticas 2013: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en*

España Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Gobierno de España (2006) *Actuar es posible: Intervención Sobre Drogas en Centros Penitenciarios*. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Gobierno de España (2008) *Personas drogodependientes tras su estancia en prisión: Mecanismos de inserción*. Madrid, Red Araña.

Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, por la que se publica el acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016

Rodríguez Díaz, Francisco J, Paíno Quesada, Susana G., Herrero Díaz, Francisco J. y González Cuevas, Luis M; (1997) Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*, 9 (3), 587-590

Sánchez Mirandoa, M., Martínez Cazorla, T., Quijano Guerrero, R., Quirós de la Torre, R., (2012) *Intervención social con población delincuente y sus familias. Los recursos de atención en los centros de internamiento*. Jaén: Universidad de Jaén

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior, Gobierno de España (2008) *Documento Penitenciario: Unidad Terapéutica y Educativa. Un modelo de Intervención Penitenciaria*. Asturias: Centro Penitenciario de Villabona

Valverde, J.A. (1991) *La cárcel y sus consecuencias: la intervención sobre la conducta desadaptada*. Madrid: Popular

Web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, Gobierno de España. Recuperado de: www.institucionespenitenciarias.es

Yagüe Olmos, C. (2003) Mujeres encarceladas *Revista española de investigación criminológica* (3) pp. 1-4

Yagüe Olmos, C. (2007) Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista española de investigación criminológica*, 4 (5) 3-16. Recuperado de: <http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano5-2007/a52007art4.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA A UNA TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLANUBLA (VALLADOLID)

La entrevistada es diplomada en trabajo social, y actualmente es una de las trabajadoras sociales del Centro Penitenciario de Villanubla (Valladolid). El miércoles 15 de Abril de 2015, la profesional tuvo la amabilidad de contestar a las preguntas que se presentan a continuación:

En primer lugar ¿Cuáles son tus funciones como trabajadora social dentro del centro penitenciario de Villanubla?

Mis funciones en el centro, como las de cualquier trabajador, se centran principalmente en el acompañamiento de los presos y presas que actualmente conviven en el centro. Como parte de este acompañamiento, atiendo en mi despacho sus asuntos personales. Estos asuntos pueden ser de dinero, contacto con la familia, situación legal y penal...También formo parte de la Junta de Tratamiento del Centro, en la cual realizo junto con mis compañeros (la psicóloga, director del centro, un educador y un médico) la toma de una serie de acuerdos que tienen que ver con la clasificación inicial de cada interno, los permisos que deben concedérseles, el contacto telefónico con el exterior... Es decir, se toman acuerdos conjuntos sobre lo que resulte más conveniente para el bienestar de cada interno.

¿Mantienes un contacto directo con los internos e internas?

Sí. Es bueno mantener un contacto directo con ellos para que sientan que tienen en ti, además de a un profesional, una persona en la que apoyarse. Yo soy una persona muy cariñosa y cercana, y paso mucho tiempo con ellos fuera del despacho. Me gusta participar en algunas de las actividades que se realizan en el centro. Una de ellas, en la que más me involucro, es un taller de lectura. En él, ofrecemos a los internos la lectura en voz alta (realizada cada día por un participante) de una serie de libros que tengan un contenido apropiado para ellos. Después de la lectura, se comentan las impresiones de cada uno, lo que han sentido etc. Una vez al mes también participo en los talleres que se realizan para tratar con personas con problemas drogodependientes.

¿Crees que es bueno que se mantenga un contacto directo con los internos?

Sí. Ya dije anteriormente que creo que es importante ser cercano con ellos para que te vean como un apoyo, además de como un profesional. Puede suponer en ocasiones un problema, ya que algunos internos piensan que el trabajador social es una persona que debe hacer todo por ellos y no es así. Hay que fomentar que sean ellos los que realicen todo lo que puedan por sí mismos. Por ejemplo, en alguna ocasión acuden al despacho para pedirte que por favor les rellenes una solicitud o

un papel que necesiten; en ese momento, debemos de proporcionarles el escrito y que sean ellos mismos los que lo rellenen, y que acudan al profesional solo si hay algo que no se pueda hacer.

En cuanto al módulo de mujeres que existe en el centro ¿Cuál es su situación actual?

Actualmente conviven 40 mujeres en el módulo. Es un módulo muy pequeño y en él tratamos a mujeres de todas las edades y problemáticas de manera conjunta. Hay que tener en cuenta que en un espacio tan pequeño, el tratamiento está muy limitado.

¿Se realiza alguna distinción en el tratamiento con respecto a los hombres?

Ninguna. Como ya he dicho, el tratamiento que se hace tanto a mujeres como a hombres es el mismo, entre otras cosas porque el espacio dedicado a las mujeres es muy reducido, el módulo es muy pequeño, y no podemos y no tenemos espacio para realizar un mejor tratamiento. Hay que tener en cuenta también, que la prisión de Valladolid fue una prisión construida para que las personas internas fueran hombres.

¿Cuál es el perfil de la mujer reclusa en Villanubla actualmente?

Actualmente en el módulo de mujeres conviven 40 reclusas. La mayoría están por delitos contra la salud pública, de tráfico de drogas. Algunas tienen problemas de adicciones. También hay muchas con hijos, y alguna joven que convive con el resto de internas.

¿Se realizan actividades de manera conjunta en algún momento?

Algunos talleres, como el taller de lectura en el que participo, la visualización de películas o los actos religiosos se realizan de manera conjunta para poder ofertarlo tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, las mujeres pueden acceder a todas las actividades por dos motivos. El primero que en muchas ocasiones no hay un número suficiente de internas que quieran participar en la actividad, y el segundo que se intenta no juntarles mucho por el tema de las parejas. En la prisión creas un mundo aparte del real y todo se magnifica. Ellos mismos tienen una serie de códigos, que ves cuando llevas un tiempo observándoles, por los que se indican que se gustan o que quieren ser pareja. Estos códigos son miradas, sonrisas, buscar desesperadamente a la otra persona aunque sea para verla tras las rejas... Todo tras haberse visto únicamente una vez o un par de ellas y poco tiempo. En todo el tiempo que llevo trabajando en prisión he conocido parejas de todo tipo: parejas que se forman en prisión y te acaban pidiendo verse por cabina, y después un vis a vis, parejas que tienen un miembro fuera de prisión y otro dentro y se ven pro vis a vis, personas con pareja fuera y dentro de prisión, parejas formadas fuera que ambos miembros están en prisión... Las mujeres sí que tienen talleres

específicos para ellas; hay uno de alfarería, de costura...

¿Existe la posibilidad de que las mujeres convivan con sus hijos en prisión?

No. En Valladolid no hay módulo de madres, y las internas del centro se separan de los hijos al entrar tengan la edad que tengan.

¿Los hijos realizan visitas a prisión?

Sí, eso es algo que intentamos marcar como prioridad. No perder el contacto con sus hijos suele ser muy importante para ellas, por lo que pautamos los vis a vis con los menores. Tienen la posibilidad de pasar al mes tres horas con sus hijos en un vis a vis familiar, y son visitas que se pautan con la persona que tenga la custodia de los menores. Existe la posibilidad de que tengan un vis a vis conjunto con ambos padres, en caso de que los dos estén en prisión, además el menor puede ir acompañado por el otro miembro de la pareja si este no se encuentra en prisión y tiene su custodia o permiso para verle. Es lo que se llama un vis a vis familiar. Las internas, pueden optar todos los meses a este vis a vis o a uno de compañía, es decir, con su pareja. Los abogados pueden visitarlas en cualquier momento y la familia podrá cambiar los vis a vis por las visitas a través de cabina un día a la semana, en las que también pueden ir sus hijos, claro.

¿Cuál es el tratamiento que se realiza con las personas drogodependientes? ¿Hay alguna diferencia entre hombres y mujeres?

Actualmente realizamos tratamiento en la modalidad de centro de día con personas drogodependientes con el apoyo de tres instituciones: ACLAD, Cáritas y Proyecto Hombre. Los hombres pueden decidir con cuál de las tres entidades quieren recibir terapia, pero las mujeres solo son atendidas por Proyecto Hombre. Una vez que la persona decide entrar a tratamiento firma un contrato terapéutico y sus permisos estarán condicionados a su evolución en el tratamiento. En Villanubla también atendemos a personas con patología dual a causa de una toxicomanía de larga duración. Los coordinadores de los programas, que son personas de las asociaciones, acuden a prisión una vez al mes para realizar terapias de grupo, que creo que vienen muy bien a los internos. También realizamos programas de prevención con las instituciones que dije antes, que se centran sobre todo en la reducción de daños y, por supuesto, tienen programas de mantenimiento con metadona para las personas que tengan un mayor problema.

Una cosa que se tiene que tener en cuenta con este colectivo también es que muchos optan a la entrada en tratamiento para que el tiempo que están en prisión sea más corto, porque se encuentra condicionado al tratamiento y después, se le podrá derivar a otro servicio antes de finalizar la condena.

¿Qué concepción personal tienes, a través de tu experiencia, del trabajo con

mujeres drogodependientes en prisión?

Por lo que he visto, las mujeres intensifican mucho más las experiencias que viven y se preocupan mucho más por lo que esté pasando fuera de la prisión que los hombres. Son mucho más valientes a la hora de tomar la decisión de empezar el tratamiento, quizás por lo que he señalado antes, de que en general, se preocupan más por lo que sucede en el exterior que los hombres. También pienso que es mucho más fácil reinsertar a una persona delincuente que a un drogodependiente, delinquir puede corregirse mejor pero la droga se convierte en una forma de vida y es mucho más difícil.

ANEXO 2: COMUNIDAD TERAPÉUTICA SAN RICARDO PAMPURI

La comunidad terapéutica San Ricardo Pampuri, pertenece al Centro Asistencial “San Juan de Dios” de Palencia, situado en el Paseo Faustino Calvo de la capital.

Es un dispositivo asistencial de carácter terciario, destinado a la desintoxicación, deshabitación y re inserción de drogodependientes en régimen abierto.

Entre los **objetivos** que se marca este centro encontramos los siguientes:

- Alcanzar la abstinencia, atenuando los síntomas asociados a la supresión del consumo.
- Posibilitar la recuperación de niveles óptimos de salud a partir del diagnóstico y tratamiento de las patologías asociadas al consumo de drogas.
- Facilitar la reorganización de la estructura interna del usuario, siguiendo procesos reeducativos que posibiliten niveles adecuados de respuesta ante determinadas situaciones.
- Potenciar el interés, apoyo y colaboración del núcleo familiar en el proceso de rehabilitación.
- Facilitar la atención a drogodependientes con prevalencia de psicopatología asociada.
- Posibilitar la rehabilitación como alternativa a situaciones de privación de libertad.
- Orientar hacia la continuación del proceso de desintoxicación mediante contacto e integración con otros recursos asistenciales.

El **equipo multidisciplinar** que hace posible la consecución de esos objetivos, y la correcta marcha del centro está formado por:

- Una psicóloga
- Un médico psiquiatra
- Un trabajador social
- Un coordinador
- Equipo de enfermería

- Monitores y educadores sociales

Se plantea una intervención en la que se tiene en cuenta tanto a la familia como al paciente, tomando como eje principal durante todo el proceso la motivación.

La Comunidad Terapéutica realiza toda una serie de actividades encaminadas a la mejora de la situación de la persona drogodependiente, que se van llevando a cabo a lo largo de las tres fases del tratamiento: desintoxicación, deshabitación y prereinserción. Dichas actividades se dividen en distintas **áreas** y se ajustan a cada paciente en función de su situación personal:

- Modificación del estilo de vida
- Reestructuración
- Prevención de recaídas
- Escuela de salud
- Apoyo socio comunitario
- Programa de apoyo a otros tratamientos
- Seguimiento de problemas legales
- Ocio y tiempo libre.

ANEXO 3: CÁRITAS

“Vive sencillamente para que otros, sencillamente, puedan vivir”

Cáritas es el organismo oficial de la Iglesia Católica que coordina y promueve la caridad en la sociedad cristiana. Se encarga de transmitir el amor fraterno en servicio a las personas más desfavorecidas.

Para esta organización, luchar contra la pobreza y la exclusión social, supone abrir nuevos horizontes de esperanza, que promuevan el crecimiento integral de la persona en una sociedad más justa y solidaria para con los demás.

Cáritas Diocesana centra su **acción en 6 focos principales:**

- Acción de base y familia
- Personas en situación de vulnerabilidad: Se interviene con infancia y adolescencia, juventud, mayores, mujer e inmigrantes.
- Personas en exclusión: Se interviene con personas sin hogar, drogodependientes, reclusos y ex reclusos.
- Empleo y economía social
- Cooperación internacional
- Desarrollo de Cáritas

Concretamente en la provincia de Valladolid, durante el año 2013, la organización intervino en el área de drogodependencia desde el Centro Penitenciario de Villanubla, mediante el “Servicio de atención a las toxicomanías”, que además atiende a drogodependientes que no se encuentren cumpliendo condena.

A través de la Memoria de su actividad del citado año, se ve que las **actuaciones realizadas** fueron:

- Acogida, información y motivación
- Proyecto de motivación para el abandono del consumo con toxicomanías en el Centro Penitenciario
- Seguimiento y apoyo psicológico
- Relación estable con las organizaciones que intervienen en este campo

- Coordinación con pastoral penitenciaria
- Participación en los grupos de atención a drogodependientes junto con los equipos de tratamiento de la prisión.

En el año 2013, además, como actividad de ocio, se propuso una actividad deportiva en la prisión de Villanubla: La organización de un equipo de balonmano que participó en el campeonato provincial.

Fueron 109 personas las que participaron en 2013 en ese programa, para el cual se destinaron 118.205, 27 euros.

ANEXO 4: ACLAD

ACLAD es la Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Drogodependiente, un dispositivo conveniado con la Junta de Castilla y León desde 1995. Es la primera organización sin ánimo de lucro constituida en España, para el abordaje de la drogodependencia. Su trabajo se centra en la atención a drogodependientes, enfermos de VIH y trabajadoras del sexo.

Su **misión** es desarrollar programas sostenibles con equipos profesionales comprometidos, mediante un aprendizaje continuo en una sólida y eficiente estructura organizativa. Además, su actuación se encuentra impregnada en los valores de respeto, compromiso, transparencia y profesionalidad.

Sus **finés** son:

- La promoción del bienestar y la calidad de vida de personas en riesgo o en exclusión social, especialmente los que tienen trastornos por consumo de drogas, mujeres, jóvenes y enfermos de VIH.
- Facilitar la inclusión socio-laboral de las personas a las que se atiende
- El estudio de la problemática de las situaciones de exclusión con las que se trata
- Promover la sensibilización y el apoyo de la sociedad ante las situaciones con las que trabaja la asociación.

A continuación vemos las personas que fueron atendidas por la asociación durante el año 2013, en cuanto a los colectivos que nos interesan:

Colectivo	Número de personas atendidas
<i>Drogodependientes</i>	1543
<i>Reclusos</i>	299
<i>Mujeres</i>	535
<i>Personas con problemas judiciales</i>	1057

Entre los servicios que presta esta asociación, hay dos destinados concretamente a

personas drogodependientes que se encuentren cumpliendo condena:

Programas en centros penitenciarios:

Es un programa de intervención educativa con reclusos drogodependientes. El objetivo es mejorar el proceso de reinserción social del usuario, a través de actividades de motivación, prevención y competencia personal. Existe una coordinación con la dirección de cada Centro Penitenciario y se participa en todas las reuniones de GAD (grupos de atención al drogodependiente en prisión). A través de este programa, además, se elaboran informes periódicos para la prisión o el juzgado sobre la situación de las personas que entran al programa.

SOAD:

Es el Servicio de Orientación y Asesoramiento a Drogodependientes en juzgados. Los objetivos que se propone este programa es que jueces y fiscales tengan conocimiento documentado de la situación de drogodependencia de personas con problemas por el uso de sustancias tóxicas que se encuentren en procesos judiciales, facilitando su acceso a programas terapéuticos, que se redacten los informes pertinentes de cara a la mejora de su situación y se promueva la inclusión en programas terapéuticos.

Cabe destacar, que esta organización tenía un “Programa de Género” que atendía a mujeres drogodependientes pero tuvo que dejarse de llevar a cabo a causa de los recortes de presupuesto que se llevaron a cabo.

ANEXO 5: PROYECTO HOMBRE

Proyecto Hombre comienza su actividad en 1985, para ofrecer soluciones en materia de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes. Posee 27 centros en toda España, que centran su actividad en las áreas de prevención, rehabilitación y reinserción.

Desde su origen adopta un método propio de intervención, basado en la filosofía humanista, que consiste en conocer las causas que han llevado a la persona a la adicción y trabajar desde el marco terapéutico educativo, para conseguir que la persona adquiera autonomía y responsabilidad.

Esta organización, además, considera muy importante el peso de la familia, por lo que trabaja con ella y con el entorno más cercano.

Analizando la intervención de esta organización, con el colectivo objeto del trabajo, encontramos el **programa intrapenitenciario**, que, dentro de Castilla y León, se realiza en las prisiones de Valladolid y Palencia. Como se ha mencionado en el trabajo, es el único programa al que pueden acceder las mujeres de la prisión de Villanubla. Este programa es un recurso penitenciario, que lleva funcionando desde 1998, y ofrece a los internos en los centros penitenciarios, la oportunidad de iniciar un tratamiento de deshabituación del consumo de drogas dentro del centro, y continuarlo en régimen extrapenitenciario, para tener un mejor retorno a la vida en libertad. Ofrece un espacio educativo y terapéutico dentro de prisión, para favorecer y lograr la deshabituación del consumo, y lograr el mayor número posible de incorporaciones a un programa extrapenitenciario.

Es un programa seleccionado para durar 24 meses con una metodología y actividades concretas.

Está inspirado en corrientes psicológicas cognitivo conductuales, psicodinámicas y humanistas.

Ofrece un tratamiento terapéutico, tanto grupal como individual, con actividades terapéuticas y formativo-educativas, centrándose en la educación en valores.

ANEXO 6: UTE DEL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLABONA **(ASTURIAS)**

La UTE (Unidad Terapéutica y Educativa) del centro penitenciario de Villabona, en Asturias, es el ejemplo de módulo terapéutico por antonomasia, el modelo al que aspiran todos los módulos terapéuticos del territorio español.

A pesar de que el centro Madrid IV Navalcarnero, actualmente también posee más de un módulo terapéutico, el centro penitenciario de Villabona, fue pionero en implantar más de un módulo terapéutico en sus instalaciones, para crear, en 1994 bajo el nombre de “Espacio Libre de Drogas”, una Unidad Terapéutica y Educativa que actualmente se encuentra formada por 5 módulos terapéuticos, y que en el año 2014 ha comenzado a ser desmantelada tras tres supuestas muertes por sobredosis en el centro.

Estas unidades están basadas en la intervención a través de grupos terapéuticos, en consonancia con el equipo multidisciplinar, y su acceso se realiza a través de un contrato terapéutico en el que quedan definidos sus derechos, deberes y objetivos para con el programa. Este modelo se está intentando implantar, por su eficacia y eficiencia en cuanto a tratamiento y recuperación, en 16 centros penitenciarios españoles, tomando como referencia a la ya nombrada pionera, que se fundamenta en estos principios:

- Superar la subcultura carcelaria, que se caracteriza por la presión, el tráfico y consumo de drogas, la violencia...a través de un modelo de cogestión
- Integración de todos los internos, toxicómanos o no, que lo soliciten, con previa aceptación por parte del equipo multidisciplinar
- El grupo terapéutico como eje central y la escuela y actividades formativas como centro de la recuperación
- La concienciación del interno para entrar en tratamiento y no abandonarlo
- Creación de un espacio de salud, tanto para los internos en el módulo, como particularmente, para aquellos que sufren enfermedades infecto-contagiosas
- Aislamiento del resto de la población reclusa y apertura a la sociedad

exterior

- Equiparar el concepto de reinserción a la resocialización
- Prevención, centrandó ésta, en evitar la desocialización
- Convertir el tiempo que la persona se encuentre privada de libertad, en un momento de su vida terapéutico y educativo

ANEXO 7: PRISIONES DE MUJERES EN ESPAÑA

Como se ha venido diciendo en el trabajo, hay tres prisiones de mujeres en España, situadas en Sevilla, Ávila y Madrid

Establecimiento Penitenciario de Mujeres de Alcalá de Guadaíra (Sevilla): El Centro Penitenciario de Alcalá de Guadaíra fue inaugurado en 1991, y fue el primero en implantar un módulo de madres dentro de la prisión, que posteriormente se trasladó al CIS de la capital sevillana.

Se encuentra situado a 15 kilómetros de Sevilla, y tiene una capacidad de 83 celdas que albergan aproximadamente a 149 internas.

Centro penitenciario Madrid I Mujeres (Alcalá de Henares, Madrid): Situado en Alcalá de Henares, Madrid, este centro fue construido en 1978, y posee 385 celdas. Tiene una capacidad media para 683 internas.

Centro penitenciario de Brieva (Ávila): Podemos encontrarlo en el municipio de Brieva, Ávila, con una capacidad de 162 celdas. Fue inaugurado en 1989.