



Universidad  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Entre la reinserción y la reincidencia. Una mirada sobre la efectividad de las medidas de deshabituación del consumo de drogas del sistema penitenciario en Aragón.

*Between reintegration and recidivism. A look towards the effectiveness of drug consumption rehabilitation measures in the penitentiary system in Aragón.*

Autora

Sharay Domínguez González

Director

Gonzalo García Prado

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Zaragoza, 2022

## **Índice.**

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
1.1. Justificación.....	5
1.2. Objetivos.....	6
1.3. Hipótesis.....	6
1.4. Metodología.....	7
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	7
2.1. Concepto de droga.....	8
2.2. Clasificación.....	8
2.2.1. Por sus efectos.....	8
2.2.2. Por status legal.....	9
2.3. Delitos “en relación” con las drogas.....	10
2.3.1. Tipología del delito.....	10
2.3.2. Estado de consumo en el momento del delito.....	10
2.4. Marco legislativo.....	11
2.4.1. Consecuencias legales de la infracción.....	11
2.4.2. Programas y medidas rehabilitadoras.....	13
2.5. Perfiles más comunes.....	14
2.5.1. Socio-demográficos en prisión.....	14
2.5.2. De consumo en prisión.....	15
2.6. Rol del trabajo social ante la drogodependencia.....	17
<b>3. RESULTADOS</b> .....	18
3.1. Centro Penitenciario de Zuera.....	18
3.2. Centro Penitenciario de Daroca.....	19
3.3. El acceso y cara a cara de las medidas en prisión.....	20
3.4. Las UASAs.....	21
3.5. ¿Funciona realmente el sistema?.....	23

3.6. Cuestión de humanidad.....	24
3.7. Consecuencias de la sobreinstitucionalización.....	25
3.8. Posibles mejoras.....	25
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>31</b>
Anexo I. Glosario.....	31
Anexo II. Guion entrevista profesional 1.....	32
Anexo III. Guion entrevista profesional 2.....	32
Anexo IV. Guion entrevista profesional 3.....	33
Anexo V. Guion entrevista usuaria.....	34

#### **Índice de gráficos y tablas.**

Tabla 1. Sanciones por tráfico y tenencia de drogas tipificadas en el Código Penal.....	12
Gráfico 1. Consumo entre la población reclusa en libertad y la población general en un año.....	15
Tabla 2. Consumo de drogas legales e ilegales entre la población penitenciaria.....	15
Tabla 3. Tendencia del consumo de drogas entre 2006, 2011 y 2016 en prisión.....	16
Tabla 4. Consumo de drogas en la familia.....	16

## **RESUMEN.**

Aunque el consumo de drogas entre la población española se ha estancado en los últimos años, este no deja de suponer una problemática añadida a la vida de muchas personas. El individuo se ve dotado de una vulnerabilidad que lo empuja a tomar decisiones irreversibles. Una de las más recurrentes es la realización de actos ilícitos, creando así una relación obvia con el sistema penitenciario.

En este, el trabajo social es el encargado principal de conseguir la reinserción del usuario. Sin embargo, muchas veces es el propio sistema el que obstaculiza este proceso a través de las medidas que a día de hoy encontramos disponibles, pues son las que nos brindan las herramientas para la intervención.

Si se aúnan estas dos variables y se aplican a un territorio tan reducido como es Aragón, lo que se obtiene es un claro ejemplo de la efectividad del funcionamiento de las medidas de deshabitación del Sistema Penitenciario Español.

**Palabras clave:** criminalidad, drogodependencia, penitenciario, trabajo social y medidas.

## **ABSTRACT.**

*Although drug use among the Spanish population has stagnated in recent years, it continues to entail an added problem to the lives of many people. The individual is endowed with a vulnerability that pushes him to make irreversible decisions. One of the most recurrent ones is the performance of illicit acts, thus creating an obvious relationship with the penitentiary system.*

*In which, social work is primary in charge of achieving the reintegration of the client. However, many times it is the system itself that hinders this process through the measures that we find available today, since they are the ones that provide us with the tools for intervention.*

*If these two variables are combined and applied to a territory as small as Aragón, what is obtained is a clear example of the effectiveness of the detoxification measures in the Spanish Penitentiary System.*

**Key words:** *criminality, drug addiction, penitentiary, social work and measures.*

## 1. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. Justificación.

*“Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes.”*

(Real Academia de la Lengua Española, 2001, p. 853)

Aunque esta acepción pueda llamar la atención, es la primera definición que la Real Academia de la Lengua Española aporta al significado de la palabra *droga*. En ella sin duda se refleja la evolución que este concepto ha sufrido con el paso de los años.

La mayoría de sustancias que clasificamos bajo dicho término han convivido con la humanidad desde los inicios de la misma, incluso podemos afirmar que algunas aparecen en la historia antes que muchas civilizaciones. Pallarés (2003) señala como en España empiezan a tener una notoria presencia a finales de los 60', puesto que la estratégica posición del país entre Sudamérica y Europa conllevó multitud de movimientos de tráfico. (Molina, 2008)

Como cualquier otro tipo de sustancia, su uso acompaña unos beneficios a corto plazo que han sido explotados a lo largo de la historia, sobre todo, en aquellos momentos en los cuales todavía se ignoraba la gravedad de los múltiples efectos nocivos que pueden provocar en las personas. Es por ello que en el pasado se puede observar cómo estas han sido incluidas en el imaginario de múltiples ámbitos como la medicina, las artes, multitud de religiones y creencias, o incluso en la receta de conocidas marcas de productos de alimentación e higiene.

Aunque, con el paso del tiempo, su uso en muchos de estos campos ha sido totalmente anulado o regulado, en la cotidianidad solo ha aumentado, pasando por diferentes modas de consumo. Tal es el nivel en el que se encuentra extendida esta problemática que, a partir de 1985 desde el Ministerio de Sanidad se crea el Plan Estratégico Nacional sobre Adicciones. Este, en su última entrega expone que *“persisten niveles de consumo preocupantes, sobre todo en menores, ya que es la primera causa de pérdida de salud en esta población”* (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017, p.11).

Sin embargo, la salud no es la única afectada. Molina (2008) señala cómo las drogas acaban por exponer al usuario habitual a diferentes grados de marginalidad, así como a una mayor probabilidad de verse implicado en la realización de actos ilícitos. A lo que continúa: *“Esta última consideración resulta de importancia trascendental porque la Estadística criminal indica que una gran parte de la delictogénesis o proclividad delictiva tiene lugar tras la ingesta de drogas por parte del sujeto consumidor (...)”* (Molina, 2008, p. 2)

Esta relación es estudiada y comprobada por multitud de autores en diferentes entornos y épocas, obteniendo resultados de similares características. Ahora, yendo un paso más allá, se puede observar como la relación no viene solo dada por el momento de la ingesta, sino con las drogas en sí mismas, en su tráfico y dependencia. La investigación se sume entonces en la siguiente pregunta vertebradora del presente informe: ¿Es, por lo tanto, realmente eficaz el sistema de reinserción y rehabilitación nacional que atañe a los penados por delitos en relación con las drogas?

## **1.2. Objetivos.**

Este ensayo busca como objetivo general evaluar el impacto que tienen las medidas existentes dedicadas a la rehabilitación y reinserción de los penados por delitos en relación con las drogas en el actual sistema penitenciario español, aunque concretamente dentro del territorio aragonés.

Dentro del mismo encontramos dos centros penitenciarios, uno ubicado en la localidad de Daroca y otro ubicado en la localidad de Zuera, un centro de inserción social y tres unidades de atención ambulatoria para el tratamiento de adicciones en la ciudad de Zaragoza, así como una comunidad terapéutica de internamiento en los alrededores de la misma.

Para poder llegar hasta el mismo, se describen una serie de objetivos específicos. Considerando el primero de ellos y el más importante, examinar la legislación vigente que enmarca esta temática, contando con el Código Penal y el Código Penitenciario, formado por la Ley Orgánica General Penitenciaria y el Reglamento Penitenciario. Estas nos van a dictar qué tipo de medidas se deberían estar poniendo en práctica en las instituciones mencionadas.

Este viene seguido muy de cerca por el siguiente objetivo, que sería conocer y estudiar cuáles son realmente las medidas y programas que se están llevando a cabo a día de hoy en estos lugares y de qué manera se están llevando a cabo.

Además, otro de los objetivos que se espera conseguir es visibilizar la opinión de los distintos personajes que forman parte de las medidas actuales, no solo contando con la visión del profesional activo, sino también con la visión del usuario/interno, pues estas personas serán quien nos abran una mira realista sobre la temática en cuestión.

Finalmente, el último de los objetivos específicos pretende conseguir sacar una conclusión en claro de la investigación para combatir el alto porcentaje de reincidencia al que nos enfrentamos en la actualidad. Así, se espera conocer cuáles son las mejoras que podrían realizarse desde el trabajo social para conseguir una mayor efectividad de las medidas estudiadas.

## **1.3. Hipótesis.**

Al mismo tiempo que surgen estos objetivos, también surgen varias hipótesis con relación a los mismos. Para comenzar, nace la hipótesis principal, que va a guiar este trabajo, y por la cual se considera que realmente lo que se va a encontrar es un sistema totalmente ineficaz.

Derivada de la misma, se estima que una de las principales problemáticas que va a aparecer va a ser la falta de inversión económica. Pues esta conlleva bajos niveles de contratación de personal y altos ratios de atención al número de usuarios por profesional, no dejando cabida a una atención centrada en el individuo.

Por otro lado, otra de las hipótesis que se plantea, expresa que esta ineficacia va a partir de la falta de recursos y legislación aplicable al proceso de reinserción. Por lo cual se pueden dar altos índices de reincidencia.

Además, se considera que este hecho también va a estar influenciado significativamente por el planteamiento hasta ahora existente del sistema penitenciario en sí y la imagen que este procesa.

Finalmente, este ensayo parte también de la hipótesis de que las problemáticas que se van a encontrar ligadas específicamente a los centros en particulares va a ser nula. Es decir, que la problemática se encuentra de manera estructural en todas las prisiones del Estado, por lo cual el cambio no va a encontrarse ligado a problemáticas concretas de las prisiones en el territorio estudiado.

#### **1.4. Metodología.**

Para conseguir llevar a cabo esta investigación se tendrá en cuenta dos tipos de metodología. Por un lado, para la realización del marco teórico, se realizará una revisión bibliográfica en diferentes buscadores y fuentes documentales de las que se han podido obtener multitud de libros, artículos de revista y estudios de diferentes autores cualificados. Para llevar a cabo esta búsqueda, serán utilizadas una serie de palabras clave que guardan relación con este ensayo, entre las que destacan: *criminalidad, delito, drogodependencia, adicción, penitenciario, trabajo social y medidas*.

Por otro lado, para obtener los datos de la investigación que luego serán analizados, se llevará a cabo una metodología con enfoque plenamente cualitativo mediante la realización de diversas entrevistas semiestructuradas.

Se realizarán cuatro entrevistas al personal de distintos centros penitenciarios y extrapenitenciarios. Para las mismas se contará con los diferentes perfiles profesionales pertenecientes al equipo multidisciplinar en el ámbito, de manera que nos brinden una visión con una amplitud holística.

Entre ellos nos vamos a encontrar con una trabajadora social con experiencia tanto en el centro penitenciario de Zuera como en el centro de inserción social asociado, CIS Trece Rosas. Una psicóloga perteneciente a una de las entidades colaboradoras en los programas de rehabilitación y reinserción presentes tanto en el centro penitenciario de Zuera como en el de Daroca. Una trabajadora social del ámbito extrapenitenciario, ubicada en una de las unidades ambulatorias para el tratamiento de adicciones. Y, finalmente, con una ex-interna de la prisión de Zuera con experiencia en las medidas extrapenitenciarias.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

Persiguiendo los objetivos marcados nace el marco teórico de este ensayo. Este brinda una explicación sobre todos los conceptos y temas que son necesarios para comprender la situación actual en el Sistema Penitenciario Español y, sobre todo, la situación de aquellos que han cometido delitos relacionados con las drogas.

Por ello, se comentarán los diferentes tipos de sustancias y su clasificación, así como el efecto que tienen en el consumidor al tomarlas. Por otro lado, también se clasificarán los distintos tipos de delitos que pueden tener relación con las drogas y cómo afecta el punto del consumo a la hora de la realización del delito, si existe una relación clara o no.

Otro de los apartados que se podrá encontrar será aquel que recoja la legislación existente actualizada para tratar estos casos y la posición que el trabajo social puede tomar en el mismo. Por último, se ha querido incluir una visión sobre el tipo de perfil socio-demográfico más recurrente en este caso.

## 2.1. Concepto de droga.

Aunque se ha comenzado este ensayo con una definición aportada por la Real Academia de la Lengua Española, esta vez tomaremos la acepción de la Organización Mundial de la Salud al resultar más concreta para el ámbito que nos atañe.

La OMS en su informe de 1968 define las drogas, que en este momento eran también conocidas como fármacos, como *“toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de este.”* (Organización Mundial de la Salud, 1969, p. 6)

Otra definición que podemos encontrar, viene ofrecida por Fernando Caudevilla, quien considera la definición anterior como *“poco útil e inexacta”*, puesto que esta puede resultar muy general y englobar cantidad de sustancias y fármacos que se apartan de la definición que podemos aportar haciendo referencia al uso común de la palabra. Así, Caudevilla (2007) introduce una nueva y más exacta definición: *“Sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”* (Caudevilla, 2007, p. 2)

Sin embargo, esta también excluye algún factor clave para la definición de droga, por lo que realizaremos una combinación de los mismos para obtener un resultado más completo. Se entiende entonces por droga a toda sustancia de uso no médico que produce una alteración del funcionamiento normal del sistema nervioso central, pudiendo producir cambios en la percepción, estado de ánimo, conciencia y el comportamiento del consumidor, la cual es susceptible de crear dependencia. Dentro de este concepto, además, podemos encontrar otros términos como estupefacientes, estimulantes y alucinógenos entre otros.<sup>1</sup>

## 2.2. Clasificación.

Existen multitud de tipos de drogas y, por lo tanto, multitud de clasificaciones a las que podemos acogernos. Esto no significa que haya una mejor o peor, sino que, dado a la multitud de características que tienen las drogas, el ámbito en el que son analizadas puede darle una mayor importancia a una u otra característica para facilitar su estudio.

Es por ello que estas pueden ser analizadas por su origen, por su status legal, por sus efectos en el sistema nervioso central e incluso por otras clasificaciones que han ido surgiendo en la cotidianidad de su uso y expansión, como puede ser si son “duras” o “blandas” (Caudevilla, 2007). En nuestro caso, al encontrarnos sujetos al ámbito penitenciario, aquellas clasificaciones que deberemos tener en cuenta son las ordenadas por contexto legal y por sus efectos a nivel comportamental en el sujeto.

### 2.2.1. Por sus efectos.

Esta es la clasificación que más se tiende a usar de manera habitual. Hace referencia a los efectos que produce en el Sistema Nervioso Central, dividiéndose en sustancias depresoras, estimulantes o alucinógenas. Estos efectos se traducirán en el comportamiento del sujeto consumidor y pueden ser significativos a la hora de su relación con las estadísticas de criminalidad que explicaremos más adelante.

---

<sup>1</sup> Para conocer la definición de estos y otros conceptos relacionados con las drogas y su consumo puede consultar el [Anexo I](#).



Comenzando con las drogas estimulantes, estas como su nombre indica, estimulan el funcionamiento del SNC a través de una mayor segregación o mayor tiempo de contención de la dopamina en el cerebro, manteniendo un estado de euforia (Universidad de Navarra, 2012). Esto se traduce en una mayor sensación de felicidad y un menor apetito y sensación de cansancio entre otros. (Bárcena, 2012) Dentro de estas encontramos la cocaína, metanfetamina, el tabaco, MDMA (aunque también alucinógeno), Speed, anfetaminas, cafeína y un largo etcétera.

Nos movemos ahora al otro lado del espectro con las drogas consideradas como depresoras, que, de igual manera, deprimen el funcionamiento del SNC mediante el aumento del neurotransmisor inhibitorio GABA, el cual controla y dosifica la liberación de la dopamina (Universidad de Navarra, 2012). Los efectos principales se pueden traducir en una mayor apatía, menor exposición a los estímulos externos, sedación, disminución de la tensión, relajación etc. (Bárcena, 2012) En esta categoría encontramos el hachís, alcohol, heroína o tranquilizantes (Valium, Orfidal...) entre otros.

Finalmente, nos topamos con las drogas alucinógenas, así determinadas debido a que sus efectos se basan en la producción de alucinaciones; percepciones visual, táctil o auditivas de un estímulo externo de manera exagerada o que es inexistente. Pueden producir cambios en el proceso de pensamiento, así como en el estado de ánimo. Entre estas encontramos LSD, MDMA (además de estimulante), ketamina u hongos alucinógenos. (Bárcena, 2012)

### **2.2.2. Por status legal.**

La diferenciación por status legal hace referencia a la distinción clara entre aquellas drogas que son consideradas legales o lícitas e ilegales o ilícitas en los distintos países, pues estas pueden variar según nuestra ubicación geográfica. España es uno de los países que mantiene esta clasificación.

Esto no quiere decir que estas drogas consideradas legales, están acogidas bajo este concepto porque exista una libertad total conforme a su suministro, venta, publicidad y consumo. Más lejos de la realidad, estas se encuentran tan reguladas como el resto de las sustancias, en cambio, en estos casos la regulación que existe simplemente tiene en consideración unas breves restricciones para controlar mínimamente un consumo responsable de las mismas. Es por esto mismo que con avances médicos y científicos estas pueden ser modificadas bajo el objetivo de aumentar su uso a un nivel superior de responsabilidad con respecto a la salud pública.

Este es el caso claro del tabaco, el cual, dada la forma de su consumo, exponía la salud del no-consumidor a posibles patologías simplemente por el hecho de encontrarse cercano a los vapores exhalados por el consumidor, haciendo de este un fumador pasivo. Así, aparece en 2010 la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, con la que se regula y prohíbe en este momento el consumo del tabaco en espacios públicos o privados que tengan la característica de ser cerrados o de tener relación con el uso frecuente de menores de edad. Otras sustancias que se encuentran en la misma categoría podrían ser el alcohol, los fármacos y xantinas (cafeína, teofilina).

Ahora, ¿cuál es la diferenciación con las drogas ilícitas? Es muy simple. Las sustancias ilegales se consideran como tal a consecuencia de que la legislación que las regula tiene como base su prohibición total. Así, lo que se regula es su tráfico y consumo (ilegal) y las consecuencias de no respetar esta legislación. Abarcan todas las no mencionadas anteriormente, como pueden ser la marihuana, la heroína, la cocaína y un largo etcétera.

### **2.3. Delitos “en relación” con las drogas.**

Una vez aclarado el concepto de droga se procede a explicar a qué nos acogemos al hablar de delitos “en relación” con las drogas. Pues bien, como podemos observar, las drogas tienen una relación con la criminalidad muy extensa, que no solo abarca aquellos actos delictivos que son realizados por personas en sobriedad bajo el pretexto de su tráfico y distribución.

Para comprender este concepto se explicarán entonces, no solo los posibles delitos que se pueden cometer en relación con las drogas, sino además la relación que estos guardan con el estado en que se encuentra el implicado atendiendo a la clasificación que Moré y Morales (Seva et al., 1999) nos ofrecen acogiendo a aquella proporcionada por Merlo (1989) y De Fazio (1990). Además, observaremos si tiene o no relación con el consumo y cómo se ve este hecho modificado según la sustancia.

#### **2.3.1. Tipología del delito.**

Comenzando con los posibles tipos de delitos que guardan relación con estas sustancias, encontramos tres grupos estancos según los autores ya mencionados.

Un primer grupo sobre la criminalidad inducida, el más fácilmente reconocible por la población general, hace referencia a todos los delitos relacionados con el tráfico y tenencia de las drogas en sí<sup>2</sup> (Moré y Morales en Seva et al., 1999). El cual engloba cuestiones como su producción, plantación y cultivo ilegal, distribución y cuestiones relacionadas con la misma como el traslado de personas bajo dicha intención y la tenencia en contextos alejados del tráfico (Ministerio de Sanidad, S.f.).

Uno segundo sobre la criminalidad directa, igual o todavía más reconocido por la población. Son delitos cometidos tras el consumo de la sustancia, por lo que entran en juego los efectos que tiene la droga concreta consumida bajo la que se encuentra influido el comportamiento del infractor. En este sector podemos encontrar recogidos una multitud de delitos, como son los delitos por infracciones de tráfico. (Moré y Morales en Seva et al., 1999)

Uno tercero y final atendiendo esta vez a una criminalidad indirecta, más complicado de reconocer desde fuera del sistema. Este acoge todos los delitos que pueden ser cometidos por personas drogodependientes bajo el precepto de costearse su adicción, es decir, el conseguir mantener el acceso a la sustancia de consumo. Entre ellos podemos encontrar multitud de delitos relacionados con el robo (con, sin violencia...) o la estafa, entre otros. (Moré y Morales en Seva et al., 1999)

#### **2.3.2. Estado de consumo en el momento del delito.**

Como hemos podido observar, es fundamental para una buena comprensión del término conocer los diferentes estadios de consumo que existen y cómo se relacionan con el delito. Esto adquiere una suma importancia dado que el estado en sí mismo puede ser un gran motivante para la comisión del delito. Se describen así tres etapas clave que se suceden en el ciclo de consumo de una persona adicta o drogodependiente.

---

<sup>2</sup> Para conocer cuál es la dosis mínima psicoactiva de las principales sustancias tóxicas puedes consultar un cuadro en el siguiente enlace:  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/delitos/pdf/20210730\\_INTF\\_dosis\\_minimas\\_psicoactivas\\_trafico\\_de\\_drogas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/delitos/pdf/20210730_INTF_dosis_minimas_psicoactivas_trafico_de_drogas.pdf) (Instituto Nacional de Toxicología, 2021)

Para su observación se hará mención a distintas sustancias, pues mantiene una importancia igual o mayor conocer cuál es la droga protagonista del estado de consumo. Estas, como ya hemos observado en su clasificación, pueden tener unos efectos muy concretos en el organismo del individuo según si son consideradas depresivas, estimulantes o alucinógenas que van a provocar que el comportamiento del individuo en las tres fases pueda variar.

La primera hace referencia a la dependencia. En esta se encuentran los delitos de criminalidad indirecta, que como decíamos son aquellos que suceden dada la necesidad en la que se encuentra el individuo de seguir manteniendo su adicción, sin obtener una visión ética de los medios que sean utilizados para conseguir la sustancia. Sobre todo cuando se dan obstáculos en el proceso. Esta suele ser común a todas las sustancias, sin embargo, podemos observar una relación más o menos fuerte según la sustancia consumida, como es el caso de la heroína. (Moré y Morales en Seva et al., 1999)

La segunda fase se identifica con la intoxicación. Esta fase, como ya se ha comentado, es la más variable dependiendo de la sustancia consumida. Se conoce que las sustancias depresoras, dados sus efectos analgésicos y relajantes están mucho menos relacionadas con la criminalidad en esta fase que las sustancias consideradas estimulantes. Moré y Morales (Seva et al., 1999) nos traen el ejemplo del consumidor de cocaína, quien puede delinquir con cierta frecuencia en esta fase dada la agresividad a la que es sometido por la influencia de esta sustancia, pudiendo cometer actos de excesiva violencia como la violación o el homicidio. Las drogas alucinógenas también tienen un alto factor de peligrosidad, pero esta vez no delictiva, sino del consumidor sobre sí mismo (actos suicidas).

Finalmente, se encuentra la fase de abstinencia. Esta aparece ante la privación del consumo frecuente de la sustancia hacia la que ya existe una habituación. Las consecuencias que tiene sobre el consumidor son similares a la primera fase de dependencia; el consumidor se encuentra ante una necesidad superior del organismo de obtener los efectos de la sustancia que ha dejado de consumir. Por ello puede recurrir de nuevo a los delitos de criminalidad indirecta ya explicados en esta. (Moré y Morales en Seva et al., 1999)

## **2.4. Marco legislativo.**

La lista de legislación existente dentro del ámbito de las drogas<sup>3</sup> es realmente extensa y no deja de aumentar cada poco tiempo. Teniendo esto en cuenta, se ha realizado una selección de la legislación que más se ciñe a los intereses de esta investigación. Tratando esta sobre las medidas del sistema penitenciario, se atenderán una serie de normas estatales y autonómicas tan fundamentales como el Código Penal (LOCP 10/1995, de 23 de noviembre) entre otras.

### **2.4.1. Consecuencias legales de la infracción.**

Comenzando con el Código Penal, en este quedan tipificados, entre otros (seguridad vial, blanqueamiento de dinero), todos los delitos relacionados con el tráfico por tenencia de diferentes sustancias en sus artículos 368 a 378 como delitos contra la salud pública, que queda resumido en la siguiente tabla:

---

<sup>3</sup> Para conocer la misma a nivel estatal, autonómico y municipal puedes acceder al siguiente enlace: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/home.htm> (Ministerio de Sanidad, s.f.)

Casos	Nocividad de la sustancia	Prisión	Multa
General (sin agravación ni atenuación)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 3 a 6 años	Del valor de la droga al triple
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 1 a 3 años	Del valor de la droga al doble
Específico Atenuado (por escasa entidad del hecho o circunstancias personales)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 1 año y medio a 3 años menos un día	De la mitad del valor de la droga a su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De seis meses a 1 año menos un día	
Específico Agravado (grandes cantidades, sustancias adulteradas o mezcladas, en centros docentes, a menores etc.)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 6 años y un día a 9 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 3 años y un día a 4 años y medio	
Organización Criminal (Sólo Participes)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 9 a 12 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 4 años y medio a 10 años	
Organización Criminal (Jefes, Encargados y Administradores)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 12 a 18 años	De cuatro veces el valor de la droga a seis veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 10 a 15 años	

Tabla 1. Sanciones por tráfico y tenencia de drogas tipificadas en el Código Penal. Fuente: Ministerio de Sanidad, s.f.

Además, el Código Penal considera un hecho atenuante<sup>4</sup> o incluso exime de responsabilidad a aquel que actuase en el momento del delito bajo la influencia del consumo, siempre que no hubiese una previsión de cometerlo, o como consecuencia de su adicción.

Por último, se estipula que a los beneficiarios de suspensión de la ejecución de la pena que el juez considerase oportuno por sus características, pueda este condicionar la misma para imponer de obligado cumplimiento: “7.ª Participar en programas de deshabituación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos.” (LOCP 10/1995, de 23 de noviembre, art. 83.1.)

También se ha querido tener en cuenta la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (LOPSC 4/2015, de 30 de marzo), en cuanto que regula las sanciones administrativas impuestas. Estas pueden ser variables entre 601 € y 30.000 € dependiendo del tipo de infracción cometida, siendo estas consideradas leves, graves y muy graves (Ministerio de Sanidad, s.f.).

La mayoría se encuentran tipificadas como infracciones graves en su artículo 36 y hacen referencia al consumo o tenencia de drogas fuera del tráfico de las mismas en espacios públicos y colectivos, el traslado de personas para facilitarles el acceso a estas y la plantación y cultivo cuando no sean considerados infracción penal. La LOPSC 4/2015, de 30 de marzo, además, tipifica otras formas de saldar la infracción para los menores de edad:

“Las multas que se impongan a los menores de edad por la comisión de infracciones en materia de consumo o tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas podrán suspenderse siempre que, a solicitud de los infractores y sus representantes legales, aquéllos accedan a someterse a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación. En caso de que los infractores abandonen el

<sup>4</sup> Que constituye una condición de menor gravedad sobre la pena o sanción.

tratamiento o rehabilitación o las actividades reeducativas, se procederá a ejecutar la sanción económica. (...)” (LOPSC 4/2015, de 30 de marzo, disp. adic. quinta)

Por otro lado, dentro de los centros penitenciarios a nivel estatal, encontramos el Reglamento Penitenciario (RD 190/1996, de 9 de febrero), el cual prohíbe la entrada y tenencia de estas sustancias, calificando en su artículo 102 de primer grado (aislamiento) a aquellos internos que se encuentren en posesión de altas cantidades de drogas para su tráfico dentro del mismo.

Finalmente, a nivel autonómico, encontramos la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, la cual hace referencia a nivel sancionador principalmente a la infracción de la norma sobre venta y distribución a menores de edad y condiciones de anuncio de bebidas alcohólicas y tabaco entre otras.

#### **2.4.2. Programas y medidas rehabilitadoras.**

Además de los ya mencionados en el apartado anterior, que se dan como alternativa o condición a la pena implementada, existen una serie de programas y medidas tipificadas en las normas ya mencionadas a nivel estatal y autonómico para conseguir alcanzar la rehabilitación del infractor drogodependiente.

Comenzando esta vez por el Reglamento Penitenciario (RD 190/1996, de 9 de febrero), esta norma adquiere una responsabilidad clara frente a la problemática existente, mencionando en varios artículos distintas medidas de apoyo e intervención. El primero de estos es el artículo 116, en cuanto a programas de actuación especializada, el cual expresa:

“2. Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones debidamente acreditadas, realizará en los Centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.” (RD 190/1996, de 9 de febrero, art. 116)

Continúa con el 174, donde se garantiza la existencia dentro de cada centro de cinco programas fundamentales, siendo uno de ellos el de intervención dirigida a problemática de drogodependencias. Y acaba en el artículo 182, de internamiento en centro de deshabituación y en centro educativo especial, que especifica que: “1. El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabituación de drogodependencias y otras adicciones, dando cuenta al Juez de Vigilancia.” (RD 190/1996, de 9 de febrero, art. 182)

Todo lo cual queda ciertamente secundado por la normativa autonómica, que recordamos coincide con la ya mencionada Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias en su artículo 24. Esta además hace una mención clave orientada hacia otro tipo de programas como son los de prevención y reinserción: “g) Promoverá convenios plurianuales y conciertos de colaboración con instituciones y entidades sociales sin ánimo de lucro implicadas en la prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias dentro del ámbito de las instituciones penitenciarias.” (Ley 3/2001, de 4 de abril, art. 24)

## 2.5. Perfiles más comunes.

Se han utilizado las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística correspondientes a 2020 acerca de los delitos realizados por población adulta en la totalidad del país y en Aragón concretamente. Aragón se encuentra entre las comunidades con un menor número de condenados de España con algo más de 7.000 condenados, alzándose la media anual española entorno a los 16.000 condenados.

Dada la falta de datos aportados por esta institución más allá de los ya reseñados, se han analizado los datos de la Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias de 2016 (la más actualizada) para los siguientes apartados, por lo que se debe tener en consideración que se da una porción poblacional que no ha sido sancionada con pena de prisión que queda excluida de la muestra.

### 2.5.1. Socio-demográficos en prisión.

A nivel sociodemográfico, las características de la población se repiten con respecto a las de la población que ha cometido un acto delictivo. Esto viene a decir que el 93% de la población son hombres y casi el 70% españoles.

Ahora bien, tras comparar estos datos cabe añadir que la edad media de los mismos se encuentra en 39 años, frente a los 30 años de media del primer ingreso. La mayoría de la población tiene entre 41 y 60 años (38%) y, tras el porcentaje de españoles, la nacionalidad más repetida es la marroquí con un 10% del total.

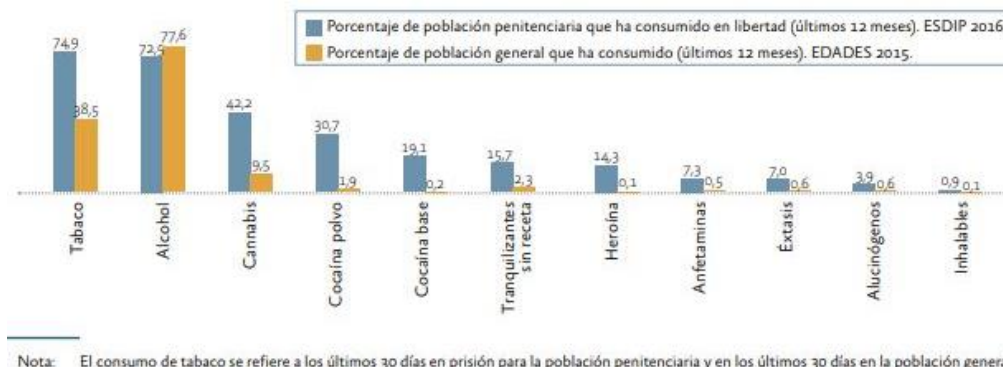
En general se observa un bajo nivel de estudios, donde más de la mitad de la población reclusa no ha terminado sus estudios primarios o secundarios básicos, con una edad de abandono escolar que se entorna a los 16 años. Solo el 5% ha obtenido estudios universitarios. Aplicando esto al consumo, la UNAD (2008) observó que *“a medida que los estudios se amplían, el porcentaje de personas que manifiestan haber consumido en el último año desciende considerablemente, pasando de un 65,4% a un 44,4%, es decir, la probabilidad se reduce en un 20%”* (UNAD, 2008, p. 38).

A nivel laboral, casi el 60% se encuentra trabajando, con la consideración de que casi el 20% son personas inactivas (en prisión por más de un año, estudiante, jubilado, parado sin búsqueda de empleo). Antes del ingreso en prisión, más del 35% expone que sus ingresos económicos provenían de la economía sumergida. (UNAD, 2008)

Es de gran importancia igualmente destacar que el 87% se encuentran ya procesados y que casi la mitad de la población reclusa ha tenido un ingreso previo en prisión, es decir, es reincidente. El delito más penado son aquellos contra la propiedad (p.e. robo) con un 41% del total.

Además, es de gran importancia señalar que, en cuanto a salud mental, casi uno de cada tres internos están en tratamiento con medicación psiquiátrica.

Finalmente, encontramos esta tabla representativa que compara los consumos de la población penitenciaria en libertad frente a la población general durante 2016. En esta se observa como, excepto en los niveles de consumo de alcohol, la población reclusa tiene en todo momento un porcentaje mayor de consumo, doblando e incluso triplicando el consumo de la población general en muchas ocasiones. Se señala además que la primera droga ilegal más consumida es en ambos casos el cannabis.



Nota: El consumo de tabaco se refiere a los últimos 30 días en prisión para la población penitenciaria y en los últimos 30 días en la población general.

Gráfico 1. Consumo entre la población reclusa en libertad y la población general en un año. Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES 2015.

En una muestra representativa de otro estudio sobre drogodependencia y la población interna realizado por la Universidad de Oviedo y la Universidad de La Coruña encontramos que casi la totalidad de la muestra ha consumido drogas alguna vez en su vida y que actualmente, este número descendía hasta más de la mitad. (Rodríguez et al., 1997)

### 2.5.2. De consumo en prisión.

Continuando con la temática con la que se ha finalizado el anterior apartado, el porcentaje de edad de inicio en el consumo de sustancias es considerablemente inferior entre la población reclusa, existiendo diferencias clave entre el comiendo del consumo de drogas inhalables (población reclusa con 15 años frente a los 21 de la población general) y tranquilizantes (población reclusa con 20 años frente a los 33 de la población general).

ESDIP, que cuenta con una información más actualizada y extensa frente al informe de la Universidad de Oviedo y La Coruña ya mencionado, expone la siguiente tabla acerca del consumo de drogas legales e ilegales entre la población penitenciaria.

Consumo de drogas legales e ilegales en población penitenciaria. España 2016.									
	Alguna droga legal	Alguna droga ilegal	Tabaco	Alcohol	Tranquilizantes sin receta	Cannabis	Cocaína en polvo	Heroína	
Alguna vez en la vida en libertad o prisión	95,4	70,8	--	85,5	28,0	62,6	53,4	28,1	
Últimos 12 meses en libertad	90,8	54,2	--	72,5	15,7	42,2	30,7	14,3	
Últimos 30 días en libertad	67,8	49,2	--	64,9	13,5	37,8	24,8	12,2	
Últimos 30 días en prisión	75,3	20,6	74,9	2,2	6,2	19,4	1,4	2,8	

Nota: Drogas legales: Alcohol, tabaco y tranquilizantes sin receta. Drogas ilegales: cannabis, opioides, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos.

Tabla 2. Consumo de drogas legales e ilegales entre la población penitenciaria. Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016

En ella se puede observar que casi una totalidad de la población ha consumido drogas, sean estas legales o no. Aunque más del 70% han consumido específicamente drogas ilegales, teniendo en todo momento entre estas el cannabis el mayor porcentaje de consumo.

Además, la ESDIP también analiza el origen de consumo de las sustancias, donde podemos observar como, aunque es pequeño, existe un porcentaje que comienza el consumo dentro de los centros penitenciarios. Porcentaje donde toma el liderazgo los tranquilizantes sin receta con el 10% de la población reclusa total. Muy de cerca observamos el consumo de metadona no recetada con casi un 8%.

Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días). España.	2006	2011	2016	Tendencia 2011-2016
Tabaco	74,0	75,1	74,9	▼
Cannabis	27,7	21,3	19,4	▼
Alcohol	3,7	3,8	2,2	▼
Alucinógenos	0,1	0,2	0,1	▼
Inhalables	0,2	0,2	0,1	▼
Heroína + cocaína mezclada	1,6	0,8	0,8	=
Tranquilizantes sin receta	9,1	4,1	6,2	▲
Heroína sola	4,8	2,4	2,8	▲
Cocaína base	2,5	1,0	1,4	▲
Cocaína polvo	2,9	1,3	1,4	▲
Metadona (no recetada)	1,1	0,5	0,7	▲
Anfetaminas	0,3	0,2	0,4	▲
Éxtasis	0,3	0,2	0,3	▲

Tabla 3. Tendencia del consumo de drogas entre 2006, 2011 y 2016 en prisión. Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2006, 2011, 2016.

Ahora, si analizamos la tendencia de estas sustancias frente a 2011, ambas se presentan positivas, presentando los tranquilizantes sin receta una subida de más del 2%. Aunque, si observamos y comparamos estos y otros consumos con los porcentajes señalados en 2006 podemos ver una tendencia negativa colectiva.

Finalmente, y atendiendo ahora a los datos aportados por el estudio realizados a manos de la UNAD en 2008, observamos como condiciona el consumo anterior de una persona cercana en el círculo familiar, siendo la tendencia la siguiente:

	Consumo en otros miembros de la familia	Consumo del padre	Consumo de la madre	Consumo de algún hermano	Consumo de la pareja	Consumo de algún hijo	Consumo de otro miembro de la familia
	%	%	%	%	%	%	%
Si	56,8%	18,2%	6,1%	70,4%	23,5%	2,7%	12,8%
No	43,2%	81,8%	93,9%	29,6%	76,5%	97,3%	87,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4. Consumo de drogas en la familia. Fuente: UNAD, 2008.



Como podemos observar en esta muestra, en más de la mitad de los casos existe alguien cercano al interno en su unidad familiar que es consumidor y, además, el interno es conocedor al respecto.

Para acabar, remarcar que *“el 63,5% que señala haber realizado un consumo en el último año ha tenido una media de 3,68 intentos de desintoxicación 36. Fuera del centro penitenciario han llevado tratamiento para la deshabitación más de la mitad de los sujetos (56%) y en general, han valorado los mismos como buenos.”* (UNAD, 2008, p. 38)

## **2.6. Rol del trabajo social ante la drogodependencia.**

La adicción o dependencia a diferentes sustancias puede venir sobrevenida por diferentes cuestiones del ámbito social, es por ello que cuando pensamos en una intervención, esta tiene que ser totalmente integral. Normalmente, suele llevarse a cabo desde un equipo multidisciplinar, en el cual no puede faltar el rol del trabajo social.

Este profesional será el encargado de rastrear los factores de riesgo inherentes al usuario, con los que tendrá que trabajar comenzando por su entorno a nivel social, familiar, económico, habitacional y laboral. De esta manera, el trabajador social intentará evitar o reestablecer los desequilibrios y problemáticas que puedan darse en estas áreas. Con ello se busca que el usuario se encuentre en un plano estable de su vida para comenzar con su rehabilitación y reinserción. (Gallego, 2019)

Además, se trabajará con el resto de factores de riesgo que pueden surgir en relación con las características del individuo en concreto. Gallego (2019) las ejemplifica como una mala actitud, una baja autoestima, una falta de habilidades sociales, mal aprovechamiento de su tiempo libre y un largo etcétera. Con esto surge la importancia de realizar un seguimiento continuado durante el proceso de deshabitación del usuario.

Por último, como bien señala Gallego (2019) también se trabajará con los factores de riesgo que trae el consumo de la sustancia. El contexto en el cuál es consumida, la compañía en el consumo o falta de la misma, el tiempo que se lleva dando dicho consumo... todo ello será tratado y observado desde el trabajo social, así como desde el resto de disciplinas y profesionales que forman el equipo multidisciplinar. Para mantener un registro de estas cuestiones contamos con elementos que nos facilitan el seguimiento, como puede ser el control de sustancias en orina.

Una vez se ha estabilizado la situación, para la reinserción del individuo se buscará por todos los medios posibles que el usuario se mantenga en el no consumo de la sustancia y se centre en las áreas que sean más problemáticas en su caso concreto. Así, se busca que el usuario recupere su independencia y se acabe por desligar de la intervención una vez este cuente con las herramientas suficientes como para combatir las dificultades con las que se pueda topar sin llegar a una recaída.

Sin embargo, el trabajo social no solo está presente en la intervención para la reinserción del usuario ya adicto. También puede, y lleva a cabo, una gran labor a nivel preventivo desde el trabajo social con grupos y comunitario. Aquí se puede trabajar con grupos especialmente sensibles al consumo, como puede ser la adolescencia, aunque también puede realizarse una prevención a nivel de la población general. (Gallego, 2019)

### **3. RESULTADOS.**

Se han entrevistado tres profesionales y una usuaria. Para las profesionales se ha contado con la colaboración de dos trabajadoras sociales y una psicóloga. Estas se encuentran en distintos puntos de su carrera, pero todas cuentan con años de experiencia en el sector, por lo que han podido describir multitud de situaciones ya que han pasado por más de una ubicación dentro del sistema penitenciario.

La profesional 1 cuenta con experiencia dentro del Centro Penitenciario de Zuera como trabajadora social encargada del módulo 14, del que hablaremos a continuación, y como trabajadora social en el Centro de Inserción Social Trece Rosas, situado en el barrio de Torrero en Zaragoza.

La profesional 2 ha trabajado desde una asociación externa de manera específica en los programas fomentados tanto desde el Centro Penitenciario de Zuera como en el de Daroca, para la rehabilitación y reinserción de los internos con drogodependencias.

La profesional 3 se encuentra posicionada en una de las medidas consideradas extrapenitenciarias, las cuales son llevadas a cabo en las distintas unidades ambulatorias para la atención y seguimiento de adicciones en la ciudad de Zaragoza.

Finalmente, también se ha contado con una usuaria actual de una de estas medidas extrapenitenciarias. Esta usuaria, anterior a dicha medida, ha cumplido ocho meses de pena en el Centro Penitenciario de Zuera. Es por ello que podemos contar con las vivencias de encontrarse en estos dos puntos del sistema.

Además, se ha contado con la observación llevada a cabo durante el desarrollo de la asignatura de Prácticum de Intervención, desempeñado en una medida extrapenitenciaria con visitas a los centros penitenciarios mencionados anteriormente. En estas visitas surgió la oportunidad de tratar tanto con más variedad y cantidad de profesionales, como de usuarios e internos.

#### **3.1. Centro Penitenciario de Zuera.**

Actualmente, a nivel aproximado, la profesional 1 señala que en el Centro Penitenciario de Zuera se cuenta con 1100 internos, de los cuales el 55% estarían penados por algún tipo de delito en relación con las drogas (directa o indirectamente).

Como se estipula en los artículos 116 y 174 del Reglamento Penitenciario (RD 190/1996, de 9 de febrero), este centro mantiene un programa de tratamiento de drogodependencias. Dicho programa se centra en tres puntos concretos: la reducción del consumo, conseguir y mantener periodos de abstinencia y la reincorporación y reintegración social del interno.

Este se encuentra concentrado en el módulo 14 de la prisión y su nombre es GAD (Grupo de Atención de Drogodependencias). Según informan las profesionales 1 y 2, el GAD está compuesto por cuatro grupos de internos, los cuales se dividen por su avance en el proceso de rehabilitación y la temporalidad de su pena. La profesional 2 señala que en los casos en que se encuentran ante penas muy extensas intentan extender en el tiempo de igual manera el proceso de rehabilitación.

Estos grupos además coinciden con los temas que se van a tratar en el mismo; por lo tanto, nos encontramos con el grupo de adaptación al módulo, el de autoconocimiento, el de trabajo frente al consumo en sí y el grupo de avanzados.

En el grupo de adaptación se trabajan las normas del módulo y se intenta que el interno se ajuste correctamente al grupo sin desestabilizarlo. Al final, estamos ante un módulo en el que prima la honestidad, elemento que se haya por encima de todos los principios, por lo que los nuevos integrantes tienen que deshacerse del comportamiento comúnmente conocido como “taleguero”, de desconfianza a la autoridad y secretismo, puesto que ahora los profesionales van a ser sus aliados principales. Además, el módulo cuenta con una serie de normas muy concretas a las que tienen que acostumbrarse (p.e. limitación de dinero del que disponen).

En el grupo de autoconocimiento se trabaja la creación de herramientas sociales para mejorar aquellos conceptos que suponen un signo de vulnerabilidad ante el consumo para los internos. Como la profesional 2 nos comenta, el perfil del consumidor suele estar enmarcado por una baja tolerancia a la frustración, un déficit de autoaceptación, baja autoestima, una gestión emocional pobre... por lo que suele darse un consumo de evasión. Consumen para dejar a un lado los problemas con los que se topan en su vida, puesto que no saben cómo afrontarlos.

En el siguiente grupo se genera un nuevo concepto sobre el consumo de drogas, ofreciendo información verídica y real sobre el mismo. Finalmente, en el grupo de avanzados se encuentran los internos que están en la fase final de su pena, por lo que se trabaja la prevención de recaídas y el contacto con un centro externo de seguimiento de la adicción.

Para poder acceder a este módulo se debe hacer una petición por instancia, la cual será respondida con una primera entrevista por un psicólogo o trabajador social con el objetivo de conocer la motivación y el caso concreto de la persona. Tras ello, en caso de que esta persona sea aceptada por la Junta de Tratamiento (formada por el equipo multidisciplinar), pasará a formar parte del módulo 12, donde se encuentra el grupo de Pre-GAD. En este grupo se realizan sesiones semanales de terapia conjunta guiadas por un profesional de la psicología. El interno estará atendiendo a las mismas según se observe su comportamiento hasta que se considere preparado para entrar al módulo 14.

Para poder llevar a cabo todo este proceso, se cuenta con la ayuda de distintas asociaciones y ONGs, como son Proyecto Hombre, Cruz Roja o EnDrogas. Pues estas cuentan con más recursos y profesionales.

### **3.2. Centro Penitenciario de Daroca.**

A diferencia del Centro Penitenciario de Zuera, el cual es una macroprisión, el de Daroca tan solo cuenta con menos de 400 plazas, según informa la profesional 2. Sin embargo, el porcentaje de reclusos cuya pena tiene relación con las drogas se mantiene o incluso tiende a ser un tanto mayor.

Este centro cuenta con uno de los talleres profesionales más grandes de España, por lo que se deriva a una gran cantidad de población reclusa de otras prisiones, no siempre son pertenecientes al territorio aragonés. Esta cuestión es clave en más de un aspecto que veremos a continuación.

Debido a que este es un centro mucho más reducido, las herramientas con las que cuentan para realizar los programas son menores y cuentan con un apoyo menor desde las distintas asociaciones. Aunque esto

también puede venir sobrevenido porque la población dispuesta a cursar los programas preparados para la deshabituación del consumo y adicción de sustancias es más reducida.

Este, sin embargo, no se queda atrás. Está equipado de una UTE (Unidad Terapéutica Educativa). Actualmente, esta solo mantiene siete internos. Su funcionamiento es similar al ya explicado GAD; tiene un acceso voluntario mediante instancia y la decisión es tomada por un equipo de profesionales, además de pasar una entrevista previa realizada por un psicólogo o trabajador social.

El tratamiento e intervención, en cambio, es mucho más personalizado e individualizado a cada caso, teniendo en cuenta el reducido número de internos que se encuentran en el mismo. Es por ello, explica la profesional 2, que la intervención es mucho más profunda y relacionada con el autoconocimiento y la gestión y apoyo emocional. Se intenta llegar al origen del consumo para reforzar las bases de la abstinencia.

### **3.3. El acceso y cara a cara de las medidas en prisión.**

Más allá de las medidas comentadas, con el resto de los internos no se lleva a cabo otro tipo de programas para la prevención o tratamiento de adicciones. A nivel individualizado, para aquellos que no obtienen el aprobado para acceder a la UTE o el GAD, se llevan a cabo seguimientos de seis meses con los que se realizan contratos de control. Con ello se busca crear una preparación previa incluso al Pre-GAD, o, en el caso de Daroca, anterior a la UTE en sí. La negativa al acceso a estas medidas puede venir derivada por distintos factores, así como indican las profesionales 1 y 2.

Por un lado, nos podemos encontrar con el caso de personas que llevan muchos años en prisión y por lo tanto, pueden suponer un peligro para la estabilidad del grupo ya adecuado al módulo, pues la actitud de estos internos está totalmente representada por los códigos de conducta normalizados en los centros penitenciarios. En estos casos se necesita de un periodo más largo de preparación, y que, a veces incluso puede resultar fallido. Con estas personas se llevaría un control más básico y aislado al grupo de tratamiento, desde sus respectivos módulos, y que sería controlado por análisis en sangre o de orina para el control del consumo de sustancias.

Otra de las restricciones para el acceso a dichas medidas son situaciones como la de la prisión preventiva, la cual puede alargarse hasta los dos años según el caso concreto. La usuaria entrevistada explicaba que en su paso por prisión le fue denegado este derecho, aunque contara con una alta motivación para el comienzo de la deshabituación. Este hecho le hizo sentir una ciudadana de segunda, puesto que tenía todo el derecho de acceder a la misma.

Al final, debemos considerar que el acceso a estas medidas es un aspecto muy subjetivo y que no se encuentra contemplado por ningún tipo de norma o protocolo, por lo que pueden darse este tipo de casos. Las profesionales 1 y 2, por otro lado, añadían que en estas situaciones tienen que hacer la elección sobre si merece la pena comenzar el tratamiento cuando está claro que la estancia en prisión no va a ser lo suficientemente longeva como para realizar un proceso de deshabituación adecuado. La decisión pues, se ve influenciada por el porcentaje de posibilidad que existe de que estas personas continúen su pena en prisión o si, por el contrario, van a pasar a formar parte de medidas extrapenitenciarias o van a resultar inocentes.

Por último, la motivación es otra de las cuestiones que puede provocar la negativa ante el acceso. Como señalaba la profesional 1, los internos muchas veces pueden tener motivaciones ajenas a la decisión de

realizar un cambio en su vida y tratar su adicción. En muchas ocasiones, sus abogados recomiendan a los internos que entren en este tipo de programas para dar una imagen “mejorada” al juez y así influenciar una resolución positiva de su caso.

La profesional 2 añadía sobre la motivación que muchos internos también suelen querer acceder al grupo porque se ven atraídos por las comodidades que obtienen las personas que se encuentran dentro de los mismos. Sin embargo, así como la profesional señalaba, estas comodidades son resultado del buen comportamiento de los integrantes del grupo y se realizan como voto de confianza ante ellos. Entre las comodidades podemos encontrar permisos de salida, celdas individuales, libre circulación por el módulo etcétera.

Estos casos en la realidad suelen ser localizados en la entrevista previa a la decisión de acceso. Además, muchas de estas personas acaban por desistir al conocer las normas ante las que se van a exponer y la realidad del módulo, pues el proceso de tratamiento no deja de ser un gran esfuerzo que debe llevarse a cabo desde la convicción absoluta, para no fallar en el mismo.

Ahora, continuando con la comparación entre los centros de Zuera y Daroca. Aunque ambos se encuentran ligados al Centro de Inserción Social Trece Rosas, debemos recordar que la mayoría de los usuarios del centro de Daroca no pertenecen al territorio aragonés, por lo que acaban siendo trasladados a zonas más cercanas a sus entornos previos al ingreso. Esto acaba por dar resultados muy negativos en la población, pues es muy importante no perder la pista de los usuarios que comienzan a tener contacto con su entorno, o con la sociedad en general, de nuevo.

La profesional 1 comentaba como estos son momentos de pura vulnerabilidad para los internos de los programas de deshabitación, de hecho, estas personas son inmediatamente incluidas en las unidades ambulatorias de tratamiento. La relevancia de los mismos viene dada por el hecho de que, las mismas asociaciones del tercer sector que entran a trabajar con ellos en prisión, son las que cuentan con este tipo de unidades, por lo que el proceso tiene un seguimiento continuado por profesionales o entidades que ya les conocen con anterioridad y que, por lo tanto, conocen los puntos en los que necesitan un apoyo mayor. Esta visión se pierde por completo con los internos que son reubicados, por lo cual Daroca cuenta con un mayor porcentaje de fracaso ante la reinserción.

Además, el acceso a la unidad terapéutica en Daroca se complica por la existencia de los talleres profesionales ya comentados. La simultaneidad de estos es prácticamente imposible, hecho que posiciona a los reclusos ante la toma de una decisión clave: ganar dinero o rehabilitarse. Y está claro cuál es la opción que elige la mayoría.

### **3.4. Las UASAs.**

Las UASAs (Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones) aúnan dos vertientes del sistema. Por un lado, se topan con los internos que están en vías de finalizar o que han finalizado su paso por prisión y que han sido derivados por el CIS. Por otro lado, también se topan con aquellos que hacen uso de la UASA como medida extrapenitenciaria, que normalmente viene dada por una suspensión de condena. Estos vienen derivados directamente por la resolución que ha dado el juez sobre su caso.

En cualquiera de los dos casos, estas personas pasan a ser usuarias comunes de la unidad. Las UASAs cuentan con un equipo multidisciplinar, similar al que se puede encontrar en prisión (trabajador social, psicólogo, médico, enfermero...), que es el encargado de llevar a cabo el seguimiento.

Normalmente los usuarios suelen contar con una libertad total, una vez superada la primera entrevista de cortesía con cada uno de los profesionales, para citarse en aquellos ámbitos que requiere un apoyo mayor. En el caso de las personas derivadas desde el CIS o prisión aunque también es así, se suele llevar un control más exhaustivo para que no se dejen pasar citas y se continúen citando con todos los profesionales. De igual manera, están más expuestos a la realización de controles de orina para la búsqueda de sustancias.

Esta insistencia viene justificada por la dinámica que conlleva la medida. Desde juzgados, y en ocasiones desde el CIS, se solicitan una serie de informes que tienen que ser remitidos al encargado o juzgado del caso con una periodicidad de entre tres y seis meses normalmente hasta la fecha de fin de la pena.

Estos informes resumen objetivamente toda la intervención que ha sido realizada con el individuo en cuestión desde el centro. Además, en algunas situaciones se pide la inclusión, o se adjuntan de manera conveniente, específicamente los resultados de los controles de orina.

Según indica la profesional 3, estos son una buena forma de llevar a cabo esta comunicación con juzgados y un control real del caso. Además mantienen su función, puesto que sirven de empuje, para los usuarios de esta medida, para continuar con su rehabilitación e intervención incluso en los momentos más duros de la misma, puesto que saben que pueden jugarse el reingreso a prisión.

Sin embargo, la profesional 3 también añade que esta comunicación muchas veces puede parecer inexistente, puesto que se suele dar una permisividad bastante considerable ante la no asistencia de estos usuarios a sesiones.

Al final, en muchas ocasiones la UASA es la única fuente de control que les queda a estos usuarios una vez recuperan su libertad, por lo que pueden generar cierto rechazo ante su asistencia a la misma. Una vez observan que no sucede nada por no asistir, no vuelven a pisar estas instalaciones.

Este caso suele ser muy recurrente en los usuarios de dispensación de metadona, explica la profesional 3. Desde juzgados muchas veces se muestran conformes si estos usuarios simplemente hacen acto de presencia cuando se les administra su medicación.

Esto puede verse reforzado por aquellos usuarios, que como la usuaria entrevistada, acceden a la unidad desde una medida de suspensión de condena, puesto que, al no haber tenido la oportunidad de participar en ningún tipo de programa anterior de deshabituación del consumo, generan una doble negativa ante la asistencia a la unidad. Por un lado se muestran reacios a la abstinencia o reducción del consumo (muchas veces esta es la primera vez que acceden a un tratamiento para su adicción) y por otro, al control que ejerce este servicio sobre sus vidas. A ello se añade que no han experimentado ningún tipo de proceso para dejar a un lado las actitudes definidas como "talegueras", por lo que no solo no confían en el profesional, sino que lo ven como su enemigo.

### 3.5. ¿Funciona realmente el sistema?

Continuando con la temática del apartado anterior, comenzaremos comentando la función de la UASA como medida extrapenitenciaria. Pues bien, como bien expresaba la profesional 3, la mayoría de los usuarios que pasan por la UASA derivados desde juzgado sí que mantienen una reducción del consumo por el que se vieron envueltos en la situación problema inicial. Sin embargo, la profesional 3 señalaba que: *“Así como considero que sí es efectivo, también puedo decir que faltan muchas cosas por mejorar; comenzando con la comunicación con juzgados.”*

Como ya se ha señalado anteriormente, la comunicación con los juzgados puede parecer muchas veces unidireccional, pues no se observan repercusiones positivas ni negativas ante los informes que se hacen llegar. Además, como es de esperar, tampoco se obtiene respuesta de los mismos. Es por ello que muchas veces esta medida se queda en la nada, pues así como las profesionales del centro se dan cuenta, los usuarios de la misma también.

Esto a su vez provoca que se cree una necesidad por parte del profesional de recordar al usuario que esta medida no deja de ser una ayuda para su situación. Paso que puede repetirse sin respuesta más de una vez, por lo que empieza a crearse una sensación paternalista de trato hacia el usuario en cuestión.

Finalmente, la profesional 3 comentaba que una vez llega la fecha final de la pena, es rara la ocasión en que los usuarios deciden quedarse en tratamiento, pues no dejan de ver la medida como una obligación por cumplir. Así, la rehabilitación acaba por quedarse a medias puesto que el tratamiento para estos casos de consumo suele conllevar periodos de tiempo más largos que la pena.

Por otro lado, volviendo a las medidas que se establecen en prisión, y conforme a lo que exponía tanto la usuaria como las profesionales 1 y 2, el trato actual con los internos no es correcto pues se les acaba por deshumanizar.

Una vez se encuentran en prisión se da una doble variable que resulta totalmente negativa para el trabajo con los internos en los distintos programas. Y aunque sí es cierto que esto viene siempre reforzado por sus creencias instauradas en la calle, al entrar en prisión se entra en una dinámica de no deja espacio a la independencia, responsabilidad ni derechos del individuo. Básicamente, se encuentran expuestos fuera de las leyes que en la sociedad les protegerían, obligados a seguir un horario que les cuarta en muchos sentidos y que no refuerza nada excepto la desconfianza y el control.

Es por ello que el acceso a los programas se complica, pues como hemos repetido en varias ocasiones, se debe eliminar primero ese carácter taleguero que han tenido que adquirir para sobrevivir a su pena en el centro. Es de esta manera como se coarta la universalidad de acceso a unidades tan importantes como la UTE o el GAD.

Además, la no existencia de un protocolo para el acceso a las medidas provoca situaciones como la que exponía la usuaria entrevistada, quien no pudo acceder de ninguna forma a un tratamiento de deshabituación por mucho que lo intentara en sus ocho meses de estancia en prisión y quien al final, tradujo esta rabia en una actitud negativa contra los profesionales que todavía está intentando corregir.

### 3.6. Cuestión de humanidad.

La usuaria entrevistada fue la primera en dejarnos claro cómo el trato que le dieron en prisión y el que dan a los internos ha repercutido después en su proceso de deshabitación.

La usuaria se sintió en todo momento vejada, humillada y desvalorizada, situación que señaló con frases como: *“Allí te juzgan antes de que te juzgue un juez”*. Esta se sintió juzgada desde el primer momento. Comenta cómo son juzgadas por todo tipo de profesionales, desde las funcionarias quienes castigaban a todas las internas por el mal comportamiento entre dos compañeras, hasta los médicos del hospital en la ocasión que tuvo que ir por un problema de salud al que es propensa. Estos tardaron en tratar y dar correctamente un diagnóstico a su situación dejándose llevar por el pensamiento de que los datos que esta les precisaba eran erróneos.

Además, se sintió juzgada por la trabajadora social, quien la vio en dos ocasiones y juzgó por sus decisiones previas al ingreso a prisión. No sintió que la atención que esta le brindaba fuera suficiente, ya que al ser madre soltera de sus dos hijos sintió que estos quedaban totalmente vulnerables a la vida en sociedad, mientras que desde prisión no la ayudaban a mediar para encontrarles un lugar seguro donde estar mientras ella se encontraba en Zuera.

Es por ello que dejó frases como: *“Mi mayor miedo era morirme por la falta de atención que hay”*. Puesto que se ha sentido totalmente anulada a la hora de expresarse y poder tener un control sobre su situación y la del entorno que dejaba en el exterior y que se quedaba desprotegido. Además, criticó que la dinámica de funcionamiento de las instancias no es efectiva.

Explicaba cómo estas instancias son necesarias para llevar a cabo cualquier tipo de acción, por esencial que sea (como la atención médica), y que tardaban en llegar largos periodos de tiempo, o que ni si quiera terminaban por llegar. Y por supuesto, todavía menos su respuesta.

Por otro lado exponía que esta falta de atención viene sobrevenida por la masificación existente en los módulos con respecto a la cantidad de profesionales disponibles. Explicaba situaciones como la siguiente: *“En los módulos de hombres, donde pueden ser hasta 120 personas, estando yo murieron 3 personas de sobredosis. Las drogas allí están a la orden del día. (...)Yo solo he intentado sobrevivir a Zuera.”*

Esta además comentaba cómo este tipo de tratamiento le ha pasado factura. No solo ha sentido su paso por Zuera como algo poco positivo, sino que para ella resultó algo totalmente traumático. Es por ello que lleva esa temporada de su vida en secreto ante los nuevos miembros de su entorno, puesto que confiesa haber sufrido mucho para poder pasar página y quitarse la mentalidad de que ella realmente tuviera menos valor que otra persona por el hecho de tener una adicción y de haber pasado por un centro penitenciario.

Esta mentalidad que ganó en prisión ha repercutido negativamente en aspectos de su vida al salir de la misma. En su paso por la UASA ha ido ganando las herramientas para volver a recuperar esa autoconfianza y autoestima sobre sí misma y su situación, aunque confiesa que hay momentos en los que se siente más vulnerable.

Además, nos deja con una reflexión muy interesante, pues considera que: *“Si fuera por lo que he vivido en prisión y no por mi mentalidad de cambio por mis hijos... no sé en qué clase de persona me habría convertido. (...) Considero que podéis entender mi cambio como algo fuera de lo normal.”*



En resumen, considera que las instituciones simplemente necesitan tener más humanidad, recordar cuáles son los derechos básicos inherentes al ser humano, pues agradecida explicaba que *“Nadie antes me había preguntado desde una institución cómo me había sentido en mi paso por Zuera”*.

### **3.7. Consecuencias de la sobreinstitucionalización.**

Dejando a un lado la humanidad, la profesional 1 también comentaba como la sobreinstitucionalización finalmente se traducían en conductas de vulnerabilidad que no favorecían a la continuidad de los programas una vez el interno se encuentra fuera del centro penitenciario.

Con sobreinstitucionalización la profesional 1 viene a referirse al tipo de control que son sometidos los internos en su paso por prisión. Estos al final tienen un horario estricto que deben cumplir y que no deja cabida a una sensación de confianza por parte de la autoridad o de independencia.

Con este control lo que acaba por conseguirse es formar personalidades totalmente dependientes de esta rutina y este horario, el cual no se asemeja a la realidad de la sociedad en la que teóricamente deben ser reinsertados.

Esta era una de las principales críticas de la profesional 1 al sistema: *“¿cómo van a reinsertarse en un sistema tan diferente al que llevan viviendo durante años en prisión?”*. Esta comentaba que muchos internos se encuentran perdidos una vez vuelven a su entorno de origen. No solo han olvidado el funcionamiento de la sociedad, sino que además –en los casos en que existían- han perdido las herramientas para enfrentarse y superar este cambio.

Este, explicaba la profesional 1, es uno de los motivos por los que existe un porcentaje tan alto de reincidencias. Al final, estas personas no saben reajustarse a las normas sociales y terminan por quedarse en los márgenes de la sociedad, se acaban por sentir más identificados y protegidos en prisión que fuera de esta, no saben cómo romper el círculo.

De igual manera, esto es un factor clave para los internos que terminan su condena y vuelven a la calle. Al reencontrarse en su entorno y al vivir el choque de volver a sociedad, en muchas ocasiones vuelven a consumir y esta recaída, a su vez, puede ser el factor desencadenante de vuelta a las actitudes de inicio.

### **3.8. Posibles mejoras.**

Una vez se ha comentado toda la problemática que ha sido observada en las entrevistas realizadas y teniendo en cuenta las mejoras ya expuestas en los puntos anteriores, este punto va a centrarse en relación a las que han adquirido más importancia en las entrevistas y a las que han sido mencionadas por todas las personas entrevistadas.

Entre ellas, las profesionales coincidían en la necesidad de reforzar la confianza en las instituciones y profesionales que se encuentran en contacto en el día a día con los usuarios. Pues esta confianza podría significar la oportunidad de cambio y de adopción de muchas medidas y programas a los colectivos que se quedan fuera de las mismas por su propia vulnerabilidad.

De igual manera, entre las profesionales se entendía la necesidad de una mayor y mejor coordinación con los recursos existentes a nivel social-familiar-laboral-habitacional, tanto dentro como fuera de prisión. Pues esta,

junto con un aumento de la cantidad de profesionales disponibles en el sistema, podrían ser esenciales para hacer aumentar esta falta de atención que ha sido comentada por la usuaria entrevistada.

Además, se recalca desde las profesionales la importancia del papel del Centro de Inserción Social, puesto que no todos los internos tenían este apoyo al salir de prisión. Lo cual todas coincidían en que era clave para superar la vulnerabilidad con la que se topan los reclusos al salir de esta sobreinstitucionalización a la nada.

Finalmente, y la cuestión que más ha sido comentada, se traía desde todas las entrevistadas la petición de una mayor cantidad de recursos. La profesional 1 dejaba este concepto muy claro al comentar que: *“La cosa no se puede quedar en tener suerte, debe existir una red real que los proteja y apoye en estos niveles en su salida del centro”*.

Todas las entrevistadas estaban de acuerdo en que en la actualidad la atención existente una vez la persona sale de prisión es prácticamente nula, a no ser que se encuentren expuestos a programas como puede suponer la UASA. Sin embargo, y teniendo en cuenta el índice de reincidencia existente en el país, debería de tejerse una red efectiva, extensa y atenta a las necesidades a nivel social, familiar, económico, laboral y habitacional de estas personas.

Una red que asegure que estas personas siguen en tratamiento y son atendidas, que refuercen la idea de que los profesionales están para la ayuda y no para el control. A los que puedan asistir por propia conveniencia y no porque se vean obligados a ello. Todas estas cuestiones acabarían por repercutir favorablemente en el funcionamiento de las medidas ya instauradas y en las que nos encontramos índices de absentismo muy altos.

Se recalca que, igual que sucede entre los centros de Daroca y Zuera, en el que uno cuenta con más recursos y oportunidades por su tamaño, esto también pasa con estas redes. En grandes ciudades esto es algo que en los últimos años se ha comenzado a instaurar, como es el caso de Valencia con el servicio Red Araña.

Por último, para ordenar estos nuevos servicios de manera que significaran un puente real, con una estructura sólida para los usuarios, las profesionales coincidían en la necesidad de crear un protocolo integral. Un protocolo que recoja las acciones llevadas a cabo desde dentro de prisión hasta la existencia de una independencia propia por parte del usuario en una vuelta a la sociedad.

#### **4. CONCLUSIONES.**

A lo largo de este ensayo se ha podido observar cómo la complejidad y relación existente entre el consumo de drogas y el ingreso en prisión es mucho más profunda y que además está mucho más relacionada e influenciada por factores externos de lo que se tiende a creer.

Uno de los muchos factores que pueden influenciar esta relación son las medidas de protección y atención presentes en la sociedad. De estos hemos podido aprender que, si bien existe un marco legislativo extenso que sustenta a los mismos, este no es suficiente.

No encontramos legislación específica que se base en regular estas cuestiones de cara a una intervención real e integral. Más bien encontramos distintas medidas desligadas de un protocolo común que las una y ordene de manera que garantice una asistencia, atención y acceso regulado a las mismas.

Encontramos en muchos de estos ámbitos por lo tanto, una cesión de poder a la subjetividad del profesional, que aunque no tiene por qué traducirse en un proceso erróneo o un paso negativo, no deja de significar una opinión guiada por la experiencia sin una evidencia significativa detrás.

Además de lo expuesto, esta falta de regulación conlleva distintas situaciones negativas para el proceso del usuario. Entre estas destaca la necesidad de un protocolo de intervención integral. Encontramos la muy reclamada red de apoyo a la reintegración a nivel socio-familiar, económico-laboral y habitacional.

Estos dos hechos acaban por comprobar una de las primeras hipótesis planteadas, donde se hacía referencia a una falta de legislación así como de recursos solo dentro del proceso de reinserción. Sin embargo, nos encontramos con una necesidad más globalizada del proceso.

De forma simultánea se confirma la segunda hipótesis. Puesto que, esta falta de recursos está sobrellevada concretamente por una baja inversión económica en el sistema, o una pobre gestión de la misma, que no permite que se puedan contar con más profesionales para crear estas redes de apoyo que serían necesarias y que a su vez coartan la efectividad de las ya existentes dado el alto nivel de pacientes que son atendidos por la misma profesional.

Esta, a su vez, expone que la problemática no solo tiene un carácter estructural. Puesto que la inversión económica sustentada en otras comunidades ha permitido patentar las vías del desarrollo de estos recursos. Así, se refuta la hipótesis número cinco, por lo que podemos considerar que, aunque exista una similitud real entre los centros penitenciarios del Estado, cada uno tiene sus propias condiciones y se ve influenciado por unas características concretas que pueden suponer sus propios beneficios o problemáticas (Ejemplo expuesto entre Zuera y Daroca).

Por otro lado, continuando con la comprobación de la siguiente hipótesis expuesta, no se puede obviar la necesidad de una reforma en el planteamiento de los centros penitenciarios, los cuales más lejos de funcionar como centros de reforma del comportamiento, siguen teniendo tintes de centro de castigo.

La problemática que esta mira conlleva es incalculable, resultando negativa para proceso de cambio y tratamiento de aquellos más vulnerables, quienes se ven absorbidos por el sistema y que a su vez son quienes más lo necesitan.

Así, se considera necesario este cambio planteado desde el respeto, la independencia y la reintegración para romper este círculo. Este a su vez permitiría una accesibilidad universal real a las medidas que ya están en proceso y que objetivamente obtienen unos resultados positivos. La cual actualmente se encuentra restringida por las actitudes tanto de los internos como del personal de prisión con respecto a las mismas.

En resumen, aunque podemos decir que el sistema a día de hoy funciona, no lo hace correctamente. Existen mejoras e innovaciones que podrían llevarse a cabo y que, podemos confiar, con el tiempo se realizarán, siguiendo el ejemplo de ciudades con más recursos y oportunidades. Sin embargo, mientras tanto solo nos quedará la confirmación de nuestra primera hipótesis, y la última por observar: A día de hoy, aunque las medidas de deshabitación del sistema penitenciario funcionan, no terminan por resultar eficaces.

## BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.

ANMAT. ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA. (2011). ¿Qué son los psicotrópicos y estupefacientes?. Recuperado de: [http://www.anmat.gov.ar/medicamentos/psicotropicos\\_y\\_estupefacientes.pdf](http://www.anmat.gov.ar/medicamentos/psicotropicos_y_estupefacientes.pdf)

BÁRCENA, L. (2012). Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo. [Diapositivas de PowerPoint]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/prepa4/orientacion/Clasificacion%20de%20las%20drogas%20por%20sus%20efectos.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa4/orientacion/Clasificacion%20de%20las%20drogas%20por%20sus%20efectos.pdf)

CAUDEVILLA, F. (2007). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc Sn*, p. 1-39. Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DROGAS\\_CONCEPTOS\\_GENERALES\\_EPIDEMIOLOGIA.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DROGAS_CONCEPTOS_GENERALES_EPIDEMIOLOGIA.pdf)

ESPAÑA. Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. *Boletín Oficial de Aragón*, 43, de 11 de abril de 2001. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-9342-consolidado.pdf>

ESPAÑA. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, 318, de 31 de diciembre de 2010. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-20138-consolidado.pdf>

España. Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. *Boletín Oficial del Estado*, 77, de 31 de marzo de 2015. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-3442-consolidado.pdf>

ESPAÑA. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 281, de 24 de noviembre de 1995. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

ESPAÑA. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. *Boletín Oficial del Estado*, 40, de 15 de febrero de 1996. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-3307-consolidado.pdf>

GALLEGO, M. (2019). El papel del trabajador social en materia de drogodependencias. Universidad de Valladolid, Grado en Trabajo Social. Valladolid. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39802/TFG-G4056.pdf;jsessionid=B59FB2672E70FFA65A35A7EC821DB399?sequence=1>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2020). *Estadística de condenados: Adultos. Últimos datos*. INE. Recuperado de: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176793&menu=ultiDatos&idp=1254735573206](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176793&menu=ultiDatos&idp=1254735573206)

MOLINA, M. D. C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciences*, (2), 2-30. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4876021>

MINISTERIO DE SANIDAD. (2021). *Cuadro de dosis mínimas psicoactivas de las principales sustancias tóxicas objeto de tráfico de drogas, actualmente vigente*. Instituto Nacional de Toxicología. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/delitos/pdf/20210730\\_INTF\\_dosis\\_minimas\\_psicoactivas\\_trafico\\_de\\_drogas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/delitos/pdf/20210730_INTF_dosis_minimas_psicoactivas_trafico_de_drogas.pdf) [Consultado el 20 julio 2022]

MINISTERIO DE SANIDAD. (S.f.). *Dosis mínimas psicoactivas, Infracciones y Sanciones por tráfico o consumo ilegales de drogas en España*. Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/delitos/home.htm#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20en%20el%20C%C3%B3digo,o%20faciliten%20su%20consumo%20ilegal> [Consultado el 20 julio 2022]

MINISTERIO DE SANIDAD. (S.f.). *Legislación*. Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/home.htm> [Consultado el 20 de julio 2022]

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. España: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf)

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2016). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias – ESDIP 2016*. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. (febrero 2015). *¿Qué son los alucinógenos?* Alucinógenos y drogas disociativas – Reporte de investigación. Recuperado de: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/alucinogenos-y-drogas-disociativas/que-son-los-alucinogenos> [Consultado el 17 julio 2022]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1969). *Serie de informes técnicos nº 407: Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia* (Informe nº 16). Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38468/WHO\\_TRS\\_407\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38468/WHO_TRS_407_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

PAOLETTI, E. (15 octubre de 2015). *Terminología de drogas. Preguntas y respuestas*. TERMIUM Plus. Recuperado de: [https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2guides/guides/caleid/index-fra.html?lang=fra&lettr=indx\\_autr8fq9MkNqa2sc&page=9iMsQpSpNrVs.html#il](https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2guides/guides/caleid/index-fra.html?lang=fra&lettr=indx_autr8fq9MkNqa2sc&page=9iMsQpSpNrVs.html#il) [Consultado el 17 julio 2022]

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (S.f.). *Definición de xantina*. RAE.es Recuperado de: <https://dle.rae.es/xantina> [Consultado el 17 julio 2022]

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid, España: Autor.

RODRÍGUEZ, F. ET AL. (1997). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*, 9(3), pp. 587-598. Recuperado de:

<https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/29248/Psicothema.1997.9.3.587-98.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SEVA, A. ET AL. (1999). *La Drogadicción. Los pacientes drogadictos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Zaragoza, España: Caja de Ahorros de la Inmaculada.

UNAD. (2008). *Drogodependencias y Prisión: Estudio sobre la situación de las personas con problemas de drogas en prisión*. Recuperado de: [https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1582110901\\_estudio\\_prisiones\\_ii.pdf](https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1582110901_estudio_prisiones_ii.pdf)

Universidad de Navarra. (23 de enero de 2012). *El cerebro adicto; un vídeo divulgativo de la Universidad de Navarra* [Archivo de Vídeo]. YouTube. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=uLJVINDluDw>