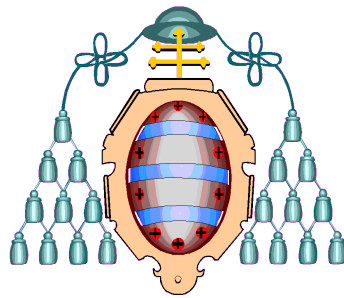


UNIVERSIDAD DE OVIEDO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN DE UNA UNIDAD LIBRE DE  
DROGAS INTRAPENITENCIARIA**

**AUTORA: MARÍA JOSÉ CASARES LÓPEZ**

**DIRECTORA: Dra. Dña. ANA GONZÁLEZ MENÉNDEZ**

## **RECORDAR:**

Del latín *re-cordis*,  
volver a pasar por el corazón

A mi padre, *recordando*

A mi familia

## Agradecimientos

Durante estos años son muchas las personas e instituciones que han participado en este trabajo y a quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo y la confianza que me han prestado de forma desinteresada.

Comencemos por las personas, parte más importante:

En primer lugar quisiera dar las gracias a la Dra. Ana González, por “embarcarme” en un proyecto tan interesante y en un mundo tan desconocido como es el entorno penitenciario, y brindarme la oportunidad de realizar la tesis doctoral; así como por todo el tiempo, por sus sugerencias e ideas de las que tanto provecho he sacado, por el respaldo y la amistad. También quiero dar las gracias a la Dra. Paula Fernández, por su gran ayuda metodológica y personal en multitud de ocasiones; y al resto de componentes del Grupo de Investigación en Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo: Drs. Secades, Fernández-Hermida y Errasti.

Al Profesor Julio Bobes, por su apoyo, ánimo y mensajes de superación. Por su incalculable ayuda y su sabiduría, cada minuto de escucha es un minuto de aprendizaje.

A los Profesores Charles O’Brien y Karl Mann, así como el resto de personas que han hecho de mis estancias en EEUU (Treatment & Research Center, University of Pennsylvania) y Alemania (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Universität Heidelberg) vivencias únicas e inolvidables: Dr. Dundon, Dra. Pettinati, Dr. Cacciola, Andreea, Anna, Vagelis, Ingrid, etc.

Al Departamento de Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid por su acogida e integración desde el primer momento, por los cafés, las bromas... Gracias Prof. Francisco Gil, Dr. Florentino Moreno y todo el “Comando Grease”.

En penúltimo lugar, quisiera hacer una mención especial a aquellos amigos y familiares que, de un modo u otro, me han acompañado a lo largo de estos años. A los amigos de toda la vida que sabemos que aunque pasen los años seguirán ahí: Andrés Alonso (que ha convertido la portada en arte), Dari, Amelia, Graci, Luis, Yoli...y las incorporaciones posteriores: Tere, Patri, Glo... miembros del CIBERSAM: Susi, Marle...la lista sería interminable, perdón a los olvidados. A aquellas personas que ya no están a nuestro lado y marcaron nuestras vidas. A mi familia: A mi abuela, que a sus

95 años es historia viva y siempre es un placer escucharla; a mi madre, no ha sido una vida fácil, pero ha salido adelante; y a mis hermanas, que representan el trabajo, la honestidad y el amor, pilares fundamentales de mi vida.

Por último, las instituciones, la Fundación para la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT), el Centro Penitenciario de Villabona, el Centro de Inserción Social “El Urriello”, y todas las entidades que me han abierto sus puertas y me han acogido en su seno: Proyecto Hombre, ARAIS, APTAS, Amigos Contra la Droga... y como no (las personas vuelven a ser lo más importante) los grandes profesionales y mejores personas que allí habitan: Julio, Santos, Floro, Mercedes, Serapio, Naly, Camino, Ángel, Arturo...por siempre, gracias. Obviamente, gracias a todos los internos que he tenido la oportunidad de tratar, por darme a conocer voluntariamente sus historias de vida, sus luces y sus sombras, y haber hecho de esta experiencia una de las más enriquecedoras de mi vida.

Ha sido un placer.

# ÍNDICE

## Capítulo 1:

INTRODUCCIÓN.....	13
1. El estado de la cuestión: Consumo de drogas en centros penitenciarios.....	14
1.2. La intervención en trastornos por abuso de sustancias en centros penitenciarios.....	21
1.3. Tratamiento intrapenitenciario a nivel Europeo.....	25
1.4. Unidades Libres de Drogas (DFU) y Comunidades Terapéuticas (CCTT) intrapenitenciarias: revisión de estudios.....	30
1.4.1. Evaluación de programas intrapenitenciarios a finales de los 90.....	34
1.4.2. Evaluación de programas intrapenitenciarios en los años 2000.....	37
1.5. Conclusiones a la revisión de estudios.....	45
1.6. Opciones de Tratamiento en las cárceles españolas.....	51

## Capítulo 2:

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA DEL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLABONA (ASTURIAS).....	61
2.1. Introducción.....	62
2.2. Implantación del programa. Historia y modificaciones.....	65
2.3. Presentación de la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE).....	68
2.4. Documentación aportada por el programa.....	70
2.5. Currículum del programa.....	71
2.5.1. Objetivos del programa:.....	71
2.5.2. Terapia ocupacional y cursos de formación.....	72
2.5.3. Escuela.....	73
2.5.4. Otros recursos de la UTE .....	73
2.6. Medidas de resultado.....	74
2.7. Evaluación de la organización.....	74
2.7.1. Plantilla de atención directa al interno: Funcionarios de vigilancia y profesionales de IIPP... ..	74
2.7.2. Años de trabajo en prisiones.....	76
2.7.3. Razones para trabajar en la UTE.....	76
2.8. Población atendida por la UTE: Características de los internos.....	77

2.8.1. Criterios de ingreso de los participantes.....	77
2.8.2. Características sociodemográficas e historia delictiva de los internos atendidos.....	78
Capítulo 3:	
OBJETIVOS Y MÉTODO.....	80
3.1. Antecedentes.....	81
3.2. Objetivos.....	81
Capítulo 4:	
EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE RESULTADOS.....	86
4.1. Objetivos, instrumentos y método de la evaluación retrospectiva.....	87
4.1.1. Objetivos.....	87
4.1.2. Participantes.....	87
4.1.3. Definición de las variables estudiadas .....	88
4.1.4. Procedimiento.....	89
4.1.4. Análisis de los datos.....	91
4.2. RESULTADOS.....	91
4.2.1. Población atendida 2000-2000.....	91
4.2.2. Retención en la UTE.....	92
4. 2. 3. Evolución del tratamiento.....	93
4.2.4. Motivos de baja en la unidad terapéutica.....	94
4.2.5. Evaluación de internos que acudieron a programas extrapenitenciarios.....	95
4.2.6. Población atendida por los recursos extra-penitenciarios.....	98
4.2.7. Distribución de derivaciones por programas extrapenitenciarios.....	99
4.2.8. Retención.....	100
4.2.8.1. Estancia media en UTE anterior a la derivación.....	100
4.2.8.2. Retención en el programa extra-penitenciario.....	102
4.2.8.3. Bajas y motivos de la baja en programas extrapenitenciarios.....	103
4.2.9. Reincidencia de internos que acudieron a programas extrapenitenciarios.....	105
4.2.10. Recaída en el consumo de sustancias.....	111
Capítulo 5:	
EVALUACIÓN PROSPECTIVA.....	113

5.1. Objetivos, instrumentos y método de la evaluación prospectiva:.....	114
5.1.1 Objetivos.....	114
5.1.2. Participantes.....	114
5.1.3. Procedimiento.....	115
5.1.3.1. Instrumentos.....	115
5.1.4. Análisis de los datos.....	116
5.2. RESULTADOS.....	120
5.2.1. Perfil de los nuevos ingresos en la UTE.....	120
5.2.1.2. Situación psicopatológica al ingreso en la UTE.....	122
5.2.1.3. Patrón de consumo de sustancias de los reclusos.....	122
5.2.1.4. Motivación al ingreso en la UTE.....	122
5.2.1.5. Puntuaciones en las tres medidas estandarizadas (EuropASI, SOCRATES, MCMI-II)	
.....	124
5.2.1.5. Retención en la Unidad Terapéutica y Educativa.....	126
5.2.1.6. Análisis predictivos de retención en la UTE: Regresión de Cox.....	130
5.2.1.6.1. Predicción de la retención a los 6 meses de estancia en la UTE.....	130
5.2.1.6.2. Predicción de la retención a los 12 meses de estancia en la UTE.....	133
5.2.1.7. Cambios sucedidos en el perfil de los internos participantes durante el tratamiento	
.....	135
5.2.1.7.1. Cambios observados en el análisis de medidas repetidas: Modelo Lineal	
General (MLG).....	135
5.2.1.7.2. Cambios observados en el análisis de medidas repetidas: Modelo Lineal	
Mixto.....	136
Capítulo.6:	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	138
6.1. A la evaluación retrospectiva.....	139
6.2. A la evaluación prospectiva.....	144
6.3. Líneas futuras propuestas.....	154
EXTENDED ABSTRACT.....	157
ABSTRACT'S INDEX.....	158
INTRODUCTION.....	159
Description of the UTE program in the Penitentiary Center of Villabona:.....	163

Objectives.....	166
METHOD.....	167
Retrospective evaluation .....	167
Prospective evaluation.....	170
Procedure.....	171
RESULTS.....	173
Retrospective evaluation:.....	173
Prospective Evaluation:.....	179
DISCUSSION AND CONCLUSIONS .....	186
To the retrospective evaluation.....	186
To the prospective evaluation.....	191
FUTURE PROSPECTS.....	196
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	198



## Índice de tablas

Tabla1.....	27
Tabla2.....	38
Tabla3.....	57
Tabla4.....	69
Tabla5.....	75
Tabla6.....	92
Tabla7.....	92
Tabla8.....	93
Tabla9.....	94
Tabla10.....	96
Tabla11.....	101
Tabla12.....	101
Tabla13.....	102
Tabla14.....	104
Tabla15.....	106
Tabla16.....	108
Tabla17.....	109
Tabla18.....	110
Tabla19.....	110
Tabla20.....	112
Tabla21.....	121
Tabla22.....	124
Tabla23.....	125
Tabla24.....	127
Tabla25.....	128
Tabla26.....	129
Tabla27.....	130
Tabla28.....	131
Tabla29.....	136

Tabla30.....	173
Tabla31.....	175
Tabla32.....	177
Tabla33.....	177
Tabla34.....	180
Tabla35.....	182
Tabla36.....	183

## **Índice de Figuras**

Objeto1.....	21
Objeto2.....	93
Objeto3.....	101
Objeto4.....	108
Objeto5.....	109
Objeto6.....	112
Objeto7.....	113
Objeto8.....	121
Objeto9.....	131
Objeto10.....	132
Objeto11.....	134
Objeto12.....	134
Objeto13.....	181

## **Capítulo 1:**

# **INTRODUCCIÓN**

## **1. El estado de la cuestión: Consumo de drogas en centros penitenciarios**

La asociación entre abuso de sustancias y comportamiento delictivo ha sido extensamente debatida e investigada (Prendergast, Hall, Wexler, Melnick y Cao, 2004). Diferentes estudios han apuntado la existencia de factores de riesgo comunes para la violencia y el consumo de sustancias, y han demostrado además que el consumo de drogas en la juventud predice la aparición de problemas legales y de trastornos adictivos en la edad adulta (Fergusson, Lynskey y Horwood, 1996; Lipsey, Wilson, Cohen y Derzon, 1997, Newcomb, Galaif y Carmona, 2001; White y Gorman, 2000).

El consumo o abuso de drogas puede considerarse un factor previo y paralelo a la prisión. La relación entre cárcel y drogas se da en dos dimensiones que a menudo se entremezclan, pues no sólo existe un problema de orden penal sino también de orden sociosanitario. Por una parte, los delitos de una gran parte de la población penitenciaria están relacionados con la venta y/o con el consumo de sustancias ilegales; y por otra parte, un número elevado de reclusos tiene problemas de salud, sociales y personales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, desde la propia dependencia a graves enfermedades (Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, 2007). El consumo de drogas aparece vinculado al delito, al menos desde tres ángulos diferentes desde nuestro punto de vista: (1) delitos contra la salud pública, que constituyen una infracción a la ley de drogas (relacionados con la manufacturación y distribución del ciclo de la droga); (2) delitos con el fin de procurarse el dinero necesario para mantener la dependencia (con el fin de comprar o conseguir droga) y (3) actos delictivos cometidos bajo la influencia/efectos de algún tipo de sustancia.

Como consecuencia, las tasas de prevalencia de trastornos por abuso o dependencia de alcohol en personas encarceladas es cuatro veces mayor que en la población general (National Institute of Justice, 2003; Mumola y Karberg, 2006). Diferentes países han puesto en marcha estrategias que reconocen e intentan tratar esta conexión entre el consumo de drogas y la conducta delictiva (European Monitoring

Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002a, 2002b; Australian Government, 2004), y que facilitan el acceso a los tratamientos a la población de sujetos encarcelados.

En el año 2004, mediante los datos del censo de EEUU se estimó que aproximadamente un 53% de los reclusos cumplían los criterios diagnósticos para abuso/dependencia de drogas, y de estos, sólo un 14.8% recibieron tratamiento en prisión (Mumola y Karberg, 2006). En España, se calculó que más del 50% de la población que ingresa en las prisiones españolas en el año 1998 presentaba problemas de abuso de sustancias, siendo el cannabis, las benzodiazepinas y la heroína las drogas más consumidas entre los reclusos de nuestro país (Observatorio Español Sobre Drogas, 2000). Estos datos coinciden no sólo con los datos ofrecidos por los estudios norteamericanos, sino también con los estudios europeos, en los que se afirma que aproximadamente la mitad de la población de reclusos son drogodependientes, principalmente de opioides, cannabis y alcohol (Marshall, Simpson y Stevens, 2002). Directa o indirectamente, el alcohol y las drogas son una causa principal de contacto con el sistema judicial, con ejemplos que señalan que sólo el 7% de los jóvenes (16-18 años) ingresados en centros dependientes de Instituciones Penitenciarias no presenta antecedentes de consumo de drogas (Marshall et al., 2002; Observatorio Español Sobre Drogas, 2000). En el año 2000, un 56% de los varones menores de edad detenidos en EEUU y un 40% de las mujeres con las mismas características, tuvieron un resultado positivo a sustancias en los reactivos que se les realizaron inmediatamente tras una detención policial (National Institute of Justice, 2003). En la revisión llevada a cabo por Fazel, Bains y Doll (2006) se halló la prevalencia de trastorno por abuso y dependencia de sustancias en personas encarceladas (tanto varones como mujeres) teniendo en cuenta solamente estudios con criterios estandarizados de diagnóstico. Trece estudios que abarcan un total de 7563 reclusos fueron revisados y se encontró que entre el 18-30% de los varones y el 10 – 24% de las mujeres tenían un trastorno relacionado con el consumo de alcohol, y entre un 10-48% de los primeros y un 30-60% de las segundas presentaban abuso o dependencia de drogas. Otros autores, como Peters, Greenbaum, Edens, Carter y Ortiz ya en el año 1993, hallaron que un 56% de los reclusos en Texas tenían diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) los 30 días previos al

ingreso en prisión, datos similares a los ofrecidos por Lo y Stephens (2000) en Ohio con una prevalencia de reclusos dependientes de sustancias del 51%, por Bennett (1998) en Inglaterra (45%); o por Pernanen, Cousineau, Brochu, y Sun (2002) para quienes el 43% de los presos de Canadá presentan estos trastornos. La prevalencia de los Trastornos por Uso de Sustancias aunque presenta gran heterogeneidad en la literatura, es claramente más elevada en entorno penitenciario que en la población general (Fazel et al., 2006; Mason, Birmingham y Grubin, 1997).

Los datos provenientes de otros estudios han demostrado que existe una fuerte relación entre abuso de drogas y diversas formas de actividad delictiva, y que el tratamiento puede ser eficaz en la reducción de la delincuencia entre los consumidores de sustancias. Sin embargo, existe una gran desproporción entre el número de individuos en el sistema de justicia penal que necesitan tratamiento y el número de plazas disponibles (Mosher y Phillips, 2006). Si los internos con trastornos relacionados con sustancias no reciben tratamiento durante su estancia en prisión, se eleva la probabilidad de recaída en el consumo y el retorno a las conductas delictivas. De hecho, las estadísticas ofrecidas por el Censo de EEUU indican que entre las personas en libertad condicional, los consumidores de sustancias tienen una probabilidad 53% mayor de ser re-encarcelados que los no consumidores (Darrell y Allen, 1996), y muchos autores coinciden en señalar que el consumo de drogas está más extendido entre los reincidentes (Early, 1996). No obstante, solamente un pequeño porcentaje de internos tienen acceso a los servicios de tratamiento adecuados; o en otras ocasiones, cuando el tratamiento está disponible, éste carece de la calidad o intensidad precisa o no se adapta a las necesidades de los internos (Taxman, Perdoni y Harrison, 2007).

A nivel europeo, los datos epidemiológicos concluyen que el porcentaje de reclusos dentro de la Unión Europea que afirman haber consumido alguna vez una droga ilegal varía entre el 29% y el 86% (más del 50% en la mayoría de los estudios) según la Red Europea de Servicios relacionados con Drogas y SIDA en prisión (Hennebel, Fowler y Costall, 2002). Más del 60% de los consumidores de heroína y cannabis han consumido dichas drogas en prisión, mientras que menos del 25% ha consumido cocaína en el interior de la prisión (Boys et al., 2002). La mayoría de los

internos suele interrumpir o reducir su consumo de drogas tras ser encarcelado debido a la dificultad para conseguir drogas ilegales en el contexto penitenciario. Sin embargo, el consumo existe, y se estima que entre el 8 y el 86% de los reclusos consume drogas dentro de las cárceles europeas. De hecho, según informes nacionales realizados en Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Austria, Portugal y Suecia, una pequeña proporción de reclusos se inició en el consumo dentro de la cárcel -entre un 3% y un 26%- (Boys et al., 2002; Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, 2006; Hennebel et al., 2002; Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2002). Según los estudios revisados por el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2002), los presos que indican un consumo más regular y/o dañino, representan entre el 6% y el 69% de la población penitenciaria<sup>1</sup>.

Con una muestra de 1541 internos procedentes de 62 centros penitenciarios (CCPP), Ríos y Cabrera (1998) demostraron que el 56,5% se declaraba consumidor de drogas. El patrón de consumo institucional varía notablemente en función del sexo o la nacionalidad de los reclusos. Las mujeres presentan tasas elevadas de consumo, principalmente de alcohol (42%) y heroína (41%) (Casares-López et al, 2011; Villagrà et al., 2011; Miranda y Barberet, 1998), y se encuentran también diferencias entre

---

<sup>1</sup> El acceso a drogas ilegales resulta más difícil dentro de la prisión que en libertad. Sin embargo, las cifras denotan que las drogas ilegales son relativamente fáciles de conseguir en prisión para quienes desean consumirlas, generalmente cannabis, heroína y benzodiazepinas y se estima que el precio de las drogas es entre dos y cuatro veces superior que fuera de prisión. Para su obtención, se utilizan numerosas formas de pago distintas del dinero, como el intercambio de servicios (prostitución, limpieza de celdas) o bienes (tarjetas telefónicas, tabaco) y/o la participación en la distribución de drogas (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2002). Con respecto al método de introducción de drogas en prisión, los contactos con el mundo exterior pueden representar oportunidades para ello: durante las visitas (en la ropa de los visitantes o en sus cavidades corporales, en la comida), los traslados o el transporte a los tribunales para los juicios, tras un permiso de salida de prisión, a través del correo (paquetes)... y la distribución entre módulos se realiza principalmente en los *vis a vis* o arrojándolas de patio en patio dentro de pelotas por encima de los muros de la prisión (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2002). Para impedir la entrada de drogas en las prisiones, se recurre a diversas medidas, entre ellas se encuentran los cacheos tras un permiso de salida de prisión, el registro de celdas, la vigilancia de las visitas, la prohibición de recibir paquetes y la colocación de una red sobre los patios de los módulos. En el Reino Unido se utilizan también otra serie de medidas para reducir el narcotráfico, tales como aumentar el empleo de perros con finalidad disuasoria. En Suecia, los presos son sometidos a una media de tres análisis de orina al mes, y se realiza un mayor control mediante registros de celdas y análisis aleatorios de drogas, junto con sanciones o pérdida de privilegios (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2002).

españoles e inmigrantes; los españoles consumen más drogas ilegales, mientras que los extranjeros más sustancias legales (alcohol y tabaco). Además, la vía intravenosa era utilizada más frecuentemente por los españoles que por los inmigrantes (Moreno, Vera-Remartínez, García-Guerrero y Planelles, 2008).

En el año 2006, estaban ingresados en centros dependientes de instituciones penitenciarias españolas 61054 reclusos, de los cuales, 56291 (92,2%) eran hombres y 4763 (7,8%) eran mujeres. Domina el perfil de varón, joven (el 74% tienen 40 años o menos), con bajo nivel educativo e inestabilidad en la vivienda (personas que han vivido en pensiones, casas ocupadas, chabolas, en la calle, o en instituciones protegidas). El 42% había tenido algún ingreso previo en prisión y el 53% de los internos llevaba más de 6 años encarcelado, principalmente por delitos contra la propiedad (42%) o contra la salud pública (33%), lo que incluye la elaboración, tráfico y venta de drogas. Entre los hombres predominan los delitos contra la propiedad o el patrimonio (42%) y entre las mujeres los delitos contra la salud pública (57%). Los datos estadísticos, la experiencia histórica y las investigaciones realizadas en los últimos años nos hacen pensar que la gran mayoría de los infractores proceden de ambientes socioeconómicos desfavorecidos, donde los problemas económicos, la exclusión y la marginalidad son frecuentes (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2006).

Antes de ingresar en prisión, la extensión del consumo de drogas entre los internos es mucho mayor que en la población general española. Sólo el 7,5% de los reclusos manifestó no haber consumido a lo largo de su vida ninguna sustancia psicoactiva (no incluido el tabaco). Las mayores prevalencias de consumo (alguna vez en la vida) se dan para el alcohol (88,3%), el cannabis (64,8%) y la cocaína en polvo (53,3%). Un 42% de los reclusos había consumido heroína alguna vez en la vida y un 59% cocaína, y un 24% y un 40%, respectivamente, consumían estas drogas en los últimos 30 días anteriores al ingreso en prisión. En términos absolutos, 26000 internos consumieron heroína alguna vez en la vida, y 36000 cocaína, y 15000 y 24000, respectivamente, consumieron dichas drogas al ingresar en prisión (Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, 2006).



En estos momentos puede afirmarse que el colectivo que mayor atención y tratamiento recibe dentro de prisión es el de las personas que padecen alguna drogodependencia, pues desde hace años la Administración Penitenciaria española viene implantando diferentes programas de tratamiento. Por ejemplo, en el año 2009, de los 65.416 internos que estuvieron internados en centros penitenciarios españoles, recibieron tratamiento para el abuso/dependencia de drogas 29772 reclusos (a fecha 31 de diciembre de este año, 12766 internos estaban recibiendo un tratamiento asistencial en prisión, lo que representaba un 19.6% del total) (Ministerio de Interior, 2009). No obstante, estos tratamientos no están siendo objeto de evaluaciones científicas, y sus tasas de éxito o fracaso son desconocidas en cuanto a eficacia para el tratamiento del abuso/dependencia de sustancias.

Por otra parte, los trastornos mentales y trastornos por uso de sustancias son comunes en prisión (Andersen, 2004, Fazel y Danesh, 2002, Lukasiewicz et al., 2009; O'Brien, Mortimer, Singleton y Meltzer, 2003) y esta combinación, conocida como patología dual (PD) o diagnóstico dual, tiene un peor pronóstico y requiere un tratamiento más intensivo que cada uno de estos problemas por separado (Buckley, 2006; Weaver et al., 2003). Datos recientes del censo de estadísticas de justicia de EEUU mostraron que el 56% de los reclusos tenían bien una historia de trastornos mentales o bien síntomas de algún trastorno mental en el momento del estudio (James y Glaze, 2006). Las tasas de abuso/dependencia de alcohol y drogas son considerablemente superiores entre aquellos reclusos que presentan otros trastornos psicopatológicos (74%) cuando se comparan con quienes no los presentan (56%). Los escasos estudios disponibles sobre la existencia de patología dual en prisión, señalan una comorbilidad elevada entre trastornos adictivos y trastornos psicológicos del Eje I (Andersen, 2004, Fazel y Danesh, 2002; Villagrà et al., 2011), situándose según datos recientes, en el 26,3% en Francia (Lukasiewicz et al., 2009) o el 20,9% en Italia (Piselli et al., 2009). Esta comorbilidad se da principalmente con trastornos afectivos y de ansiedad (Butler y Alnutt, 2003; Jordan, Federman, Burns, Schlenger, Fairbank y Caddell, 2002).

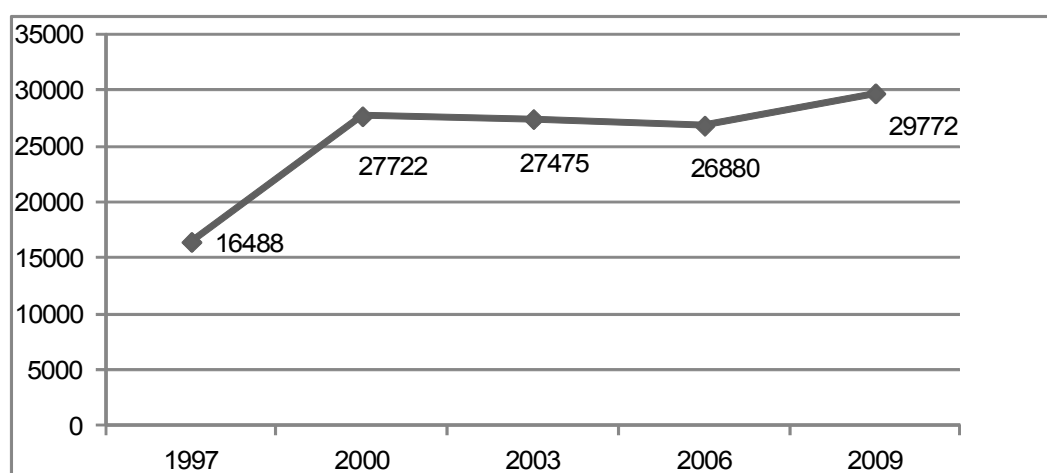
La patología dual está asociada a niveles más altos de delincuencia, especialmente en algunos tipos de delitos (Fletcher, Lehman, Wexler y Melnick, 2007). Los internos con psicopatología, generalmente se adaptan peor a la complejidad de la vida en prisión (Morgan, Edwards y Faulkner, 1993), sufriendo estigmatización o aislamiento por parte del resto de internos, con mayores índices de victimización (Correctional Association of New York, 2004) y normalmente reciben más partes disciplinarios al inicio de sus condenas (DiCataldo, Greer y Profit, 1995). En el *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario* llevado a cabo en nuestro país por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en 2006; puso observarse que un 17.6% de los reclusos tienen recogidos en su historia clínica antecedentes psiquiátricos; un 49.6% presentan algún diagnóstico actual (el 24% presenta únicamente trastornos relacionados con sustancias) y un 3.2% tienen antecedentes de ingreso en un centro psiquiátrico previo a la entrada en prisión. Esta condición de psicopatología comórbida, es ignorada con costumbre en el proceso judicial, pues se carece de una evaluación sistemática de los internos al ingreso en prisión para una mejor asignación a las opciones de tratamiento expedidas en prisión (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2006).

Los programas residenciales dentro de las prisiones a largo plazo resultan muy costosos y las plazas reservadas a este tipo de intervenciones son limitadas (Belenko y Peugh, 2005; Deitch, Carleton, Koutsenok y Marsolais, 2002). Sin embargo, en España, afortunadamente muchos internos tienen acceso a multitud de modalidades terapéuticas intrapenitenciarias y la oferta de tratamiento es variada con respecto al abuso de sustancias, si bien, no podemos afirmar lo mismo en el caso de reclusos con patología dual. Debemos tener en cuenta, que en España la Secretaría General de IIPP cuenta únicamente con dos hospitales psiquiátricos penitenciarios ubicados en Alicante y Sevilla (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2010)

## 1.2. La intervención en trastornos por abuso de sustancias en centros penitenciarios

Como podemos observar en la Figura 1, una ingente cantidad de reclusos han recibido tratamiento para el abuso de sustancias en las prisiones españolas, yendo en progresión ascendente a lo largo de los años (Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2009), por lo que podemos considerar esta situación como privilegiada. No se conocen, sin embargo, las tasas reales de prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias en las prisiones españolas, pues la ausencia de una evaluación sistemática de este fenómeno al ingreso en prisión (Knight, Simpson y Hiller, 2002) también es un hecho incontestable.

Figura 1: Total población reclusa atendida en programas de tratamiento de las drogodependencias en prisión en los últimos años (Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2009)



El contexto penitenciario representa, por tanto, una valiosa oportunidad para la puesta en marcha de programas de rehabilitación que atiendan y den respuesta al ingente volumen de reclusos con problemas de toxicomanías y que traten de romper el conocido y denunciado ciclo *consumo de drogas-delinuencia* (Belenko y Peugh, 2005; Harrison y Beck, 2005; Prendergast et al., 2004).

En general, existe una gran variedad de modalidades de tratamiento para el abuso de sustancias en este colectivo. Ejemplos de ellos son las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias, tratamientos ambulatorios en los que el profesional sanitario visita la

prisión semanalmente, intervenciones individuales, grupales, familiares, programas de mantenimiento con metadona, tratamientos de desintoxicación, programas basados en la filosofía de los 12 pasos, *Boot Camps*, *Drug Courts*, etc. (D'Aunno y Vaughn, 1992; McLellan, Alterman, Cacciola, Metzger y O'Brien, 1992). Aunque podemos notar variaciones sustanciales en la literatura, incluso entre modalidades similares, los factores que influyen en la retención, y por lo tanto en resultados positivos, se relacionan típicamente con la duración e intensidad de la intervención, la ratio de internos-staff, la cualificación del terapeuta y la disponibilidad de un tratamiento comprehensivo (Joe, Simpson y Hubbard, 1991; Kleinman, Kang, Lipton, Woody, Kemp y Millman, 1992; Lurigio, 2000; Peters y Murrin, 2000).

Un gran corpus teórico indica que el tratamiento para consumidores de sustancias con problemas legales y antecedentes delictivos podría reducir el consumo de sustancias y la reincidencia delictiva bajo ciertas circunstancias (Anglin y Hser, 1990; Gerstein y Harwood, 1992; Mitchell, Wilson y MacKenzie, 2006).

La tipología de tratamiento que goza de más prestigio y que más informes de resultados presenta, es la modalidad de Comunidad Terapéutica (CT) intrapenitenciaria, con informes de descensos significativos en el número de recaídas y reincidencias. Aunque los programas de grupos de asesoramiento (psicoeducación, 12 pasos, Alcohólicos Anónimos –A.A.- /Narcóticos Anónimos –N.A...) también gozan de evaluaciones de resultados positivos en las tasas de reincidencia, no ocurre lo mismo respecto a los informes de recaída de los sujetos participantes (Mitchel et al., 2006).

Las Comunidades Terapéuticas intrapenitenciarias (CCTT) son programas residenciales libres de drogas, donde los internos habitan un contexto controlado y separado del resto de la prisión. El término CT comenzó a usarse en los años 50 y fue desarrollado inicialmente por alcohólicos en recuperación y drogodependientes (Alcohólicos Anónimos –A.A.- y la Synanon son sus antecedentes más conocidos); normalmente, se trata de tratamientos residenciales libres de drogas que presentan una duración larga, de 12 a 15 meses (Llorente del Pozo y Fernández, 1999). El pilar conceptual de las CCTT es la autoayuda, y un día típico, que se inicia aproximadamente a las 7.00 h. y finaliza aproximadamente a las 23.00 h., supone la

implicación en una pluralidad de grupos de encuentro/autoayuda, reuniones, actividades ocupacionales y otros grupos terapéuticos, consejo y terapia individual, y actividades recreativas estructuradas. La característica que define a la CT como “método o modelo”, según el término acuñado por De León (2001) es la noción del uso de los “pares” (otros residentes veteranos, que llevan en la comunidad más tiempo y se encuentran en fases más avanzadas del tratamiento) para promover cambios sociales y psicológicos en los residentes. Así, todos los internos son mediadores y facilitadores de los cambios terapéuticos.

La estructura general de las CCTT intrapenitenciarias se compone de elementos similares a las de las CCTT extra-penitenciarias, con la idiosincrasia de su imbricación en el medio penitenciario. En primer lugar, con el fin de crear un entorno favorable a la rehabilitación, los internos gozan de un entorno separado del resto de los reclusos no participantes. En segundo lugar, los residentes se involucran en el funcionamiento de la CT, con sistemas de manejo de contingencias y con actividades que van desde sesiones de tratamiento grupal, supervisión a otros residentes respecto al cumplimiento de las reglas, cuidado y mantenimiento de la unidad de tratamiento, y resolución de conflictos; escalando en una sucesión de puestos jerárquicos. En tercer lugar, el personal y los residentes de las comunidades terapéuticas tienden a usar la confrontación con aquellos que violan las reglas, aunque los residentes también se apoyan mutuamente para hacer cambios positivos. El principio rector de las comunidades terapéuticas es que el consumo de drogas es un síntoma de otros trastornos personales, por lo tanto el enfoque del tratamiento se dirige a los problemas personales y no al abuso de drogas en sí mismo. Por lo general, se procura que los internos continúen en tratamiento tras la excarcelación derivándoles a un programa extrapenitenciario tras la puesta en libertad o posteriormente como medida alternativa a la prisión). De este modo, se usa el concepto de “*continuum*” de tratamiento, referido no sólo a la intervención terapéutica en todas las fases del trastorno adictivo, sino también a la posibilidad de disponer de un amplio abanico de opciones de tratamiento que dé cabida a las necesidades específicas de los sujetos. Los sujetos progresan desde el tratamiento intrapenitenciario hasta la puesta en

libertad con supervisión y/o derivación a un programa exterior (*aftercare*) (Butzin, Martin e Inciardi, 2002; Travis, Solomon y Waul, 2001).

Además de las CCTT, otras intervenciones que podemos encontrar en prisión, especialmente en EEUU, son los grupos de asesoramiento. Estos incorporan generalmente elementos de *counseling*, entrenamiento en habilidades para la vida, entrenamiento cognitivo, psicoeducación con respecto al TUS y formación académica (Mitchell et al., 2006).

La siguiente modalidad, conocida como *Boot camps*, se ha diseñado a imagen y semejanza de los entrenamientos militares. Los reclusos participan así en rigurosos regímenes de ejercicio, superan pistas de obstáculos, aprenden la disciplina militar y visten con uniformes. También se realizan confrontaciones, pero se dan en la dirección de *staff* a interno, y en teoría, la naturaleza estricta de estos campamentos serviría como disuasión eficaz de las conductas delictivas futuras. La lógica es que el hecho de inculcar auto-disciplina podría conducir a la reducción de la reincidencia (Wilson y MacKenzie, 2006).

Por último, los programas de mantenimiento con narcóticos (Metadona o LAAM -levo-alfa-acetilmotadol clorhidrato-, por ejemplo) se utilizan para reducir los daños asociados con el consumo de heroína (transmisión de enfermedades con el material de inyección, y disminución de la actividad delictiva), introduciendo opiáceos en el organismo, pero bloqueando la euforia y suprimiendo el síndrome de abstinencia. Algunos programas a largo plazo van disminuyendo la dosis, mientras otros la mantienen indefinidamente. En España estos programas que se conocen con el nombre de programas de reducción de daños, están disponibles en todas las prisiones de nuestro país. Algunos estudios han demostrado la eficacia de los PIJ (Programas de Intercambio de Jeringuillas) en la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas, evitando el uso compartido de jeringuillas y material de inyección; y de los PMM (Programas de Mantenimiento con Metadona) en la reducción del consumo por vía inyectada, evitando así enfermedades adquiridas por esta vía (Hernández-Fernández y Arroyo, 2010; Trujols y Marco, 1999).

### **1.3. Tratamiento intrapenitenciario a nivel Europeo**

Por lo general, los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones se realizan por medio del personal sanitario de las propias cárceles, bajo la supervisión del Ministerio de Justicia, pero los regímenes penitenciarios de los países de la UE y de Noruega utilizan en gran parte asesoramiento y recursos adicionales externos para prestar tratamiento a los consumidores de drogas. En un intento de alcanzar la «equivalencia de la asistencia» dentro y fuera de prisión (Consejo de Europa, 1993), Francia (en 1994) e Italia (en 2000) han trasladado la responsabilidad de la asistencia prestada a los presos drogodependientes a sus respectivos Ministerios de Sanidad, implicando así a los organismos locales y regionales de atención sanitaria a través de la legislación. Asimismo se han celebrado acuerdos concretos de cooperación entre el sistema judicial y los servicios sanitarios no estatales en Irlanda (1999), Portugal (1999) y España (2000) con el fin de mejorar la calidad y cobertura de la atención de los consumidores de drogas en prisión (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2002).

El nivel de los servicios prestados en prisión varía considerablemente entre un país y otro, y dentro de un mismo país. Encontramos algunas excepciones en términos de cobertura: en Escocia, que cuenta con asesores sobre drogas en cada prisión, en España, donde existen servicios de asistencia a los drogodependientes en 71 de las 73 prisiones del país, en Suecia, donde una tercera parte del número estimado de presos con problemas de drogas estaban cubiertos por los programas de motivación para el tratamiento en el año 2000, y en Inglaterra y Gales, donde desde 1999 todas las prisiones cuentan con equipos especializados externos (CARAT, Counselling, Assessment, Referral Advice and Throughcare Services) que tienen por objetivo cubrir las necesidades de los presos que consumen drogas desde su admisión hasta la asistencia posterior al tratamiento. En Escocia, los prisioneros también pueden actualmente recibir asistencia de transición durante las primeras 12 semanas siguientes a su salida de prisión, para facilitarles el regreso a la vida en comunidad (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2002).

Pero, ¿qué tipo de tratamiento y/o asesoramiento está en la cartera de servicios de los centros penitenciarios en Europa?

Respecto a la prestación de servicios, muchas prisiones de la UE y de Noruega cuentan con material explicativo impreso sobre drogas y enfermedades infecciosas. La mayoría dispone también de tratamientos de desintoxicación, ofrecidos a través de los servicios médicos de la prisión o por medio de salas especializadas en desintoxicación. Nueve países de la UE refieren programas intrapenitenciarios estructurados de tratamiento de la abstinencia, y Noruega brinda también un programa de motivación para el tratamiento. Con la excepción de Grecia, Suecia y los Estados Federales Alemanes de Baviera y Baden-Württemberg, el tratamiento sustitutivo existe hoy por hoy en cárceles de todos los países de la UE y en Noruega. España es uno de los pocos países donde las tasas de programas sustitutivos intrapenitenciarios son equivalentes a los de fuera de prisión (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002a, 2002b). Diez países de la UE y Noruega cuentan con unidades libres de drogas, que de una parte amparan a los presos no consumidores, y de otra, dan tratamiento a los internos con TUS. Suecia, por ejemplo, dispone de 356 plazas en unidades libres de droga; Portugal de 7 unidades con 195 plazas entre todas, y en Finlandia se prevé una expansión de hasta el 50% de estos módulos (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2002). En Suecia, un 10% de las plazas de centros penitenciarios (con una capacidad para recibir a 500 presos) se dedican exclusivamente al tratamiento, tanto voluntario como obligatorio, de consumidores de drogas (Lýsen, 2001), y, en Finlandia, un 18% de los internos de nueva entrada en prisión participan en programas de rehabilitación del consumo de sustancias (Jungner, 2001). Como podemos observar en la Tabla 1, España, Inglaterra y Gales parecen ser los países con mayor conciencia de problema y mayores oportunidades de tratamiento intrapenitenciario.



Tabla 1: Tratamiento para reclusos con TUS – Unidades libres de droga y tratamientos sustitutivos- en las prisiones de algunos países de la UE y de Noruega en el año 2000  
(Modificado de los datos de la EMCDDA, 2002a,b)

País	Disponibilidad de Unidades Libres de Droga/ Programas basados en la abstinencia	Tratamiento sustitutivo
Bélgica	16 plazas en unidades de tratamiento sin drogas/1 de 33 prisiones.	Se prevé el inicio del tratamiento de mantenimiento con metadona.
Dinamarca	30 plazas/2 unidades en 1 prisión. Modelo de Minnesota de 12 fases en cooperación con un organismo externo.	9,8% de los presos tratamiento de sustitución.
Alemania	No unidades libres de droga.	T. Sustitutivo: En 6 Estados federados (no es legal en Baviera y Baden-Württemberg). Aproximadamente 800 internos.
Grecia	No. Se prevé una prisión especializada con 35 plazas	No disponible.
España	Programas en 18 de 73 prisiones. 8 984 pacientes tratados en el año 2000.	El total de pacientes con tratamiento con metadona es 23 069 en prisión.
Francia	No unidades libres de droga.	3,3% (1999) de reclusos en tratamiento sustitutivo
Irlanda	Programa «Mountjoy» para 9 presos con condenas de corta duración. 170 plazas /2 prisiones	Disponible tratamiento sustitutivo en dos prisiones: Cloverhill y Mountjoy (184 sujetos)
Italia	No Unidades libres de drogas	Aproximadamente 1 000 pacientes en tratamiento de mantenimiento a medio y largo plazo
Luxemburgo	No. En el marco del Programa Global de Asistencia en materia de Drogas del año 2002 se establecieron las bases.	La sustitución sólo es legal en este país desde abril de 2001. De los 74 pacientes en prisión, 10 suspendieron el tratamiento y 23 redujeron la dosis.

Países Bajos	<p>Cínica Forense sobre Drogodependencia desde 1998 (tratamiento forzoso). Colocación de presos en instituciones penitenciarias de tratamiento de la drogodependencia (SOV), desde 2001. Existen 446 plazas en 20 servicios de orientación para drogodependientes (tratamiento sin drogas); se prepara a los presos para entrar en las instalaciones de tratamiento tras su liberación.</p>	<p>En todas las prisiones existe tratamiento de mantenimiento a corto y largo plazo</p>
Austria	<p>110 plazas en una prisión especializada, «Favoriten», además de plazas en otras 4 prisiones. 600 plazas en unidades de tratamiento sin drogas/5 de 29 prisiones.</p>	<p>No se admite a los pacientes en tratamiento de sustitución en las unidades libres de droga. Un 5% de los presos está a tratamiento sustitutivo, a criterio del médico del centro.</p>
Portugal	<p>53 plazas; un centro a tiempo completo y un centro a tiempo parcial. 195 plazas en 7 unidades de tratamiento sin drogas/5 de 53 prisiones.</p>	<p>Tres prisiones tienen sus propios programas; 33 de 53 prisiones tienen presos en tratamiento de sustitución. 341 reclusos en el año 2000</p>
Finlandia	<p>Aproximadamente 800 presos anuales (un 18% de los presos de nuevo ingreso) participan en programas de rehabilitación por abuso de alcohol y drogas.</p>	<p>En el año 2000. Aún no se encuentran datos.</p>
Suecia	<p>Aproximadamente un 10% de los centros penitenciarios; capacidad total: 500 plazas. 356 plazas en unidades de tratamiento sin drogas</p>	<p>No disponible.</p>
Reino Unido	<p>Inglaterra y Gales: 50 programas intensivos de rehabilitación: 3100 pacientes iniciaron el tratamiento en 2000-2001. Todos los programas deben estar acreditados. Tendencia ascendente</p>	<p>Inglaterra y Gales: «Prescripción directa» únicamente para presos con condenas de corta duración (menos de 3 meses). En la gran mayoría de las prisiones no existen tratamientos de mantenimiento con metadona. En Escocia, estos tratamientos existen en pocas prisiones, sobre todo mantenimiento de corta duración. El tratamiento de mantenimiento con metadona puede comenzar antes de la puesta en libertad</p>
Noruega	<p>Un programa de motivación al tratamiento (Fundación Tyrili), capacidad máxima: 18 pacientes por año. Pabellones y prisiones bajo contrato: los presos se comprometen a no consumir drogas mediante un contrato de contingencias; no existen medidas de rehabilitación</p>	<p>Posibilidad de inicio y continuación del tratamiento</p>

Cada una de las modalidades de tratamiento intrapenitenciario para los trastornos por consumo de sustancias se ha puesto en marcha con la intención de reducir el consumo de drogas y otras conductas delictivas. Aunque existen revisiones sistemáticas de este corpus teórico, no todas (como se ha visto) tienen el éxito esperado. De hecho, son las CCTT intrapenitenciarias las que han acumulan los mejores informes de resultados (Pearson y Lipton, 1999; Mitchell et al., 2006). En concreto, la revisión de Pearson y Lipton (1999) en que se estudia sistemáticamente la eficacia de CCTT intrapenitenciarias en términos de reducción de la reincidencia (incorporando todos los países y una temporalización desde 1968 a 1996), pone de manifiesto que 6 de las 7 CCTT revisadas produjeron reducciones sustanciales en reincidencia, con un tamaño medio del efecto de 0,133 ( $p = 0,025$ ) (y con tamaños del efecto positivos de entre ,13 y ,28). En cambio, el tamaño del efecto medio no fue significativo para los campamentos de instrucción (*boot camp*) o para las terapias de asesoramiento (*group counseling programs*), lo que indica que estos programas no son más eficaces que el no tratamiento.

Posteriormente, Mitchell et al. (2006), llevan a cabo una revisión sobre la eficacia de los tratamientos intrapenitenciarios y su efecto en la conducta delictiva. Este estudio que engloba los años 1980-2004 analiza 53 publicaciones que aglutinan 66 evaluaciones de programas intrapenitenciarios. La mayoría de estos trabajos se llevaron a cabo en EEUU (el 58%), mientras que 3 se realizaron en Australia, otras 3 en Canadá, 1 en el Reino Unido y la última en Taiwan. Aproximadamente el 83% de la probabilidad de reincidencia puede explicarse por la ausencia / presencia de intervención; indicando que los grupos a tratamiento tuvieron menores índices de re-encarcelación que los grupos de comparación. Curiosamente, sólo 20 de las 66 evaluaciones midieron el efecto de estos tratamientos para el abuso de sustancias en el consumo de drogas tras la puesta en libertad. La odds ratio media para los efectos aleatorios fue de 1,28 [OR= 1,28 (95% CI, 0,92-1,78)]. Este porcentaje medio no es estadísticamente significativo, debido a la ausencia de potencia estadística. Además, la revisión sugiere que la distribución de los tamaños del efecto presentó una enorme variabilidad, lo que puede sugerir que existen variables moderadoras que explican una parte de esta varianza. En definitiva, la revisión

de Mitchell et al. (2006) mostró que el 83% de la proporción de reincidencia general favorece los grupos tratados frente a los no tratados. Esta eficacia varía notablemente según el tipo de tratamiento estudiado, coincidiendo con la literatura existente en que algunas opciones de tratamiento no son útiles (-por ejemplo, los *boot camps*- (Wilson, MacKenzie y Mitchell, 2005; Pearson y Lipton, 1999). Los programas de mantenimiento con narcóticos tampoco provocan cambios en las conductas delictivas, observándose que la participación en estos programas no sólo no reduce las tasas de reincidencia, sino que se incrementan en 4 de las 5 evaluaciones revisadas. Sin embargo, sí se encuentran tasas más bajas de consumo tras la puesta en libertad en estos sujetos. Los grupos de terapia de asesoramiento (*counseling*) muestran cierto descenso de las tasas de re-encarcelación, pero no en el consumo de drogas, y son más eficaces en mujeres que en hombres, y en adultos más que en jóvenes.

El resultado más consistente encontrado es la eficacia de las CCTT. Esta modalidad de intervención ayuda a reducir la reincidencia y la recaída, en diferentes tipos de muestra (mujeres, varones, jóvenes...), y, combinada con un tratamiento comunitario obligatorio tras la puesta en libertad, llega a reducirse en gran medida la reincidencia.

#### **1.4. Unidades Libres de Drogas (DFU) y Comunidades Terapéuticas (CCTT) intrapenitenciarias: revisión de estudios**

El interés por la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento intensivo para los trastornos relacionados con sustancias en el entorno penitenciario tuvo su punto álgido en la década de 1990. Tiempo después, la distinción entre los programas de comunidad terapéutica y las unidades libres de drogas sigue siendo confusa, y desafortunadamente, las referencias bibliográficas al respecto no contribuyen a desenmarañar esta cuestión, pues adolecen de descripciones operativas de los programas que analizan. Asimismo, existen otra amplia variedad de programas de tratamiento que merecen ser nombrados, aunque sea brevemente, en un estudio de estas características.

Entre ellos, el modelo de justicia americano nos ha dado a conocer las *cortes de drogas*, que son una modalidad de atención al drogodependiente con problemas legales que funciona desde 1989 en EEUU, con componentes como la identificación temprana de los candidatos, la entrada inmediata al programa, la facilitación de acceso a servicios de tratamiento continuo y la monitorización de la abstinencia a través de análisis frecuentes de drogas y alcohol. Además, el programa de tratamiento contiene reglas claramente definidas y metas estructuradas para los participantes, con un equipo interdisciplinar compuesto por: juez, abogados de asistencia legal, fiscales, proveedores de tratamiento y personal de instituciones penitenciarias (Holst, 2010; Wexler, 2000; Winick y Wexler, 2003). El modelo de las cortes de drogas ha sido exitoso y ha supuesto una alternativa para aquellas personas que han cometido delitos relacionados con las drogas. Se ha comprobado que han aumentado la retención de los consumidores de sustancias en los tratamientos y que han reducido sustancialmente el consumo de sustancias y las conductas delictivas (Belenko, 2001; Marlowe, 2003; Wilson, Mitchell y Mackenzie, 2006).

Mitchell et al. (2006) realizaron una evaluación sistemática de la eficacia de los programas intrapenitenciarios. La principal conclusión que se deriva de este meta-análisis, es que los tratamientos en prisión se ven asociados con una modesta reducción de la reincidencia post-tratamiento. Se observó una tasa media de reincidencia del 28% para los grupos de tratamiento, y del 35% para los grupos sin tratamiento. Sin embargo, también se encuentra una diferencia importante en el éxito terapéutico dependiendo del tipo de tratamiento:

- a) **Boot Camps**: No contamos con esta modalidad en España, pero como traducción podríamos usar la expresión *Correccionales paramilitares*. Son programas rigurosos de trabajo, ejercicio físico y educación sobre drogas y otras actividades de rehabilitación. En esta revisión, se consideraron **ineficaces** para reducir reincidencia y/o recaída en el consumo.
- b) Los **programas de mantenimiento con narcóticos** (por ejemplo, metadona) no mostraron reducciones en la reincidencia o el consumo de drogas, aunque las evidencias en este ámbito eran **escasas**.

- c) Los **grupos de asesoramiento** obtuvieron reducciones en la reincidencia, pero no en el consumo de drogas.
- d) Las **Comunidades Terapéuticas (CCTT)** intrapenitenciarias mostraron las reducciones más fuertes y consistentes en cuanto a reincidencia y recaídas.

Las **Comunidades Terapéuticas intrapenitenciarias/ Unidades Libres de Drogas** han demostrado desde sus comienzos una influencia positiva para reducir las conductas delictivas y de consumo de sustancias en aquellos sujetos que finalizan con éxito el programa (De Leon, Holland y Rosenthal, 1972; Wexler, Falkin, Lipton y Rosenblum, 1992). La mayoría de estos programas han sido acreditados por evaluaciones metodológicamente rigurosas, que demostraron resultados positivos en indicadores de reincidencia, abuso de drogas y patrón de empleo tras la liberación. Muchas CCTT adaptadas al entorno penitenciario han sido descritas y evaluadas, como por ejemplo el programa Amity en California (Wexler et al., 1999), los programas de las prisiones en Texas (Knight, Simpson y Hiller, 1999; Knight, Simpson, Chatham y Camacho, 2004) y el Key-Crest program en Delaware (Inciardi, Martin, Butzin, Hooper y Harrison, 1997). También están disponibles gran número de meta-análisis de tratamientos para el abuso de drogas en prisión (Lipton 1995; Mitchell et al., 2006; Pearson y Lipton, 1999; Pearson, Lipton, Cleland y Yee, 2002).

Los resultados han sido replicados, además, al cabo de 1, 2, 3, y/o 5 años de evaluación (Dietz, O'Connell y Scarpitti, 2003; Inciardi et al., 1997; Knight et al., 1999; Martin, Butzin, Saum e Inciardi, 1999; Pelissier, Gaes, Camp, Wallace, Prendergast, Farabee, y Cartier, 2001; Prendergast, Hall, Wexler, Melnick y Cao, 2004; Wexler, De Leon, Thomas, Kressel y Peters, 1999; Wexler, Melnick y Cao, 2004). En todos estos estudios el tiempo de permanencia del interno en el programa mejora los resultados obtenidos. El tratamiento más eficaz resulta ser la combinación de la CT intrapenitenciaria más la continuación del tratamiento en la fase de reinserción, siendo especialmente útil con reclusos con historia de delitos más serios y con más problemas con las drogas (De León y Schwartz, 1984, Gendreau, Cullen y Bonta, 1994; Knight et al., 1999; Simpson, Wexler e Inciardi, 1999; Wexler et al., 1999).

Desafortunadamente, la panorámica general de los programas españoles dista de los internacionales en número, variedad y calidad de los programas y de su evaluación. Existen múltiples alternativas de tratamiento, como hemos ido apuntando, pero no se realiza una evaluación adecuada de las mismas. De hecho, no se conocen las tasas de reincidencia, recaída, consumo de drogas dentro de la prisión, mejoría o recuperación de los trastornos mentales, etc. de los reclusos participantes en cada programa. La única referencia con informes de resultados procede de Cataluña, con la puesta en marcha de un programa de tratamiento en régimen de comunidad terapéutica intra-penitenciaria conocido con el acrónimo D.A.E. (Departament d'Atenció Especialitzada). Los resultados de este programa, iniciado en 2 cárceles catalanas durante los años 1990 y 1993, informaron de un porcentaje de reincidencia del 32,77% (Caixal y Roca, 1999), un dato que habría que comparar con el ofrecido por Redondo, Funes y Luque (1994) y en el que se estimó la reincidencia delictiva en España en un 37,9%. La ausencia de un grupo de comparación en la valoración de este resultado, ha impedido a sus autores realizar una correcta estimación del tamaño del efecto obtenido por el grupo de intervención.

Dado que el programa que evaluamos en esta Tesis Doctoral es una Unidad Libre de Drogas Intrapenitenciaria, que emula el modelo de Comunidad Terapéutica, analizaremos los estudios empíricos recientes que emplean estos programas y que evalúan su eficacia con respecto a la reducción del consumo de drogas y a la reducción de la reincidencia delictiva de consumidores de sustancias. Esta revisión tratará de evaluar la calidad de los estudios publicados y proveer direcciones específicas para futuras investigaciones en el campo del tratamiento de las adicciones en prisiones.

Para conocer el número, la distribución y el funcionamiento de los tratamientos libres de drogas y CCTT ofertados en el medio penitenciario, hemos realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos de la Universidad de Oviedo y de la Universidad de Pensilvania, empleando los buscadores Medline, PsycINFO y Criminal Justice Abstracts, y utilizando Teseo y la Revista Española de Sanidad Penitenciaria para lograr más información de la situación en España. Los descriptores utilizados han sido: *drug abuse, treatment, drug-free unit, therapeutic community, prison, jail,*

---

*inmates, offenders, criminal justice*, y las combinaciones posibles de estos términos. A la hora de tratar de conocer la eficacia de los tratamientos intrapenitenciarios de modalidad de comunidad terapéutica, esos términos se incardinaron con otros más específicos: *evaluation, measures, assessment, outcomes y effectiveness*. Hemos encontrado 101 artículos que informan de esta modalidad de tratamiento intrapenitenciario en Psycinfo (aunque solamente 82 se encontraban en revistas que cumplían el criterio de revisión por pares); 11 en PubMed, y 77 fuentes relacionadas en Criminal Justice Abstract (21 revisados por pares). Asimismo, las propias referencias bibliográficas de los artículos aportaron nuevas citas bibliográficas, a las que hemos accedido a través de otros buscadores (Social Services Abstracts, Cochrane Database of Systematic Reviews Proquest Dissertations and Theses Fulltext, EBSCO-host) y de informes gubernamentales o de organizaciones como el EMCDDA o el NIDA. Una vez realizada esta búsqueda, se tomaron en consideración los estudios (experimentales o *ex postfacto*) realizados en los últimos 11 años (2000-2011), en los que se presentaban los resultados obtenidos por los programas terapéuticos intrapenitenciarios. Elegimos estudios que incluyen principalmente en varones, aunque se incluyen aquellos programas mixtos que cumplan el resto de esas condiciones. Prescindimos asimismo de los programas diseñados exclusivamente para mujeres drogodependientes encarceladas, así como de aquellos llevados a cabo en sustitución de la condena (sin llegar a entrar en prisión).

#### ***1.4.1. Evaluación de programas intrapenitenciarios a finales de los 90***

El desarrollo y auge de programas intrapenitenciarios y de la realización de evaluaciones metodológicamente robustas se dio especialmente en los años 90. Por ello, aunque la revisión bibliográfica abarca la última década, comentaremos para comenzar tres importantes evaluaciones realizadas en el año 1999 y que sientan las bases para las posteriores.

En la primera, Knight, Simpson y Hiller (1999) valoraron el Programa Texas ITC (*in-prison therapeutic community*) y realizaron un seguimiento a los 3 años de los 394 reclusos participantes. El 41% de toda la muestra había ingresado de nuevo en prisión al



cabo de tres años. De ellos el 7% fue reencarcelado en el primer año tras la puesta en libertad, el 20% el segundo año y el 14% el tercero. Las tasas de reincidencia fueron similares entre personas que realizaron tratamiento (41%) y los que no (42%). Sin embargo, sólo el 25% de quienes participaron y finalizaron un tratamiento posterior (ya en fase de reinserción) habían reingresado en la cárcel, lo que marcó una diferencia estadísticamente significativa frente al grupo control sin tratamiento (42%) y frente al 64% de quienes comenzaron el tratamiento pero abandonaron la CT extrapenitenciaria.

En segundo lugar, Martin, Butzin, Saum e Inciardi (1999) evaluaron un programa realizado en Delaware (*Delaware's corrections-based multistage TC treatment program*), que seguía un *continuum* de 3 fases de tratamiento: un programa intrapenitenciario para hombres (KEY), seguido por un programa secundario centrado en el trabajo (*work release*); y por último, un programa mixto de servicios sociales en fase de reinserción (CREST Outreach Center). Al cabo de un año tras la puesta en libertad, el 46% del grupo de comparación y el 43% de los reclusos que recibieron las dos fases del tratamiento intrapenitenciario (KEY), no había sido arrestados. Tampoco el 57% del tratamiento de servicios sociales (CREST), ni el 77% de quienes realizan las tres fases del *continuum* de tratamiento (KEY-CREST). Los dos últimos datos muestran una diferencia estadísticamente significativa frente al grupo control. En cuanto al consumo de drogas, el 16% de las analíticas de orina de los sujetos control fueron negativas, frente al 22% de los participantes en el KEY, el 31% de los internos del CREST, y el 47% de la combinación, con diferencias significativas frente al grupo de comparación en los dos últimos. A los 3 años tras la excarcelación no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de reincidencia. El grupo sin tratamiento alcanzó un 30% de no reincidencia, un 41% el grupo KEY, un 37% en el CREST, y un 43% en la combinación KEY-CREST. Sin embargo, en los datos referidos al consumo de drogas, todos los sujetos que recibieron algún tipo de tratamiento lograron mejores resultados que el grupo control sin tratar. Solamente un 6% del grupo de comparación no han consumido drogas en los últimos días, mientras que son un 22%, un 23% y otro 23% quienes no han consumido en los grupos KEY, CREST, KEY-CREST respectivamente.

En tercer lugar, Wexler, Melnick, Lowe y Peters (1999) llevaron a cabo la evaluación del programa conocido como *Amity* (en la prisión de San Diego, California). Para ello, realizaron un seguimiento 1 año tras puesta en libertad de 715 reclusos. Los mejores resultados se obtuvieron en aquellos reclusos que completaron las dos fases del continuum de tratamiento (intra y extra-penitenciario). El grupo que no había recibido tratamiento presentó mayores niveles de reincidencia (49,7% vs 33,9%) a los 12 meses. A los 24 meses, el grupo sin tratamiento seguía presentando cifras de reincidencia significativamente mayores (67,1 vs 43,3%). Los participantes de más edad y con una historia delictiva más leve fueron quienes obtuvieron mejores resultados post-prisión independientemente del tipo de tratamiento recibido. Pasados 3 años, solamente el 27% de los reclusos que completaron el tratamiento intrapenitenciario más el posterior (*aftercare*) habían reincidido, frente al 75% de los demás grupos, lo que mostró la eficacia de las intervenciones.

El análisis de costo-beneficio determina la conveniencia de la realización de este tipo de programas, puesto que la valoración posterior en términos monetarios de todos los costes y beneficios derivados directa e indirectamente, es positiva. Concretamente, McCollister, French, Prendergast, Hall y Sacks realizaron en el año 2004 un análisis coste-eficacia, 5 años tras la puesta en libertad, de la CT intrapenitenciaria *Amity* de California combinada con el tratamiento extrapenitenciario. La media del coste del tratamiento fue de 7041\$ para el grupo de la CT y de 1731\$ para el grupo control. La inversión de estos 5311\$ en el tratamiento se tradujo en una re-encarcelación 81 días más tarde de este grupo. Este tipo de análisis se había llevado a cabo previamente en población clínica, con publicaciones de estas evaluaciones de los programas TOPS -Treatment Outcome Prospective Study- (Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Cavanaugh y Ginzburg, 1989) y DATOS -Drug Abuse Treatment Outcome Study- (Joe, Simpson y Broome, 1999; Grella, Hser, Joshi y Anglin, 1999) mediante una metodología de comparación de los costos y los beneficios de los mismos (eficiencia). Los resultados se consideraron favorables para el conjunto (Fletcher y Battjes, 1999).

Los datos provenientes de los tres estudios llevados a cabo en el año 1999, con grupos de comparación sin tratamiento y seguimientos con una duración considerable

---

(tres años de seguimiento), coinciden con lo encontrado en publicaciones anteriores (Hiller, Knight y Simpson, 1999; Inciardi et al., 1997; Wexler et al., 1999). Aquellos reclusos que permanecen más tiempo en tratamiento, y especialmente aquellos que finalizan el *continuum*, CCTT intra + extrapenitenciaria, muestran tasas de reincidencia y recaída mucho menores.

Además de los programas mencionados, están disponibles otras intervenciones norteamericanas que merecen un espacio de discusión: *Stay'n Out* en Nueva York, *Cornerstone* en Oregon, *New Vision* en Texas, o la *Forever Free* en California son ejemplos de ellas. La evaluación de la CT intrapenitenciaria *Stay'n Out* en Nueva York, ha tenido un gran impacto en las políticas de tratamiento intrapenitenciarias (Wexler, Falkin y Lipton, 1990), puesto que a finales de los 70 se encontró que los internos que lo realizaban presentaban mejores resultados que aquellos que no recibían tratamiento (o recibieron otros tipos de tratamiento menos intensivo) en la reducción de la reincidencia (27% de rearresto en la CT, entre el 35% - 40% para los tratamientos menos intensivos, 41% para el grupo control). En la evaluación de la CT *Cornerstone* en Oregon, al cabo de 3 años tras la puesta en libertad, un 71% de quienes finalizaron el programa no habían sido re-encarcelados, comparado con el 26% de los abandonos y el 63% del grupo de comparación (Field, 1985). Por otro lado, la evaluación del programa tejano *New Vision* (CT intrapenitenciaria de 9 meses de duración seguido de 3 meses en un tratamiento residencial comunitario); mostró que al año de seguimiento, el 18% de los internos que participaron en las dos fases del tratamiento fueron re-encarcelados o arrestados de nuevo; comparado con el 29% de quienes solamente participaron en la fase intrapenitenciaria y el 33% del grupo de comparación sin tratamiento (Knight, Simpson, Chatham y Camacho, 1997).

#### ***1.4.2. Evaluación de programas intrapenitenciarios en los años 2000***

La revisión realizada a partir del año 2000, contiene 31 estudios que pueden observarse en la Tabla 2 e incluyen un total de **46926** reclusos analizados.

Tabla 2: Revisión de publicaciones acerca de la eficacia y efectividad de los tratamientos libres de drogas intrapenitenciarios del siglo XXI

Nº	Estudio	N	Objetivo	Análisis	Seguimiento	Resultados
1	Hedden, Guard y Arndt (2011)	1027 reclusos (80,9% varones) admitidos en los programas de tratamiento intrapenitenciario con continuación tras la puesta en libertad Jail-Based Substance Abuse Treatment Program entre Nov. 2008 y Dic. 2010.	Comparar las variables: consumo de sustancias, comisión de conductas delictivas y empleo.	Análisis de frecuencias, comparaciones con estadístico de Fisher, Wilcoxon	6 meses tras la admisión	A los seis meses del ingreso, 86,2% se mantuvieron abstinentes. El 6,6% habían vuelto a ser detenidos. El 60% estaban trabajando o realizando algún programa formativo.
2	Prendergast, Messina, Hall y Warda (2011)	291 mujeres voluntarias (152 en el programa para mujeres, 139 en el mixto) Mixed-gender (MG) Women-only (WO) de California.	Medir la eficacia de un programa diseñado únicamente para mujeres, comparándolo con uno mixto, en términos de consumo de alcohol y drogas, re-arrestos y empleo.	Regresión logística bivariada.	Un año de seguimiento	En ambos grupos, las mujeres muestran mejorías en los 4 ámbitos. Aquellas que participaron en el tratamiento para mujeres, tuvieron un descenso en la actividad delictiva y el consumo de drogas, pero no hubo diferencias con las que participaron en el mixto en cuanto a arrestos o situación laboral.
3	Jensen y Kane (2010)	840 varones de 4 prisiones de Idaho, divididos en 3 grupos: finalización de la CT (235), abandono/no participación en la CT (209) no necesidad de CT (396). Prisión de Idaho.	Conocer el tiempo hasta el primer re-arresto tras la puesta en libertad	Análisis de supervivencia	En Junio de 2006 se recaba información de quienes estaban encarcelados en 2004	Los reclusos que completaron la CT intrapenitenciaria tuvieron un 41% menos probabilidad de re-arresto que los abandonos. La finalización del programa retrasa el re-arresto en 80 días (comparado con los abandonos).
4	Joe, Rowan-Szal, Greener, Simpson y Vance (2010)	2.026 reclusos varones adultos en 30 programas en Indiana (ambulatorios y CT): - Clean Lifestyle is Freedom Forever (CLIFF-TC) - Outpatient treatment program (OTP) - Department of Correction in Indiana (IN DOC)	Evaluar cambios en el funcionamiento psicosocial y de pensamiento. Evaluar indicadores de compromiso terapéutico	Análisis multinivel (SAS PROC MIXED) de medidas repetidas para evaluar los cambios durante el tratamiento. Análisis multinivel covariados para localizar las diferencias entre los tratamientos.	6-9 meses	Los cambios pre y post-tratamiento en funcionamiento psicosocial y el pensamiento criminal en el tiempo sugieren que los tres tratamientos ayudan a modificar estos patrones.
5	Welsh (2010)	347 internos del SCI-Chester (programa de 18-34 meses de duración)	Examinar la respuesta de los internos durante el tratamiento, con respecto a funcionamiento social y psicológico, y las interacciones entre niveles de riesgo y motivación.	Análisis de medidas repetidas: modelo lineal general (GLM)	1, 6 y 12 meses durante el tratamiento.	Se da un cambio positivo en los reclusos durante el tratamiento, pero los patrones de resultados dependen de indicadores específicos de funcionamiento psicológico y social, motivación y proceso de tratamiento. Los resultados dependen del tiempo examinado (1, 6 y 12 meses) y de los niveles iniciales de motivación.

6	Olson, Rozhon y Powers (2009)	2841 internos que completaron la fase intrapenitenciaria del programa Sheridan Correctional Center entre los años 2005 y 2008.	Evaluación a largo plazo de proceso e impacto del Sheridan Correctional Center	Análisis bivariado y regresión logística	2005 - 2008	El 56,5% de los convictos completaron el tratamiento intrapenitenciario. El tiempo de tratamiento necesario para que este continuum de tratamiento sea eficaz oscila entre los 2-3 años.
7	Staton-Tindall, McNees, Leukefeld, Walker, Thompson, Pangburn y Oser (2009)	700 internos del sistema judicial de Kentucky. Kentucky corrections-based substance abuse treatment	Describir una aproximación analítica innovadora. Otorgar datos sobre los dos primeros años del programa.	Test McNemar para proporciones correlacionadas	12 meses tras la puesta en libertad	Reducción del consumo de sustancias (43,9% en el seguimiento, comparado con el 94,1% de la línea base). Dos tercios de los participantes no habían sido encarcelados al tiempo de seguimiento (66%).
8	Zhang, Roberts y McCollister (2009)	395 internos que ingresaron en la CT entre Junio de 1999 y Junio de 2000; y 403 internos sin tratamiento específico en California.	Comparar las tasas de re-encarcelación y rearresto entre los dos grupos de participantes	Estadística descriptiva.	5 años tras la puesta en libertad	No se encuentran diferencias en la tasa de nuevos arrestos ni de retorno a prisión entre los internos que recibieron el programa de la CT, y los que no. En general, más del 60% de ambos grupos, habían sido re-encarcelados dos años tras su puesta en libertad, y el 73% lo había sido pasados cinco años.
9	Sacks, Banks, McKendrick y Sacks (2008)	Análisis de 4 trabajos de investigación (N=902) que examinan la eficacia de la CT intrapenitenciaria para internos con PD.	Resumir los resultados de cuatro estudios referidos a la eficacia de CT para personas con PD.	Analiza los resultados de los estudios. Se realizó un crosswalk de los estudios para evaluar los datos de cada dominio (consumo de sustancias, salud mental, criminalidad, riesgo de VIH, empleo y alojamiento)	Un año post-prisión	Quienes accedieron a la CT modificada para PD tuvieron tasas significativamente inferiores de re-encarcelamiento.
10	Burdon, Dang, Prendergast, Messina y Farabee (2007)	4165 CT intrapenitenciaria Más programa residencial (2823) o ambulatorio (1342) en California (UCLA Integrated Substance Abuse Programs -ISAP-)	Conocer las tasas de reingreso en prisión tras un año de la puesta en libertad.	Chi cuadrado para examinar las diferencias entre los dos grupos (basados en el nivel de gravedad) Regresión logística	1 año tras libertad	Se benefician por igual de tratamiento residencial y ambulatorio (tanto el grupo de baja como el de alta gravedad). No existen diferencias en el reingreso en prisión a los 12 meses según tipo de tratamiento. El tiempo pasado en tratamiento (intra y extrapenitenciario) es un predictor significativo del reingreso en prisión.

11	McKendrick, Sullivan, Banks y Sacks (2007)	2 grupos de reclusos varones con patología dual (50% con/sin T Personalidad Antisocial); asignados aleatoriamente a CT modificada para PD –MTC- (N= 75) o Servicio de Salud Mental –MH- (N=64) en Colorado (N total= 139) (Colorado Department of Corrections)	Conocer la eficacia de los tratamientos: MTC versus MH; y la tratabilidad de los sujetos con trastorno de personalidad antisocial sumado a la condición de PD.	Modelos multivariados de regresión (OLS)	Un año tras la puesta en libertad	Hubo mejorías significativas en cuanto a menores reincidencias y menos consumo de drogas en el grupo que realizó el programa CT comparado con el tratamiento MH, incluso en los sujetos con T antisocial. Se declara la eficacia del modelo CT en prisión para internos con PD, incluso con TP antisocial.
12	Sullivan, McKendrick, Sacks y Banks (2007)	185 internos con PD asignados al azar a un tratamiento de salud mental control o a una CT. (Colorado correctional system)	Averiguar si la CT modificada obtiene mejores resultados (en salud mental, consumo de drogas y conductas delictivas) en reclusos con PD que el tratamiento de salud mental estándar.	Análisis de regresión multivariada; posteriormente se utilizaron 3 covariables: edad, empleo y número de ingresos residenciales.	12 meses post-prisión	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque ambos grupos mejoraron. Las reducciones en la conducta delictiva se asociaron a los efectos sobre el consumo de sustancias, más que a las mejorías en salud mental.
13	Sullivan, Sacks, McKendrick, Banks, Sacks y Stommel (2007)	135 internos con PD que acceden a una CT modificada (n=75) o a un grupo de comparación (n=64) (Colorado correctional system)	Conocer los efectos diferenciales de ambos tipos de tratamiento.	Análisis de regresión por mínimos cuadrados ordinarios (OLS) y regresión logística. Análisis de supervivencia de Kaplan–Meier con test de Breslow.	12 meses post-prisión	Los internos que ingresan en la CT modificada tienen mayores descensos en el consumo de drogas y alcohol 12 meses tras la puesta en libertad. Además, se reducen el contacto con la justicia y los autoinformes de actividad delictiva. Se demuestra la eficacia de la CT modificada para reducir la recaída y la reincidencia.
14	Welsh, McGrain, Salamatin y Zajac (2007)	294 reclusos que participaron en un tratamiento de modalidad CT; 779 internos en un grupo de comparación. La muestra se obtuvo de 5 prisiones estatales de Pensilvania en el año 2000	Probar la hipótesis de que la CT por sí sola es capaz de reducir significativamente las conductas disruptivas durante el encarcelamiento	Análisis de medidas repetidas GLM	Los 12 meses de tratamiento	La hipótesis de partida no se ve apoyada. La edad y los antecedentes penales son los dos predictores más potentes de conducta desviada en la prisión.
15	Welsh (2007)	217 internos participantes en una CT intrapenitenciaria y 491 en el grupo de comparación, de 5 prisiones estatales de Pensilvania.	Conocer la eficacia de la CT intrapenitenciaria.	Regresión logística	2 años tras puesta en libertad	La CT intrapenitenciaria resulta eficaz, incluso sin necesidad de un tratamiento comunitario tras la puesta en libertad. La CT redujo las tasas de rearresto y re-encarcelamiento, pero no de recaídas. El empleo tras la puesta en libertad predijo la recaída y reincidencia, mientras que junto con la edad, predijo también rearrestos.

16	Hiller, Knight y Simpson (2006)	429 internos admitidos en el programa en 1998; divididos en dos grupos: 290 finalizan el tratamiento y 116 lo abandonan (resto excluidos) (Dallas County Community Supervision and Corrections Department)	Examinar la eficacia de la CT para reducir la reincidencia.	Regresión logística	1 y 2 años tras abandonar el programa	Los internos que abandonaron la CT tuvieron más probabilidad de ser arrestados por un delito severo en los siguientes años. Las diferencias son significativas dos años tras el abandono/finalización del tratamiento.
17	Messina, Burdon, Hagopian y Prendergast (2006)	4386 mujeres y 4164 hombres de 16 CT intrapenitenciarias en California	Identificar factores específicos dependientes del sexo asociados con el éxito post-tratamiento.	Chi cuadrado; t-test Análisis de regresión logística	5 años	El tiempo en el tratamiento y la motivación fueron predictores del ingreso en un programa post-prisión en ambos sexos. El deterioro psicológico fue el predictor más fuerte de reincidencia en ambos sexos. Existen muy pocos predictores de resultados en el sexo femenino y diferencias sustanciales en las características previas de varones y mujeres, lo que indica la plausibilidad de diferentes caminos en la recuperación de hombres y mujeres.
18	Butzin, Martin e Inciardi (2005)	374 reclusos que no realizan un programa ocupacional posterior y 945 que sí lo realizan. Delaware work-release treatment program.	Conocer el tiempo que pasa hasta la recaída de ambos grupos, así como las tasas de abstinencia, y de inserción laboral.	Análisis de supervivencia. Regresión de Cox.	18, 42 y 60 meses tras la línea base, con incentivos: \$25 por cuestionario y \$25 por muestra de orina.	Las tasas de abstinencia fueron del 32,2% en el grupo de tratamiento y del 9,9% en el grupo de no tratamiento. El tiempo medio hasta la recaída fue de 28,8% meses para el grupo de tratamiento y de 13,2% para el grupo de no tratamiento. El grupo tratado tuvo una tasa de empleo del 54,6%, mientras el grupo no tratado la tuvo del 45,4%.
19	Klebe y O'Keefe (2004)	Cinco grupos de sujetos: 31 que reciben CT intra y extrapenitenciaria; 97 que reciben sólo la CT intrapenitenciaria; 162 que terminan la CT intrapenitenciaria con éxito; 256 que no la completan; y 232 que rechazan la CT intrapenitenciaria. CCTT Freedom House and Peer I, Colorado	Comparar los resultados diferenciales entre grupos con respecto a nuevos arrestos y fallos en la supervisión.	Análisis de supervivencia.	1 y 2 años	Los sujetos que reciben tratamiento consiguen una reducción del 79% en la reincidencia al año con respecto al grupo control. A los 2 años de seguimiento, la reducción disminuye al 43%.

20	Prendergast, Hall, Wexler, Melnick y Cao (2004)	715 reclusos de la Amity prison, California	Seguimiento de 5 años tras la puesta en libertad (localizan el 90% y acceden a ser entrevistados el 81%)	Análisis bivariados y multivariados. Análisis de Cox backwards stepwise y Análisis de supervivencia.	5 años	<p>75,7% de los participantes en el tratamiento, han sido encarcelados al menos una vez en los 5 años de estudio, frente al 83,4% del GC; esto significa un tamaño del efecto de un 0,19.</p> <p>22,6% del GC y el 24,9% del grupo tratado han consumido drogas en el último año, y el 52,3% y el 54,8% de cada grupo han tenido empleo en este último año.</p> <p>Reincidencia:  CT intra + extrapenitenciaria= 41,8%  Abandono CT=87%  Completan CT=86,2%  Abandono fase reinserción= 80,8%  Recaída  CT intra + extrapenitenciaria= 21,5%  Abandono CT=24,7%  Completan CT=27,7%  Abandono fase reinserción= 19,2%</p>
21	Messina, Burdon, Hagopian y Prendergast (2004)	8500 reclusos (hombres y mujeres) encarcelados entre Julio de 1998 y Marzo de 2000. California Department of Corrections' (CDC's)	Conocer las tasas de reincidencia tras la puesta en libertad (obtenidas del sistema CDC's Offender Based Information System) Comparar reclusos con/sin PD	Regresión logística	Un año	<p>Los reclusos con PD presentan más cronicidad en el consumo, y más antecedentes delictivos.</p> <p>Los internos con comorbilidad tienen más probabilidad de re-encarcelación durante el primer año de su libertad condicional.</p>
22	Inciardi, Martin y Butzin (2004)	690 personas: 472(tratamiento) y 218 (no tratamiento). De aquellos que entran a tratamiento: 166 abandonan, 138 lo finalizan y 168 lo finalizan y continúan con un tratamiento externo. Delaware correctional system.	Analizar las tasas de no consumo (auto-informe del sujeto y negativo en analítica de orina) y de no reincidencia (auto-informe de no arresto comprobado con los registros oficiales).	Regresión logística	5 años	<p>Todos los sujetos que recibieron tratamiento tuvieron mejores resultados que el grupo de comparación.</p> <p>Aquellos que finalizan el tratamiento intrapenitenciario tienen significativamente más probabilidad de permanecer abstinentes y sin reincidir que el resto de los grupos.</p>



23	Sacks, Sacks, McKendrick, Banks y Stommel (2004)	236 reclusos con PD se asignaron aleatoriamente al un tratamiento integrado (142) o a un tratamiento de salud mental al uso (94). Colorado.	Comparación de los resultados obtenidos por el programa para PD, el programa de Salud Mental y la combinación de la CT para PD y un tratamiento comunitario posterior.	Regresión logística Análisis de supervivencia de Kaplan–Meier	12 meses tras puesta en libertad	Los internos que aleatoriamente recibieron el tratamiento específico de PD tuvieron tasas de re-encarcelación más bajas que el grupo a tratamiento de Salud Mental. También hay una menor comisión de actividades ilegales y pasan más días hasta una nueva encarcelación. Las diferencias son especialmente notorias entre el grupo que realiza el tratamiento intrapenitenciario más el extrapenitenciario, aunque el tratamiento intapenitenciario por sí solo ya obtiene mejores resultados.
24	Turley, Thornton, Johnson y Azzolino (2004)	En 1995, se evaluaron 137 internos, en 1998 fueron 67 personas y en el año 2000, 70 reclusos. Monroe County Jail.	Analizar los datos correspondientes a tres cohortes de reclusos a tratamiento (1995, 1998 y 2000). Conocer la eficacia del tratamiento en los 5 años posteriores.	Análisis descriptivos	Seis meses y un año tras la puesta en libertad.	75% de los internos en el grupo de tratamiento no reincidieron 6 meses tras la puesta en libertad, frente al 58% del grupo control. Al año, el 56% del grupo experimental no había reincidido, frente al 26% de grupo de comparación.
25	Krebs, Brady y Laird (2003)	703 reclusos en 5 tratamientos intrapenitenciarios (Substance Abuse Intervention Division –SAID-, Nueva York).	Identificar características de los internos asociadas con la retención en el tratamiento. Conocer qué tratamiento consigue mayor retención.	Análisis de supervivencia y Regresión de Cox	2 años	Los internos de más edad (más de 25 años) tuvieron mayor probabilidad de permanencia. Aquellos consumidores de metadona abandonaron el tratamiento tempranamente. Los reclusos preventivos abandonaron el tratamiento tempranamente. Los programas con mayores tasas de retención enfatizan la educación y psicoterapia.
26	Prendergast, Hall y Wexler (2003)	425 internos en el grupo de tratamiento; 290 en el grupo de comparación, en la Amity prison de California	Ver los efectos del tratamiento. Saber cómo evolucionan los internos tras la puesta en libertad.	Análisis de supervivencia; tamaños del efecto.	12 meses	Los reclusos que recibieron tratamiento tuvieron mejores resultados que los controles: se retrasó la comisión de actividades ilegales, la re-encarcelación y la recaída en el consumo. Sin embargo, no hubo diferencias en el tipo del primer delito cometido post-prisión o en los resultados de la analítica de drogas. Los análisis de supervivencia mostraron que los internos fueron más vulnerables a reincidir en los primeros 60 días tras la puesta en libertad.

27	Butzin, Martin y Inciardi (2002)	895 participantes con un año de seguimiento en 4 niveles de participación (no tratamiento, abandona CREST; completa CREST pero no participa en el aftercare, y completa ambos)	Comparar los cuatro grupos	Análisis de regresión logística	Uno y tres años	Ha habido diferencias significativas entre grupos tanto en recaída como en reincidencia entre aquellos que recibieron tratamiento y quiénes no.
28	Vaughn, Deng y Lee (2002)	700 internos, el grupo experimental completó 3 meses de tratamiento intrapenitenciario, y el control no recibió intervención. Taiwan.	Evaluar la eficacia de un tratamiento para el abuso de drogas en prisión de Taiwan en cuatro dominios: reincidencia, recaída, relaciones familiares y sociales y estado mental.	Análisis bivariados, regresión logística y regresión por mínimos cuadrados ordinarios (OLS)	Doce meses tras la entrevista	La intervención no obtuvo mejorías en reincidencia, recaída en el consumo, incremento del funcionamiento social ni familiar ni mejoras en la salud mental.
29	Prendergast, Farabee, Cartier y Henkin (2002)	404 nuevos ingresos entre junio de 1999 y febrero de 2000 (California). El 60% acceden al tratamiento condicionados.	Comparar los resultados entre aquellos que entran a tratamiento voluntariamente y quienes lo hacen de modo coercitivo. Comprobar si existen cambios significativos entre grupos.	Regresión múltiple	Tras la puesta en libertad	El hecho de que el acceso fuese voluntario o involuntario no predijo ninguna de las variables autoinformadas de funcionamiento psicológico y social (autoestima, depresión, ansiedad, toma de decisiones, autoeficacia, hostilidad, asunción de riesgos y conformidad social).
30	Melnick, De Leon, Thomas, Kressel y Wexler (2001)	110 internos Amity prison; Donovan medium security Correctional Facility in San Diego, California.	Se prueban dos modelos: de recaída y reincidencia; comprobando la interacción de la motivación y los 3 meses de tratamiento intrapenitenciario: que median el acceso a un tratamiento posterior.	Análisis por caminos "Path Analysis"	3 meses y 1 año	En el modelo de reincidencia, la variable responsable de bajas tasas de reincidencia fue la realización de un programa post-prisión. En el modelo de recaída, está también relacionado.
31	Pelissier, Wallace, O'Neil, Gaes, Camp, Rhodes y Saylor (2001)	760 internos a tratamiento de 20 prisiones y 809 sujetos de comparación de 30 prisiones en total. Federal Bureau of Prisons, Washington, D.C	Conocer las tasas de rearresto (Nuevo delito 6 meses tras la puesta en libertad) y recaída en el consumo (analítica positiva, o rehúsa hacer la analítica; o alcoholímetro)	Regresión logística	6 meses	Los individuos que completan el tratamiento intrapenitenciario tienen una menor probabilidad de experimentar nuevos rearrestos y consumo de sustancias durante los 6 meses posteriores.

## **1.5. Conclusiones a la revisión de estudios**

Innumerables estudios han descrito algunos componentes de las CCTT intrapenitenciarias y han evaluado sus resultados en la década de los 90 (Breteler, Van Den Hurk, Schippers y Meerkerk, 1996; Eisenberg y Fabelo, 1996; Griffith, Hiller, Knight y Simpson, 1999; Hartmann, Wolk, Johnston y Colyer, 1997; Nielsen, Scarpitti y Inciardi, 1996). La mayoría coinciden en demostrar que los reclusos que participan en esta modalidad de tratamiento muestran una reducción significativa de la probabilidad de recaída y reincidencia con respecto al grupo control (Falkin, Lipton y Wexler, 1990; Farabee, Prendergast, Cartier, Wexler, Knight y Anglin, 1999; Incorvaia y Kirby, 1997; Siegal, Wang, Carlson, Falck, Rahman y Fine, 1999) y que estos efectos se ven mejorados cuando se continúa el tratamiento tras la puesta en libertad (Hiller, Knight y Simpson, 1999; Inciardi et al, 1997; Knight et al., 1999; Wexler et al., 1999). Las técnicas terapéuticas que han resultado más eficaces han sido la terapia cognitiva, conductual y el psicodrama (Hooper, Lockwood e Inciardi, 1993).

Otros autores, como por ejemplo Chanhatasilpa, MacKenzie y Hickman (2000), revisaron 15 evaluaciones del impacto de programas de tratamiento para reclusos con toxicomanías en la década de los 90. Tras un minucioso análisis, concluyen que los programas que combinan CT en prisión con tratamiento en la comunidad tras la puesta en libertad parecen ser eficaces en la reducción de reincidencia. Martin, Butzin e Inciardi (1995) y Prendergast, Wellisch y Wong (1996) encontraron que aquellos reclusos que participaban en todo el continuum de tratamiento (programa intrapenitenciario con continuación en el exterior) tenían menores tasas de reincidencia que los grupos de comparación (grupos sin tratamiento, o solamente con tratamiento intrapenitenciario). El inconveniente viene dado porque no es posible determinar si esto se debe al tipo de tratamiento, al tiempo en terapia, o a la combinación del tratamiento intra y extrapenitenciario. Estos autores manifestaron que algunos componentes al uso de los diferentes programas no mejoran los resultados respecto a la reducción de la reincidencia. Entre estos métodos carentes de eficacia se encuentran el aumento de las derivaciones o la monitorización y manejo de casos durante la fase de reinserción

(Chanhathasilpa et al, 2000). Posteriormente, Perry et al. (2009) realizaron una revisión de las evaluaciones de eficacia de intervención en personas con TUS y que se encontraban en prisión o instituciones dependientes de IIPP realizadas entre 1980 y 2004, con asignaciones aleatorias y grupos de comparación. Veinticuatro ensayos controlados aleatorizados se habían realizado en este período, y se encontró que los programas de CCTT con o sin continuación en un tratamiento comunitario redujeron el número de recaídas en el consumo de sustancias y de reincidencia frente al grupo de comparación.

Ya en los años 2000, y como podemos observar en la Tabla 2, existen numerosas CCTT intrapenitenciarias que realizan una evaluación de su eficacia normalmente a partir de los seis meses tras la puesta en libertad del sujeto (Hedden et al., 2011; Prendergast, Messina, Hall y Warda, 2011; Staton-Tindall et al., 2009; Turley et al., 2004; Welsh, 2010), con un período máximo de 5 años de seguimiento (Inciardi et al., 2004; Messina et al., 2006; Prendergast et al., 2004; Zhang et al., 2009).

Una gran cantidad de investigaciones muestran que el tratamiento coercitivo puede lograr reducciones significativas en el uso de sustancias y comportamientos delictivos relacionados. De hecho, hay muchos estudios publicados sobre los programas de tratamiento obligatorio, que muestran un claro resultado positivo (Lightfoot, 1999; Porporino, Robinson, Millson y Weekes, 2002). No obstante, los estudios también han identificado a la motivación del cliente como un factor con un efecto sustancial en las tasas de retención del programa (Joe et al., 1998; Simpson, Joe, Rowan-Szal y Greener, 1997; Prendergast et al., 2002). Entonces, queda demostrado que el tratamiento en prisión, aunque no sea totalmente voluntario, aporta resultados positivos, como ya indicaba el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de EEUU (NIDA, 2000) y mostraron también en su revisión Parhar et al. (2008). Los resultados positivos que consiguen los tratamientos intrapenitenciarios de modalidad comunidad terapéutica versan sobre la disminución del consumo de sustancias tras la puesta en libertad y del número de recaídas (Butzin et al., 2005; McKendrick, et al., 2007; Pelissier et al., 2001; Prendergast et al., 2004; Staton-Tindall et al, 2009; Sullivan et al., 2007), llegando algunos estudios a encontrar la total abstinencia durante la realización

del programa (Hedden et al., 2011); así como el descenso de las tasas de rearresto y delictividad (Hedden et al, 2011; Jensen y Kane, 2010; Klebe y O'Keefe, 2004; McKendrick et al., 2007; Pelissier et al., 2001; Sacks, Banks, McKendrick y Sacks, 2008; Staton-Tindall et al, 2009; Sullivan et al., 2007; Turley et al., 2004). Otros estudios, como por ejemplo Butzin et al. (2005); evalúan el tiempo que pasa hasta la recaída en el consumo de sustancias, encontrando un incremento del tiempo de abstinencia y un retraso considerable de la recaída. Por último, varios investigadores realizan un control de las tasas de inserción laboral e integración social tras la puesta en libertad (Butzin et al., 2005; Prendergast et al., 2011). De cualquier forma, es importante determinar el criterio para valorar el éxito en este tipo de programas para el abuso / dependencia de sustancias en el medio penitenciario, y llevar a cabo estudios de evaluación con seguimientos lo suficientemente duraderos, que den cuenta de las tasas de recaída y reincidencia de los sujetos, niveles de integración laboral y social, mejoría en el estado de salud mental, etc.

En definitiva, la mayoría de trabajos revisados exponen el éxito de los programas intrapenitenciarios del tipo CCTT o Unidades Libres de Drogas, en la conquista de la reinserción social del penado, y mediante la reducción de la reincidencia delictiva y de recaída en el consumo de sustancias tras la puesta en libertad. Únicamente 5 de los 32 estudios revisados entre 2000 y 2011 no encuentran estos resultados (Burdon et al, 2007; Sullivan et al, 2007; Vaughn et al, 2003; Welsh et al., 2007; Zhang et al, 2009). Según estos trabajos, los efectos del tratamiento pueden evidenciarse en los primeros años tras la puesta en libertad, pero acaban por desvanecerse con el paso del tiempo (Zhang et al., 2009). Zhang et al (2009) en un estudio de seguimiento a cinco años hallaron un porcentaje de reincidencia del 73%. De los otros cuatro estudios, todos realizaron un seguimiento de un año tras la liberación, pero solamente dos de ellos utilizaron un grupo control sin tratamiento (Vaughn, Deng y Lee, 2003; Welsh et al., 2007). De ellos, el estudio de Vaughn et al. (2003) evaluó un tratamiento de muy corta duración (3 meses), por lo que consideramos que no puede realmente concluirse la ineficacia del tratamiento, sino simplemente su insuficiencia.

La literatura también parece indicar que los mejores efectos de los tratamientos intrapenitenciarios para el abuso de drogas se producen cuando este proceso de tratamiento continúa tras la puesta en libertad (Burdon et al., 2007; Inciardi, 1996; Martín et al., 1999; Prendergast et al., 2004; Wexler et al., 1999). Sin embargo, sólo una minoría accede voluntariamente a los programas comunitarios de continuación tras la puesta en libertad (Melnick, De Leon, Thomas, Kressel y Wexler, 2001).

Tratando de conocer las variables que influían en los resultados del tratamiento de 110 internos en una CT intrapenitenciaria, Melnick et al. (2001) concluyeron que la interacción entre motivación y retención durante los tres primeros meses, afectan directamente al paso a un tratamiento extrapenitenciario tras la puesta en libertad, y que esta continuación del tratamiento reduce significativamente la recaída y la reincidencia. Estos datos indican la importancia de reconocer las variables relacionadas con el éxito de un tratamiento y con la búsqueda de ayuda posterior. La retención en un tratamiento para el abuso de drogas ha demostrado ser un predictor fiable de resultados positivos en la rehabilitación de los delincuentes, y parece estar vinculada a la disminución de la actividad delictiva y el consumo de drogas post-tratamiento (Stark, 1992; Tucker, Vuchinich y Harris, 1985).

La percepción de los sujetos hacia el tratamiento, y su grado de motivación hacia el mismo, pueden ser factores determinantes del abandono o la permanencia en el mismo. Varios autores tienen en cuenta esa consideración: Melnick, Hawke y Wexler (2004) evaluaron la percepción del tratamiento (CCTT, terapias cognitivo-conductuales, 12 pasos) de 1059 participantes de 13 tratamientos intrapenitenciarios. A pesar de estar en el tratamiento por obligación penal, en general, los sujetos valoran positivamente su experiencia terapéutica. Los resultados coinciden con los obtenidos por Brocato y Wagner (2008), para quienes la retención en el tratamiento se relaciona con la motivación para el cambio, el reconocimiento del problema con la relación terapéutica y los cambios en la motivación en respuesta al tratamiento se asocian positivamente con la alianza terapéutica. Igualmente, los niveles iniciales de motivación también predijeron la continuación del tratamiento tras la puesta en libertad.

Aún así, resulta difícil establecer generalizaciones sobre los factores que ejercen algún papel en el abandono, dada la variedad de programas incluidos en los diferentes estudios, los procedimientos empleados y la heterogeneidad de los reclusos participantes. La retención y el abandono son así, resultado de una interacción múltiple entre determinadas características de los pacientes (variables sociodemográficas, de personalidad, existencia de psicopatología comórbida, gravedad de la adicción, salud, motivación para el tratamiento...) y los parámetros del tratamiento (recursos del programa, relación terapéutica, características del terapeuta, estabilidad de los miembros del equipo, tipo de fármaco en caso de utilizar...). Lo que parece estar claro a la vista de los resultados de múltiples equipos de investigación (por ejemplo, Chanhatasilpa y cols, 2000), es la necesidad de considerar la importancia del tiempo invertido en tratamiento y la combinación de tratamiento intra y extrapenitenciario. Prendergast et al. (2003) no encontraron diferencias en el tipo de re-arresto ni en los resultados del análisis de drogas entre los internos asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento, y los asignados como grupo control en el período de seguimiento de 12 meses establecidos, mientras que los reclusos que completaron el tratamiento intra y extrapenitenciario obtuvieron mejores resultados que los que solamente realizaron el primero. Sin embargo, aunque en este punto parece existir un consenso entre la comunidad científica, también hay resultados discordantes. Welsh (2007) concluyó que la participación en una CT intrapenitenciaria es eficaz para reducir la reincidencia delictiva por sí sola, sin necesidad de continuar el tratamiento tras la puesta en libertad; conclusión apoyada anteriormente por el estudio de Sacks, Sacks, McKendrick, Banks y Stommel (2004).

Una variable muy influyente en los resultados terapéuticos es el tiempo de duración del programa intrapenitenciario (o combinado con el extrapenitenciario). Olson et al. (2009) hablan de un continuum de tratamiento entre dos y tres años, algo que habría que conocer e intentar predecir para un mejor ajuste de los programas. Este dato junto con la interrelación con variables personales que han resultado relevantes en esta revisión de estudios, como son la edad (Welsh, 2007), la presencia de comorbilidad psiquiátrica (Messina et al., 2006) o la obligoriedad o no del tratamiento (Prendergast

al., 2002); podrían dar nuevas pistas de qué orientación han de seguir los tratamientos intrapenitenciarios para ser efectivos y presentar buena relación coste-eficacia. Dilucidar los componentes terapéuticos más potentes dentro de este tipo de tratamientos, y separar los principios activos de la psicoterapia serviría a este propósito. Krebs et al. (2003) ya señalaban que eran los programas más centrados en educación y psicoterapia los que obtenían mejores tasas de retención, y por lo tanto, mejores resultados.

En resumen, de acuerdo con Fernández-Hermida y Secades-Villa (1999) en el ámbito del tratamiento de la dependencia de sustancias, resaltamos la necesidad de procesos de evaluación largos, que describan no sólo las características particulares de los programas de tratamiento, muy dispares entre sí tanto en su filosofía básica como en su método, y confusas en muchas publicaciones; sino también, el perfil de recluso que puede recibir el tratamiento, el tiempo de estancia en el mismo, y los componentes de las terapias que reciben, para poder determinar el principio activo de la eficacia de las intervenciones y el colectivo que más se beneficie de las mismas.

En los estudios sobre eficacia de los tratamientos para los TUS es habitual la inclusión de múltiples medidas y una amplia gama de áreas de funcionamiento: conducta delictiva, estado de salud, ocupación laboral, situación social o familiar (Secades-Villa y Fernandez-Hermida, 2003). Asimismo, en los tratamientos intrapenitenciarios la mayoría de las evaluaciones se basan en archivos oficiales de registro policial de la reincidencia y usan como medida de resultado, la reincidencia (o re-encarcelación) por un lado, y la abstinencia de sustancias (mediante marcadores biológicos o autoinformes), por otro (Field, 1985; Knight et al., 1999; Martin et al., 1999; Prendergast et al., 1996; Wexler et al., 1990, Wexler et al., 1999).

Algunos de los estudios revisados y contemplados anteriormente, tienen en cuenta diferentes variables, como sería la tasa de inserción laboral (Butzin et al., 2005; Hedden et al., 2011; Jensen y Kane, 2010), las relaciones familiares y/o sociales (Vaughn et al., 2003) o el funcionamiento psicosocial (Joe, Rowan-Szal, Greener, Simpson y Vance, 2010).



Con esta amplia revisión teórica, pretendemos dar cuenta de la urgencia impostergable por describir y evaluar, las intervenciones terapéuticas que, sobre los trastornos de abuso y/o dependencia de sustancias, se llevan a cabo en los centros penitenciarios españoles. Sabemos y plasmamos en el siguiente apartado, que las Instituciones Penitenciarias españolas proveen varias opciones de tratamiento, pero carecemos de datos nacionales sobre su efectividad e informes de resultado de acuerdo a los términos que aquí sugerimos (reincidencia delictiva, recaída en el consumo de sustancias, cambios en los patrones de personalidad, motivación, etc.).

### **1.6. Opciones de Tratamiento en las cárceles españolas**

La situación en España puede considerarse privilegiada. Las instituciones Penitenciarias ofertan múltiples oportunidades de tratamiento para los reclusos con TUS y aumentan el número de plazas y beneficiarios anualmente. En el año 2000, un total de 8984 presos participaron en los 18 programas de tratamiento de drogas que existían en las prisiones; mientras en el año 2009 esta cifra se elevó hasta los 29772 reclusos, quienes recibieron tratamiento bien de desintoxicación o bien de reducción de daños (Ministerio de Interior, 2009). Estas cifras superan con creces los 3100 participantes en los 50 programas de tratamiento intensivo acreditados entre 2000 y 2001 en Inglaterra y Gales.

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) de nuestro país plantea como una prioridad la participación de profesionales externos en la asistencia a los consumidores de drogas en prisión, así como la cooperación entre prisiones y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Es por ello que más de la mitad de los Grupos de Asistencia a Drogodependientes (GAD) de las prisiones españolas cuentan con expertos externos pertenecientes a alguna ONG.

En definitiva, el tratamiento penitenciario, en conformidad con lo dispuesto en el artº. 25.2 de la Constitución y la Ley Orgánica General Penitenciaria, aparece como el núcleo primordial de la actividad penitenciaria (Constitución Española, 1978) y está encaminado a la meta principal de la reeducación y la reinserción social de la persona condenada. Para ello, las Instituciones Penitenciarias españolas ofrecen gran cantidad de

alternativas de intervención en materia de drogas, que veremos a lo largo de este apartado. Las posibilidades jurídicas de intervención con drogodependientes con problemas legales en España, pueden ir desde una medida previa al ingreso en prisión, hasta derivaciones desde Instituciones Penitenciarias (IIPP) tras un período en prisión. Entre las primeras opciones figuran, bien la suspensión de la ejecución de la pena. (Art. 87 del Código Penal); o la sustitución de la pena privativa de libertad por otras penas o tratamiento sustitutorio en casos de eximente completa o incompleta.

Con respecto a las segundas medidas, podemos contemplar:

- El tratamiento ambulatorio en la comunidad a través de la regulación de salidas diarias de los internos (art.117).
- La posibilidad de que los internos drogodependientes puedan desarrollar actividades de tratamiento en dispositivos exteriores a través de la regulación de las modalidades de vida en régimen abierto (art.84-86).
- Internamientos en centros de deshabituación públicos o privados (art. 182). En este mismo artículo se señala que la Administración Penitenciaria celebrará los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de estas medidas.
- Posibilidad de supeditar la concesión de la libertad.

Para el abordaje de esta problemática de manera integral, se realizan **acciones preventivas** dirigidas a la totalidad de la población, así como **actividades de tipo terapéutico y reinsertador** para quienes presentan un trastorno por abuso o dependencia de sustancias. Los programas que existen en la actualidad son los siguientes (Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2005):

1. Programas de prevención y educación para la salud, que tienen como objetivos mejorar la información sobre el consumo de sustancias y sus efectos y favorecer un estilo de vida sano y transmitir competencias para rechazar el consumo.

2. Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), cuyo objetivo es preservar la salud de los consumidores de drogas por vía parenteral, facilitándoles un equipo de inyección estéril. El PIJ que se desarrolla en los centros penitenciarios está considerado una buena práctica de salud en prisiones por la Red Europea de Prisión y Salud de la Organización Mundial de la Salud.
3. Programas de tratamiento con metadona, que abarcan únicamente la dispensación del fármaco de forma controlada y constituye una intervención fundamentalmente de reducción de riesgos y de daños.
4. Programas de deshabituación, compuesto por desintoxicación mediante tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia (y otras acciones de apoyo) y deshabituación (eliminación de la dependencia psicológica otorgando pautas de conducta y estrategias para poder enfrentarse con éxito a los factores adversos). Durante 2006 se ha realizado desintoxicación pautada en 1.879 internos.
5. Programas de reincorporación social: tienen como objetivos la adquisición y desarrollo de instrumentos, actitudes y habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral. Pueden abarcar medidas que van desde salidas diarias para trabajar o para tratamiento, programas de preparación para los permisos y para la libertad, derivación a cumplimiento en unidades terapéuticas extrapenitenciarias, y clasificación en tercer grado y cumplimiento en centros abiertos.
6. Con origen en el año 2001 en el Centro Penitenciario de Mansilla de las Mulas (León), surge el modelo de Módulos de Respeto (MdR), definidos como un programa de intervención en habilidades sociales, autocontrol, valores sociales y adquisición de hábitos, que se desarrolla a través de un sistema organizativo que persigue no solamente el orden y la limpieza, sino también el aprendizaje. Desde la Secretaria General se impulsa la extensión de este modelo en todos los centros penitenciarios. Según reza el manual que describe sus principios básicos, publicado por Ministerio de Interior y

disponible en su página web, se diferencian claramente de cualquier otro nombre, como “Módulos de convivencia” o “Módulos de Educación”...; y se describe como una unidad de separación interior de un centro penitenciario en donde la inclusión del interno es voluntaria y lleva implícita la aceptación de las normas de módulo, que regulan: el área personal referente a higiene, aspecto, vestuario y cuidado de celda, cuidado del entorno, relaciones interpersonales, y la programación de actividades de cada interno.

7. La última modalidad de tratamiento que podemos encontrar en España, serían los Módulos Terapéuticos, definidos a su vez por el Ministerio de Interior como módulos independientes que albergan a internos en programa integral de drogodependencias. Se constituye un espacio socioeducativo y terapéutico, libre de las interferencias que genera la droga, fomentando cambios en los hábitos, actitudes y valores de los internos e internas residentes, creando un ambiente dinámico y personalizador, en el que adquiere mayor eficacia la intervención multidisciplinar dirigida a la normalización y reincorporación social de los internos e internas. En este documento, se remarca que se ha de proporcionar a los internos una atención en jornada completa y se considera fundamental el tratamiento de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio y el aprendizaje social, enfatizando capitalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación sociolaboral. En la actualidad, se destinan varios módulos terapéuticos, en función de los diferentes perfiles de internos y niveles de normalización en las prisiones de Villabona y Madrid 4 Navalcarnero. En el año 2010, la Secretaría General de IIPP manifestó su propósito de implantar este modelo en otros centros, funcionando módulos terapéuticos en otros 10 centros actualmente: A Lama, Alicante II Villena, Castellón II Albocasser, Huelva, Jaén, Madrid VI Aranjuez, Madrid VII Estremera, Puerto III, Sevilla II Morón de la Frontera y Teixeiro.

Dentro del marco establecido en el Plan Nacional Sobre Drogas –Pnsd- (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008) la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas y con otros organismos e instituciones (Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas, ONGs, etc.) efectúa en los Centros Penitenciarios programas de atención especializada en drogodependencias para los internos/as que voluntariamente los soliciten. Ciertamente, el sistema penitenciario español, con más de 73000 personas cumpliendo penas de privación de libertad en él, ocupa una posición privilegiada como proveedor de tratamiento de modalidad reducción de daños, puesto que estos servicios están disponibles en todas las prisiones, bien sea en forma de mantenimiento con metadona o con buprenorfina (WHO, 2005). Cabe resaltar que el mismo informe de 2005, la mayoría de los 15 países miembros de la UE (antes de la incorporación de los nuevos países miembros a partir de 2004) especificaban políticas de reducción de daños, pero la implementación fue inconsistente. Ya entonces, España era el único país miembro que dispensaba en todas sus prisiones programas de reducción de daños y riesgos, definidos como un conjunto de medidas socio-sanitarias, que pretenden disminuir los efectos negativos físicos, psíquicos y sociales, asociados al consumo de drogas (O'hare, Newcombe, Matthews, Buning y Drucker, 1992). Los programas de Mantenimiento de Metadona (PMM) se han mostrado eficaces en muchos sentidos: disminución del consumo de sustancias ilegales, de las prácticas de riesgo en su uso, de la comorbilidad (VIH, VHC), de la mortalidad y de la criminalidad asociada, y aumento de la calidad de vida del paciente (Fernández Miranda, 2001; Maddux y Desmond, 1997). Incluso estudios de metaanálisis, con revisiones de más de 40 estudios, se concluye que la efectividad de estos programas es irrefutable, tanto en reducción de consumo de drogas y riesgo de enfermedades, como en la reducción de las conductas criminales (Marsch, 1998).

Según datos del Ministerio de Interior, en el año 2003 participaron en los programas de prevención y educación para la salud 16281 personas. En cuanto a los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) se distribuyeron 18260 jeringuillas, 21223 internos recibieron metadona en el PMM, 6326 internos recibieron tratamiento de deshabitación y hubo un total de 5037 derivaciones a centros comunitarios. Según van

pasando los años, la panorámica del tratamiento intrapenitenciario va mejorando, logrando que durante el año 2006 participaron 18298 internos en actividades de prevención y educación para la salud, un 5.6% del total la población interna estuvo en tratamiento con fármacos antirretrovirales, hubo usuarios del programa de intercambio en 37 prisiones y se distribuyeron 20626 jeringuillas. Este mismo año, recibieron tratamiento con metadona 17709 reclusos con trastornos relacionados con sustancias, y 4924 internos participaron en programas específicos de intervención psicosocial. En el último informe de Instituciones Penitenciarias (IIPP) realizado en 2009, como podemos observar en la Tabla 3 un 19.6% de los reclusos han accedido a algún tipo de tratamiento para el abuso de sustancias en prisión. Así, a fecha 31 de diciembre de 2009, un 10.9% de la población total se encontraba recibiendo PMM, un 8.6% estaba realizando un programa de deshabituación, y un 19.5% (12766 reclusos) se incluía en algún programa asistencial intrapenitenciario.

Asimismo, como fase final de este continuum de tratamiento, 5321 reclusos fueron derivados a otros centros comunitarios en el año 2006. De ellos, 3202 se derivaron a centros de dispensación de metadona y 2119 a centros de deshabituación, recibiendo una gran proporción los centros ambulatorios (1216 pacientes), seguido por las comunidades terapéuticas (596 internos), centros de día (109 personas) y pisos de inserción un pequeño número (61 personas). Otros recursos acogieron a las restantes 137 derivaciones.

Como podemos ver en la siguiente tabla, en los últimos informes del Ministerio de Interior, el año 2006 y 2009, un ingente volumen de reclusos recibieron tratamiento para los trastornos por uso de sustancias en las prisiones españolas (ver Tabla 3).

**Tabla 3: Reclusos a tratamiento por trastornos por uso de sustancias en el año 2006  
(Ministerio de Interior, 2006; 2009)**

Tipo de tratamiento	Número de beneficiarios 2006	Número de beneficiarios 2009
Prevención y educación para la salud	18298 internos	32436 internos
Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)	20626 jeringuillas distribuidas	12043 jeringuillas distribuidas
Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)	17709 internos	18212 internos
Programa de Deshabitación	9171 internos	11560 internos
Población total en programas asistenciales	26880 internos	29772 internos
Derivaciones	5321 internos con Tus derivados a centros comunitarios	5998 drogodependientes derivados a centros comunitarios

Muchos internos han recibido tratamiento para los trastornos por uso de sustancias, pero desgraciadamente, desconocemos el éxito o fracaso del mismo por la ausencia de evaluación. Como ya se ha comentado previamente, únicamente conocemos un informe de resultados de un programa intrapenitenciario español, que fue llevado a cabo por Caixal y Roca en 1999 y evaluó la reincidencia de los reclusos participantes en un tratamiento especializado tras su puesta en libertad.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, ya en el año 2006; anunció su intención de abordar el problema del consumo de drogas en prisión. Por ello, la Delegación del Gobierno en colaboración con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Secretaría de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña realizó la Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) en ese mismo año. Así, se dieron a conocer las tasas de prevalencia del consumo de drogas y variables asociadas en población penitenciaria; pero han seguido

sin resolver las cuestiones clínicas sobre prevalencias de trastornos de consumo de sustancias (no simplemente uso), asociación con otros trastornos comórbidos, y otras cuestiones importantes, como los resultados de los tratamientos ofertados. El informe de 2006 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2006) establecía la necesidad de evaluación de los métodos terapéuticos, como una herramienta importante para mejorar el tratamiento en las cárceles, y lo plantea como una gran reto de la propia institución.

Obviamente, el estudio de la eficacia de los programas de tratamiento para los trastornos por abuso y/o dependencia de sustancias plantea dificultades inherentes puesto que la investigación de los programas de tratamiento se ciñe mayoritariamente a un modelo pre-experimental o cuasi-experimental, de carácter longitudinal retrospectivo (el más frecuente) o prospectivo (el más indicado). Estas dificultades se ven aumentadas al tratarse de un entorno protegido, como es una prisión, y de una población tan problemática. Este tipo de proyectos presenta problemas en cuanto a la validez interna y externa, puesto que no se puede aleatorizar la asignación de los sujetos y es difícil establecer una generalización de los resultados. No obstante, tienen algunas ventajas axiomáticas, como acercar la investigación al ámbito práctico y natural (Fernandez-Hermida y Secades-Villa, 2000).

Las publicaciones realizadas soportan una serie de inconvenientes que dificultan la comparación de resultados, como son los diferentes tamaños muestrales, los diferentes colectivos incluidos, la no concreción del tiempo de tratamiento, los diferentes criterios de éxito o fracaso terapéutico, la heterogeneidad de los internos – normalmente politoxicómanos- y la imprecisión a la hora de describir los programas de intervención. A pesar de ello, la evidencia acumulada demuestra que en la actualidad se dispone de tratamientos de primera elección para el tratamiento de las drogodependencias en poblaciones clínicas, y no habría, en principio, motivo para pensar que no sean aplicables efectivamente en el contexto penitenciario. Es bien sabido que existen tratamientos psicológicos y farmacológicos bien establecidos para las drogodependencias apoyados por las recomendaciones que surgen de la evaluación de los métodos y que tanto la Asociación Psicológica Americana, la Asociación

---



Psiquiátrica Americana, como el NIDA (Instituto Nacional para el estudio del Abuso de Drogas) han confeccionado listas de tratamientos con soporte empírico. Entre ellos, podemos contemplar: la terapia cognitivo-conductual y la terapia conductual familiar y de pareja para los trastornos por consumo de alcohol, los PMM y el manejo de contingencia más tratamiento farmacológico para la adicción a la heroína, o la terapia de reforzamiento comunitario más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003). Con base a estas evidencias, los programas intrapenitenciarios deberían utilizar los tratamientos que ya han demostrado su eficacia y adaptarlos a la idiosincrasia del contexto, pero en prácticamente ningún estudio se describe qué tipo de terapia reciben los reclusos para conseguir su abstinencia y rehabilitación. De hecho, un gran porcentaje de las personas ingresadas en prisión reciben psicofarmacología en función de sus síntomas, y programas sustitutivos de metadona, y eso no parece contemplado como una variable moduladora del éxito del programa. Es importante llevar a cabo investigación del efecto diferencia de las técnicas, así como identificar las combinaciones entre las características de los pacientes y los factores de tratamiento que optimicen los resultados (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003). Estas adecuaciones paciente-tratamiento (*patient-treatment matching*) buscan la combinación más apropiada a las características del sujeto; factor a tener en cuenta dadas las altas tasas de comorbilidad existentes. La mayoría de autores coinciden en señalar que lo adecuado es adaptar el tratamiento a las necesidades del sujeto, teniendo en cuenta no sólo el riesgo de reincidencia, sino otras características de su adicción, como la gravedad de la misma (Gendreau et al., 1994; Griffith et al., 1999; Knight et al., 1999; Melnick et al., 2001).

En conclusión, este tipo de trabajos presentan problemas metodológicos comunes, normalmente su carácter retrospectivo y macroscópico. La dificultad de establecer un vínculo entre los componentes de las intervenciones terapéuticas y los resultados, es un obstáculo a la hora de establecer un plan de mejora del programa investigado (Fernández Hermida y Secades-Villa, 1999); pero ello no nos exime de la responsabilidad de que la intervención psicoterapéutica de elección debe estar guiada por los avances de evidencia empírica publicada. No obstante, no debemos restar

importancia a la realización de estas evaluaciones naturalísticas, puesto que reflejan la realidad clínica habitual, y marcan un punto de partida para la mejora de la calidad y la eficacia de los programas de intervención en el campo de los trastornos adictivos.

## **Capítulo 2:**

# **DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA DEL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLABONA (ASTURIAS)**

## 2.1. Introducción

En el Informe General del Instituciones Penitenciarias del año 2009 se aporta una descripción de los componentes de los módulos terapéuticos (Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2009). El modelo de deshabituación en módulo terapéutico se establece en centros penitenciarios con estructura modular que permite destinar al menos un módulo para albergar a internos drogodependientes en este tipo de programa de deshabituación: El C.P. de Villabona comenzó con un módulo terapéutico en 1994; y en el año 2011 se ha extendido a 5 módulos de la prisión. En los módulos terapéuticos se trabajan de modo educativo el *autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad, motivación y la utilización del tiempo libre para encontrar satisfacciones personales y el abandono de conductas adictivas. Se considera fundamental el desarrollo de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio, el aprendizaje social, enfatizando principalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación sociolaboral. Se considera básica, dentro de las posibilidades individuales, la orientación y derivación del interno hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral* (Gallizo, 2007).

En los CCPP españoles existen diversas modalidades de Módulos Terapéuticos, en función de la composición del Equipo de Intervención y las características de los internos beneficiarios. Concretamente, contamos con 4 modalidades de unidades libres de drogas o módulos terapéuticos:

1. **Unidad Terapéutica y Educativa** basada en grupos terapéuticos de internos y en un equipo multidisciplinar formado por profesionales de IIPP (psicólogos, educadores, vigilancia, trabajadores sociales, sanitarios, maestros, monitores, etc.). Este programa acoge internos con y sin trastornos por consumo de sustancias. Durante 2009 este modelo de intervención se ha desarrollado en los CCPP de A Lama, Alicante II - Villena, Castellón II - Albocasser, Huelva, Jaén, Madrid VI - Aranjuez, Madrid VII - Estremera, Teixeiro y Villabona.

2. **Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria.** Módulo Terapéutico para reclusos drogodependientes que tiene Junta de Tratamiento propia y específica que asume también las funciones de Consejo de Dirección y Comisión Disciplinaria (artículo 115 del Reglamento Penitenciario). El equipo puede estar formado por profesionales de IIPP y de ONGs. Durante 2009 este modelo de intervención se ha desarrollado en Alicante II - Villena, Córdoba, Madrid III - Valdemoro, Madrid V - Soto del Real, Ourense y Valencia.
3. **Módulo Terapéutico de Drogodependientes.** Módulo Terapéutico en régimen ordinario para drogodependientes. El equipo puede estar formado por profesionales de IIPP y de ONGs. Durante 2009 este modelo de intervención se ha desarrollado en Daroca, León, Madrid 4-Navalcarnero y Zaragoza.
4. **Módulo Terapéutico Mixto.** En esta modalidad, conviven internos drogodependientes en programa de recuperación con otros perfiles de internos: personas con trastornos mentales, con discapacidad, sin patología, etc. El equipo puede estar formado por profesionales de IIPP y de ONGs. Durante 2009 este modelo de intervención se ha desarrollado en Albolote, Alcázar de San Juan, Algeciras, Badajoz, Cáceres, Herrera de La Mancha, Hospital Psiquiátrico de Alicante, Las Palmas de Gran Canaria, Mallorca, Madrid II - Meco, Puerto III, Segovia, Sevilla II - Morón de La Frontera, Tenerife y Teruel.

Una vez descritas las cuatro modalidades posibles, nos centramos en la descripción y evaluación de proceso de la Unidad Terapéutica y Educativa del CP de Villabona, denominada así desde el 20 de Julio de 1998, aunque lleva desde el año 1992 desarrollando el programa terapéutico.

Podemos considerar la UTE, como un programa o *conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social* (en este caso, un centro penitenciario), *con el propósito de resolver algún problema* (el trastorno por consumo de sustancias) *que atañe a un conjunto de personas* (los reclusos con TUS) (Fernández Ballesteros, 1992, p. 477). Paralelamente, la finalidad de la evaluación de programas no es otra que la de

auxiliar, mediante la provisión de información suficiente, en la toma de decisiones sobre una intervención. En otras palabras, la evaluación permitirá decidir si el objeto evaluado es pertinente, eficaz, suficiente, y en definitiva, si debe seguir siendo implantado, eliminado, o si por el contrario debe procederse a su modificación.

La evaluación sumativa o de proceso realizada por este grupo de investigación (González-Menéndez, 2007) permite concluir que los servicios que ofrece la UTE suponen un programa de intervención residencial intra-penitenciario que, a pesar de no ser una Comunidad Terapéutica (CT), incluye componentes específicos de cambio propios de esta modalidad de tratamiento. Estos elementos, recogidos e informados por la agencia NIDA (2002) tras más treinta años de investigación, son los siguientes: (1) alejamiento de los entornos de riesgo de consumo de drogas (estrategias de control estimular), (2) elevada estructuración de las actividades diarias y (3) seguimiento de normas explícitas de conducta que son reforzadas y/o castigadas contingentemente a su cumplimiento. A las características señaladas habría que añadir también el uso de la *confrontación* por conductas inadecuadas o inaceptables, el incremento de *privilegios* de los participantes contingente al avance terapéutico, y en fin, el *trabajo* y la *ocupación del tiempo* como partes importantes del modelo de intervención (Grella et al., 2007; Melnick, Hawkes y Wexler, 2004).

Nuestro objetivo es ofrecer una descripción comprensiva de cómo fue concebido, planificado, implantado y modificado el programa de tratamiento que se dispensa en la Unidad. Nos basamos para ellos en los criterios de Scarpitti, Inciardi y Pottieger (1999) para la realización de una correcta evaluación de proceso: descripción del programa y del contexto en el que éste opera; registro de los cambios ocurridos en las estrategias de tratamiento; y un análisis de las variables que influyen en los resultados, en los éxitos y en los fracasos. Esto se llevó a cabo mediante un proceso de observación de la dinámica de la Unidad y de revisión de buena parte de la documentación que la propia UTE puso a nuestra disposición (por ej., Libros de Altas/Bajas en la Unidad, libros de incidencias y otros documentos escritos).

## **2.2. Implantación del programa. Historia y modificaciones**

En Octubre de 1992 se inicia en el Centro Penitenciario (CP) de Oviedo un modelo de intervención que pretende preparar sistemáticamente a los internos con problemas de dependencia de las drogas para iniciar un tratamiento de recuperación en contextos extra-penitenciarios. Dicho programa surge a partir de la iniciativa de Faustino García Zapico y de Begoña Longoria González, un Educador y una Trabajadora Social empleados en la prisión. Entonces el programa se denominaba “Grupos Terapéuticos y de Deshabitación de Drogas”, y comenzó atendiendo a una población de 5 jóvenes drogodependientes dirigidos por ambos staff. Este trabajo inicial se mantuvo durante un periodo aproximado de dos años y consiguió contar con la participación de 60 de los 110 internos existentes entonces en el módulo, distribuidos en 4 grupos terapéuticos. Se dispone de un breve informe escrito con fecha 1997 en el que se señala que “no se parte de ninguna formulación teórica *a priori*, sino que se trata de un proyecto que se construye día a día”. También se dispone de un modelo de Contrato Terapéutico, que todos los internos participantes debían aceptar para formar parte de la intervención. Durante estos años iniciales apenas existen datos o informes de la magnitud del programa. Es decir, no existen datos respecto al número total de horas de intervención, al número de sesiones diarias y semanales, ni respecto a las estrategias concretas utilizadas en la aplicación del programa. El único documento escrito en el que se recoge un breve compendio de la metodología desarrollada en la Unidad data del año 1999. Tampoco existen informes de los sujetos participantes, del grado de adhesión terapéutica de éstos, de su perfil delictivo o adictivo, ni del grado de retención en el programa. Los datos de seguimiento de estos internos, referentes a reincidencia delictiva o recaída en el consumo de sustancias, también están ausentes, y otros datos socio-demográficos de interés (edad, estado civil o nivel de estudios de los participantes) no han sido documentados. El primer documento escrito relativo a alguna de estas cuestiones data del año 2003. Los datos a que se refiere este documento se corresponden con el período comprendido entre Octubre de 1992 y Diciembre del año 2002, y aunque se comentan con detalle en un apartado posterior de este informe de investigación

(Medidas de Resultados), cabe decir que en él se ofrecen algunas estadísticas rudimentarias del número total de derivaciones realizadas desde la UTE a centros extra-penitenciarios (se citan 357 derivaciones en este período), así como de los porcentajes de Alta Terapéutica (22,4% del total de derivaciones) y de reincidencia posterior de los internos participantes (12,3%).

Durante la apertura de la segunda fase de construcción del actual Establecimiento Penitenciario de Villabona, los responsables del proyecto inicial consiguieron que la Dirección del Centro Penitenciario aceptase convertir el Módulo 2 de la actual prisión de Villabona en un Espacio Libre de Drogas. Este hecho se produjo a finales de Junio del año 1994, y la población destinataria fueron, en un primer momento, los internos del antiguo Centro Penitenciario de Oviedo que ya se habían iniciado en el programa anterior. En los años posteriores el módulo ha ido recibiendo y aceptando a internos que también presentaban otras características (internos de otros módulos con problemas de abuso de drogas; internos procedentes de programas terapéuticos extra-penitenciarios que deben ingresar en prisión, y jóvenes delincuentes primarios sin problemas de drogas). No existen datos del número de internos que formaron parte al inicio de este espacio Libre de Drogas. No existen registros de las modificaciones habidas en los criterios de ingreso en la unidad (admisión de adultos de otros módulos y admisión de jóvenes sin problemas de abuso de sustancias), ni tampoco de las fechas en las que la Unidad ha ido incorporando a estos nuevos usuarios. Según reza un breve informe escrito, la puesta en marcha del Módulo 2 como espacio Libre de Drogas en el año 1994, ha establecido un sistema de trabajo en el que la *confrontación* es el principal instrumento de autoayuda, pues “permite trabajar con mayor intensidad los objetivos específicos reflejados en el Contrato Terapéutico”. Ya desde los inicios, el Módulo II dispuso de un taller de marquetería que hizo las veces de taller de terapia ocupacional, al que podían asistir diariamente un pequeño número de internos que no hemos podido determinar. Desde entonces y hasta la fecha de finalización de este informe de evaluación (Diciembre del año 2007), la Unidad ha ido incorporando numerosos talleres y zonas de trabajo en las que se abordan “las áreas formativas y ocupacionales, educación y cultura, tiempo libre y ocio, salud e higiene y relaciones humanas”. El 20



de Julio de 1998 este espacio original comenzó a denominarse “UNIDAD TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA” (UTE). Desde 1994 hasta la actualidad, aquel espacio libre de drogas del Módulo II se ha ido expandiendo a más módulos de la misma prisión. Así, en el verano de 1998 se anexiona el Módulo 1. Durante el verano de 2005 se integra el Módulo 4, y más recientemente (verano de 2007) la UTE ha conseguido expandirse al Módulo 3 del Establecimiento Penitenciario de Villabona. Este crecimiento paulatino se ha visto reflejado en el número de internos –cada vez más numeroso- que componen cada año la Unidad, en la admisión de internos que ingresan en la UTE con programas de mantenimiento con metadona, y en la variedad de tipologías delictivas que la UTE ha llegado a incorporar.

Por ejemplo, el 7 de Marzo de 1998 se ha permitido el ingreso en la Unidad a mujeres con problemas de drogodependencias. Estas mujeres, que comparten la intervención y actividades diarias de los demás internos, son ubicadas siempre en la llamada UTE-1 (actuales Módulos 1 y 2 del C.P. de Villabona). En el año 1999, la UTE aceptó admitir por vez primera a internos con programas de mantenimiento con metadona, y en el año 2005 la Unidad comenzó a ingresar a personas con delitos de agresión sexual y con delitos de violencia de género, que no presentaban, necesariamente, un problema de abuso de sustancias. De acuerdo a nuestras estimaciones, estos internos constituyen en la actualidad el 7,5% del total de participantes. Cabe señalar también que estos internos son alojados en la UTE-2 (Módulo 4), al tratarse de un espacio separado del de las mujeres participantes. Progresivamente, se han ido incorporando diferentes módulos al modelo UTE, y hoy forman parte de la UTE 5 de los 10 módulos del Establecimiento Penitenciario de Villabona.

Durante estos últimos años, y como consecuencia de la incorporación a la Unidad de internos sin problemas de drogodependencias, el Objetivo General descrito en el contrato original “Preparación sistemática del interno para iniciar tratamiento en Comunidad Terapéutica Extra-penitenciaria” ha sido ligeramente modificado por el Objetivo General del contrato actual, que reza así: “Preparación Sistemática del interno

a través de un proceso educativo integral que permita la concienciación y normalización para continuar su reinserción en los diversos recursos terapéuticos externos”.

En resumen, aquella intervención pionera con jóvenes toxicómanos termina por transformarse en un programa amplio y comprensivo que acoge cualquier perfil de interno, en la idea de que “el motivo que les lleva a la actividad delictiva tiene que ver con déficit y carencias similares” (García Zapico, 2007). De ahí el carácter de “alternativo” que se atribuye a este proyecto, pues representa una manera distinta de vivir la prisión, tanto para los internos como para los profesionales penitenciarios.

### **2.3. Presentación de la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE)**

La UTE es una unidad residencial libre de drogas que comparte componentes de los programas de tratamiento comunitarios. El trabajo se desarrolla en un módulo separado de las drogas, de la violencia, y de las normas y valores que militan en contra del tratamiento y del cambio conductual. Desde el punto de vista de la rehabilitación, el objetivo principal es generar procesos de cambio conductual y cognitivo en los internos, facilitar la recuperación de las toxicomanías, y favorecer la adquisición de valores prosociales y la reinserción. En general, la UTE contiene elementos tradicionales de las Comunidades Terapéuticas (CT), es decir, estrategias de control estimular, sesiones de grupo, contratos de contingencias, reforzamiento positivo, contingencias de castigo, y, fundamentalmente, la *confrontación* de comportamientos inaceptables, parecen algunas de sus principales características. Los administradores del programa son mayoritariamente funcionarios de vigilancia que trabajan en el módulo de manera exclusiva, aunque es frecuente observar que los propios internos funcionan también como co-terapeutas. En general, los residentes pueden progresar en una jerarquía de funciones que suponen tanto un incremento de los privilegios como de las responsabilidades. En definitiva, la utilización de un espacio cerrado e independiente al resto de la cárcel, el uso del grupo de internos como estímulo de cambio, y algunos programas tradicionales de rehabilitación (por ejemplo, talleres de trabajo, educación, estudio, etc.), parecen ser los ingredientes principales del trabajo terapéutico

desarrollado en la UTE de Villabona. En la Tabla 4 se presenta un resumen de lo que puede considerarse un día en la UTE.

Tabla 4: Un día típico en la organización de la UTE.

<b>Organización diaria de la UTE</b>	
	<p>Un día típico en la UTE comienza a las 8 de la mañana y termina a las 11 de la noche e incluye reuniones matinales y vespertinas de todos los internos, asignación de tareas, grupos de encuentro, tiempo personal designado, recreación y, en menos ocasiones, consejería individual. Dado que el empleo se considera un elemento importante de la participación exitosa en la sociedad, los talleres ocupacionales suponen un componente característico del modelo de la UTE. En la UTE, todas las actividades y las interacciones interpersonales y sociales se consideran oportunidades importantes para facilitar el cambio individual.</p> <p>Estos componentes se pueden organizar de la siguiente manera:</p>
10.00/10.30	<p><b>Los grupos de encuentro.</b> Diariamente de 10.00 a 10.30 horas se desarrolla una reunión informativa entre representantes del Equipo y el grupo de Apoyo de los internos, y en los casos en que se considere oportuno se contará también con la presencia de los representantes de los internos</p>
10:30/13:30	<p><b>Los grupos terapéuticos.</b> Son considerados el eje central de la UTE. Cada grupo está dirigido por uno o más miembros del staff, y no pueden superar los 15 internos. Se realizan como mínimo una vez a la semana en horario de 10.30 a 13.30 horas. En el caso de ciertas circunstancias extraordinarias, los grupos terapéuticos pueden reunirse en tantas ocasiones como se estime necesario.</p>
Mañanas	<p><b>Participación en Talleres Formativos y Ocupacionales.</b> La UTE ofrece numerosos cursos y talleres ocupacionales, tanto externos como intra-módulo, que se describen en un apartado posterior. Se realizan todos los días.</p> <p><b>Escuela.</b> La asistencia es obligatoria para quienes carecen de enseñanzas básicas. El horario se compatibiliza con la asistencia a los grupos terapéuticos y a los talleres ocupacionales.</p>
Tardes	<p><b>Actividades deportivas y recreativas.</b> Se desarrollan preferentemente en horario de tarde así como durante el fin de semana.</p> <p><b>Asamblea.</b> Se convoca en ocasiones puntuales, generalmente en situaciones de crisis, y se constituye con todo el equipo multidisciplinar y con todos los internos.</p>

## 2.4. Documentación aportada por el programa

a) **Documentación escrita:** No existen documentos escritos (manuales, por ej.) que contengan información sobre la estructura no sobre los criterios de aplicación de las acciones desarrolladas en la UTE. Tampoco existen protocolos (o sumarios) que detallen el programa de intervención para los administradores del programa (staff). Los únicos documentos en los que se recogen aspectos de Organización (de profesionales e internos) y en los que se detallan los instrumentos de intervención, datan del año 1999 y 2005, respectivamente. Ambos documentos, cuyas referencias se citan a continuación, se circunscriben al ámbito de publicaciones realizadas por la propia Unidad. Son éstas:

- UTE Villabona (1999). *Intervenciones de Deshabitación con Drogodependientes en la UTE del C.P. de Villabona, Asturias. 1992-1999*. Ponencia presentada a la Primera Reunión sobre Metodologías de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios. Toledo, 1999.
- UTE Villabona (2005). *Unidad terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona. Un modelo de Intervención Penitenciaria*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Por otra parte, la UTE ha solicitado la inclusión de su modelo terapéutico en la base de datos del Sistema de Información Europeo sobre Reducción de la Demanda de Drogas (EDDRA) en el año 2003. EDDRA recoge información sistemática de intervenciones relacionadas con las drogodependencias en el campo de la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y del sistema judicial. Aunque los administradores desconocen cuál ha sido la respuesta de EDDRA, lo cierto es que este organismo no ha colgado en su web ninguna información sobre el trabajo realizado en la Unidad Terapéutica y Educativa del CP de Villabona.

b) **Bases de datos informatizadas:** Desde el año 2003 hasta el año 2005, la UTE elaboró una base de datos informatizada en la que se recogen los nombres de los internos que ingresan y que causan baja en la Unidad, así como la procedencia de los mismos y el destino posterior. La informatización de estos datos ha permitido a la propia UTE elaborar una suerte de Memoria Anual para los años 2003, 2004 y 2005 en

la que se concretan las cifras de internos/año, las cifras de derivaciones a programas terapéuticos extra-penitenciarios, las de abandono voluntario o expulsión del módulo, etc. Estos documentos no especifican, sin embargo, el tiempo de estancia en la Unidad, el perfil sociodemográfico y delictivo de los participantes, la evolución de los internos derivados a programas externos, ni otros datos de interés.

## **2.5. Currículum del programa**

### ***2.5.1. Objetivos del programa:***

A continuación se detallan los objetivos que la propia Unidad Terapéutica y Educativa ha marcado en los diferentes documentos a que nos hemos referido en el apartado anterior. Así pues, los párrafos que se presentan a continuación suponen un extracto de los documentos mencionados y nunca una observación del Equipo que elaboró este Informe de Investigación.

OBJETIVO GENERAL (UTE, 2003). Desde el punto de vista del interno, el objetivo general de la UTE es la preparación sistemática del mismo a través de un proceso terapéutico integral que le lleve a iniciar un cambio personal de su anterior estilo de vida, que haya derivado o no en las drogas. Desde el punto de vista de los profesionales penitenciarios (fundamentalmente los funcionarios de vigilancia), el objetivo general es que puedan desarrollar todo su potencial educativo con los internos, y convertirse así en agentes de intervención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Las metas que se persiguen se describen a continuación:

- Eliminación de la subcultura penitenciaria. Para ello se trabaja en un modelo de cogestión o responsabilidad compartida entre profesionales e internos con el fin de crear un contexto ambiental saneado y de convivencia. El marco teórico para este objetivo sería, en general, el de la Psicología Ecológica de Barke, con el concepto de escenario o “setting”.
- Iniciar un proceso de anamnesis y conocimiento personal que permite a los internos ser conscientes de sus carencias y dificultades a través de la toma de

conciencia de su problema. El marco teórico de este objetivo estaría basado en un modelo integrador de las distintas corrientes, donde están incluidos los enfoques cognitivo (aislar y corregir los errores de pensamiento), conductual (sistema de refuerzos y castigos), psicodinámico (expresión emocional a través de catarsis, procesamiento mental inconsciente) y humanista (atmósfera cálida y empática).

- Adquisición de valores y actitudes prosociales que sirvan para modificar el estilo de vida anterior. El marco teórico sería el modelo de competencia psicosocial propuesto por Ross y Fabiano, donde la intervención se dirige a compensar los déficit cognitivos de los internos delincuentes.

Cabe señalar, por último, que el modelo de intervención desarrollado en la UTE se presenta ausente de temporalización, en la idea de que la Unidad Terapéutica es una “suma de experiencias que construyen el futuro” y en el que por tanto tienen cabida cualquier programa o subprograma (García Zapico, 2007).

### ***2.5.2. Terapia ocupacional y cursos de formación***

Uno de los aspectos más valorados por los internos versa sobre la posibilidad de realizar actividades formativas durante el cumplimiento de la condena (González-Menéndez, 2007). En su sección de formación, la UTE dispone de numerosos talleres que pueden ser impartidos tanto dentro como fuera de la Unidad. Así, algunos espacios del módulo cumplen en ocasiones la función de lugares en los que realizar los numerosos cursos y talleres que están a disposición de los internos ingresados. Estos talleres se dividen por un lado, en talleres de formación profesional ocupacional, que aportan un profesor experto y un título homologado (pintura, montador de estructuras metálicas ligeras, alicatado, cerámica, jardinería, energías renovables, electricidad de edificios, climatización, etc. y por otro, en talleres realizados en el interior de la prisión, no existe un monitor especializado, por lo que en general, los internos participan y aprenden de compañeros más formados. Su función es la ocupación del tiempo, el aprendizaje de la puntualidad horaria, el trabajo en equipo y el respeto del material:

costura, lectura, dibujo, aerobio, taller de salud, revista, etc. Por último, los internos tienen la posibilidad de obtener el permiso de conducir durante la encarcelación.

### **2.5.3. Escuela**

Durante el curso escolar 2006-2007 trabajaban de continuo en la UTE un total de 3 maestros (1 por módulo terapéutico), a quienes habría que añadir un cuarto maestro que acudía excepcionalmente a impartir clases de inglés. Durante este curso académico varios internos de la UTE estaban matriculados en carreras universitarias.

**a. Estudios que oferta:** El establecimiento Penitenciario de Villabona ofrece a todos los reclusos la posibilidad de mejorar su nivel de estudios a través de una oferta variada que se concreta en los siguientes niveles.

1. . Alfabetización
2. . Consolidación (equivaldría a contenidos de 5º y 6º de primaria)
3. . Español para inmigrantes
4. . Enseñanza Secundaria Para Adultos (ESPA): 1º y 2º de la E.S.O. pueden ser presencial y a distancia, y 3º y 4º de la E.S.O. solamente a distancia (ESPAD). En 4º de la ESO consiguen el título de Graduado en ESO y tienen acceso a dos formas de examen: con la matrícula normal de la ESO a distancia pero con clases presenciales tutorizadas, o bien mediante una prueba libre en diciembre o en junio (PLGESO).

### **2.5.4. Otros recursos de la UTE**

- **Asistencia sanitaria y psiquiátrica**

Dentro de la organización general del Centro Penitenciario de Villabona, la UTE cuenta con personal facultativo adscrito a la Unidad. Respecto a la atención psiquiátrica, la UTE dispone, desde el año 2005, de tres psiquiatras asignados por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias que prestan servicios y atención individualizada en la Unidad y que se organizan en un día de consulta semanal. El número total horas semanales de atención a estos internos es de 9 horas. En el resto de módulos de la

misma prisión, los psiquiatras se organizan para atender semanalmente a los internos un total de 7 horas semanales.

## **2.6. Medidas de resultado**

El éxito de la UTE se juzga principalmente a través de medidas subjetivas, como la valoración o percepción del ambiente de la UTE frente al ambiente institucional general, el reconocimiento del éxito y eficiencia de la UTE por la Dirección del Centro Penitenciario, y, en general, el reconocimiento social. Otro de los índices contemplados por la UTE como criterio de éxito es el número de derivaciones que se producen a comunidades extra-penitenciarias, y que durante el período comprendido entre los años 1992-2003 la Unidad estimó en un total de 404 (véase Tabla 2) Sin embargo, apenas existen datos fidedignos de otras medidas importantes de resultados, como número y porcentaje de Altas Terapéuticas en el módulo o en los programas extra-penitenciarios de derivación, porcentajes de reincidencia de los participantes o datos de resultados de recaída posterior. Un resumen de los resultados ofrecidos por la UTE recogidos de su propia solicitud de acceso al Sistema EDDRA (2003) se presentan en la Tabla 5.

## **2.7. Evaluación de la organización**

### ***2.7.1. Plantilla de atención directa al interno: Funcionarios de vigilancia y profesionales de IIPP***

Un total de 52 personas de distintos sectores profesionales trabajaban en la Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona en el momento de esta evaluación (año 2007). La plantilla estaba compuesta por 40 funcionarios de vigilancia, 2 trabajadores sociales, 5 educadores, 3 maestros y 2 psicólogos que trabajaban en exclusiva para la UTE. La media de edad de los integrantes de la plantilla era, al inicio de esta evaluación, de  $43,61 \pm 3,98$  años y el rango entre 37 y 54 años. La mayoría son hombres ( $n= 39$ ; 92,9%) y sólo 3 son mujeres. Aunque toda la plantilla de atención directa al interno participaba, en distinto grado, del proceso terapéutico desarrollado en la Unidad, la UTE mantiene un Equipo de Coordinación y un equipo Multidisciplinar, cuyo número actual está integrado en el total de 52 personas.



Tabla 5: Resultados de la evaluación interna. Período 1992-2003

INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
Nº de sanciones disciplinarias/año	0
Nº de conflictos/año	0
Nº de aprehensiones droga/año	0
Nº de agresiones entre internos	1
Nº de abandonos voluntarios (años 1992-1999)	101
Nº de expulsiones (años 1992-1999)	370
Nº derivaciones a centros extra-penitenciarios	404
Porcentaje de altas terapéuticas	22,4%
Porcentaje de Reincidencia del total de derivaciones	12,3

**EQUIPO DE COORDINACIÓN:** El equipo de Coordinación de la UTE está integrado por 6 personas. Dos trabajadores sociales, un educador, dos maestros y un psicólogo. Algunas de las funciones del equipo de coordinación son la distribución de las tareas de trabajo diario, la coordinación con la Subdirección de Tratamiento del Centro Penitenciario, y la elaboración, de acuerdo a lo mencionado en una de sus publicaciones, de la memoria anual (UTE, 2005). No se han observado bajas o nuevas incorporaciones en el equipo de coordinación desde los años de inicio de la Unidad.

**EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:** El máximo órgano de decisión de la UTE es el Equipo Multidisciplinar. Está y ha estado siempre integrado por el total de la plantilla de atención directa descrita en el apartado anterior (n=52), incluido el equipo de coordinación. Todos ellos son agentes de intervención que desempeñan el papel de “educadores”. Sus principales funciones son el desarrollo de actividades terapéuticas y educativas, tanto de tipo grupal como individual (UTE, 2005). Varios miembros del equipo multidisciplinar desarrollan también el papel de *tutores*. En general sus

funciones son el seguimiento pormenorizado del grupo asignado de internos, así como la realización de propuestas de permisos, salidas terapéuticas, progresiones de grado y cambios de grupo (UTE, 2005).

### ***2.7.2. Años de trabajo en prisiones***

El personal que compone la plantilla tiene una dilatada experiencia como trabajadores penitenciarios, con una media de años de trabajo de  $18,06 \pm 3,64$  y un rango entre los 12 y los 27 años. La media de años trabajados en la UTE es inferior (5,33 años) y más variable, pues incluye a personas que apenas llevan 5 meses en la Unidad y a individuos que pertenecen a la UTE desde su implementación (17 años).

### ***2.7.3. Razones para trabajar en la UTE***

En la investigación llevada a cabo por González-Menéndez (2007), se realizó una entrevista al personal encargado de administrar el programa en la Unidad Terapéutica y Educativa. En ella puedo observarse, que estos profesionales habían trabajado anteriormente en otros módulos no terapéuticos del Establecimiento Penitenciario de Villabona, con una media de 5,38 años. Preguntados por las razones de su incorporación a los módulos libres de drogas, las respuestas de los entrevistados fueron variadas. Casi la mitad de la plantilla (45,2%) señaló que recibieron información de compañeros sobre la forma de trabajo en UTE y se sintieron de acuerdo con el modelo. El 23,8% decidieron emprender y/o continuar con el trabajo de la UTE para probar otra forma de intervención distinta a la ofrecida por el modelo penitenciario tradicional. El 23,8% señaló que la razón principal tenía que ver con el deseo de mejorar sus condiciones laborales, mientras que 3 de los encuestados señalaron el deseo de completar sus experiencias en prisiones (2 personas) y la mejora de la propia salud psicológica (1 sujeto), como las principales causas de incorporación laboral en la Unidad.

La mayoría de los entrevistados (95,2%) se encarga de la realización de lo que en la Unidad se consideran funciones terapéuticas, básicamente la tutoría de alguno de los *Grupos de Encuentro* o *Autoayuda* en torno a los que gira la dinámica terapéutica de la

Unidad; con una una ratio personal- interno que oscila en torno a un educador por cada 6 internos. Aunque el 100% de los entrevistados se manifestaron de acuerdo con la *filosofía del programa*, la mayoría de la plantilla opina que no existe ningún tipo de formación específica sobre los principios en los que se asienta el programa, sobre las estrategias terapéuticas a emplear, sobre el manejo de los grupos o sobre el uso de la *confrontación* como herramienta terapéutica. Un 23,8% opina que existe alguna formación, pero que esta no se recibe previamente a la incorporación a la Unidad, sino que se adquiere sobre la marcha. La formación a que se refieren se concreta en el aprendizaje por observación y en algunas charlas informales. Sólo uno de los entrevistados (2,4%) señala que SI se ofrece esta formación. Ante la pregunta de si han tenido alguna dificultad en el manejo de los grupos por falta de experiencia, la mayoría contesta afirmativamente (59,5%). De este porcentaje, 2 personas (4,8%) señalaron haber tenido muchas dificultades, el 28,6% responde que sólo puntualmente y 5 personas (11,9%) señalaron que en general aún no se encargaban de dirigir los grupos terapéuticos, y que simplemente permanecían acompañados de otros tutores para la realización de esta tarea.

## **2.8. Población atendida por la UTE: Características de los internos**

### ***2.8.1. Criterios de ingreso de los participantes***

Todos los internos que lo deseen pueden acceder voluntariamente al programa previo consentimiento informado de las normas que rigen la Unidad, pues la UTE admite a cualquier interno, penado o preventivo, adscrito al C.P. de Villabona. En general, la UTE incorpora a: - Individuos, de cualquier edad, con problemas reconocidos de alcohol y/o drogas - Individuos con cualquier tipología delictiva, presenten o no problemas adictivos. - Mujeres con o sin problemas de drogodependencias. - Individuos que cumplen condena por delitos contra la Salud Pública (p. ej. tráfico de drogas) - Individuos en tratamiento extra-penitenciario para quienes el juez ordena su ingreso en prisión. - Todos los individuos menores de 21 años con o sin adicciones a las drogas que ingresen en prisión. En atención a la clasificación de los reclusos penados, la UTE no realiza distinciones entre primero, segundo o tercer

grado de tratamiento penitenciario. Si el Equipo Multidisciplinar así lo valora, cualquier individuo, en cualquier grado penitenciario, puede ingresar en la Unidad Terapéutica. Únicamente, y como norma general, la UTE pospone el ingreso de internos de otros módulos que estén pendientes del cumplimiento de sanciones penitenciarias.

### ***2.8.2. Características sociodemográficas e historia delictiva de los internos atendidos***

El promedio del número de internos que la UTE acogía en cualquier momento del año 2006 variaba entre 300-310. De estos, sólo un pequeño número (n=25) eran mujeres. Este equipo de investigación realizó una entrevista a 147 de los 300 internos residentes en la UTE en el año 2006 (González-Menéndez, 2007). En ese momento, la selección de los internos entrevistados se efectuó de acuerdo al tamaño de la población atendida y al tiempo de estancia acumulada que observamos en el conjunto de la población. A saber, en el momento de realización de este estudio, la Unidad estaba integrada por un número de sujetos que variaba diariamente entre 300 y 310 (275-285 hombres, y 25 mujeres). Sobre esta población se obtuvo, a través de un muestreo aleatorio simple, el tamaño de muestra necesario para realizar correctamente la evaluación. Los resultados indicaron la necesidad de utilizar un tamaño de muestra no inferior a 127 sujetos, distribuidos de acuerdo a los diferentes tiempos de estancia acumulada en la Unidad. Así las cosas, de los 147 internos entrevistados, 54 llevaban menos de un año de ingreso en la unidad, 53 entre 1 y 2 años, 10 entre 2 y 3 años, 16 entre 3 y 4 años, 5 entre 4 y 5 años y 9 reclusos acumulaban más de 5 años de internamiento en la UTE. El perfil de estos participantes puede describirse como mayoritariamente varones (96,6%), españoles, con una edad media de 35 años, solteros, desempleados y con un nivel educacional bajo.

Por un lado, con respecto al historial delictivo, la mayoría de los integrantes de la UTE (59,3 %) cumplía condena por delitos contra el orden socioeconómico, seguido a considerable distancia de los delitos contra la salud pública (tráfico de drogas mayoritariamente, -17,8 %-), y de los delitos contra la persona (12, 9%). Aunque la Unidad admite a individuos que están o han estado clasificados en Primer Grado de

Tratamiento Penitenciario, ninguno de los participantes en el estudio cumplía esta condición en el momento de realización de este estudio. No obstante, 18 de los 147 sujetos (12,2%) declararon haber estado clasificados en Primer Grado de tratamiento penitenciario previamente a su ingreso en la Unidad. Un elevado porcentaje de internos (85,7 %) indicaron también que el delito/s por el que estaban encarcelados guardaba relación directa con su adicción a las drogas. Así, la mayoría de estos sujetos declararon estar o desear estar bajo los efectos de algunas sustancias previamente a la comisión del delito por el que estaban encarcelados. Sólo 21 internos (14,3%) informaron no estar bajo los efectos de sustancias en el momento de delinquir. El tiempo medio de condena para el conjunto de la muestra giró en torno a 6 años, con un rango entre los 4 meses y los 30 años.

Por otro lado, respecto a la sustancia consumida por los internos, el 75,5% de declaraba policonsumidor, aunque como droga más consumida resaltaron la cocaína (66%) y la heroína (56,5%).

Por último, subrayar que la estancia media de las personas dentro del programa de la UTE fue variable, entre los 0,2 y 11 años, con una estancia media de  $1,76 \pm 2,01$  años. Para 87 de estos sujetos (59,2 %), éste era su primer ingreso en la UTE. El 40,8 % restante habían estado antes en la Unidad, pero la habían abandonado o habían sido expulsados en alguna ocasión. La mayoría de internos (86,4%) habían solicitado voluntariamente su ingreso en la Unidad. Aunque el programa era voluntario, 24 sujetos (16,3%) informaron que su ingreso en la UTE se debía más bien a la propuesta de alguno de los administradores del programa (funcionarios, educadores, etc.). La motivación principal para entrar en tratamiento fue el reconocimiento de sus problemas de drogodependencia (53,1%) y la necesidad de deshabituación. Otras razones para ingresar en la Unidad fueron el deseo de mejorar la calidad de vida (32%), el considerar que se consigue más fácilmente el acceso a un programa extra-penitenciario (17%), y la presión familiar (13,6%).

## **Capítulo 3:**

# **OBJETIVOS Y MÉTODO**

### 3.1. Antecedentes

La mayoría de evaluaciones controladas acerca de la eficacia del programa de tratamiento CT intrapenitenciaria para la adicción a sustancias han sido llevados a cabo en contextos jurídicos en Estados Unidos (De Leon et al., 1972; Dietz et al., 2003; Gottfredson, Kearley, Najaka y Rocha, 2005; Gottfredson, Najaka, Kearley y Rocha, 2006; Hartmann et al., 1997; Hedden et al., 2011; Martin et al., 1999; Pelissier et al., 1998; Prendergast et al., 2004; Wexler et al., 2004). Obviamente, las diferencias en el perfil de la población encarcelada en España y en EEUU son abismales y los tipos de tratamiento disponible también son incomparables.

Como se puede observar en la revisión, las instituciones penitenciarias españolas cuentan con una gran variedad de programas de intervención para los reclusos con trastornos por consumo de sustancias, que van desde programas de prevención y educación para la salud a programas de reducción de daños (PIJ; PMM); y programas de deshabituación. El escenario general de los programas de tratamiento libre de drogas o CCTT intrapenitenciarias dista de los internacionales en cuanto a la calidad, la descripción y sistematización, y necesitan sin lugar a duda, estudios de evaluación. Como comentamos en el capítulo uno, solamente contamos en España con una referencia de informes de resultados, referida a un programa de tratamiento en régimen de comunidad terapéutica intra-penitenciaria. Se encontró un porcentaje de reincidencia del 32,77% entre 180 internos con TUS que ingresaron entre 1991 y 1994 en una comunidad terapéutica intra o extrapenitenciaria a fecha de término del estudio (31 de diciembre de 1998), que no aporta mucha información por la ausencia de grupo de comparación (Caixal y Roca, 1999).

### 3.2 Objetivos

El **objetivo general** de esta Tesis Doctoral consiste en evaluar la eficacia del programa de tratamiento para drogodependientes, que recibe el nombre de Unidad Terapéutica y Educativa (UTE). La UTE se diseña para el tratamiento de los reclusos con trastornos por consumo de sustancias, y como reza su página web

(<http://www.utevillabona.es/node/245>) el objetivo general es la *preparación sistemática de la persona interna a través de un proceso educativo integral que permita la concienciación y normalización para continuar su reinserción en los diversos recursos terapéuticos externos*, y los objetivos específicos serían la *desintoxicación y deshabitación en las personas afectadas por su adicción a las drogas. Integración y estabilización de las personas con larga trayectoria toxicofílica en programas de disminución de daños (programa de mantenimiento con metadona). Adquirir mecanismos y actitudes que le ayuden a reforzar su proceso personal de cambio y el abandono de las conductas delictivas. Interiorizar hábitos y habilidades sociales que le permitan adoptar una forma de vida saludable. Educar en valores y actitudes prosociales. Promover la positiva utilización del tiempo libre. Iniciar o retomar estudios inacabados u otro tipo de formación. Trabajar la comunicación y las relaciones positivas entre las personas. Fomentar aspectos de crecimiento personal como el autocontrol, la autoestima, sinceridad y responsabilidad. Incentivar las relaciones familiares.*

Hasta el momento, el éxito de la UTE se juzga principalmente a través de medidas subjetivas que se enmarcan en un modelo rudimentario de evaluación interna. Estas medidas incluyen la valoración o percepción del ambiente de la UTE frente al ambiente institucional general, el reconocimiento del éxito y efectividad de la UTE por la Dirección del Centro Penitenciario, y, en general, el reconocimiento social. Estas apreciaciones subjetivas no se han contrastado, sin embargo, a través de informes, autoinformes, cuestionarios, u otros instrumentos de valoración. Tampoco existen datos fidedignos de otros indicadores importantes de resultados, como número y porcentaje de Altas Terapéuticas en los programas extra-penitenciarios de derivación, porcentajes de reincidencia de los participantes, o informes de resultados de recaída posterior. Además, aunque se sabe de la realización de análisis para la detección de drogas (principalmente analíticas de orina y parches de detección de drogas), los datos de frecuencia, criterios de aplicación y resultados de estas pruebas están, en general, ausentes, y a menudo desprovistos de rigor o sistematización.



Estas limitaciones, que evidentemente obstaculizan la obtención de conclusiones aceptables sobre el encomiable trabajo desarrollado en la Unidad, son las mismas que enmarcan y justifican el propósito principal de este estudio, que no es otro que dotar a la Unidad Terapéutica y Educativa del acompañamiento de un plan de evaluación de programas riguroso e integral. Se trata de una evaluación de proceso, puesto que se realiza durante la implantación del programa para la mejora y perfeccionamiento del mismo, y sumativa, evaluación de sus resultados y el impacto obtenido, siendo además, una evaluación externa, controlando así el sesgo del evaluador, maximizando la objetividad y la credibilidad social de los resultados. Este proceso de valoración, comienza en el año 2006 y sigue las fases propuestas por Alvira (2002) de esquema tradicional de evaluación de programas: se inicia con una fase de familiarización con el programa y decisión sobre la viabilidad de la evaluación, que se tradujo en una determinación del diseño y tipo de evaluación, posterior recogida de información, y por último, en los años 2010 y 2011, análisis de los datos y redacción del informe.

El objetivo general de esta Tesis Doctoral es realizar una evaluación de la eficacia de la UTE de Villabona, en el tratamiento de los reclusos con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Se trata de una evaluación externa que se descompone en dos fases:

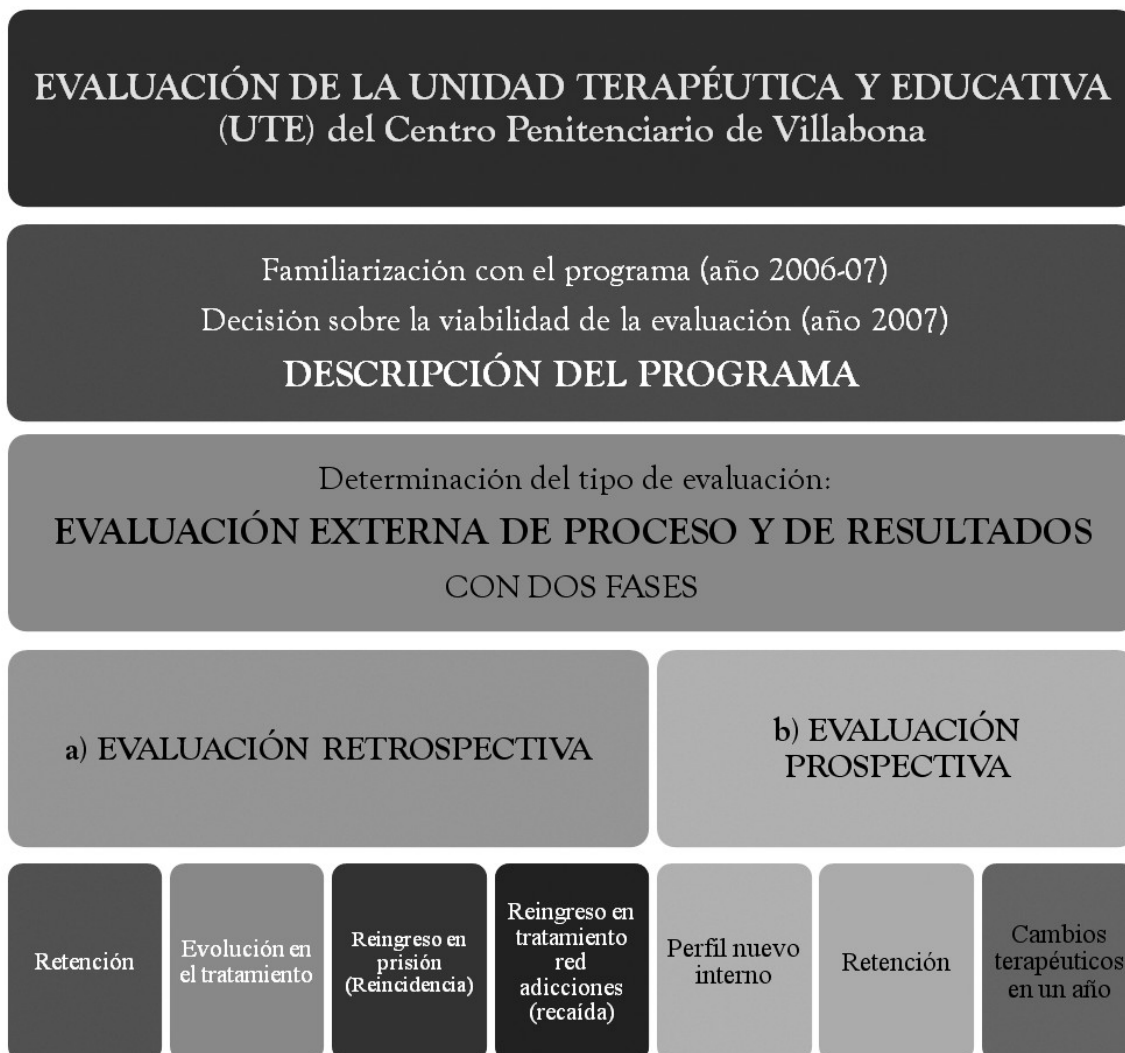
1. La primera fase se trata de una evaluación retrospectiva de resultados, donde se realizó un análisis de los indicadores de rendimiento terapéutico (retención, evolución en el tratamiento, reincidencia y recaída) en los sujetos que participaron en el programa la UTE durante el período comprendido entre los años 2000 y 2006. Este objetivo se desglosa a su vez en dos apartados:
2. En el primer apartado se ofrecen los resultados de toda la población atendida a lo largo de los 7 años de evaluación (N=1630 internos), respecto al tiempo de estancia en el programa, al número de bajas, y a los motivos de la baja de los internos participantes.
3. En el segundo apartado se presentan los resultados del total del número de derivaciones a unidades de tratamiento extra-penitenciario ocurridas entre los

años 2000 y 2005 (N= 289 derivaciones), el tiempo de estancia media en estos programas y los motivos de la baja de los participantes. Igualmente, se analiza la reincidencia de aquellos internos que alcanzaron las situaciones de Libertad Condicional y Definitiva mientras realizaban el programa (N= 151 sujetos), y se presentan los resultados de recaída posterior en el consumo de sustancias.

4. La segunda fase es una evaluación prospectiva, con un diseño *ex post facto* de medidas repetidas, de los cambios producidos por la UTE en cuanto a la motivación, el perfil de gravedad de la adicción y el perfil de personalidad tras un año de tratamiento. Asimismo, se analiza el efecto de determinadas variables individuales sobre la retención en el tratamiento dispensado en la unidad. En esta evaluación se incluyen todos los nuevos ingresos en la UTE que cumplieran criterios diagnósticos de TUS y nunca antes habían estado ingresados en el módulo (N=87 sujetos). Por último, se analizaron los cambios en el perfil psicopatológico, adictivo y comportamental provocados por la intervención al cabo de seis y doce meses de estancia.

En orden de facilitar el proceso de lectura, se presentarán por separado los objetivos, instrumentos y método de cada apartado de la evaluación; así como los resultados de los mismos.

Esquema 1: Fases de la evaluación del programa de la Unidad Terapéutica y Educativa



## **Capítulo 4:**

# **EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE RESULTADOS**

## **4.1. Objetivos, instrumentos y método de la evaluación retrospectiva**

### **4.1.1. Objetivos**

El objetivo principal de la evaluación de resultados fue realizar un análisis de los indicadores de rendimiento terapéutico sobre los internos que formaron parte del programa de la UTE durante un período de 7 años (2000- 2006). Así, para lograr esta meta, nos serviremos de dos análisis diferenciados:

En el primero, se brindan los resultados que atañen a la población atendida a lo largo de estos 7 años de evaluación que se han podido recabar referentes al tiempo de estancia en el programa, número de bajas y motivos de la baja de los internos participantes.

En el segundo, se muestran los resultados de las 289 derivaciones a otros servicios de tratamiento extra-penitenciario que tuvieron lugar entre los años 2000 y 2005, el tiempo de estancia media en estos programas y los motivos de la baja de los participantes en los mismos. Asimismo, se analizan las tasas de reincidencia de aquellos 151 internos que alcanzaron las situaciones de Libertad Condicional y Definitiva mientras realizaban el programa, y se presentan los resultados de recaída posterior en el consumo de sustancias.

### **4.1.2. Participantes**

Por un lado, en el intervalo comprendido entre los años 2000 a 2006, la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona acogió a un total de 1630 internos. Esta es la población sobre la cual se analizó la retención, la evolución en el tratamiento intrapenitenciario y el porcentaje de derivaciones. Asimismo, y previo estudio del número de derivaciones en art. 182 del vigente Reglamento Penitenciario (RP)<sup>2</sup>, se han analizado la retención y evolución en el programa extra-penitenciario, así como la reincidencia y recaída tras el tratamiento extrapenitenciario. En concreto, la

---

<sup>2</sup> Artículo 182.1 del RP: Internamiento en centro de deshabitación y en centro educativo especial: 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 deshabitación de drogodependencias y otras adicciones, dando cuenta al Juez de Vigilancia.

evaluación de la reincidencia delictiva, se ha analizado con todos los sujetos que causaron baja en el Centro Penitenciario de Villabona por haber alcanzado durante su estancia en el programa externo las condiciones de Libertad Definitiva o de Libertad Condicional. Los casos de internos que causaron baja en programa sin haber alcanzado alguna de estas situaciones de Libertad han sido excluidos del análisis, dado que todos estos sujetos reingresaron o debieron reingresar de nuevo en el Establecimiento Penitenciario de Villabona. Este análisis de Reincidencia se refiere al período comprendido entre los años 2000-2005.

#### ***4.1.3. Definición de las variables estudiadas***

**Retención:** La retención en el tratamiento se definió como el número de días consecutivos de tratamiento tras el ingreso en la Unidad o en un centro extra-penitenciario.

**Evolución del tratamiento:** La evolución del tratamiento se definió como *buena* cuando se cumplía la condición de haber permanecido los últimos 90 días ingresado en el espacio de la UTE, pues, de acuerdo a la literatura previa, 3 meses es el mínimo de tiempo necesario para observar efectos en tratamientos similares (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson y Etheridge, 1997; NIDA, 2007; Simpson, Joe y Rowan-Szal, 1997). Las condiciones en las que los internos fueron expulsados del módulo terapéutico o lo abandonaron voluntariamente sin haber permanecido ingresados 90 días consecutivos en la UTE, fueron consideradas como una mala evolución del tratamiento.

**Reincidencia:** La Reincidencia se definió como un ingreso en prisión, posterior y por una nueva causa, a la fecha en la que los internos alcanzaron la situación de Libertad Definitiva o Condicional desde los programas terapéuticos externos a que fueron derivados.

**Recaída:** La Recaída en el consumo de drogas se ha definido como el reingreso en el mismo o en otro centro terapéutico extra-penitenciario posterior a la fecha de derivación. También como la confirmación, por parte de los responsables de estos programas, de nuevos consumos problemáticos en los sujetos participantes.

#### **4.1.4. Procedimiento**

La recogida de datos para el primer apartado de la evaluación se llevó a cabo mediante el estudio de los *Libros de Altas/Bajas* de la Unidad, que contienen información manuscrita sobre los numerosos movimientos de ingreso/cese que diariamente tienen lugar en la UTE. Desafortunadamente, estos *Libros* informan únicamente de las fechas de altas/bajas, así como de la procedencia y destino de los internos cuando ingresan o abandonan la Unidad. No hemos podido evaluar otros datos de interés, como algunos sociodemográficos (edad, nivel de estudios, estado civil...), penitenciarios (clasificación de los penados ingresados, tiempo de condena pendiente y al ingreso) y adictivos (sustancia principal, años de consumo, problemas psicopatológicos concomitantes) de los internos, dado que esta información no fue recogida por la UTE.

Los datos de internos beneficiarios de la aplicación del art. 182 del R.P., se han obtenido a través de los informes del Centro de Inserción Social (C.I.S.)<sup>3</sup> del C.P. Villabona. La información contenida en estos documentos sólo estaba informatizada desde el año 2004, por lo que los datos relativos al período comprendido entre los años 2000-2004, originalmente en papel y escritos a mano, han sido introducidos en bases informatizadas por los investigadores de este proyecto.

Estos informes incluyen los nombres de los internos beneficiarios, la fecha de Alta o Ingreso en el programa externo, y la fecha de baja en el Centro Penitenciario siempre que aconteciesen las situaciones de Libertad Condicional o Definitiva mientras el interno realizaba el programa. La fecha de baja y los motivos de la Baja en el programa extra-penitenciario sólo figuraban en los casos de internos expulsados, evadidos o que abandonaron voluntariamente el programa externo correspondiente, porque, en general, esta fecha coincidía con la del reingreso en prisión.

---

<sup>3</sup> Los Centros de Inserción Social (CIS) son establecimientos penitenciarios destinados al cumplimiento de las penas privativas de libertad en régimen abierto y de las penas de arresto en fin de semana. También al seguimiento de penas no privativas de libertad que se establece en la legislación penal y cuya ejecución se atribuye a los servicios penitenciarios (Ministerio del Interior, 2007).

Todos estos datos han sido posteriormente cotejados con los datos procedentes de los Libros de Altas/Bajas de la Unidad Terapéutica y Educativa, en la idea de confirmar que la derivación a estos programas externos se producía desde la UTE y no desde otros módulos no terapéuticos del mismo Establecimiento. Igualmente, los investigadores se han puesto en contacto con las Unidades Extra-penitenciarias colaboradoras (ADSIS, Proyecto Hombre, Centro Reto, Asociación de Amigos Contra la Droga, etc.), para cotejar estos datos y para recabar otros referentes a la retención en el programa y a la recaída posterior en el consumo de sustancias.

Por último, se evalúa la reincidencia de todos los sujetos derivados desde la UTE a programas extra-penitenciarios, y que causaron baja en el Centro Penitenciario de Villabona por haber alcanzado durante su estancia en el programa externo las condiciones de Libertad Definitiva o de Libertad Condicional. Los casos de internos que causaron baja en programa sin haber alcanzado alguna de estas situaciones de Libertad han sido excluidos del análisis, dado que todos estos sujetos reingresaron o debieron reingresar de nuevo en el Establecimiento Penitenciario de Villabona.

Este análisis de Reincidencia se refiere al período comprendido entre los años 2000-2005. No hemos considerado oportuno analizar la reincidencia de quienes causaron baja en el año 2006, porque la mayor parte de las investigaciones previas que analizan este aspecto (Prendergast, Podus y Chang 2000), utilizan periodos de tres o más años de seguimiento tras la liberación de los egresados, al estimar que el 67,7% de todas las reincidencias ocurren en los dos primeros años y que el 32,3% restante acontece a partir del tercer año de la liberación (Redondo, Sánchez-Meca y Garrido, 1999).

Para este propósito, y con el consentimiento y permiso de las autoridades penitenciarias responsables (Art. 6 del Reglamento Penitenciario), se han utilizado las bases de datos del S.I.P (Servicio Informático Penitenciario), y de los ficheros penitenciarios manuscritos del Establecimiento de Villabona. El período de observación de la reincidencia se realizó en el intervalo correspondiente a los meses de Mayo y Julio del año 2008. Los resultados se presentan ordenados por periodos, desde el año 2000 hasta el 2005.



Así pues, este apartado de la Evaluación Retrospectiva recoge los datos de todos los internos derivados desde la UTE a Programas Terapéuticos extra-penitenciarios durante el período comprendido entre los años 2000-2005, ambos inclusive.

#### **4.1.4. Análisis de los datos**

Se realizaron análisis descriptivos y bivariados en las siguientes variables: reincidencia, tiempo hasta la reincidencia, estancia media en UTE pre-liberación y retención en programas extra-penitenciarios.

En segundo lugar, y con el propósito de pulsar posibles diferencias entre el grupo de reincidentes frente al de no reincidentes, se efectuaron análisis no paramétricos mediante la aplicación de los estadísticos U de Mann-Whitney y de Chi-Cuadrado entre la variable reincidencia y las variables retención en el programa extra-penitenciario, retención anterior en la UTE, Altas Terapéuticas y Recaída posterior.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico PASW.18 y el nivel de significación se ha establecido *a priori* en 0.05.

## **4.2. RESULTADOS**

### **4.2.1. Población atendida 2000-2000**

En el intervalo comprendido entre los años 2000 a 2006, la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona acogió a un total de 1630 internos. El tiempo de estancia media para estos sujetos ha sido de  $163,60 \pm 223,98$  días, y el rango entre 1 y 1685 días.

A lo largo de estos años, el 43,5 % de estos sujetos ingresaron en la Unidad en más de una ocasión. La media de ingresos en la UTE para estos sujetos ha sido de  $3,02 \pm 1,42$  y el rango entre los 2 y los 11 ingresos.

El 56.5 % de sujetos restantes sólo había ingresado una vez en la UTE durante el periodo que contempla esta evaluación. En la Tabla 6 y en la Figura 1 se presentan estos datos.

Tabla 6: Ingresos y Reingresos en la UTE

Ilustración 1: Ingresos en la UTE

Población atendida (n)	Sólo 1 ingreso F,%	Más de 1 ingreso F,%	Media ingreso
1630	56.5%	43.5%	3,02±1,42

#### 4.2.2. Retención en la UTE

Con respecto a la primera variable, referida a la RETENCIÓN en la Unidad Terapéutica y Educativa del C.P. de Villabona, un total de 308 internos causaron baja en la UTE en el año 2000. La estancia media en programa para 187 de los 308 sujetos fue de 55,70 días y el rango entre los 1 y los 327 días. Las razones de esta pérdida de sujetos para el análisis de retención en el año 2000 se relacionan, por un lado, con el hecho de que muchas de estas personas ya habían ingresado en la UTE en años anteriores a los analizados por esta investigación, y en menor medida, porque los Libros de Altas/Bajas que hemos manejado para el análisis (recuérdese que se trata de documentos manuscritos por personas diferentes), obvian en ocasiones la fecha y/o el destino de las personas que abandonan la Unidad.

En general, el tiempo de estancia media en la Unidad se incrementa conforme lo hace el año de evaluación. Así, la estancia media en programa fue de 121 días para el año 2001; de 160 días durante el año 2002; de 166 días en el año 2003; 206 días en el año 2004, y de 161 y 203 días durante los años 2005 y 2006, respectivamente.

El incremento en la capacidad de la UTE (100 camas más) en el año 2005 no sólo condujo a un incremento notable de la población atendida, sino que ha provocado un descenso paradójico en el número de días de ingreso de los internos. Así, en el año 2005, los 493 sujetos que causaron baja en la Unidad presentaron una estancia media de 163 días, con un rango entre 1 y 1259 días. Todos estos datos se exponen en la Tabla 7:

Tabla 7: Estancia media de las personas que causaron baja en la UTE

AÑO	Nº de camas	POBLACIÓN ATENDIDA (N)	BAJAS (N)	ESTANCIA MEDIA (días)	RANGO
2000	276	428	<b>308</b> (71,96%)	55,70 ± 68,82	1-327 días
2001	276	421	<b>287</b> (68,17%)	121,83 ± 130,28	1-646 días
2002	276	490	<b>322</b> (65,71%)	160,38 ± 187,40	1-959 días
2003	276	509	<b>327</b> (64,24%)	166,05 ± 219,16	1-1313 días
2004	276	507	<b>319</b> (62,91%)	206,29± 266,92	1-1520 días
2005	376	719	<b>493</b> (68,56)	163,15 ± 241,92	1-1259 días
2006	376	721	<b>473</b> (65,60%)	203,42 ± 260.14	1-1685 días
TOTAL*	-	3795	2529 (66,64%)		

\* El número de personas atendidas es mayor porque algunos sujetos permanecen en la UTE desde los comienzos

#### 4. 2. 3. Evolución del tratamiento

A lo largo de los años, en torno a la mitad de personas atendidas en la UTE (el 46,6%) cumplieron el criterio de BUENA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO (segunda variable), es decir permanecieron ingresados en la Unidad 90 días consecutivos o más. El tiempo de estancia media para estos sujetos fue de 320 días y el rango entre 90 y 1685 días.

El 53,4 % restante no cumplió el criterio de buena evolución del tratamiento con una estancia media en la UTE de 30 días y un rango entre 1 y 89 días. Todos estos datos se exponen en la Tabla 8:

Tabla 8: Evolución del tratamiento en la UTE

AÑO	BAJAS (f%)	BUENA EVOLUCIÓN f, %	ESTANCIA MEDIA (días)	MALA EVOLUCIÓN (f,%)	ESTANCIA MEDIA (días)
2000 (123 perdidos)	308	42 (22,7)	162,05 ± 67,46	143 (77,3)	24,95 ± 23,86
2001 (40 perdidos )	287	110 (44,5%)	231,54 ± 124,77	137 (55,5)	33,75 ± 25,96
2002 (22 perdidos)	322	153 (51%)	282,31 ± 193,15	147 (49,0)	32,23 ± 26,23
2003 (20 perdidos)	327	146 (47,6)	321,08 ± 243,11	161 (52,4)	32,01 ± 26,25
2004 (3 perdidos)	319	163 (51,6)	372,86 ± 284,37	153 (48,4)	29,35 ± 25,03
2005 (4 perdidos)	493	216 (44,2)	334, 23 ± 283,31	273 (55,8)	27,67 ± 25,45
2006 (16 perdidos)	473	239 (52,3)	363.01 ± 276.78	218 (47,7)	30,83 ± 25,25
TOTAL (228 perdidos)	2529	1069 (46,6)	319,95 ± 251,89	1232 (53,4)	30,04± 25,53

#### 4.2.4. *Motivos de baja en la unidad terapéutica*

A partir de aquí, los análisis se realizan para las derivaciones ocurridas en el intervalo 2000-2005.

Las razones de baja en el programa UTE son variadas. Una de ellas se refiere a la excarcelación de los reclusos, en cualquiera de las tres situaciones de Libertad Definitiva, Libertad Condicional o Libertad Provisional. Otra tiene que ver con el abandono voluntario o la expulsión de la Unidad, por lo que el destino obligado es siempre un Módulo no terapéutico de la misma prisión. En otras ocasiones los internos, -generalmente aquellos clasificados en tercer grado de tratamiento y que acceden a una modalidad de vida en régimen abierto-, son derivados a instituciones extra-penitenciarias que trabajan con el propósito de continuar con la deshabitación de sus

problemas de drogodependencias. Otro de los casos se refiere al abandono del programa (provisional o no) para la práctica de diligencias o para la celebración de juicios pendientes en el exterior. Este motivo se recoge agrupado en el epígrafe “conducción”. Por último, la categoría “otras razones” agrupa los casos de internos que causaron baja en la UTE por traslado a los módulos de enfermería, al Hospital, al C.I.S, o por la aplicación del art. 83<sup>4</sup> del vigente Reglamento Penitenciario.

Como puede apreciarse en la Tabla 9, aproximadamente la mitad de los internos (54,23%) que causaron baja en el programa, lo abandonaron voluntariamente o fueron expulsados de la Unidad, y tuvieron como destino obligado un módulo diferente del mismo Establecimiento Penitenciario. No hemos podido establecer el porcentaje de abandonos frente al de expulsiones, pues los *Libros* en los que se recogieron los datos a que se refiere esta evaluación, no detallan este extremo.

Aunque a considerable distancia, la segunda razón más frecuente de baja se relaciona con la excarcelación de los reclusos, en cualquiera de las situaciones de Libertad Definitiva, Condicional o Provisional, donde a lo largo de los 6 años que abarca esta evaluación, fueron puestos en libertad el 19,02% del total de la muestra cesante.

Por último, un 14,66% de las personas que causaron baja en la Unidad fueron derivados a programas extra-penitenciarios, mientras que los casos de “conducción” y “otras razones”, englobaron a un porcentaje menor de sujetos (8% y 4,05% respectivamente). Todos estos datos se presentan con detalle en la Tabla 9.

#### ***4.2.5. Evaluación de internos que acudieron a programas extrapenitenciarios***

A continuación se describen las Organizaciones no Gubernamentales y entidades que colaboran o han colaborado con la Unidad Terapéutica y Educativa. Su objetivo principal es la participación en programas de reducción de daños y riesgos, de intervención psicosocial, de deshabitación o de reincorporación social. En general,

---

<sup>4</sup> Art. 83.1. Objetivos y principios del régimen abierto. La actividad penitenciaria en régimen abierto tienen por objeto potenciar las capacidades de inserción social positiva que presentan los penados clasificados en tercer grado, realizando las tareas de apoyo y de asesoramiento y la cooperación necesaria para favorecer su incorporación progresiva al medio social.

Tabla 9: Razones de baja en la UTE

AÑO	Libertad DEFINITIVA (f,%)	Libertad CONDICIONADA (f,%)	Libertad PROVINCIAL (f,%)	OTRO MÓDULO (f,%)	CONDUCIÓN (f,%)	PROGRAMA EXTRAPE- NIT. (f,%)	OTRAS (f,%)
2000 (N=281)	26 (9.3%)	2 (0,7%)	30 (10.7%)	124 (44,1 %)	19 (6,8%)	55 (19.6 %)	25(8,9%)
2001 (279)	41 (14,7%)	2 (0,7%)	27 (9,7%)	125 (44,8%)	13 (4,7%)	51 (18,3%)	20 (7,3%)
2002 (N=314)	40 (12,7%)	5 (1,6%)	17 (5,4%)	172 (54,8%)	25 (8%)	44 (14 %)	11 (5.5%)
2003 (N=320)	21 (6,5%)	2 (0,6%)	30 (9.3%)	180 (56,1%)	32 (10 %)	50 (15,6%)	5 (1,8%)
2004 (n=309)	26 (8,4%)	6 (1.9%)	10 (3,2%)	192 (62,1%)	28 (9,1%)	39 (12.6%)	8 (2,6%)
2005 (N=468)	49 (10.4%)	1 (0,2%)	40 (9,1%)	276 (58,6%)	41 (8.7%)	50 (10.6)	11 (2,3%)
TOTAL 1971	<b>375 (19,02%)</b>		<b>1069 (54,23%)</b>		<b>158 (8,01%)</b>	<b>289 (14,66)</b>	<b>80(4,05%)</b>

estas organizaciones obtienen la financiación principal por medio de subvenciones de los Planes sobre Drogas y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Son éstas:

- **La Fundación Instituto Spiral** es una organización dedicada al tratamiento de las adicciones y la salud mental en distintos ámbitos. Dispone de diferentes centros de tipo ambulatorio, residencial y semi-residencial donde llevar a cabo programas de desintoxicación, rehabilitación e inserción social en distintas poblaciones.
- **La Comunidad Terapéutica El Valle (APTAS)** es un centro Profesional de Rehabilitación de Drogodependientes. Se trata de una institución privada, debidamente acreditada, y concertada en parte por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias y en parte por el Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Madrid. Los Tiempos de estancia son variables y oscilan entre los 6 y los 12 meses. Sólo atiende a hombres mayores de edad. Las etapas del programa se dividen en (1) *adaptación al Centro, Evaluación y definición de*

*objetivos individuales, (2) mantenimiento de la abstinencia y maduración del cambio y (3) reinserción.* El formato terapéutico de esta comunidad es, indistintamente, individual, grupal y familiar, y las áreas de actuación se refieren a Educación para la salud, programación de salidas, prevención de recaídas, habilidades sociales, sesiones motivacionales, y programación de actividades socioeducativas y ocupacionales.

- **La Asociación para la Rehabilitación de Adicciones e Integración Social (ARAIS)** se dedica a la desintoxicación, rehabilitación e inserción social de las personas con problemas de adicciones. Cuenta también con un piso de inserción que trata de facilitar la incorporación de los internos a la vida socio- laboral. Trabaja con varones drogodependientes y sus objetivos terapéuticos son la deshabituación de sustancias tóxicas y la promoción de la competencia personal y de la reinserción social. Utiliza también Terapia individual, grupal y familiar y el programa terapéutico, que comienza cuando el interno llega desintoxicado, se divide en tres fases: Fase de Evaluación y Adaptación, Fase de Comunidad Terapéutica y Fase de Contacto con el medio.
- **La Fundación Proyecto Hombre** es el organismo que acoge a un mayor número de internos derivados de la UTE de Villabona. Colabora con la Unidad desde sus comienzos y los internos derivados pueden ingresar en cualquiera de los programas disponibles (alcohol, cocaína, etc.) El Programa de Comunidad Terapéutica Residencial ofrece un conjunto de instrumentos organizados y estructurados tendentes a conseguir que la persona, a través de la experiencia compartida con otros, tome conciencia de su realidad (autoconocimiento) y de sus verdaderas capacidades y habilidades, para ponerlas en juego y desarrollarlas. El principal objetivo del programa es fomentar el crecimiento personal y el proceso para conseguirlo se desarrolla a diferentes niveles: Conductual, Emocional, Cognitivo y Existencial.
- **La Asociación Amigos Contra la Droga** es un programa de integración laboral para drogodependientes con una capacidad para 30 personas en régimen de Centro de Día y para un número indeterminado en régimen abierto.

Los objetivos son proporcionar asistencia psicológica específica ante los problemas derivados de la adicción a sustancias, proporcionar recursos para el cumplimiento de medidas alternativas a la prisión, y desarrollar hábitos sociales y laborales básicos.

- La **Fundación ADSIS**, que trabaja específicamente con el colectivo penitenciario (no necesariamente toxicómano), persigue el propósito de conseguir la inserción social de los beneficiarios. ADSIS ha venido desarrollando numerosos programas adaptados a las diferentes situaciones de las personas privadas de libertad, intentando favorecer el contacto y la interacción progresiva con el medio social. Estos programas son:
  - Centro de Día
  - Campos de trabajo
  - Acompañamiento a la inserción laboral
  - Sextaferia
  - Talleres al interno en prisión
- Las **Asociaciones Evangélicas Miembros del Consejo Evangélico del Principado de Asturias (RETO y REMAR)** colaboran con la UTE desde el año 1998. Aunque el número de derivaciones a este Centro es cada vez más escaso, la Asociación acoge a todos los internos interesados en acudir.

#### ***4.2.6. Población atendida por los recursos extra-penitenciarios***

Durante el período comprendido entre el 01.01.00 hasta el 31.12.05 ha habido 289 derivaciones a distintas Unidades Dependientes de tratamiento extra-penitenciario como consecuencia de la aplicación del art. 182 del R.P.

El número total de sujetos beneficiarios durante los 6 años que abarca la evaluación fue de 254, lo que significa que 35 sujetos (el 12,1 %) fueron derivados desde la UTE a programas externos en más de una ocasión. La media de derivaciones

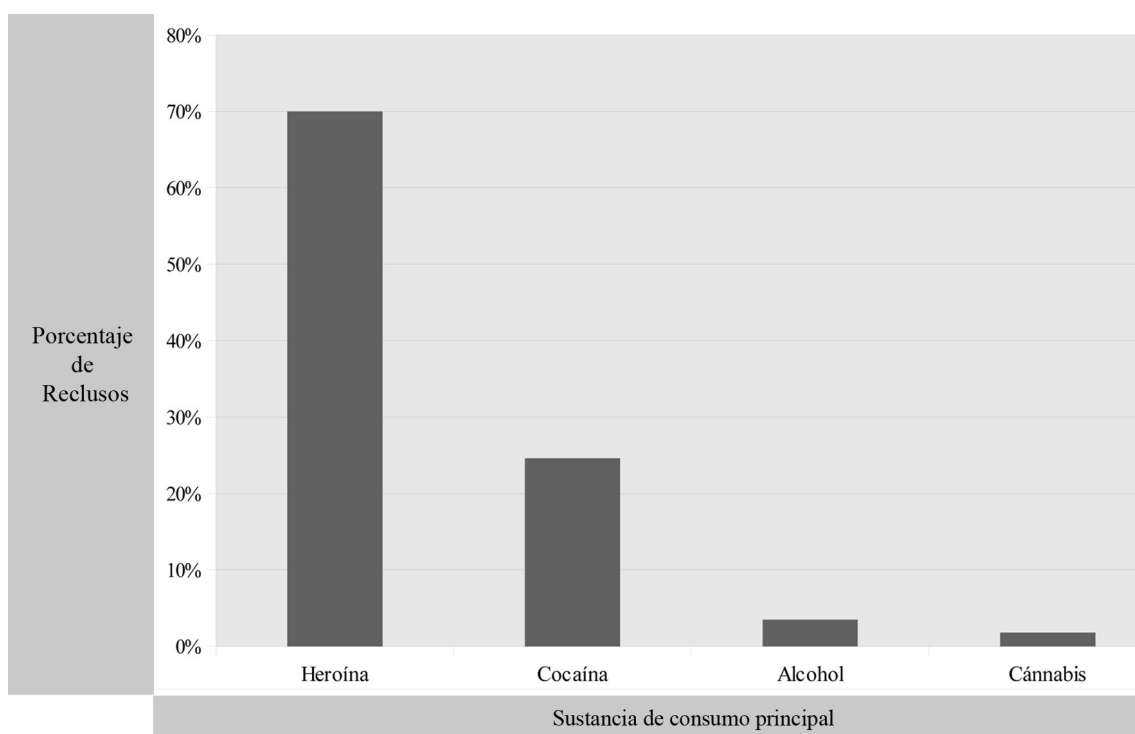


para estos internos fue de 2,16 y el rango se situó entre 2 y 3 derivaciones a Unidades de tratamiento exterior.

La media de edad al ingreso en estos programas fue de  $30,91 \pm 6,37$  años y el rango entre los 20 y los 47 años. Por sexos, el 94,5 % son varones, mientras que sólo el 5.5% son mujeres.

Aunque la mayoría de los internos derivados a estos programas se declararon policonsumidores, la droga principal o de referencia fue la heroína en un 70% de las derivaciones. A considerable distancia se situaron la cocaína, el alcohol y cannabis como vemos en la Figura 2, donde se representa esta distribución:

Figura 2: Distribución de derivaciones de acuerdo a la sustancia principal o de referencia

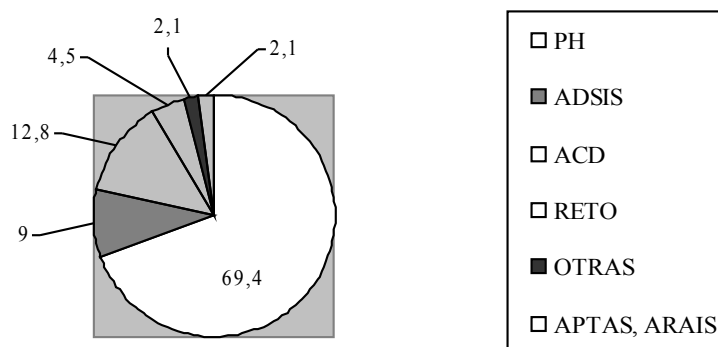


#### ***4.2.7. Distribución de derivaciones por programas extrapenitenciarios***

El programa de Proyecto Hombre es el que acoge la mayoría de los casos de derivación (69,4%, N=200), seguido a considerable distancia del centro de día Asociación Amigos Contra la Droga, que atendió durante este período al 12.8 % del

total de derivaciones (N=37) y por los programas realizados por la Fundación ADSIS (9%, n=26 personas). El resto de entidades colaboradoras se han ocupado durante este tiempo de un porcentaje de ingresos significativamente menor. Por ejemplo, el centro RETO ha recibido 13 derivaciones (el 4.5% del total), las Comunidades Terapéuticas de El Valle-APTAS y ARAIS recibieron 6 ingresos (el 2.1%), y las ONG Cruz Roja, Spiral, Proyecto Amigo y AUCLAR, que se han agrupado en la categoría “Otras”, acogieron al 2,1% (n=6 personas) del total de los ingresos derivados desde la UTE. No hemos podido averiguar el Programa de Acogida en 1 de las 289 derivaciones del año 2005. La distribución por programas extra-penitenciarios de los internos participantes puede observarse en la Figura 3.

Figura 1 : Distribución por derivación a programa extra-penitenciario (%)



En la Tabla 10 se presenta la distribución de los participantes en función del año de ingreso y del nombre del programa a que fueron derivados.

#### 4.2.8. Retención

##### 4.2.8.1. Estancia media en UTE anterior a la derivación

El tiempo de estancia previa en UTE hasta alcanzar el Tercer Grado penitenciario necesario para acceder a estos programas, aumenta conforme lo hace el año de evaluación. Así, mientras que en el año 2001 la estancia media se situó en 213 días de ingreso, en los años 2002 y 2003 la estancia media en UTE ascendió hasta los 299 y los 441 días de ingreso, respectivamente. Otro incremento notable se observó en el año

Tabla 10: Distribución de los participantes por año y por programa de derivación

AÑO	f	%	PROGRAMA					
			PH	ADSI	ACD	RETO	APTAS- ARAI	OTRA S
2000	55	19.03	45 (81,8%)	0	3(5.5%)	6 (10,9%)	1 (1.8%)	0
2001	51	17.64	40 (78,4)	0	8 (15.7%)	3 (5,9%)	0	0
2002	44	15.22	23 (52.3%)	0	16 (36.4%)	0	5 (11.4%)	0
2003	50	17.30	34 (68%)	8 (16%)	6 (12%)	1 (2%)	1 (2%)	1(2%)
2004	39	13.49	21 (53.8%)	11 (28.2%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	0	2 (5.1%)
2005 (1 sujeto perdido)	50	17.30	37 (75,5%)	7 (14,3%)	0	2 (4,1%)	0	3 (6,1%)
<b>TOTAL</b> (1 sujeto perdido)	289	100	200	26	37	13	6	6

Tabla 11: Derivaciones a programas extrapenitenciarios

	N	ESTANCIA PREVIA UTE (días)	Rango
AÑO 2000	55	97,46	3-309
AÑO 2001	51	213,89	14-646
AÑO 2002	44	299,14	1-959
AÑO 2003	50	441,81	20-1313
AÑO 2004	39	484,72	5-1451
AÑO 2005	50	455,38	13-1092

2004, con una estancia media en el módulo terapéutico de 484 días antes de poder beneficiarse de la aplicación del art. 182 del R.P.

Aunque pueda llamar la atención el tiempo de estancia media en 2000, que se situó en 97,46 días, es preciso señalar que la estimación de este tiempo sólo ha podido realizarse para 13 de los 55 sujetos que ingresaron en las unidades extra-penitenciarias en el año 2000.

En la Tabla 11 se detallan todos estos datos ordenados de acuerdo al año de derivación.

#### 4.2.8.2. Retención en el programa extra-penitenciario

Los resultados que se presentan en este apartado se refieren de nuevo a las 289 derivaciones a programas extra-penitenciarios ocurridas entre los años 2000 y 2005.

Así, y a lo largo de estos años, el tiempo medio de retención en el programa fue de 350 días, con un rango entre 1 día y 2338 días. En la Tabla 12 se presentan los datos de estancia media en el programa extra-penitenciario en función del año de derivación.

Tabla 12: Retención en programas extrapenitenciarios

AÑO	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO
2000	55	289,46	302,27	1	1263
2001	51	396,27	464,87	10	2338
2002	44	340,68	341,19	9	1397
2003	50	423,37	326,13	1	1328
2004	39	266,88	216,96	6	685
2005	50	335,59	254,01	1	817
TOTAL	289	350,04	337,64	0	2338

#### 4.2.8.3. Bajas y motivos de la baja en programas extrapenitenciarios

A continuación se describen las razones por las que los internos derivados de la UTE causaron baja en los programa de tratamiento extra-penitenciario. Estas razones, han podido recogerse para un total de 248 de las 289 derivaciones y a continuación se ordenan de acuerdo a su frecuencia de aparición.

**Abandono voluntario:** La mayoría de internos derivados a unidades de tratamiento extra-penitenciario abandonaron voluntariamente el programa de intervención (43,1 %), y, en general, regresaron a cumplir el resto de su condena al Centro Penitenciario de Villabona.

**Alta Terapéutica:** En segundo lugar, aunque a una distancia considerable, se situaron los casos de internos que completaron el programa de tratamiento y que fueron dados de alta por los diferentes centros extra-penitenciarios. El número de internos que consiguieron el Alta Terapéutica fue de 64, lo que representa el 22,1% del porcentaje total de derivaciones.

**Expulsión:** El 19% de internos fueron expulsados del programa de tratamiento extra-penitenciario. Todos estos internos se presentaron voluntariamente en prisión y continuaron cumpliendo el resto de su condena en la prisión de Villabona. Las razones de la expulsión variaron en función de las exigencias y requisitos del programa específico en el que haya participado el interno. Esta evaluación no ha conseguido analizar estos datos, absolutamente inexistentes en las bases, informes y documentos manejados por esta investigación.

**Evasión:** Alguno de los internos expulsados, y en menor medida, de los internos que abandonaron voluntariamente el programa extra-penitenciario, decidieron evadirse del Centro Penitenciario tras la expulsión. Esta contingencia se produjo en el **8,9 %** del total de derivaciones (22 casos).

**Otras razones:** Dentro de esta categoría hemos agrupado las condiciones de fallecimiento, enfermedad grave y de conducción. Como ya se comentó en otro apartado de este documento, la *conducción* se refiere al abandono del programa (provisional o no) para la práctica de diligencias judiciales, como la celebración de juicios pendientes

o la necesidad de ejecutar de inmediato el cumplimiento de una condena. Sólo un pequeño porcentaje de internos (el 2,8%), ha causado baja en el Programa extrapenitenciario por estas razones.

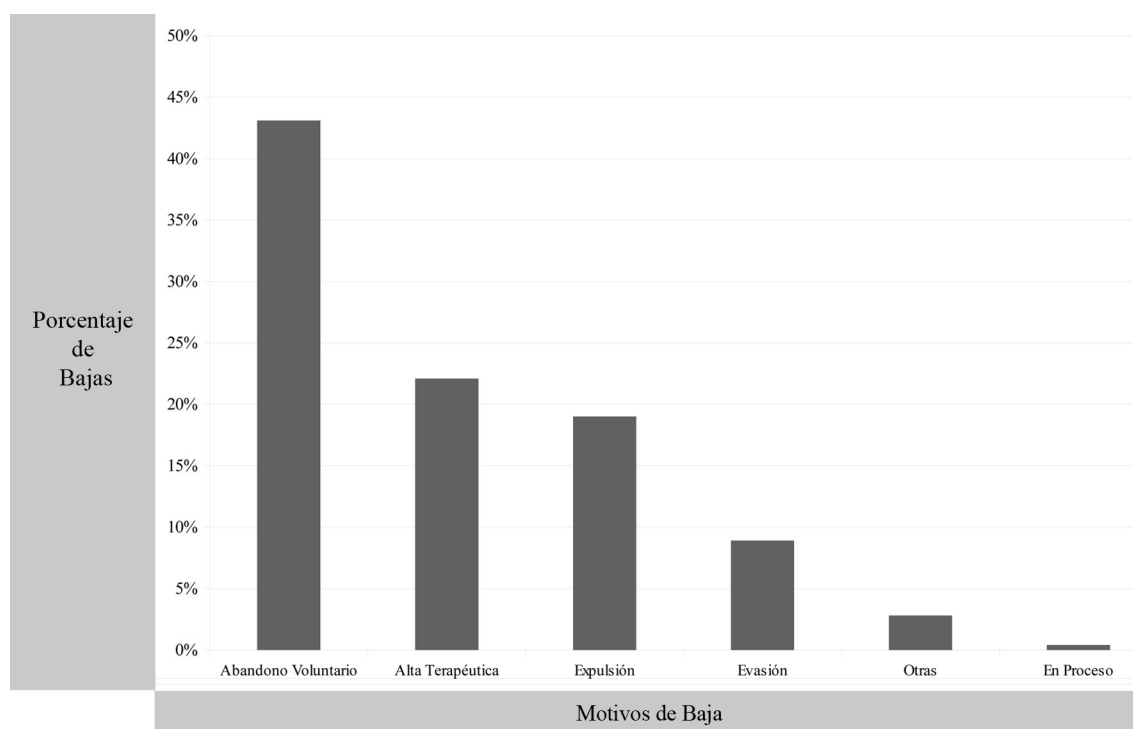
**En proceso:** Sólo uno de los internos (0,4%) derivados a programas extrapenitenciarios aún permanecía en proceso terapéutico durante el período de observación.

En la Figura 4 se visualizan estos datos y en la Tabla 13 se presentan ordenados de acuerdo al año de derivación.

Tabla 13: Motivos de la baja en programas extrapenitenciarios

AÑO	ABANDONO VOLUNTARIO			ALTA TERAPÉUTICA		EXPULSION		EVASIÓN		OTRAS*		EN PROCESO	
	N	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2000	55 (13 perdidos)	28	66,7	6	14,3	5	11,9	1	2,4	2	4,8	-	-
2001	51 (3 perdidos)	23	47,9	13	27,1	5	10,4	6	12,5	1	2,1	-	-
2002	44 (1 perdido)	14	32,6	13	30,2	8	18,6	6	14,0	2	4,7	-	-
2003	45 (5 perdidos)	15	33,3	16	35,6	10	22,2	3	6,7	1	2,2	-	-
2004	39 (13 perdidos)	9	34,6	6	15,4	8	30,8	2	7,7	1	3,8	-	-
2005	50 (6 perdidos)	18	40,9	10	22,7	11	25,0	4	9,1			1	2,3
TOTAL	248 (41 perdidos)	107	43,1	64	22,1	47	19	22	8,9	7	2,8	1	0,4

Figura 4: Motivos de la baja en el programa extra-penitenciario



#### ***4.2.9. Reincidencia de internos que acudieron a programas extrapenitenciarios***

En este apartado se describen los resultados de la REINCIDENCIA de internos que alcanzaron la situación de Libertad Definitiva o Condicional en el Programa (tercera variable) antes del año 2006, así como del tiempo transcurrido hasta su reingreso en prisión. La reincidencia se definió como el reingreso en prisión por una causa posterior a la fecha en que los participantes alcanzaron alguna de ambas situaciones de libertad.

Debe señalarse también que algunos de los internos evaluados han ingresado en prisión el mismo día que causaron baja en el programa extra-penitenciario. Este hecho es siempre una consecuencia de la aplicación de nuevas medidas adoptadas por el Centro Penitenciario y que se producen en respuesta a la comisión de infracciones o delitos acontecidos durante la estancia en el Programa de tratamiento exterior. Sin embargo, y dado que estos internos no habían alcanzado la Libertad, no formaron parte del análisis de reincidencia.

151 sujetos de las 289 derivaciones (el **52,24%** de las derivaciones), alcanzaron en alguna ocasión la situación de Libertad condicional o definitiva mientras realizaban el programa extra-penitenciario. De éstos, el 69,9% alcanzaron la situación de Libertad Condicional y el 30,1% restante consiguieron la situación de Libertad Definitiva mientras realizaban el programa externo de derivación.

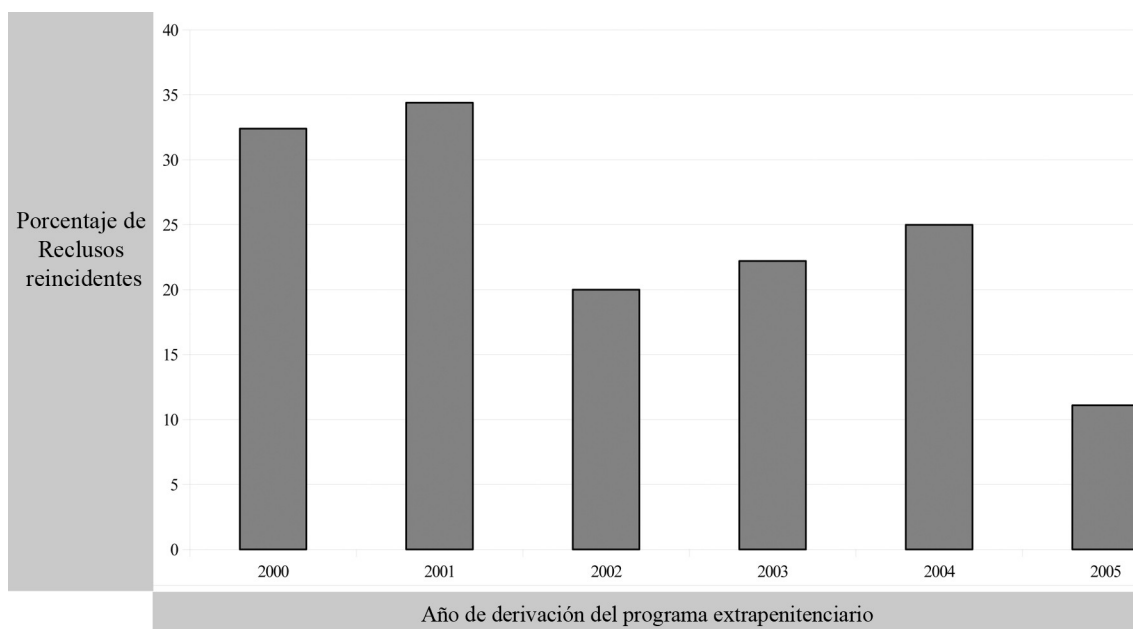
La Tabla 14 informa de la reincidencia en función del año en que se produjo la derivación. De acuerdo a la fecha de derivación, los mayores porcentajes de reincidencia se observaron en las personas derivadas en los años 2000 y 2001, con un porcentaje observado del 32,4% para el año 2000 y del 34,4 % en los sujetos derivados en el año 2001.

Tabla 14: Análisis de reincidencia por año de derivación

	TOTAL EVALUADO S	REINCIDENCIA (f, %)	TIEMPO EN PROGRAMA (días)	ALTA TERAPÉUTICA (f)	TIEMPO HASTA REINCIDENCIA (días)
<b>AÑO 2000</b>	34	<b>11 (32,4%)</b>	257,78±202,9 5	1	1481,50
<b>AÑO 2001</b>	32	<b>11 (34,4%)</b>	449,09±689,1 7	3	1078,43
<b>AÑO 2002</b>	25	<b>5 (20%)</b>	255,40±264,5 4		672,79
<b>AÑO 2003</b>	27	<b>6 (22,2%)</b>	197,00±198,5 3		617,17
<b>AÑO 2004</b>	24	<b>6 (25%)</b>	118,50±128,5 3		416,50
<b>AÑO 2005</b>	9	<b>1 (11,1%)</b>	296		332
<b>TOTAL</b>		40	287,00±416,9 6	4	

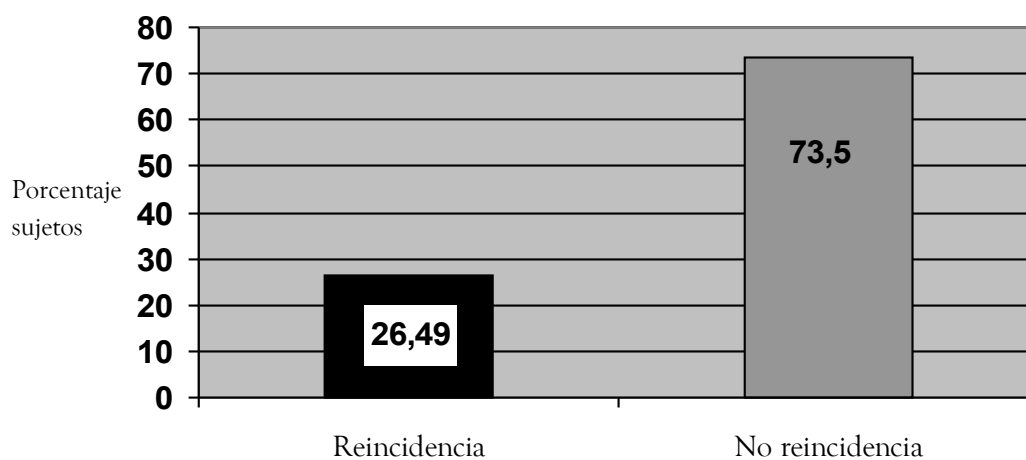


Figura 5: Porcentaje de Reincidencia por año de derivación



El estudio de **reincidencia global** para estos internos indicó que 40 de ellos (26,49 %) ingresaron de nuevo en prisión como consecuencia de la comisión de nuevos delitos. Los 111 sujetos restantes (73,50 %) no habían ingresado en las prisiones españolas hasta la fecha de esta evaluación.

Figura 6: Porcentaje de Reincidencia de internos derivados a unidades extra-penitenciarias

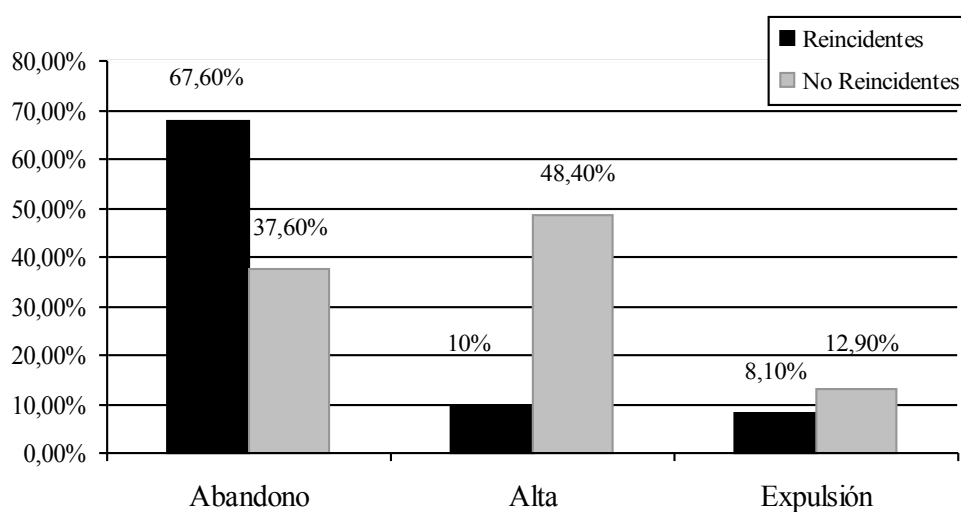


El tiempo transcurrido hasta la reincidencia para estos 40 internos fue de 1031,17  $\pm$  663,06 días y el rango entre 28 y 2240 días. Se encuentran diferencias en las razones de baja en el programa externo entre el grupo de reincidentes y no reincidentes se detallan y grafican en la Tabla 15 y en la Figura 7.

**Tabla 15: Razones de baja en programas extrapenitenciarios**

<b>RAZONES BAJA</b>	<b>REINCIDENTES (N=40) (f, %)</b>	<b>NO REINCIDENTES (N=111) (f, %)</b>
ABANDONO VOLUNTARIO	25 (67,6)	35 (37,6)
ALTA TERAPÉUTICA	4 (10)	45 (48,4)
OTRAS	2 (5,4)	1 (1,1)
EXPULSION	3 (8,1)	12 (12,9)
EVASIÓN	3 (8,1)	
<b>TOTAL</b>	<b>37(3 perdidos)</b>	<b>93 (18 perdidos)</b>

**Figura 7: Relación entre reincidencia y motivo de baja**



Análisis posteriores indicaron la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (reincidentes y no reincidentes) entre las variables *tiempo de estancia en el programa extra-penitenciario* ( $p=.000$ ) y *tiempo anterior en la UTE* ( $p=.025$ ). Como puede verse en la Tabla 15, el grupo de las personas que reingresaron en prisión permanecieron menos tiempo tanto en la UTE de Villabona, como en el programa de derivación.

Tabla 15: Diferencias entre los grupos de reincidentes y no reincidentes

	Media		Significación
	Reincidentes	No Reincidentes	
Tiempo en Programa extra-penitenciario	287,00±416,26	464,80±309,69	$p = ,010$
Tiempo anterior en la UTE	261,32 ± 194,96	402,64± 270,40	$p = ,026$
	Frecuencia		
	Reincidentes	No Reincidentes	
Alta Terapéutica	4	45	$p = ,000$
Recaída Posterior	63	19	$p = ,000$

Los análisis de Chi-cuadrado señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las variables reincidencia y porcentaje de altas terapéuticas [ $\chi^2 = 15,650$ ;  $p = ,000$ ], así como entre las variables reincidencia y recaída posterior en el consumo de drogas [ $\chi^2 = 20,584$ ;  $p = ,000$ ]. En ambos casos, el porcentaje de sujetos que NO fueron Alta Terapéutica en el programa extra-penitenciario o que recayeron posteriormente, fue mucho mayor en el grupo de quienes habían reincidido. Todos estos datos aparecen reflejados en la Tabla 15.

Las relaciones entre las variables reincidencia y edad de los sujetos, o entre reincidencia y otros motivos de baja en programa externo, no fueron estadísticamente significativas.

Los porcentajes de internos reincidentes de acuerdo al programa de derivación se detallan en la Tabla 16.

Tabla 16: Distribución de reincidencia por programa de derivación

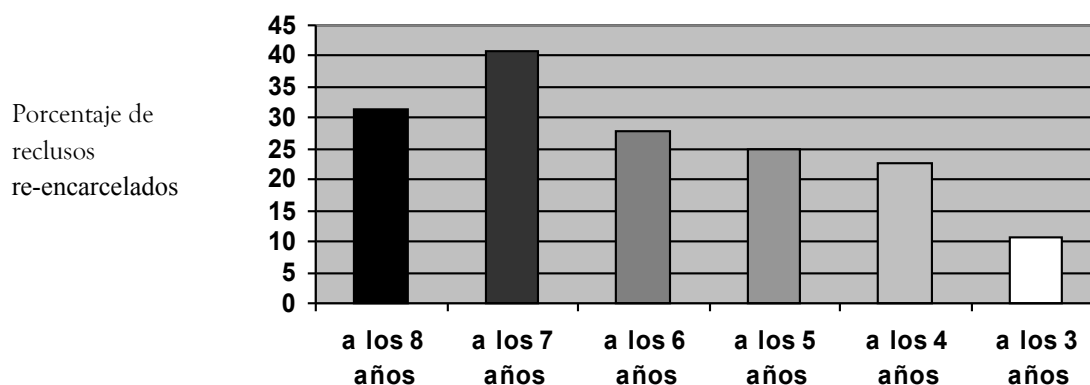
PROGRAMA	REINCIDENCIA			
	TOTAL	NO	SI	%
PH	107	76	31	28,97
ACD	23	17	6	26,08
ADSIS	8	7	1	12,5
APTAS, ARAIS	4	3	1	25
OTRAS	2	1	1	50
	144	104	40	

A continuación se desglosa el mismo estudio de reincidencia teniendo en cuenta el año en el que los sujetos analizados alcanzaron la libertad. Este análisis se ha realizado con 149 de los 151 sujetos, por no haber podido disponer de la fecha exacta de libertad de los 3 sujetos perdidos (2 de ellos reincidentes y el otro no reincidente). Estos resultados se presentan a continuación de acuerdo al año de liberación.

Tabla 17: Reingreso en prisión (reincidencia) de los sujetos de acuerdo al año de derivación a un recurso de tratamiento extrapenitenciario sustitutivo a la condena en prisión.

Año de derivación	Número de internos	Reingreso en prisión		Tiempo hasta la reincidencia (Media días, meses)	Estancia media en el programa extrapenitenciario antes de reincidir
		SÍ (F, %)	NO (F,%)		
2000 (8 años contemplados)	16 internos	5 (31,3%)	11 (68,8%)	1436,25 días (47,87 meses)	207,80 días (6,92 meses)
2001 (7 años contemplados)	22 internos	9 (40,9%)	13 (59,1%)	1495,89 días (49,86 meses)	201,13 días (6,70 meses)
2002 (6 años contemplados)	36 internos	10 (27,8%)	26 (72,2%)	1182,80 días (39,42 meses)	333,50 días (11,11 meses)
2003 (5 años contemplados)	24 internos	6 (25,0%)	18 (75%)	431 días (14.36 meses)	219,25 (7,30 meses)
2004 (4 años contemplados)	22 internos	5 (22,7%)	17 (77,3%)	623,75 días (20,79 meses)	77,80 días (2,59 meses)
2005 (3 años contemplados)	28 internos	3 (10,7%)	25 (10,7%)	161,33 días (5,37 meses)	248,33 días (8,27 meses)

Figura 8: Porcentaje de reincidencia desde el año de liberación



#### 4.2.10. *Recaída en el consumo de sustancias*

La cuarta y última variable tomada en esa fase evaluativa, es la RECAÍDA EN EL CONSUMO DE DROGAS, que hemos definido como el reingreso en el mismo o en otro recurso terapéutico posterior a la fecha de derivación. No nos ha sido posible estimar los datos de todos los sujetos debido a la imposibilidad de contactar con los centros a que los que estos habían sido derivados, así que presentamos los datos de los 224 sujetos encontrados.

Los resultados de recaída en el consumo de sustancias señalaron que el 45,3% de los 224 sujetos evaluados recayeron en el consumo de drogas tiempo después de haber realizado el programa de desintoxicación. El 52% de sujetos derivados no había recaído en el consumo de sustancias antes de la fecha de esta evaluación. Por último, 5 de los 224 sujetos restantes (2,2%) había fallecido antes de la fecha de realización de la evaluación de recaída, y 1 de los sujetos (0,2%) derivados en el año 2005 aún se encontraba en proceso de desintoxicación.

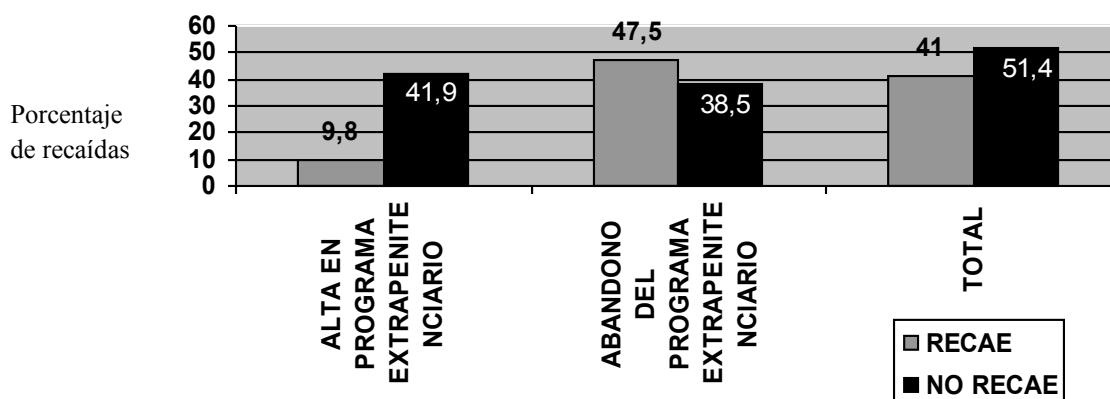
De los sujetos que recayeron, sólo el 10% habían sido Alta Terapéutica en el programa de derivación. El resto de sujetos (90%) habían abandonado el programa voluntariamente o fueron expulsados del mismo en algún momento anterior.

Tabla 18: Relación entre retención en programa extrapenitenciario y recaída

Recaída	f,%	Estancia media	Comparación
SI	102 (45,3%)	266,82 días	$p=,000$
NO	117 (52%)	441,47 días	
FALLECIMIENTO	5 (2,2%)		
EN PROCESO TERAPÉUTICO	1 (0,4%)		
TOTAL	225		

La estancia media en programa extra-penitenciario para los sujetos que recayeron fue de 266 días y la estancia media de quienes no recayeron se situó en torno a los 441 días. Los análisis posteriores indicaron la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre la variable recaída y la variable tiempo de estancia en programa extra-penitenciario ( $[U=4200; p=,000]$ ), con una estancia media significativamente menor para el grupo de personas que reanudaron el consumo problemático. En la Tabla 18 y en la Figura 9 se detallan todos estos datos.

Figura 9: Porcentaje de personas que reingresaron en un tratamiento para el abuso de drogas (recaída)



## **Capítulo 5:**

# **EVALUACIÓN PROSPECTIVA**

## **5.1. Objetivos, instrumentos y método de la evaluación prospectiva:**

### **5.1.1 Objetivos**

Esta sección tiene como objetivo fundamental conocer la eficacia terapéutica de la UTE de Villabona, como servicio de tratamiento del abuso de sustancias. De este objetivo general se desprenden otros específicos que se describen a continuación:

1. Realizar una estimación del perfil de gravedad de la adicción de los sujetos participantes, su motivación y perfil de personalidad.
2. Estimar el tiempo de estancia media en el programa terapéutico e identificar los predictores significativos de la retención a los 6 y 12 meses, analizando el peso de variables sociodemográficas, clínicas y motivacionales del pretratamiento.
3. Analizar el efecto del tratamiento sobre las diferentes variables estudiadas: detectar los cambios en el perfil psicopatológico, adictivo y comportamental provocados por la intervención para TUS dispensada en prisión a los 3, 6 y 12 meses desde el ingreso.

### **5.1.2. Participantes**

La muestra estuvo formada por un total de 87 sujetos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Ingreso Voluntario en la UTE durante el año 2006, presencia de un trastorno por abuso/dependencia de sustancias, tratarse del primer ingreso en la UTE, o en caso de haber estado previamente, no haber permanecido en la Unidad en una estancia anterior superior a 1 mes. La media de edad de los participantes fue de 31.78 (DT: 8.39) años y los criterios de inclusión en el estudio fueron: presentar un trastorno de abuso o dependencia de sustancias actual de acuerdo a los criterios DSM-IV-TR, ser hispano-parlantes y no haber ingresado previamente en esta unidad, o en caso de haber ingresado, no haber estado más de un mes en la misma. Todos firmaron una hoja de consentimiento informado para participar en el estudio, con el conocimiento de la confidencialidad de los datos.



### **5.1.3. Procedimiento**

Se utilizó un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas, en el que el grupo experimental estuvo compuesto por una muestra de internos con trastorno adictivo que decidieron iniciar el programa terapéutico de la UTE. En el momento del ingreso del sujeto en la UTE, se recogieron medidas de distintas variables dependientes, y se repitieron al cabo de 1, 6 y 12 meses de intervención.

Los instrumentos EuropASI y SOCRATES fueron administrados por personal entrenado durante la primera semana de ingreso. Para evitar que los efectos de la intoxicación y/o la abstinencia de sustancias sesgasen las respuestas, el inventario MCMI-II se aplicó transcurrido un mes. Tras ese mismo tiempo se administró el primer EuropASI de seguimiento (n= 67). Por último, y al cabo de seis (n= 43) y doce meses (n=36), se realizaron de nuevo las evaluaciones con los tres instrumentos mencionados. Coincidiendo con los seguimientos (1, 6 y 12 meses) se realizaron analíticas de orina. Las diferencias de tamaño de muestra en las distintas medidas se deben a pérdidas aleatorias de sujetos como consecuencia de abandonos voluntarios, expulsiones, liberación, hospitalización y conducciones a otros centros penitenciarios.

#### **5.1.3.1. Instrumentos**

Para esta segunda fase de la evaluación, los instrumentos de medida utilizados fueron los siguientes:

- **Versión europea del Addiction Severity Index - EuropASI-** (Kokkevi y Hartgers, 1995): Es una entrevista semiestructurada que recoge información relevante de los diferentes aspectos que pueden contribuir a los procesos de abuso/dependencia del alcohol y de otras drogas. La entrevista explora las siguientes áreas: *situación médica, empleo y soportes, uso de alcohol, uso de drogas, situación legal, relaciones familiares y sociales, estado psiquiátrico*. Para la corrección de este instrumento se han utilizado las Puntuaciones Compuestas (*composite scores*), pues a juicio de sus propios autores, no sólo eliminan el alto grado de subjetividad del entrevistador, sino que también son más apropiadas para el uso en investigación (McLellan et al., 1985).

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon II –MCMI-II-** (Millon, 1997): El MCMI-II es cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 10 escalas básicas de personalidad (*esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva*), 3 escalas de personalidad patológica (*esquizoide, límite y paranoide*), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (*ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas*) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Además, consta de Escalas de control en cuanto a la validez, alteración, sinceridad y deseabilidad. Una puntuación TB>74 indica sospecha de presencia de un trastorno y una TB>84 indica sospecha de presencia y severidad de dicho trastorno (Millon, 1997).
- **Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale -SOCRATES-** (Miller y Tonigan, 1996). Es un cuestionario autoaplicado formado por 19 ítems que valora el grado de motivación para el cambio y deseo del paciente para iniciar un tratamiento. Está compuesto por tres factores: *Reconocimiento* del problema, *Ambivalencia* hacia el control del consumo y *Haciendo Cambios* (primeros pasos para solucionar su consumo problemático).
- **Medidas de consumo de drogas: Test MULTIDROG:** Es una prueba rápida y cualitativa que detecta simultáneamente la presencia en orina de múltiples sustancias de abuso o sus metabolitos, contemplando: morfina, heroína, opiáceos, fenciclidinas, metanfetaminas, cocaína, marihuana, anfetaminas, benzodiacepinas, barbitúricos y metadona.

#### **5.1.4. Análisis de los datos**

En primer lugar se analizaron los estadísticos descriptivos de todas las variables sometidas a estudio, porcentajes para las variables cualitativas y cuasi-cuantitativas, y

---

media, desviación típica y análisis de la forma de distribución para las variables cuantitativas.

En segundo lugar, para conocer la posible influencia de todas las variables (sociodemográficas, de motivación, de personalidad y de gravedad de la adicción iniciales) sobre la retención en el programa, se realizaron comparaciones en función de la variable independiente (*Permanencia o Abandono de la UTE*) utilizando el estadístico *t* de Student para muestras independientes con las variables demográficas, de historia y patrón de consumo, de motivación y psicopatológicas cuantitativas, mientras que con las variables cualitativas utilizamos el tablas de contingencias en las que hemos observado la significatividad ( $\chi^2$ ) y la magnitud de la relación (C= Coeficiente de contingencia o *Phi*). Del total de la muestra obtenida en la UTE han sido eliminados aquellos internos que abandonaron la UTE por causas externas al programa o al interno, como la obtención de la libertad del recluso o la conducción a otro centro penitenciario de otra comunidad autónoma, contando finalmente con 50 sujetos que presentaban las medidas completas de todos los seguimientos. Para analizar el peso de estas variables se llevaron a cabo análisis de Regresión de Cox, lo que nos permite obtener una función lineal de las variables independientes descritas y estimar en función del número de días de estancia, la probabilidad de que los internos abandonen el programa de la UTE, tanto a los 6 meses como al año. Ahora bien, la elección de las variables que se introdujeron en el análisis como variables predictoras, con ánimo de evitar la multicolinealidad y no introducir variables que no estén relacionadas con el hecho de abandonar o permanecer en la UTE, ha requerido un análisis de los datos secuencial y ordenado donde, además de tenerse en cuenta aquellas variables que han resultado relevantes en la revisión de la literatura se han tenido en cuenta dos aspectos. El primero de ellos es que las posibles variables predictoras estén relacionadas con el hecho de permanecer o abandonar su estancia en la UTE (variable dicotómica). De este modo, si las posibles variables predictoras eran cualitativas se realizaron análisis de tablas de contingencia examinando el coeficiente  $\chi^2$  o *Phi* (dependiendo del número de niveles de la posible variable independiente). Cuando las variables independientes fueron cuantitativas se examinó si manifestaban diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de

permanecer y/o abandonar en la UTE. El estadístico de contraste se eligió en función, de una parte, de si la distribución de las variables satisfacía el criterio o no de normalidad (Newman-Keuls). Cuando no se satisfizo se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney, cuando se satisfizo se utilizó el estadístico de Brown-Forsythe si las varianzas entre los grupos no resultaron homogéneas (probado mediante el estadístico de Levene) o bien el estadístico t de Student si las varianzas fueron homogéneas (Casares-López, González-Menéndez, Fernández, Secades y Fernández- Hermida, *en prensa*).

En este mismo apartado, el segundo aspecto tenido en cuenta ha sido la relación que tenían entre sí las posibles variables predictoras con ánimo de evitar tener multicolinealidad. Para ellos se han llevado a cabo un examen de las correlaciones entre ellas mediante el estadístico de Spearman. Para seleccionar el subconjunto de variables predictoras que más información aportan sobre las probabilidades de pertenecer a cualquiera de los dos grupos establecidos por los valores de la variable criterio (abandonar y permanecer) se utilizó el método de selección Forward y los criterios Puntuación Eficiente de Rao y el estadístico de Wald para la selección y eliminación de variables. Para evaluar la bondad del ajuste del modelo y analizar cuán probables son los resultados muestrales a partir del modelo ajustado hemos examinado los estadísticos  $-2 \log Likelihood$  ( $-2LL$ ) y el valor de  $ji$ - cuadrado.

En tercer y último lugar, con ánimo de conocer los cambios que el programa provoca en las variables dependientes motivación, personalidad y perfil de gravedad de la adicción a través del tiempo, se llevó a cabo una evaluación en tres momentos (inicio, 6 meses y 12 meses). Con ánimo de conocer si los registros efectuados en estos dos momentos diferían de la medida inicial se realizó el análisis de los datos tanto mediante el Modelo Lineal General (MLG) como mediante el Modelo Lineal Mixto (MLM). Se ha realizado el análisis mediante el MLG con el análisis univariado de la varianza para medidas repetidas solo con aquellos internos de los cuales se disponía de todas las medidas. Se ha tenido en cuenta la presencia o ausencia de esfericidad y se han corregido los grados de libertad cuando fue necesario de acuerdo a Greenhouse y Geisser (1959) o a Huynh y Feldt (1976) (Fernández, Livacic-Rojas y Vallejo, 2007). Para observar la evolución en las variables de interés se examinó la tendencia mediante

---

la realización de contrastes polinómicos. Se observó también el tamaño del efecto mediante  $\eta^2$  y la potencia de prueba a posteriori. Con respecto al tamaño del efecto se ha considerado pequeño si fue inferior a 0,25, mediano si fue mayor de 0,25 y menor de 0,40, y grande si fue superior a 0,40 (a pesar de que Cohen -1988- consideró que los tamaños del efecto 0,2; 0,5 y 0,8 son pequeños, moderados y grandes, respectivamente, es habitual considerar en investigaciones donde se ejerce un escaso control o investigaciones exploratorias los parámetros que aquí se consideran, como por ejemplo hacen González-Pienda, Álvarez, González-Castro, Núñez, Bernardo y Álvarez, 2008).

De otra parte, se consideró la pérdida aleatoria de observaciones a lo largo de los 12 meses de estudio. Debido a que el MLM es más flexible que el MLG al permitir realizar el análisis de las medidas repetidas cuando se tienen datos perdidos (Kowalchuck, Keselman, Algina y Wolfinger, 2004), y dado que permite modelar la matriz de covarianza que subyace a los datos, hemos procedido a analizar los datos de acuerdo a este modelo. Para el análisis hemos considerado solo las 4 estructuras de covarianza habitualmente estudiadas, Simetría (S), Autorregresiva de primer orden (AR[1]), Autorregresiva de primer orden heterogénea (ARH[1]) y No estructurada (NE). A pesar de que existe un gran debate acerca de cuál es el mejor índice de ajuste para elegir la mejor estructura que subyace a los datos, se optó por utilizar el criterio AIC (Akaike, 1974). También se han realizado comparaciones post hoc por pares controlando la tasa de error mediante Bonferroni (Casares-López, González-Menéndez, Fernández y Villagrà, 2012).

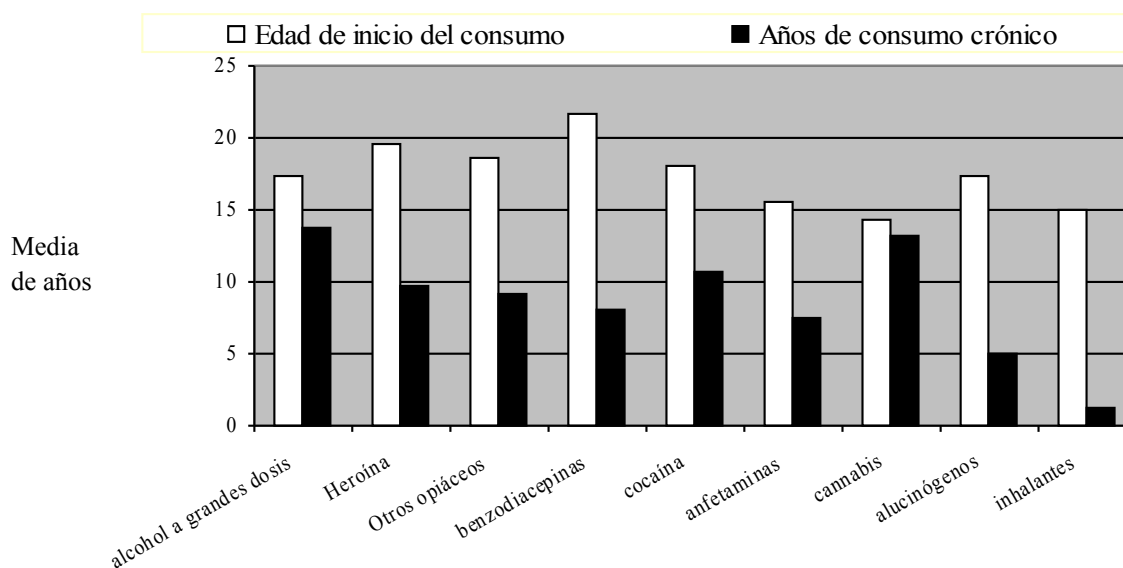
El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico PASW.18 y el nivel de significación se ha establecido *a priori* en 0.05.

## 5.2. RESULTADOS

### 5.2.1. Perfil de los nuevos ingresos en la UTE

Ochenta y siete sujetos con diagnóstico de trastorno de abuso o dependencia de sustancias actual con criterios DSM-IV-TR formaron parte del estudio. La media de edad del conjunto de la muestra fue 31,75 años ( $\pm 8,42$ ), y el rango entre los 18 y los 53 años. La mayoría de los participantes fueron hombres<sup>5</sup> (85 varones frente a 2 mujeres), solteros (52,8%) y policonsumidores (37,9%). El policonsumo se da mayoritariamente al uso de cocaína, alcohol y cannabis; un 26,4% de los reclusos manifiestan tener un trastorno por abuso o dependencia de cocaína, un 14,9% de heroína y un 11,5% de alcohol. El 30,1% han sufrido una o varias sobredosis de drogas y el 6,9% *delirium tremens*.

Figura 9: Edad de inicio de consumo y años de cronicidad del consumo de sustancias en la muestra



<sup>5</sup> Cabría comentar que la poca representación femenina ha quedado justificada en el apartado relativo a la Investigación Retrospectiva de este mismo documento. Como se había comentado, la UTE de Villabona acoge en uno de sus módulos a mujeres, si bien el número de mujeres componentes nunca ha superado el 15 % del total de internos residentes en la Unidad (en las prisiones españolas en general, el porcentaje es de 8.40 % mujeres frente al 96.6 % varones).

El 10,3% ha recibido a lo largo de su vida algún tratamiento para el abuso de alcohol y el 55,2% para el abuso de drogas.

En cuanto a la situación legal de los internos, han pasado de media 33,86 meses en prisión ( $\pm 60,06$ ), con un número medio de cargos que resultaron en condena de  $5,53 \pm 10,95$ . El 58,6% de ellos ha cometido algún delito contra la salud pública, el 51,7% contra la propiedad y el 52,8% delitos violentos. Poco más de la mitad de los nuevos ingresos eran reclusos ya penados (52,9 %); el resto entraban en la UTE de modo preventivo a la espera de juicio. En la Tabla 18 se contempla el historial delictivo de los internos de nuevo ingreso.

**Tabla 19: Historial delictivo de los nuevos reclusos ingresados en la UTE (N= 86)**

Variable del ámbito legal	Media, DT
Veces en su vida acusado de posesión y tráfico de drogas	1,51 (1,37)
Veces en su vida acusado de delitos contra la propiedad	18,98 (32,71)
Veces en su vida acusado de delitos violentos (atracos, asaltos, incendios, violaciones, homicidio)	6,50 (10,55)
Veces en su vida acusado de otros delitos	3,46 ( 9,96)
Veces en su vida acusado de alteración del orden público, vagabundeo, intoxicación pública	3 (2,64)
Veces en su vida acusado de prostitución	8,50 (4,95)
Veces en su vida acusado de conducir bajo los efectos del alcohol	2,35 (1,86)
Veces en su vida acusado de otros delitos de tráfico: velocidad, conducir embriagado, conducir sin carnet, conducción peligrosa	8,60 (17,81)
Meses en la cárcel	33,86 (60,06)
Último período en la cárcel	17,03 (32,00)
Situación penal (f, %)	
Penado	46 (52,9)
Preventivo	41 (47,1)

Pendiente de cargos, juicio o sentencia (f, %)	
Sí	52 (59,8)
No	35 (40,2)

En cuanto a la historia de malos tratos en la infancia, un 44,8% manifiesta haber sido víctima de malos tratos, de los que el 87,2% consideran haber sufrido maltrato psicológico, el 56,4% físico y el 12,8% fueron víctimas de abuso sexual.

### 5.2.1.2. Situación psicopatológica al ingreso en la UTE

Aproximadamente la mitad de los sujetos recibieron medicación psiquiátrica para diferentes problemas durante el mes anterior al inicio de este estudio, y una proporción similar había recibido este tipo de tratamiento en otros momentos de su vida. Un 14,9% presentaba ideación suicida en el mes previo, un 41,4% depresión, un 49,4% ansiedad, un 48,3% problemas para comprender o recordar, y un 4,6% experimentó alucinaciones.

### 5.2.1.3. Patrón de consumo de sustancias de los reclusos

Con respecto al consumo de drogas y alcohol, la sustancia más consumida por la muestra fue la cocaína, seguida por el cannabis y la heroína. El alcohol (en grandes dosis) y el cannabis son las dos sustancias más consumidas, con una media de más de 13 años de consumo como pudimos advertir en la Figura 9. Respecto a las 138 analíticas realizadas en la UTE a lo largo del año de evaluación, hemos obtenido 14 reactivos positivos (10.14%) a diferentes sustancias (cannabis, metaanfetaminas, heroína, y metadona y benzodiacepinas no prescritas), lo que indica un porcentaje de abstinencia alto. El autoinforme de los sujetos en respuesta al EuropASI, informa que un 72.4% de la muestra manifiesta no haber tenido ningún consumo durante su estancia en la unidad (incluido alcohol).

### 5.2.1.4. Motivación al ingreso en la UTE

Los internos presentan baja motivación al ingreso al programa. No hay reconocimiento del problema, ya que la puntuación en esta escala es muy baja; existe una *Ambivalencia* medio-alta respecto a la existencia de una adicción y alta puntuación



en la subescala *Primeros pasos*, lo que quiere decir que el recluso considera que ya está actuando para solucionar sus problemas con el consumo.

### **5.2.1.5. Puntuaciones en las tres medidas estandarizadas (EuropASI, SOCRATES, MCMI-II)**

En la Tabla 19 podemos observar las principales características de la muestra a nivel inicial con respecto a los tres instrumentos de evaluación estandarizados utilizados. En ella puede observarse que, con respecto a la necesidad de tratamiento dada por las puntuaciones compuestas del EuropASI, el *Estado Psiquiátrico* de la muestra parece ser el área más deficiente, seguida por el área de *Relaciones familiares-sociales*. En cuanto a la motivación (SOCRATES), se observa un bajo *Reconocimiento* del problema, una *Ambivalencia* medio-alta y alta puntuación en *Primeros pasos para el cambio*.

El perfil de personalidad en la medida inicial, se realizó sobre las puntuaciones de 80 sujetos, pues siete personas invalidaron el test, en general por no cumplir los criterios de sinceridad y validez del instrumento. Los reclusos tienen puntuaciones superiores a 74 en el MCMI-II en las escalas de:

- *Abuso de Drogas*: 51,3%.
- *Abuso de Alcohol*: 50%.
- *Trastorno de personalidad Antisocial*: 48,8%
- *Delirios Psicóticos*: 40% y *Trastorno de Personalidad Dependiente* con la misma proporción.
- *Trastorno de Personalidad Autodestructiva*: 31,3%.

Tabla 20: Estadísticos descriptivos, media y desviación típica [M (DT)] en la medida inicial y en tres medidas de seguimiento (1, 6 y 12 meses) en las escalas de gravedad de la adicción, motivación y personalidad.

	ESCALA	Medida	Medidas Seguimiento		
		Inicial	1 mes	6 meses	12 meses
EuropASI (N=87)	Médica	,233 (.276)	,241 (,304)	,237 (.300)	,289 (.514)
	Alcohol	,134 (.142)	,047 (,114)	028 (.091)	,035 (.071)
	Drogas	,153 (.116)	,079 (,072)	,064 (.075)	,099 (.147)
	Familiar-Social	,327 (.229)	,292 (,226)	,212 (.127)	,125 (.152)
	Psiquiátrica	,320 (.248)	,366 (,266)	,357(.262)	,398 (.268)
SOCRATES (N=87)	Reconocimiento	28,65 (6,77)		29,67 (7,13)	28,93 (5,36)
	Ambivalencia	14,46 (3,85)		13,89 (4,78)	13,39 (4,39)
	Haciendo-Cambios	34,55 (5,61)		34,17 (10,03)	34,07 (7,07)
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD (N=80)	Esquizoide	60,78 (23,62)		59,50 (19,25)	55,32 (18,19)
	Fóbica	58,36 (26,29)		56,35 (29,25)	55,48 (27,80)
	Dependiente	62,49 (27,52)		53,85 (18,91)	63,48 (18,14)
	Histriónica	59,74 (24,39)		57,98 (20,83)	59,81 (15,01)
	Narcisista	53,65 (27,43)		57,13 (22,86)	52,68 (21,64)
	Antisocial	69,30 (31,87)		68,20 (28,01)	62,77 (25,06)
	Agresivo-Sádica	53,56 (28,58)		57,70 (6,96)	52,84 (22,99)
	Compulsiva	53,56 (28,58)		51,83 (24,75)	51,97 (17,04)
	Pasivo-Agresiva	46,83 (32,31)		56,10 (36,29)	49,23 (33,67)
Autodestructiva	55,45 (28,47)		53,93 (24,52)	52,90 (27,19)	
SÍNDROMES CLÍNICOS (N=80)	Ansiedad	51,68 (29,28)		39,13 (30,71)	35,23 (32,57)
	Histeriforme	49,99 (27,11)		35,75 (23,46)	31,42 (25,08)
	Hipomanía	53,50 (25,07)		48,85 (17,26)	47,94 (15,67)
	Distimia	45,04 (31,18)		30,35 (28,02)	21,61 (24,05)
	Abuso alcohol	73,71 (30,02)		67,43 (21,74)	64,74 (20,21)
	Abuso e drogas	71,58 (27,09)		67,50 (22,89)	66,00 (21,06)
PATOLOGÍA GRAVE DE PERSONALIDAD (N=80)	Esquizotípica	62,06 (26,28)		51 (26,14)	47,29 (23,83)
	Límite	57,54 (30,21)		49,80 (24,78)	44,06 (29,25)
	Paranoide	63,69 (25,48)		60,73 (20,94)	58,42 (17,52)
SÍNDROMES GRAVES (N=80)	Pensamiento psicótico	61,33 (26,19)		54,13 (21,31)	44,35 (29,01)
	Depresión mayor	49,95 (31,82)		36,25 (29,28)	34,19 (28,41)
	Trastorno delirante	69,53 (21,90)		64,38 (18,34)	63,19 (13,87)

### 5.2.1.5. Retención en la Unidad Terapéutica y Educativa

Dieciséis personas (32%) abandonaron el programa de la UTE antes de los 6 meses de estancia, y el 50% lo hace antes de cumplirse un año de estancia en la unidad. De los 57 sujetos que permanecieron o abandonaron la unidad motu proprio, esto es, sin ser obligados a abandonarla por tener que ser hospitalizados o ser trasladados a otro centro penitenciario, la media de tiempo de estancia fueron 244.96 días  $\pm$  138.05. El 8.8% de ellos abandonaron la unidad antes de cumplir los tres meses de estancia. Como podemos ver en la Tabla 20, más del la mitad abandonaron en los seis primeros meses, como pasamos a detallar a continuación: un 14.9 % permanecen en la unidad menos de un mes, un 20.7 % entre uno y tres meses, un 16.1 % entre tres y seis meses, un 16.1 % entre seis meses y un año y un 32.2 % permanecen en la unidad tras el cierre del proyecto al cumplirse un año de su ingreso (28 personas).

Tabla 21: Tiempo de permanencia de los reclusos en la unidad terapéutica (N= 87)

Rangos temporales	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un mes (-30 días)	13	14,9
Entre 1 y 3 meses (entre 30 y 90)	18	20,7
Entre 3 y 6 meses (90 - 180 días)	14	16,1
Entre 6 meses y un año (180-360)	14	16,1
1 año (365 días)	28	32,2
Total	87	100,0

Los motivos de baja de la UTE son en su mayoría el cambio a otro módulo de la prisión (bien sea de forma voluntaria o por expulsión) (33,3 %), seguido de la libertad del sujeto (28,7%) y conducción a otro CP (3,4%). En el período de un año desde el ingreso, 1 de los 87 reclusos de la muestra fue derivada a un programa terapéutico extrapenitenciario.

En la siguiente tabla (Tabla 21) se presentan las principales diferencias en las medidas de la evaluación inicial dividiendo la muestra en dos grupos: quienes abandonan el programa y quienes permanecen en la UTE por un período de 12 meses

consecutivos. En la misma tabla se ofrecen las puntuaciones sumarias de los instrumentos administrados, esto es, EuropASI, SOCRATES y MCMI-II.

Respecto al EuropASI, observamos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que permanece durante un año y quienes abandonan, principalmente en las áreas médica y psiquiátrica, más graves en las personas que abandonan la unidad, y en el área de consumo de alcohol, donde existe más gravedad en quienes permanecen. Por otro lado, no existen diferencias significativas entre el grupo de permanencia y el de abandono en variables nominales como la presencia de alguna enfermedad infecciosa crónica ( $\chi^2 = ,739$ ,  $p = ,567$ ), el estar pendiente de cargos ( $\chi^2 = 3,94$ ,  $p = ,088$ ), el estado civil ( $\chi^2 = 3,09$ ,  $p = ,213$ ) ni la sustancia de consumo principal ( $\chi^2 = 3,77$ ,  $p = ,438$ ).

Por lo que se refiere a la motivación, el nivel de Reconocimiento del problema es bajo en ambos grupos, y medio-alto en los primeros pasos para el cambio terapéutico. Existen diferencias en la Ambivalencia, con un nivel medio en el grupo que permanece y bajo en el de abandono ( $p = ,035$ ).

Finalmente, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones directas de algunos rasgos de personalidad, concretamente Narcisismo, Esquizotipia, Hipomanía y Pensamiento Psicótico, con valores estadísticamente más elevados en las personas pertenecientes al grupo de abandono. En la muestra total, se han encontrado fuertes correlaciones entre la edad de inicio de consumo de algunas sustancias y algunos rasgos de personalidad alterados, evaluados por el MCMI-II. Por ejemplo, a una edad más temprana de consumo de alcohol en grandes dosis, mayor es la puntuación en la escala Delirios Psicóticos. Igualmente, un inicio temprano en consumo de cocaína, se traduce en puntuaciones elevadas en las escalas Esquizoide, Histriónica, Autodestructiva, Esquizotípica, Histeriforme, Hipomanía, Pensamiento Psicótico y Depresión Mayor. Del mismo modo, el consumo temprano de cannabis, eleva las puntuaciones en las escalas: Antisocial, Agresivo-sádica, Pasiva-agresiva, Autodestructiva, Límite, Abuso de drogas, Pensamiento Psicótico y Delirios Psicóticos (véase Tabla 22).

Tabla 22: Diferencias entre abandonos y permanencia al año de programa

Variable	Total N= 50 M, DT	Grupo adherencia N= 25	Grupo abandono N= 25	Estadístico de contraste
<b>EuropASI</b>				
Composite Score área médica	,265 (,27)	,182 (,237)	,349 (,281)	,038*
Composite Score área consumo alcohol	,117 (,13)	,163 (,166)	,056 (,051)	,009**
Composite Score área consumo de drogas	,157 (,11)	,157 (,114)	,157 (,116)	,986
Composite Score área familiar	,340 (,24)	,288 (,230)	,391 (,247)	,132
Composite Score área psiquiátrica	,303 (,23)	,237 (,233)	,369 (,213)	,034*
<b>SOCRATES</b>				
Reconocimiento	29,06 (6,64)	30,28 (4,65)	27,84 (8,08)	,199**
Ambivalencia	14,34 (3,83)	15,48 (2,96)	13,20 (4,31)	,035
Haciendo Cambios	34,54 (5,52)	36 (3,317)	33,08 (6,84)	,063**
<b>MCFI-II</b>				
Esquizoide	62,06 (22,25)	62,84 (24,20)	61,28 (20,58)	,807
Fóbica	57,92 (25,41)	53,60 (29,41)	62,24 (20,36)	,234**
Dependiente	61,58 (29,78)	63,72 (25,64)	59,44 (33,83)	,617
Histriónica	58,84 (23,43)	53,96 (19,92)	63,72 (25,96)	,143
Narcisista	54,18 (25,87)	44,76 (22,56)	63,60 (25,94)	,009
Antisocial	72,96 (33,93)	66,84 (39,34)	79,08 (26,93)	,206**
Agresivo-Sádica	55,42 (29,74)	47,44 (30,26)	63,40 (27,53)	,057
Compulsiva	61,04 (27,51)	66,48 (25,38)	55,69 (28,96)	,164
Pasiva-agresiva	47,12 (31,98)	40,08 (30,42)	54,16 (32,54)	,121
Autodestructiva	56,40 (27,69)	51,52 (31,35)	61,62 (23,08)	,217
Esquizotípica	63,06 (26,17)	55,56 (30,58)	70,56 (18,60)	,043**
Límite	59,90 (30,21)	51,76 (29,85)	68,04 (28,89)	,056
Paranoide	63,68 (26,04)	57,20 (23,87)	70,16 (26,97)	,078
Ansiedad	48,62 (30,45)	47,44 (30,87)	49,80 (30,60)	,787
Histeriforme	47,14 (27,45)	46,20 (30,94)	48,08 (24,07)	,812
Hipomanía	52,78 (24,36)	43,84 (22,75)	61,72 (22,96)	,008
Neurosis depresiva	44,04 (29,41)	40,36 (28,57)	47,72 (30,36)	,382
Abuso de alcohol	76,42 (30,69)	75,56 (37,42)	77,28 (22,84)	,845
Abuso de drogas	75,46 (26,60)	71,76 (27,89)	79,16 (25,26)	,330
Pensamiento Psicótico	60,40 (28,21)	52,56 (30,69)	68,24 (23,56)	,049
Depresión mayor	47,42 (32,09)	41,00 (34,50)	53,84 (28,74)	,160
Delirios psicóticos	70,72 (22,12)	65,84 (22,57)	75,40 (21,03)	,128

Nota: Los estadísticos de contraste utilizados han sido:

t de Students cuando se cumple el supuesto de normalidad,

\*U de Mann-Whitney cuando no se cumple el supuesto de normalidad

\*\*Prueba de Brown-Forsythe cuando no se cumple la homogeneidad de varianzas

Tabla 22: Correlaciones (Rho de Spearman) entre edad de inicio de consumo de cada sustancia /años de consumo regular y la puntuación en las escalas del MCMI-II

	Esqui zoide	Fóbica	Depen diente	Histrió Nica	Narci sista	Anti social	Agresivo sádica	Compul siva	Pasiva/ agresiv a	Auto destruiva	Esquizo típica	Limite	Para noide	Ansiedad	Histeri forme	Hipo manía	Neurosis Depresiva	Abuso alcohol	Abuso drogas	Pensamient o psicótico	Depresión mayor	Delirios psicóticos
Edad alcohol	,205	,198	,020	,077	,143	,162	,137	-,222	,249	,110	,138	,122	,005	-,005	-,012	,183	-,050	,217	,091	,186	,161	,004
Años Alcohol	,072	,119	-,072	,114	,293*	,211	,287*	-,142	,255	,093	,087	,134	,117	-,077	-,112	,200	-,091	,243	,145	,137	,086	,163
Edad heroína	-,098	,102	-,185	,045	,234	,270	,289*	,019	,177	,078	,053	,190	,217	-,069	-,106	,099	,031	,206	,294*	,117	,062	,232
Años heroína	-,108	,053	-,331	,097*	,229	,323	,234	-,238*	,209	-,028	-,005	,161	,126	-,115	-,082	,138	-,071	,235	,376**	,028	,028	,066
Edad metadona	-,188	-,049	-,276	,167	,144	,215	,126	-,267	,159	-,019	-,056	,098	,035	-,081	-,077	,175	,035	,096	,289*	-,013	,049	,080
Años metadona	-,080	,083	-,348*	,134	,166	,269	,246	-,295*	,278	,049	,039	,153	,023	-,056	-,061	,199	,021	,164	,349*	,080	,063	,038
Edad opiáceos	,116	,284*	-,328*	,001	,173	,321*	,221	-,085	,243	,193	,118	,292*	,258	,131	,127	,031	,223	,267	,274	,328*	,197	,249
Años opiáceos	,101	,288*	-,327	,008*	,185	,322*	,232	-,073	,251	,195	,127	,298*	,266	,138	,131	,049	,230	,270	,280*	,332*	,204	,252
Edad BDZ	-,197	,056	-,248	,000	,093	,231	,292*	,014	,165	,053	-,127	,103	,158	-,068	-,184	,031	,046	,230	,251	-,010	,011	,160
Años BDZ	-,272	-,027	-,494**	-,027	,127	,219	,383**	-,142	,198	-,047	-,233	-,004	-,016	-,228	-,329*	-,004	-,086	,161	,232	-,093	-,091	-,014
Edad cocaína	-,249	-,256	-,097	-,156	-,097	-,069	-,100	,196	-,263	-,289*	-,293*	-,197	-,111	-,212	-,218	-,254	-,246	-,035	-,075	-,207	-,295*	-,052
Años cocaína	,050	,086	-,143	,200	,298*	,260	,189	-,132	,122	,062	,120	,161	,227	-,079	-,081	,280	-,015*	,253	,319*	,182	,032	,204
Edad anfetamin	-,422	-,196	-,373	,111	,120	,208	,145	-,273	,108	-,165	-,158	,021	,034	-,163	-,184	,101	-,060	,103	,259	-,039	-,061	,016
Años anfetamin	-,230	-,127	-,385**	,127	,186	,255	,216	-,499**	,192	-,077	-,049	,068	,001	-,160	-,159	,151	-,066	,139	,312*	-,023	,023	,005
Edad cannabis	-,118	-,343*	,120	-,197	-,342*	-,302*	-,374**	,167	-,402**	-,389**	-,183	-,332*	-,238	,010	,000	-,209	-,010	-,227	-,215	-,287*	-,200	-,324*
Años cannabis	-,092	-,020	-,246	,137	,112	,209	,027	-,072	,047	-,105	,045	,092	,133	,073	,049	,126	,096	,085	,305*	,072	,071	,148

\*Correlación significativa al nivel 0,05; \*\* Correlación significativa al nivel 0,01

### 5.2.1.6. Análisis predictivos de retención en la UTE: Regresión de Cox

#### 5.2.1.6.1. Predicción de la retención a los 6 meses de estancia en la UTE

Dieciséis personas (32%) abandonan el programa de la UTE antes de los 6 meses. En la Tabla 22 se exponen el número de pasos y las variables seleccionadas en cada uno de ellos en la elaboración del modelo de predicción, los valores de los parámetros del modelo de regresión, su error típico y significatividad.

Tabla 23: Variables en la ecuación de Regresión de Cox

							95.0% IC para Exp(B)		
		B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
6 meses, 183 días									
Paso 1	pr	-,095	,036	6,885	1	,009	,910	,848	,976
Paso 2	pr	-,120	,040	8,819	1	,003	,887	,820	,960
	TEB	,029	,010	8,649	1	,003	1,029	1,010	1,049
1 año, 365 días									
Paso 1	pr	-,094	,034	7,836	1	,005	,910	,852	,972
Paso 2	pr	-,097	,031	9,621	1	,002	,907	,853	,965
	TB5	,027	,010	8,091	1	,004	1,028	1,008	1,047

Leyenda: pr= haciendo cambios; TEB= Agresivo sádica; B: Valores de los parámetros del modelo; ET: su error típico de los parámetros; Wald: Estadístico de Wald; gl: Grados de libertad; Sig: Probabilidad bajo la Ho; Exp. (B): Riesgo relativo.

La estimación de la función Z a partir de las variables seleccionadas Haciendo cambios (escala de motivación del SOCRATES) y la puntuación en la escala del MCMI-II Agresivo-Sádica es  $\hat{Z} = -.120 pr + .029 TBE$ . Observamos por tanto que, a pesar de que las dos variables son estadísticamente significativas, la variable Haciendo Cambios es la más importante en la predicción del abandono de la UTE significando que el incremento de una unidad en esa variable incrementa el logaritmo de la tasa de riesgo en -,120 (controlando todas las otras variables incluidas en la ecuación). Es importante observar la columna Exp(B) que muestra el riesgo relativo de aumentar una



unidad en cada una de las covariables correspondientes, siendo mayor para la puntuación en la escala Agresivo-Sádica que para Haciendo Cambios. Así las cosas, la función de riesgo en función de los valores  $\text{Exp}(B)$  de la citada Tabla 22 es  $\hat{g}(X) = (0.887)^{\text{Pr}} (1.029)^{\text{TBE}}$ .

Por lo tanto, cuanto mayor sea la puntuación en Haciendo Cambios (pr) menor es el riesgo de abandono, y cuanto mayor sea la puntuación en el rasgo de personalidad Agresivo-Sádica (TBE), mayor es el riesgo de abandono.

En la Tabla 23 observamos los índices de bondad de ajuste del modelo. Podemos ver cómo conforme se introducen variables en el modelo,  $-2 \log$  de la verosimilitud va disminuyendo de valor, lo que indica un mejor ajuste del modelo. Para contrastar la hipótesis nula de que, en cada etapa, para todas las variables incluidas en el modelo, todos los parámetros asociados son nulos observamos el estadístico ji-cuadrado. Un incremento en este valor indica un mejor ajuste.

Tabla 24: Estadísticos de ajuste de los modelos a los 6 meses y al año

Paso	Global (puntuación) -2 log de la Verosimilitud (c)	Cambio desde el paso anterior			Cambio desde el bloque Anterior					
		Chi-cuadrado	gl	Sig.	Chi-cuadrado	gl	Sig.			
6 meses, 183 días										
1(a)	114,739(e)	7,269	1	,007	5,104	1	,024	5,104	1	,024
2(b)	105,748	14,555	2	,001	8,991	1	,003	14,096	2	,001
1 año, 365 días										
1(c)	175,008(f)	8,017	1	,005	6,049	1	,014	6,049	1	,014
2(d)	166,274	16,383	2	,000	8,734	1	,003	14,783	2	,001

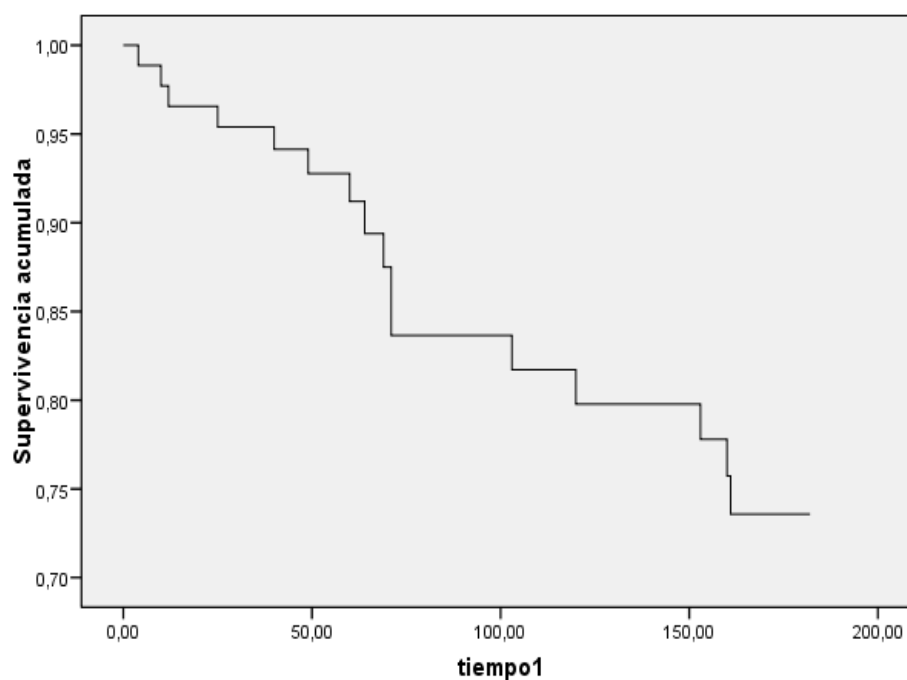
Leyenda: a Variables introducidas en el paso número 1 6 meses: pr; b Variables introducidas en el paso número 2 6 meses: TEB; e Bloque inicial número 0, función log de la verosimilitud inicial:  $-2 \log$  de la verosimilitud: 119,843; c Variables introducidas en el paso número 1, 1 año: pr; d Variables introducidas en el paso número 2, 1 año: TB5; f Bloque inicial número 0, función log de la verosimilitud inicial:  $-2 \log$  de la verosimilitud: 181,057

En la Tabla 24 se expone la supervivencia (probabilidad de que no abandonen la UTE) y en la Figura 10 su representación gráfica..

**Tabla 25. Tabla de supervivencia a los 6 meses y al año**

Tiempo	6 meses				1 año				
	Impacto acum. Línea base	Supervivencia	E.T	Impacto acum.	Tiempo	Impacto acum. Línea base	Supervivencia	E.T	Impacto acum.
4,00	,146	,989	,012	,011	4,00	,082	,988	,013	,012
10,00	,296	,977	,017	,023	10,00	,165	,975	,019	,025
12,00	,448	,966	,022	,035	12,00	,250	,963	,023	,038
25,00	,604	,954	,027	,047	25,00	,336	,951	,028	,051
40,00	,773	,941	,031	,060	40,00	,438	,936	,032	,066
49,00	,960	,928	,035	,075	49,00	,561	,919	,037	,085
60,00	1,178	,912	,039	,092	60,00	,692	,901	,041	,104
64,00	1,436	,894	,044	,112	64,00	,834	,882	,045	,126
69,00	1,708	,875	,048	,134	69,00	,985	,862	,048	,149
71,00	2,285	,836	,055	,179	71,00	1,308	,821	,055	,197
103,00	2,584	,817	,058	,202	103,0	1,475	,801	,057	,223
120,00	2,891	,798	,061	,226	120,0	1,646	,780	,060	,248
153,00	3,212	,778	,064	,251	153,0	1,822	,760	,062	,275
160,00	3,556	,757	,066	,278	160,0	2,010	,738	,064	,303
161,00	3,926	,736	,069	,307	161,0	2,209	,717	,066	,333
					188,0	2,628	,673	,070	,396
					199,0	2,848	,651	,071	,430
					246,0	3,080	,628	,072	,465
					248,0	3,322	,606	,073	,501
					254,0	3,570	,584	,074	,539
					285,0	3,832	,561	,075	,578
					292,0	4,116	,537	,075	,621
					359,0	4,429	,513	,076	,668

Figura 10: Función de supervivencia en media de covariables a los 6 meses



#### 5.2.1.6.2. Predicción de la retención a los 12 meses de estancia en la UTE

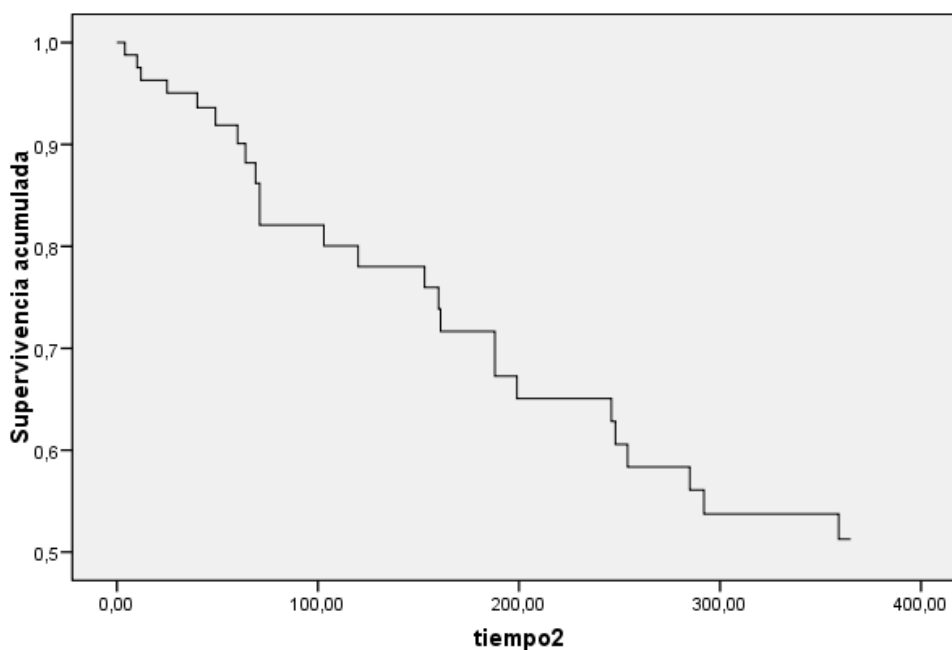
En el período temporal de 1 año, la mitad de los internos que iniciaron el programa abandonan el mismo - 25 personas (50%)-. El modelo incluye dos variables, la puntuación en la subescala Haciendo cambios (al igual que a los seis meses) y la puntuación en la escala Narcisista. La estimación de la función  $Z$  a partir de las variables seleccionadas es  $\hat{Z} = -.09 pr + .027 TB5$ . Observamos por tanto que, a pesar de que las dos variables son estadísticamente significativas, también al año la variable Haciendo Cambios es la más importante en la predicción del abandono de la UTE, más que a los 6 meses, significando que el incremento de una unidad en esa variable incrementa el logaritmo de la tasa de riesgo en  $-.97$  (controlando todas las otras variables incluidas en la ecuación). El riesgo relativo de aumentar una unidad en cada una de las covariables correspondientes es mayor para la variable Narcisista que para Haciendo Cambios. Así las cosas, la función de riesgo en función de los valores  $\text{Exp}(B)$  de la Tabla 22 es  $^o \hat{g}(X) = (0.907)^{\text{Pr}} (1.028)^{\text{TB}5}$ . Por lo tanto, cuanto mayor sea la

puntuación en la variable Haciendo cambios (pr) menor es el riesgo de abandono, y cuanto mayor sea la puntuación de Narcisismo (TB5) mayor es el riesgo de abandono.

Las puntuaciones obtenidas por la muestra de estudio en las dos variables de personalidad que resultan predictoras a los seis meses y al año, muestran altas correlaciones al nivel  $p=0,01$  entre ellas ( $r=.701$ ,  $p=.000$ ), de manera que a mayor puntuación en la escala Agresivo-Sádica, más puntuación en la escala Narcisista, y viceversa. Asimismo, ambas escalas presentan correlaciones positivas con la puntuación en el rasgo de personalidad Antisocial ( $r=.773$ ,  $p=.000$ ) la primera y  $r=.630$  ( $p=.000$ ) la segunda.

En la Tabla 23 observamos cómo los índices de bondad de ajuste del modelo también resultan satisfactorios. La supervivencia al año (probabilidad de que no abandonen la UTE) está expuesta en la Tabla 24, y en la Figura 11 su correspondiente representación gráfica.

Figura 11: Función de supervivencia en media de covariables al año



### 5.2.1.7. Cambios sucedidos en el perfil de los internos participantes durante el tratamiento

#### 5.2.1.7.1. Cambios observados en el análisis de medidas repetidas: Modelo Lineal General (MLG)

El análisis realizado mediante el MLG nos indica que las medidas recogidas mediante las escalas SOCRATES no experimentaron variaciones estadísticamente significativas a lo largo de las evaluaciones. Con respecto a las CS del EuropASI se apreciaron cambios estadísticamente significativos en las escalas Consumo de alcohol [F= 4,465; gl= 3- 78; p= 0,006;  $\eta^2= 0,147$ ; 1 -  $\beta= 0,859$ ] (siendo F el estadístico sin ajustar cuando  $\varepsilon= 1$ ; FGG o FHF - F corrigiendo los grados de libertad mediante Greenhouse-Geisser o Huynh-Feldt, respectivamente; gl= grados de libertad; p= probabilidad de la hipótesis nula;  $\eta^2=$  tamaño del efecto y 1 -  $\beta=$  potencia de la prueba), Consumo de drogas [FGG= 3,465; gl= 2,12- 48,94; p= 0,037;  $\eta^2= 0,131$ ; 1 -  $\beta= 0,639$ ] y Situación familiar [F= 2,943; gl= 3- 27; p= 0,050;  $\eta^2= 0,246$ ; 1 -  $\beta= 0,540$ ].

En la Tabla 25 podemos apreciar los resultados obtenidos mediante los contrastes polinómicos para examinar la tendencia. Es destacable que las variables Consumo de alcohol y Situación familiar experimenten una mejoría progresiva a lo largo del tiempo, tendencia lineal. La variable Consumo de drogas, por el contrario, experimenta asimismo un cambio entre la primera medida y la segunda para después volver a los niveles originales, tendencia cuadrática.

De todas las medidas que nos aporta el Perfil de personalidad registrado con el MCMI-II solo las escalas Dependiente [F= 5,175; gl= 2-54; p= 0,009;  $\eta^2= 0,161$ ; 1 -  $\beta= 0,807$ ], Límite [F= 3,385; gl= 2-54; p= 0,041;  $\eta^2= 0,111$ ; 1 -  $\beta= 0,614$ ], Histeriforme [F= 4,222; gl= 2-52; p= 0,020;  $\eta^2= 0,140$ ; 1 -  $\beta= 0,716$ ], Neurosis depresiva [F= 4,410; gl= 2-54; p= 0,017;  $\eta^2= 0,140$ ; 1 -  $\beta= 0,701$ ], Compulsiva [FHF= 4,383; gl= 1,65- 44,61; p= 0,024;  $\eta^2= 0,140$ ; 1 -  $\beta= 0,672$ ] y Esquizotipia [F= 6,737; gl= 2-54; p= 0,002;  $\eta^2= 0,200$ ; 1 -  $\beta= 0,861$ ] alcanzan la significación estadística en el ANOVA de medidas repetidas aunque con un tamaño del efecto pequeño. Las dos primeras, Dependiente y Límite, experimentan un cambio entre la línea base y la medida a los seis meses, pero más adelante (al año) vuelven a los niveles iniciales, siendo su tendencia por tanto

cuadrática. Las cuatro últimas experimentan una tendencia lineal, mejorando su estimación en la última medida con respecto a las anteriores.

*5.2.1.7.2. Cambios observados en el análisis de medidas repetidas: Modelo Lineal Mixto*

Los resultados obtenidos tras analizar los datos mediante el MLM no contradicen los resultados anteriores, sino que aportan información más detallada de las diferencias entre las medias en los distintos tiempos. Tampoco se aprecia significación estadística para la motivación a lo largo de los diferentes momentos de evaluación. Con respecto a las CS del EuropASI resulta estadísticamente significativo el cambio que se produce en las escalas cuando los datos fueron analizados mediante el MLG (véase Tabla 25). Los resultados del perfil de personalidad registrado con el MCMI-II también coinciden con los extraídos mediante el MLG.

Simplemente cabe destacar que la potencia de la prueba es mayor para el MLM y que destaca más las diferencias entre las medias. También es reseñable que las matrices de covarianza subyacentes a los datos fueron de simetría combinada para las escalas Límite, Histeriforme y Neurosis depresiva (a diferencia del análisis efectuado mediante el MLG, donde de las escalas que resultaron estadísticamente significativas y que fueron expuestas anteriormente todas fueron matrices circulares mediante el criterio de Mauchly, con excepción de las escalas Drogas y Compulsiva), autorregresivas de primer orden ARH(1) Drogas, Familiar, Psiquiátrica y Compulsiva, y No estructuradas, NE, las escalas Alcohol, Dependiente y Esquizotípica, de otra parte las más comunes esperables en investigación aplicada (Vallejo, Fernández, Herrero y Conejo, 2004).

**Tabla 26. Resultados obtenidos para las escalas EuropASI y MCMI-II tanto mediante el MLM para el efecto intra-sujeto y la comparación por pares, como los resultados obtenidos mediante el MLG en el examen de la tendencia**

	N <sup>1</sup>	N <sup>2</sup>	F	gl	p	MLM					MLG				
						Tiempos	DM	ET	gl	p	F	gl	p	η <sup>2</sup>	1-β
Alcohol	65	27	14,07	3;47,87	0,000	1-2	0,082	0,017	64,03	0,000	9,385 <sup>L</sup>	1;26	0,005	0,265	0,839
	60					1-3	0,202	0,019	59,58	0,000					
	42					1-4	0,096	0,015	49,06	0,000					
	35														
Drogas	71	24	14,07	3;47,87	0,000	1-2	0,082	0,017	64,03	0,000	9,578 <sup>C</sup>	1;23	0,005	0,294	0,842
	59					1-3	0,202	0,019	59,58	0,000					
	40					1-4	0,096	0,015	49,06	0,000					
	34														
Familiar	87	10	7,27	3;34,55	0,001	1-3	0,073	0,034	55,30	0,008	8,530 <sup>L</sup>	1;9	0,017	0,487	0,739
	68					1-4	0,091	0,042	32,54	0,000					
	18					2-4	0,042	0,042	35,03	0,003					
	15														
Dependiente	80	28	5,068	2;44,59	0,010	1-2	9,20	2,21	55,18	0,023	9,298 <sup>C</sup>	1;27	0,005	0,256	0,836
	40					2-3	-9,20	3,43	39,15	0,019					
Compulsiva	80	28				N.S.					4,967 <sup>C</sup>	1;27	0,034	0,155	0,575
	40														
Esquizotípica	80	28	9,394	2;39,00	0,000	1-2	10,54	3,70	46,18	0,020	2,513 <sup>L</sup>	1;27	0,001	0,340	0,949
	40					1-3	11,76	2,74	39,51	0,000					
Límite	80	28	3,904	2;77,987	0,024	1-3	11,032	4,314	81,27	0,038	1,325 <sup>L</sup>	1;27	0,021	0,182	0,656
	40														
Histeriforme	80	28	8,151	2; 84,59	0,001	1-2	11,85	3,81	89,27	0,008	8,056 <sup>L</sup>	1;26	0,009	0,237	0,780
	40					1-3	14,97	4,19	88,75	0,002					
Neurosis Depresiva	80	28	7,859	2; 95,93	0,001	1-2	13,77	50,80	84,46	0,024	6,943 <sup>L</sup>	1;27	0,014	0,205	0,719
	40					1-3	22,47	6,00	142,7	0,001					
	31														

N<sup>1</sup> y N<sup>2</sup>= N° de sujetos con medida en cada seguimiento y con medidas completas en todos los tiempos; DM= Diferencia de medias; ET= error típico; gl= grados de libertad; η<sup>2</sup> = Tamaño del efecto; 1-β= Potencia de prueba; Superíndices C y L: Tendencia cuadrática y lineal respectivamente; N.S.= Resultado no estadísticamente significativo.

## **Capítulo.6:**

# **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## **6.1. A la evaluación retrospectiva**

La UTE de Villabona, que se presenta como una alternativa al modelo tradicional de la prisión, ha acogido a más de 1600 reclusos durante los seis años que contempla esta evaluación (2000-2006) y ha llegado a ampliarse hasta estar conformada por cinco módulos de los diez existentes en el C.P. de Villabona en la actualidad. De estos internos, casi el 20% obtuvieron la libertad durante su estancia en el programa, y aproximadamente el 15% fueron derivados a otros recursos extrapenitenciarios donde recibieron un tratamiento especializado en los trastornos por consumo de sustancias, generalmente en comunidades terapéuticas. No obstante, una elevada proporción (el 53,4% de reclusos) abandonó la unidad antes de superar los tres meses de ingreso en el programa, siendo este porcentaje ligeramente superior al informado por otros estudios internacionales que trabajan con poblaciones similares (Knight et al., 1997; Wexler et al., 2004) y que estiman la retención en programas intrapenitenciarios en torno al 70-80%.

De hecho, el abandono del tratamiento es un problema grave y sistemáticamente observado en los programas de tratamiento para drogodependientes. La tasa de abandonos es especialmente elevada en los programas libres de drogas, con cifras estimadas de hasta el 74% entre la población general de usuarios (Menéndez y Rico, 2004), que descienden hasta el 50% en usuarios con condicionamientos judiciales que deben realizar los programas como medida alternativa a la prisión (Knight, Hiller, Broome y Simpson, 2000; Nielsen y Scarpitti, 2002), y que vuelven a descender hasta el 20-40% entre las personas encarceladas que participan en modalidades de tratamiento intra-penitenciario del tipo Comunidad Terapéutica (Lurigio, 2000). El hecho de que más de la mitad de los reclusos que ingresa en la UTE abandone prematuramente el programa señala la necesidad de promover estrategias para aumentar la retención. Una de tales estrategias podría ser la restricción de los criterios de inclusión en el programa terapéutico (Secades y Fernández-Hermida, 2000). Las recomendaciones del Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas para mejorar el tratamiento de personas con antecedentes penales refieren específicamente que el tiempo de estancia ha de ser

superior a 3 meses para lograr reducciones en el consumo de sustancias y en la conducta delictiva (NIDA, 2006, 2007), por lo que sería necesario dedicar tiempo y recursos a lograr superar este período de tratamiento.

Los resultados de la evaluación prospectiva, cuya discusión se aborda más adelante, mostraron que una de las características sobresalientes de los nuevos ingresos a la Unidad fue la presencia antecedente de problemas psicopatológicos. Es posible que sea esta característica la que les hace encajar peor en este programa terapéutico y explique también la alta tasa de abandonos. No en vano, la tendencia actual promueve el establecimiento de programas integrados de intervención que contemplan el abordaje conjunto de la drogodependencia y de la psicopatología comórbida, al demostrarse que las intervenciones así diseñadas presentan mejores resultados que aquellas en que ambos problemas se abordan de manera secuencial o paralela por diferentes servicios asistenciales (Santis y Casas, 1999). De hecho, los estudios meta-analíticos de CCTT y Unidades Libres de drogas encuentran que los programas con más éxito son aquellos que están bien implantados y documentados (Etheridge y Hubbard, 2000; Prendergast, Podus, y Chang, 2000) e incluyen, además de la planificación de la duración del tratamiento, una provisión de servicios adaptada a los diferentes tipos de usuarios, así como protocolos escritos de intervención que contemplan el abordaje de algunos de estos problemas específicos (Grella et al., 2007).

Sin embargo, a pesar de que los programas bien documentados son los más eficaces, la UTE no sigue un protocolo ni una temporalización, esto es, no se apoya en una documentación ni en investigaciones que avalen el uso de estrategias terapéuticas bien establecidas. Con exclusión de farmacoterapia y de grupos de autoayuda, no se conoce otra técnica terapéutica para el manejo de los internos con patología dual ni para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en esta unidad. De hecho, el incremento del número de programas intrapenitenciarios de modalidad CCTT y esta confusión de términos y componentes de los mismos, así como las evidencias del éxito de algunos programas bien establecidos (Hiller et al., 1999; Pelissier, Rhodes, Gaes, Camps y O'Neil, 1998; Prendergast et al., 1996; Wexler et al., 1999) han llevado a las entidades reguladoras a impulsar el desarrollo de programas estructurados con garantía

de calidad (American Correctional Association, 2002; Office of National Drug Control Policy, 1999), ejemplo que habrá de seguir la UTE del C.P. de Villabona en un plazo no muy largo de tiempo.

El informe del NIDA referido a los principios para el tratamiento eficaz de reclusos con trastornos adictivos (NIDA, 2007) insiste en la necesidad de continuar la rehabilitación en un tratamiento comunitario posterior. En este sentido, la derivación a recursos extra-penitenciarios de tratamiento ha sido una línea de actuación prioritaria para la UTE. Prueba de esto son las 289 derivaciones a estas unidades que hemos podido computar en un periodo de 6 años, frente a los números ofrecidos en las diferentes Memorias elaboradas por el Ministerio del Interior respecto a las derivaciones habidas en otras prisiones españolas de tamaño similar. La ratio de atención a penados en artículo 182 del R.P. es elevada, puesto que abarca entre el 11 y el 15% de todas las derivaciones llevadas a cabo en nuestro país, aproximadamente uno de cada 20 penados -mientras la ratio española se sitúa en 1/101.2- (García-Zapico, 2006).

El estudio de reincidencia global realizado en esta evaluación aportó resultados positivos. Así, hemos computado una reincidencia global del 26.45% en 151 sujetos liberados al cabo de 8, 7, 6, 5, 4 y 3 años desde su liberación. Ciertamente, este resultado global se sitúa muy por debajo de las mejores estimaciones de reincidencia delictiva informadas tanto en España como internacionalmente. También hemos podido comprobar que las estimaciones de reincidencia difieren notablemente en función del año de evaluación. Así y en general, los porcentajes de reincidencia descienden a medida que se reduce también el tiempo transcurrido para su evaluación. Por ejemplo, si tomamos en cuenta el dato de reincidencia de los sujetos que alcanzaron la libertad desde programas externos en los años 2000 y 2001 observamos un porcentaje de reincidencia del 31.3% y del 40.9%, (2000 y 2001 respectivamente), mientras que si esta observación se realiza para los que consiguieron la libertad en el año 2005, el porcentaje desciende hasta el 10.7%. Desafortunadamente, la ausencia de un grupo de comparación en la valoración de este resultado nos impide sin embargo realizar una estimación precisa del tamaño del efecto obtenido por el grupo de intervención.

Por otra parte, los datos de reincidencia de la UTE probablemente difieran según se considere la participación o no en programas de tratamiento externo. Desafortunadamente, en este estudio no hemos podido realizar estas comparaciones, al habernos sido imposible estimar los porcentajes de reincidencia de los sujetos drogodependientes que alcanzaron desde la UTE la situación de Libertad sin acceder a programas externos. Cabría suponer, de hecho, que los efectos aislados del programa UTE son más modestos que los efectos que resultan de combinar la UTE con un programa terapéutico extra-penitenciario. No en vano, los resultados de investigaciones previas que comparan ambos grupos confirman que la estrategia más efectiva para reclusos drogodependientes es la participación en un continuum de tratamiento (Butzin et al., 2005; Knight et al., 1999; Hedden et al., 2011, Klebe y O'Keefe, 2004; Martin et al., 1999; McCollister et al., 2004; Simpson, Wexler e Inciardi, 1999; Wexler et al., 1999), que si bien debe iniciarse en el contexto penitenciario, debería expandirse a otros programas de tratamiento que tengan lugar el ámbito comunitario. Esta expansión del tratamiento, además de implicar un régimen de vida que posibilita la adquisición de nuevas experiencias e interacciones, incrementa sin duda las posibilidades de reinserción, al permitir al interno disfrutar y aprender de otros modelos de vida saludable en contacto directo con la sociedad.

Por otra parte, es difícil establecer los niveles de efectividad de la UTE respecto a la conducta de consumo de sustancias mientras el sujeto permanece en prisión, debido en buena parte a la escasez de pruebas de detección que se realizaban en la Unidad hasta el inicio de esta investigación, así como a la ausencia de rigor en el registro y sistematización de las realizadas. Sin embargo, la parte de la evaluación prospectiva permite afirmar que, aunque la unidad no se mantuvo “libre de drogas” al 100%, -pues se detectó un 10% de consumos mediante los análisis de orina-, el objetivo de reducir la frecuencia de consumo en prisión sí se cumplió en gran medida, dado que las tasas de consumo descendieron significativamente en los internos. Aún así, hubiera sido precisa una monitorización continua y más frecuente de los consumos, dado que el número de analíticas realizadas puede resultar insuficiente para disponer de una verificación biológica completa de los datos de abstinencia.

Los resultados de recaída en el abuso de sustancias obtenidos por esta investigación informaron que 45.3% de los 224 sujetos evaluados para esta variable, recayeron de nuevo en el consumo en algún momento posterior. Rotundamente, esta es una cifra elevada. Incluso aunque los datos para su comparación se extraigan de estudios de tratamiento con muestras de usuarios similares a la analizada en esta investigación. Por ejemplo, en una de las últimas evaluaciones de resultados de la Amity Prison (Prendergast et al., 2004), se estimó un porcentaje de recaída en el consumo del 24.9% en el grupo de personas que recibieron tratamiento intrapenitenciario.

Sí hay que mencionar, en cambio, que la variable recaída en el consumo difiere notablemente en función del tipo de salida del programa realizado. Numerosas investigaciones vinculan el riesgo de recaída en el consumo con la estancia anterior en el programa terapéutico, tal que el riesgo se incrementa cuanto menor es la retención (Simpson, Joe y Brown, 1997). En esta investigación hemos observado que la mayor proporción de recaídas se da en el grupo abandonos y expulsiones del programa terapéutico de derivación, y que el porcentaje de sujetos que consiguió el Alta Terapéutica y que debieron realizar un programa posterior fue significativamente menor (9,8%).

En resumen, los resultados ofrecidos por esta investigación son pioneros en ofrecer cifras de reincidencia en las cárceles españolas tras la participación en una Unidad Libre de Drogas intra- penitenciaria. En este sentido, los resultados aportados están en sintonía con las mejores estimaciones de reincidencia ofrecidas por los estudios internacionales. Igual que en aquellos estudios, los resultados indicaron la presencia de una clara sinergia entre el tratamiento en prisión y el añadido de un programa externo de desintoxicación. Sin embargo, y a pesar de este dato esperanzador, los mismos resultados inducen a una reflexión sobre el significado de esas mejorías, en el sentido de que no permiten dilucidar si la reducción observada en los porcentajes de reincidencia debe ser atribuida a la UTE de Villabona, al programa externo de derivación, o a ambos programas en conjunto.

Además, la reincidencia en el delito es un producto conductual al que se conectan variables personales dispares, desde el fracaso escolar o el desempleo, hasta el número y tipo de delitos anteriores o el perfil psicopatológico. Como consecuencia, muchas investigaciones evalúan el poder predictivo de estas variables sobre los porcentajes de reincidencia de los sujetos que participan en programas de tratamiento en prisión. Lo mismo podría decirse respecto de los procesos de recaída/abstinencia. Ambos indicadores se ven afectados por variables y combinaciones de variables como las mencionadas, que en ningún caso han podido ser evaluadas por esta investigación. Otra de las limitaciones de la evaluación retrospectiva fue la imposibilidad de comparar los datos de reincidencia y recaída de la UTE con un grupo similar de sujetos no tratados. Por lo tanto, cualquier atribución de causalidad sobre los efectos beneficiosos del programa debería tomarse con cautela, al menos hasta que pueda realizarse un estudio con diseño experimental, o cuasi-experimental que conste con un grupo homogéneo de comparación. Hemos de decir, que este estudio planificó la consideración de un grupo control homogéneo. Se evaluaron y entrevistaron 21 sujetos procedentes en su mayoría del Módulo 3 del mismo Establecimiento Penitenciario, que conformarían el grupo control. La elección de este módulo se asentó en dos razones principales. Por un lado, se trataba de un espacio no considerado “libre de drogas”, en el que pudo constatarse un consumo importante en su interior. Y en segundo lugar, por tratarse de un espacio que reunía a internos con un perfil delictivo y de conflictividad intrapenitenciaria similar al de los participantes en la UTE. Lamentablemente, el escaso control que se puede ejercer en el contexto penitenciario, provocó una pérdida del 52,4% de los 21 sujetos del grupo de comparación antes de cumplirse 6 meses de estancia, y del 76,2% antes de terminar 12 meses de tratamiento. Esto significa, que contamos con un grupo de 10 personas en el punto de cumplimiento de los seis meses de estancia, y de únicamente 5 personas al año, lo que hizo imposible realizar análisis estadísticos válidos y fiables.

## **6.2. A la evaluación prospectiva**

Durante el tiempo que duró la recogida de datos iniciales de la evaluación prospectiva (en torno a un año), ingresaron en la UTE 87 sujetos con diagnóstico de

TUS, la gran mayoría varones, jóvenes, consumidores de cocaína alcohol y cannabis, y con historia previa de tratamientos para el abuso/dependencia de sustancias. La mayoría había cometido delitos relacionados con el consumo de drogas, el 57% delitos contra la salud pública, y más del 50% robos y atracos con el fin de mantener su consumo o paliar las deudas adquiridas por el mismo, lo que no hace sino poner de manifiesto la asociación repetidamente denunciada entre abuso de drogas y conducta delictiva (Newcomb et al, 2001; Prendergast et al., 2004; White y Gorman, 2000). En cuanto a la motivación inicial de los reclusos para recibir tratamiento, podría decirse que los internos que acoge la UTE acceden inicialmente al programa condicionados por su situación legal, por presión familiar, o por un deseo de mejorar la calidad de vida mientras dura la estancia en la prisión, y con poca conciencia o conocimiento de su trastorno adictivo.

Los resultados también mostraron que, al ingreso, la necesidad de tratamiento en el área psiquiátrica era elevada, pues la mayoría de reclusos presentaba sintomatología ansiosa, depresiva y déficit cognitivos de acuerdo al instrumento EuropASI. Un alto porcentaje (85%) cumplía criterios para el diagnóstico de algún TP, siendo los más prevalentes el TP Antisocial, Dependiente y Autodestructivo. Aunque en esta investigación no se han evaluado los trastornos del Eje I y las historias clínicas de los internos no hacen constar esos datos, no parece descabellado intuir la existencia de un porcentaje elevado de sujetos con patología dual, lo que obviamente, pudiera tener influencia negativa en la fase de adaptación al programa. De hecho, un estudio anterior realizado en este mismo centro penitenciario encontró que las tasas de PD rondaban el 30% (Casares-López, González-Menéndez, Villagrà, Hoffman y Reinhard, 2011; Casares-López, González, Bobes-Bascarán, Secades, Martínez-Cordero y Bobes, 2010) y señaló igualmente la estrecha relación de los trastornos mentales con la exposición a eventos traumáticos durante la infancia y con otros factores de riesgo, como el inicio temprano en el consumo de drogas. Los datos ofrecidos por los escasos estudios españoles que investigan estas cuestiones no se muestran concordantes. A finales de 2006, la ESDIP indicó que el 49,6% de los internos exhibían en su historia clínica uno o más diagnósticos psiquiátricos graves, y que el 12,1% presentaba PD (Dirección

General de Instituciones Penitenciarias, 2007). Por el contrario, Arroyo y Ortega (2007) apuntaron, prácticamente en la misma fecha, una prevalencia de PD en prisión del 56,6%. Por tanto, la frecuencia de PD del 35% observada en nuestro estudio estaría en un punto medio entre ambas publicaciones. Es posible que estas divergencias tengan que ver con la selección de las muestras, los instrumentos utilizados y/o la temporalización de la evaluación (presencia actual o pasada de psicopatología). En este sentido, algunos estudios demostraron que la exploración psicopatológica en el momento presente arroja tasas menores que la exploración a lo largo de la vida (Brink, Doherty y Boer, 2001; Casares-López et al., 2011).

Por todo ello, una correcta evaluación es crítica no sólo para identificar ambas patologías (TUS y otro/s trastorno/s mental/es), sino también con la finalidad de crear un plan de tratamiento integrado e incrementar así las tasas de rehabilitación y reinserción (Buckley, 2006). Además del área psiquiátrica, las áreas familiar y médica del instrumento EuropASI presentaron también puntuaciones elevadas de gravedad. En concreto, un 50,6 % de los entrevistados presentó una triple patología, TUS unido a trastornos de personalidad y algún problema médico crónico (Hepatitis C y/o VIH en su mayoría).

Con respecto a la retención en el programa, los porcentajes de abandono observados en la evaluación prospectiva indicaron que aproximadamente un tercio de los nuevos ingresos abandonaron la unidad antes de cumplir 6 meses de estancia, y la mitad antes de cumplirse el año de ingreso. La literatura previa ha identificado numerosos factores que influyen en los resultados de los programas de tratamiento comunitario del TUS tanto intra como extrapenitenciario penitenciario (Lang y Belenko, 2000; Scrivener-Mateyoke, Webster, Staton y Leukefeld, 2004). Entre ellos, destacan por ejemplo los llamados factores personales, entre los que destacan la gravedad del abuso de drogas (Simpson, Joe, y Broome, 2002), los problemas de salud concomitantes (Green, Polen, Dickinson, Lynch y Bennett, 2002; Green, Polen, Lynch, Dickinson, y Bennett, 2004), o la motivación para el tratamiento (Booth, Corsi, y Mikulich-Gilbertson, 2004; Simoneau y Bergeron, 2003). Respecto a los factores que tienen que ver con el programa, estos dependen de la relación con el terapeuta, la estabilidad de los miembros



del equipo terapéutico, tipo de fármacos y dosis utilizadas, implicación familiar en el tratamiento, tratamientos residenciales frente a ambulatorios, orientación teórica y recursos del programa por mencionar los primordiales (Brocato y Wagner, 2008; Secades y Magdalena, 2000). En nuestro estudio, entre los factores relacionados con el abandono/retención en el tratamiento, la motivación inicial se alzó como la variable que mejor predice la permanencia en el programa desarrollado en la UTE. Esto ha sido así tanto al cabo de 6 meses, como al cabo de un año de intervención. En concreto hemos observado que cuanto mayor es la puntuación en la subescala del SOCRATES Haciendo Cambios, mayor es la probabilidad de retención. Puntuaciones altas en esta subescala implican que la persona ya ha reconocido el problema y resuelto su ambivalencia, lo que le conduce a buscar maneras de no volver a consumir. Los resultados coinciden con los obtenidos por Brocato y Wagner (2008), para quienes la retención en el tratamiento se relaciona con la motivación para el cambio, el reconocimiento del problema con la relación terapéutica y los cambios en la motivación en respuesta al tratamiento se asocian positivamente con la alianza terapéutica. Igualmente, y utilizando muestras similares a la nuestra, los niveles iniciales de motivación también predijeron la continuación del tratamiento tras la puesta en libertad de reclusos a tratamiento (De Leon, Melnick, Thomas, Kressel y Wexler, 2000). Vistos estos datos, no sorprende por tanto que hayan existido intentos de incrementar la motivación de los sujetos a tratamiento en el ámbito penitenciario. Prendergast, Hall, Roll y Warda (2008), por ejemplo, determinaron si la eficacia del tratamiento para las drogas en personas con condicionamientos judiciales se podía mejorar utilizando manejo de contingencias. Para ello, reforzaron la abstinencia y las conductas positivas de 163 pacientes con dos vales semanales durante 26 semanas. Entre el 60 y el 76 % de los pacientes completó la intervención (con y sin reforzadores), y aunque los participantes en los grupos de reforzamiento tuvieron más probabilidades de completar el tratamiento, las diferencias con el grupo de no reforzamiento no fueron significativas.

En el presente estudio hemos observado también que la presencia de diagnóstico de trastorno adictivo más sintomatología de trastornos de personalidad (o puntuaciones elevadas en algunos rasgos de personalidad) evaluados mediante el MCMI-II influye negativamente en la retención. Concretamente, a puntuaciones más elevadas en el rasgo de personalidad Agresivo-sádico, mayor riesgo de abandono en los primeros 6 meses e

igualmente, a mayor puntuación en la escala Narcisista, mayor abandono al año. Este tipo de comorbilidad también se había visto asociada con el abandono terapéutico en otros contextos. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela (2004), el 72.2% de las personas con dos o más trastornos de personalidad abandonaban el tratamiento, frente al 33.3% de las personas sin trastornos comórbidos o con sólo uno de ellos. Además, en este último estudio, el 86.6% de las personas con dos o más trastornos de personalidad que abandonaron el tratamiento lo hicieron precozmente.

El último objetivo de la evaluación prospectiva era analizar la presencia de cambios en la gravedad de la adicción, motivación y estado psicopatológico de reclusos ingresados en la UTE. Así, la baja motivación para el cambio detectada al ingreso en la UTE no cambia con el transcurso del tiempo ni del tratamiento. Es posible que tanto la situación de encarcelamiento como algunas características del programa sean responsables de este estancamiento de la motivación. Puede resultar lógico pensar que la perspectiva de pasar un largo tiempo en la cárcel sea desesperante o desmotivador, puesto que es un tiempo en cierto modo “perdido” para ellos; y la media de encarcelamiento que les espera se sitúa en cuatro años. Estos reclusos, ingresan en un programa que carece de fases y temporalización: cuando se incorporan, no se les dan pautas claras de qué objetivos van a perseguir, qué técnicas se van a utilizar, de qué componentes consta el tratamiento o cuáles son los factores que se evalúan en las reuniones de equipo. Por lo tanto, existen cotas muy altas de incertidumbre por parte de los internos, y los criterios de buena evolución, que a su vez redundan en algún beneficio penitenciario (permisos de salida, derivaciones a centros extrapenitenciarios, etc.), no son conocidos por los reclusos, ni objetivables en muchas ocasiones.

La gravedad de las áreas médica y psiquiátrica evaluadas por el EuropASI no cambia con el avance de la intervención, bien porque alguno de los ítems que las evalúan en el seguimiento no sean suficientemente discriminativos, bien porque el programa no incorpora sesiones de educación para la salud que favorezcan la adherencia al tratamiento farmacológico, cuando este exista, o pautas de higiene del sueño y de prevención y tratamiento de enfermedades. Se ha propuesto la realización de un taller de

salud, pero en el momento de la evaluación, éste se gestionaba por los propios internos, y no tenían acceso a documentación o asesoramiento profesional.

Por el contrario, hemos podido documentar descensos notables en 3 de las 5 áreas de evaluación del EuropASI. Por ejemplo, en el área consumo de Alcohol se observó un descenso continuo que se vio reflejado de nuevo al cabo de un año de intervención. Asimismo, la mejora significativa de las relaciones familiares observada trascurridos seis meses de terapia (área Familiar del EuropASI) logró no sólo mantenerse, sino incluso mejorar tras un año de tratamiento. Aunque puedan sorprender estas mejorías en el área familiar (por tratarse de personas encarceladas), la UTE incorpora en su intervención un trabajo importante con la familia del interno. Alguno de los elementos de este trabajo (visitas a la prisión, actividades conjuntas) favorece interacciones adaptadas entre un individuo abstinentes y su familia, que lógicamente redundan en una mejoría importante de las relaciones familiares durante la estancia en la Unidad. La intervención familiar se ha considerado tradicionalmente como uno de los ejes importantes en la recuperación de los TUS (Santonja-Gómez, Sánchez-Hervás, Secades-Villa, Zacarés- Romaguera, García-Rodríguez y García-Fernández; Zapata, 2009).

Por su parte, el área de consumo de Drogas del EuropASI también descendió significativamente al cabo de seis meses de tratamiento. Más aún, el descenso en la puntuación de gravedad del área Consumo de Drogas ya pudo detectarse durante el primer mes de evaluación, lo que evidencia una notable reducción en la frecuencia y cantidad de consumo de sustancias tras el ingreso en la UTE. Sin embargo, las ganancias conseguidas no lograron mantenerse transcurrido un año de intervención. Diferentes factores pueden explicar esta pérdida, algunos de los cuales los nombramos a continuación. Por un lado, el programa no incluye elementos validados empíricamente que favorezcan el mantenimiento de la abstinencia, como grupos de prevención de recaídas o de entrenamiento en habilidades sociales (Secades y Fernández-Hermida, 2001); una lástima mientras por ejemplo, la terapia de conducta cuenta con estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción, como son las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas

---

combinaciones entre ellas (Secades- Villa, García, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Por otro, la ausencia de cambios en la motivación también podría explicar este dato. Ítems del tipo ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes los problemas relacionados con las drogas o con problemas psicológicos o emocionales? podrían señalar respuestas que simplemente demanden al programa una ayuda terapéutica que el sujeto cree necesitar. Afortunadamente, la nueva versión del instrumento de evaluación, ASI-6 (Índice de Gravedad de la Adicción, versión 6), solventa algunos de estos problemas y dota de cotas más altas de objetividad a la hora de evaluar la gravedad de la adicción, entendida como necesidad de tratamiento. Este nuevo instrumento consta de 257 ítems, y puede ser usado en la admisión a tratamiento, como ayuda a la planificación del mismo y respecto a la toma de decisiones en las derivaciones y en los seguimientos. Además, aporta información relevante sobre variables que pueden estar relacionadas con la adherencia al tratamiento (Casares-López et al., 2011; Díaz Mesa, Casares, Galván, y García -Portilla, 2011, Díaz Mesa et al., 2010).

El programa terapéutico llevado a cabo en la UTE redonda en una disminución de las Tasa Base de las escalas del MCMI-II, cambios que van apareciendo a lo largo del año de intervención. En concreto, al cabo de seis meses, los resultados señalaron descensos significativos en cuatro rasgos de personalidad que además lograron mantenerse transcurrido 1 año de intervención: Dependiente, Esquizotipia, Histeriforme y Neurosis Depresiva. El rasgo de personalidad Límite, precisó de un año completo para reducirse significativamente. Aunque no faltan estudios que consideran el perfil de personalidad como una entidad estable que no logra modificarse ni tras 7 años de intervención (Ravndal y Vaglum, 2010), los resultados aquí obtenidos concuerdan con trabajos anteriores en los que se demuestra que la abstinencia y el tratamiento para el TUS sí logran provocar descensos en las puntuaciones de algunas escalas de personalidad (Calsyn, Wells, Fleming y Saxon, 2000; De Groot et al, 2003).

Estos resultados positivos en la mejora de algunas áreas afectadas tras el inicio del abuso de sustancias, y en la estabilización del perfil de personalidad tras la abstinencia, son esperanzadores, máxime cuando son abundantes los estudios que confirman que la

participación en un tratamiento transicional (intra más extrapenitenciario) puede cuadruplicar las probabilidades de abstinencia después de 42 meses tras la puesta en libertad, y reduce considerablemente el riesgo de reincidencia delictiva; resultados similares a los obtenidos tras 60 meses de libertad (Inciardi et al., 2004). Estos y otros muchos estudios de evaluación han mostrado que los mejores beneficios se dan cuando se continúa el tratamiento intrapenitenciario con el extrapenitenciario (Heseltine, Day y Sarre, 2011; Hiller et al., 1999; Inciardi et al., 1997; Wexler et al., 1999); aunque la mayoría de los reclusos que terminan la CT intrapenitenciaria no eligen entrar a un tratamiento posterior, criterio que se cumple en la UTE, puesto que es su objetivo prioritario.

Son varias las virtudes y limitaciones de esta evaluación prospectiva. Entre las limitaciones, tal vez la más importante se refiera a la imposibilidad de contar con un grupo de comparación de sujetos no tratados. Como ya hemos comentado en el apartado anterior, contamos inicialmente con un grupo de comparación homogéneo, pero la elevada mortalidad experimental hizo que no pudiesen llevarse a cabo los análisis estadísticos planteados en el diseño preliminar. No obstante, también hay que considerar que nos situamos en un entorno complejo, con problemáticas muy importantes, y la alternativa de utilizar un grupo de control compuesto por personas que no han recibido tratamiento, o que hayan recibido placebo en lugar de tratamiento son éticamente dudosas (Fernández-Hermida et al., 1999; Sanabria, 2000) además de difícilmente realizables en la práctica, al menos en este entorno.

Asimismo, la posibilidad de los internos de acceder a la UTE en cualquier momento que lo deseen provoca un número elevado de abandonos y un tiempo de estancia corto (Casares et al., 2012). Todo ello se traduce en una importante mortalidad experimental que dificulta el análisis de la evolución de los sujetos y la generalización de los datos. La literatura existente acerca de evaluaciones de importantes programas terapéuticos como serían el Drug Abuse Reporting Program (DARP), Treatment Outcome Prospective Study (TOPS), Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) o National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES), todos ellos con muestras clínicas mayoritariamente norteamericanas, nos demostraron como los resultados post-

tratamiento se relacionan directamente con la duración del tratamiento o la retención en el mismo (Krebs et al., 2003). Esta misma tendencia se observa en los programas intrapenitenciarios, donde el tiempo en los mismos influye positivamente en las tasas post-prisión de recaída en el consumo de sustancias y de reincidencia delictiva. La UTE no consigue unas tasas de retención muy altas, como pudimos observar en el capítulo de resultados. Esta mortalidad experimental se debe principalmente a circunstancias del contexto penitenciario y del programa de tratamiento, puesto que en este año se produjeron abandonos voluntarios, expulsiones, liberación, hospitalización y conducciones a otros centros penitenciarios. El tiempo de estancia en el tratamiento ha sido uno de los predictores más consistentes de los resultados, encontrado en la mayor parte de los programas, tanto residenciales como ambulatorios, por ejemplo: Drug Abuse Reporting Program –DARP-, Treatment Outcome Prospective Study –TOPS-, Drug Abuse Treatment Outcome Studies –DATOS- y National Treatment Outcome Research Studies –NTORS- (Simpson, 2004). El análisis llevado a cabo por Krebs et al. (2003) sobre tres importantes programas de tratamiento intrapenitenciario en California y Nueva York (Jail Education and Treatment –JET-; Deciding, Educating, Understanding, Counseling, and Evaluation –DEUCE-; Rebuilding, Educating, Awareness, Counseling, and Hope –REACH-, Substance Abuse Intervention Division –SAID- y New Beginnings) nos ofrecía tasas de retención muy variables (desde el 10.4% de personas que completan el tratamiento en el programa REACH al 67.6% que lo hicieron en el JET). La mayoría de los estudios coinciden en el hecho de que la continuación del tratamiento tras la puesta en libertad ayuda a mejorar y mantener estos éxitos (Chanhatasilpa et al., 2000; Hiller et al., 1999; Inciardi, Martin, Butzin, Hooper y Harrison, 1997; Inciardi et al., 2004; Wexler et al., 1999) y las opiniones sobre el tiempo necesario para que este continuum de tratamiento sea eficaz puede ser prolongado, hasta los 2 a 3 años (Olson, Rozhon y Powers, 2009); por lo que la falta de paciencia y el tiempo limitado que se otorga a los nuevos programas son dos de las principales barreras para la aplicación de este tipo de estrategias (Mears, Winterfield, Hunsaker, Moore y White, 2003).

Entre las virtudes, el estudio aquí presentado es pionero en la evaluación de un programa intra-penitenciario para abuso de sustancias en nuestro país, así como en la medición de variables individuales importantísimas para favorecer el objetivo último de la institución penitenciaria, que no es otro que la reinserción en la sociedad.

Hemos de recordar que, en nuestro país, trabajamos sobre la base de la escasez de estudios de evaluación de resultados de los tratamientos intrapenitenciarios, y que el propio contexto penitenciario convive con muchas limitaciones metodológicas a la hora de establecer un control de variables implicadas. Los problemas para la elaboración de estudios de valoración de tratamientos, en el campo de los trastornos adictivos son múltiples. Fernández Hermida y Secades-Villa (1999) mencionan algunas de las principales en su evaluación de la eficacia del programa educativo - terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre, de las que podemos destacar: el uso de diseños retrospectivos en lugar de diseños prospectivos, la imposibilidad de asignación de los usuarios a los diferentes grupos de tratamiento (o de conseguir un grupo control), con la subsiguiente falta de control sobre la varianza de los grupos, la utilización de indicadores poco sensibles en la estimación de los resultados, dudas en cuanto a la validez y fiabilidad de la información; y por último, la dificultad en la localización de los pacientes para realizar los seguimientos. Igualmente, carecemos de información sobre qué ocurre en el entorno penitenciario, pues las publicaciones se refieren al uso de sustancias autoinformado, pero seguimos sin resolver las cuestiones clínicas sobre prevalencias de trastornos de consumo de sustancias (no simplemente uso), asociación con otros trastornos comórbidos, y otras cuestiones importantes, como los resultados de los tratamientos ofertados.

Para terminar, como se ha tratado de mostrar a lo largo de la presente tesis, el entorno penitenciario, acoge en su seno una tasa muy elevada de personas con diferentes trastornos mentales y problemáticas diversas que merecen atención desde el punto de vista clínico e investigador. Es urgente incorporar procedimientos de detección y evaluación de la gravedad de la adicción, la motivación y el estado psicopatológico de los reclusos tanto al tiempo del ingreso como durante el tratamiento, para detectar si los cambios esperados se producen (Welsh, 2010) y tener en cuenta la existencia de otras

psicopatologías, de patología dual, o de rasgos alterados de personalidad para otorgar un tratamiento integrado y orientado a la modificación de estos patrones y tratamiento de esos trastornos. Conocer el perfil psicológico de las personas con trastornos por uso de sustancias, en este caso, personas a las que su conducta adictiva les ha llevado a la más temida consecuencia (en ingreso en prisión), resulta esencial para diseñar programas de intervención adecuados a los diferentes tipos de pacientes y a las singularidades de cada individuo (Graña, Muñoz y Navas, 2007). Asimismo, las unidades terapéuticas y educativas, podrían beneficiarse de la incorporación de componentes terapéuticos (por ejemplo, motivacionales) (McIntosh y Saville, 2006) y de atención a la patología dual (Martínez-González y Trujillo, 2003) que faciliten el compromiso terapéutico, la retención y la participación posterior en programas extra-penitenciarios.

### **6.3. Líneas futuras propuestas**

El principal indicador del efecto de los programas de tratamiento en prisión es el análisis de la reincidencia delictiva. Las investigaciones mejor diseñadas utilizan este índice para realizar estimaciones del tamaño del efecto del tratamiento, comparándolo, en general, con un grupo control de sujetos que no recibe ninguna intervención (Lowe, Wexler y Peters, 1998; Prendergast et al., 2003; Prendergast et al., 2004). Por ello, una futura línea de investigación será replicar el diseño con los nuevos internos que ingresan en la UTE, tomando como grupo de comparación un número similar de sujetos que ingresen en los módulos ordinarios de la prisión.

Por otra parte, los resultados de reincidencia de la UTE probablemente difieran según se considere la participación o no en programas de tratamiento externo. Desafortunadamente, en este estudio no hemos podido realizar estas comparaciones, al habernos sido imposible estimar, hasta la fecha, los porcentajes de reincidencia de los sujetos drogodependientes que alcanzaron desde la UTE la situación de Libertad sin acceder a programas externos. Un mayor control y registro de todos estos datos, pueden mejorar notablemente un estudio de este tipo.

La literatura que se ocupa de la retención en tratamientos para el consumo de drogas encuentra otras variables moduladoras no evaluadas en esta investigación. Como



ejemplos, algunos estudios estudian la capacidad pronóstica de ciertos estilos de pensamiento, como el estilo de pensamiento criminal (Hiller, Knight y Simpson, 1999) y otros analizan los diferentes modos de utilización del tiempo libre, el grado de satisfacción con el programa o la conformidad social del sujeto (Hickert, Boyle y Tollefson, 2009; Lang y Belenko, 2000). Ninguna de estas últimas ha sido contemplada en este trabajo, por lo que una perspectiva de futuro sería completar la batería de evaluación con una entrevista y otros instrumentos de valoración de estos aspectos.

Los resultados de esta evaluación nos han hecho ser conscientes de que la frecuencia de PD en prisión es un problema a tratar, que necesita evaluación y tratamientos eficaces para lograr la rehabilitación y reinserción de los internos (Cacciola y Dugosh, 2003; Casares-López et al, 2010), por lo que es necesaria más investigación al respecto.

Sería muy interesante examinar la influencia diferencial de los distintos trastornos psicopatológicos comórbidos, tanto del Eje I como del II sobre la evolución en el tratamiento, y las tasas de reincidencia y recaída posteriores (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009; Martínez-González, 2009) Así, podríamos tener una idea clara de si es cierto que los trastornos psicopatológicos influyen en la evolución terapéutica, y de ser así, cuáles influyen y cómo, tanto en la evolución del tratamiento, las tasas de reincidencia y de inserción social, de recaída y tiempo hasta la recaída en el consumo de sustancias, etc.

Todas estas circunstancias, en especial la patología dual, la comorbilidad con trastornos de personalidad, y la coexistencia de enfermedades orgánicas, deberían ser tenidas en cuenta a la hora de conocer la calidad de vida de los sujetos afectados, y diseñar un tratamiento acorde; pues ya se ha demostrado que los tratamientos efectivos guardan relación con una serie de variables como por ejemplo, la adecuación de las estrategias terapéuticas, el patrón de consumo diferente en los sujetos con TP (lo que puede afectar a los programas de prevención de recaídas); etc. (Martínez-González, 2011).

La investigación adquiriría mayor nivel científico si se lograra explorar las tasas de reincidencia, recaída e inserción laboral de los sujetos que formaron parte de la evaluación prospectiva y que ya han sido seguidos durante un año.

# **EXTENDED ABSTRACT**

## **ABSTRACT'S INDEX**

EXTENDED ABSTRACT.....	157
ABSTRACT'S INDEX.....	158
INTRODUCTION.....	159
Description of the UTE program in the Penitentiary Center of Villabona:.....	163
Objectives.....	166
METHOD.....	167
Retrospective evaluation .....	167
Prospective evaluation.....	170
Procedure.....	171
RESULTS.....	173
Retrospective evaluation:.....	173
Prospective Evaluation:.....	179
DISCUSSION AND CONCLUSIONS .....	186
To the retrospective evaluation.....	186
To the prospective evaluation.....	191
FUTURE PROSPECTS.....	196

## INTRODUCTION

The relationship between substance abuse and criminal behaviour has been extensively debated and researched (Prendergast, Hall, Wexler, Melnick and Cao, 2004; White and Gorman, 2000). Numerous studies have pointed towards the existence of common risk factors to violence and substance use. They have shown as well, that drug use amongst young people predicts the appearance of legal problems and addictive disorders in their adult lives. (Fergusson, Lynskey and Horwood, 1996; Lipsey, Wilson, Cohen and Derzon, 1997, Newcomb, Galaif and Carmona, 2001; White and Gorman, 2000).

In 1998, it was calculated that more than 50% of the population that entered Spanish prisons, presented some kind of substance abuse problem, being cannabis, the benzodiazepines and heroin, the three most commonly consumed drugs amongst the inmates in our country (Delegación Del Gobierno del Plan Nacional Sobre Drogas, 2002). These data coincides with those offered by certain European studies which show that approximately half of the prison inmates are drug-addicts, mainly opioids, cannabis and alcohol (Marshall, Simpson and Stevens, 2000). Direct or indirectly, alcohol and drugs are one of the main causes of youngsters getting in contact with the judicial system, with some examples that show that only 7% of the young people (16-18 years old) admitted to centers depending from Penitential Institutions do not present any history of drug-abuse (Marshall et al., 2000; Observatorio Español Sobre Drogas, 2000).

Data are no less worrying where the psychopathological status of the inmates is concerned. The OMS itself, estimated that the prevalence of mental disturbances inside the prison is seven times greater than amongst the general population (Mendelson, 1992) and, in Spain, the most recent studies establish that 57% of the inmates present a dual diagnosis – DD- (Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión, 2006). Unfortunately, the volume of the research on dual diagnosis inside the prisons is scarce. The few studies available, point out towards a high comorbidity amongst disorders coming from substance consumption and Axis I psychological disorders. (Andersen, 2004, Fazel and Danesh, 2002). Recent data place the percentages around 26.3% in France

(Lukasiewicz et al., 2009), 20.9% in Italy (Piselli, Elisei, Murgia, Quartesan and Abram, 2009) or 35% in Spain (Casares-López, González-Menéndez, Villagrà, Hoffman and Reinhard, in press). This comorbidity is more frequently found together with affective and anxiety disorders (Butler and Alnutt, 2003; Casares-López et al., in press; Jordan, Federman, Burns, Schlenger, Fairbank and Caddell, 2002).

The penitential context provides us, thus, with a valuable opportunity to set up rehabilitation programs which take care of the increasing volume of inmates presenting drug-addiction problems; these programs would try to break the well-known and highly condemned drug use – delinquency cycle. (Prendergast et al., 2004) and they could give a therapeutic response to those inmates with psychiatric comorbidity (Casares-López, González, Bobes-Bascarán, Secades, Martínez-Cordero and Bobes, 2010).

The pioneering enterprises, which date back to the beginning of the 1980s, are circumscribed to the North American penitential system. The CSATF programs (California Substance Abuse Treatment Facility), KEY-Crest (Delaware's in-prison Therapeutic Community) Stay'n Out in New York or Texas ITC Program, are some of the best examples of this kind of implementation. Although the number and variety of interventions offered has increased steadily, the intra-penitentiary Therapeutic Community model has received more attention, and it has obtained better results and funding (De Leon, 2000). As an example of its fast expansion, it can be pointed out that in the year 2000 more than 250 Therapeutic Communities (TC) were present in Canadian prisons (Rockholz, 2004).

Nowadays, many are the intra-penitentiary programs that emulate the therapeutic community model, not only for those inmates with addiction problems, (Butzin, Martin and Inciardi, 2002, 2005; Chanhathasilpa, MacKenzie and Hickman, 2000; Hiller, Knight and Simpson, 1999; McCollister, French, Prendergast, Hall and Sacks, 2004; Porporino, Robinson, Millson and Weekes, 2002; Welsh and McGrain, 2008), but more specifically for those individuals that have been prosecuted for crimes related to sexual assault (Auburn and Lea, 2003; Beech and Hamilton-Giachritsis, 2005; Friendship, Mann and Beech, 2003; Frost and Connolly, 2004), inmates who present dual diagnosis and those with other mental disorders (Cloyes, 2007; O'Connor, Lovell and Brown, 2002).

---

Most of these programs, aimed to deal with the treatment of substance abuse/ dependence, have been approved by methodologically rigorous evaluations that showed positive results in recidivism, drug abuse and post-release employability pattern indicators. Furthermore, these results have been replicated 1, 2, 3 and/or 5 years after the evaluation (Dietz, O'Connell and Scarpitti, 2003; Gottfredson, Kearley, Najaka and Rocha, 2005; Hedden, Guard and Arndt, 2011; Inciardi, Martin, Butzin, Hooper and Harrison, 1997; Knight, Simpson and Hiller, 1999; Martin, Butzin, Saum and Inciardi, 1999; Pelissier, Gaes, Camp, Wallace, O'Neil and Saylor, 1998; Prendergast et al., 2004; Wexler, Melnick and Cao, 2004).

It is obvious that the differences between the jailed population in Spain and in the USA are enormous and that the kinds of treatment available are also beyond comparison. Unfortunately, the general panorama of the Spanish programs differs from international programs in the number, variety and quality of the programs and their evaluation. The only reference which counts with result reports comes from Catalonia, with the setting up of a treatment program in an intra-penitentiary therapeutic community regime, better known through the acronym D.A.E. (Departament d'Atenció Especialitzada). The results obtained in this program, started in two prisons in Catalonia in 1990 and 1993, pointed towards a 32.77% of recidivism (Caixal and Roca, 1999), data which should be compared to that offered by Redondo, Funes and Luque (1994), which placed the percentage of criminal recidivism in Spain around 37.9%. The absence of a comparison group in the consideration of these results has prevented its authors from making an accurate estimation of the size of the effect obtained by the intervention group.

In Spain, around 30.5% of the inmates are under treatment for SUD<sup>6</sup>. Most of these are damage control treatments, such as maintenance programs using methadone (Delegación Del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas, 2006). Inmates suffering from drug dependence are, currently, the group which counts with the highest degree of medical attention inside the prison. For instance, in 2009, 29772 of the 65416 inmates in Spanish penitentiaries, were under treatment for drug abuse/dependence.

---

<sup>6</sup> Substance Use Disorder, in Spanish Trastornos por Uso de Sustancias (TUS).

As of 12.31.2009, 19.5% of the total number of inmates -12766- was under one of these treatments (Ministerio de Interior, 2009). In this same year, almost 12000 inmates benefited from cessation programs, amongst which we can find Prison-Based Therapeutic Communities and Drug-Free Units (Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2009).

In Spain, these Prison-Based Therapeutic Communities are governed by article 115 in the Penitential Regulations, which means they count with their own Treatment board which also functions as Counselling and disciplinary commission. They also count with therapeutic modules for drug-dependant inmates, where the team consists of personnel from the correctional facility and Non-Governmental Organisations professionals (NGOs). In 2009, this model of intervention, was developed in Alicante II – Villena, Córdoba, Madrid III – Valdemoro, Madrid V – Soto Del Real, Ourense and Valencia.

In addition to these Prison-Based Therapeutic Communities, the Therapeutic and Educational Units (UTE) are drug-free units which accept all kinds of inmates (they are not constricted to only those presenting problems related to substance-abuse) . These units make use of an interdisciplinary team, integrated by correctional facility's professionals only. In 2009, the intervention of these units was carried out in the following centers: A Lama, Alicante II - Villena, Castellón II - Albocasser, Huelva, Jaén, Madrid VI - Aranjuez, Madrid VII - Estremera, Teixeiro and Villabona (Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2009).

The UTE in Villabona presents, according to the Spanish Drug Observatory, one of the most innovative intervention programs inside the Spanish model (OESD, 2003). The program follows a strict ambience control scheme and is isolated from the rest of the institution. Its main aim is to generate processes of behavioural and cognitive change, facilitating the recovery from drug addiction, as well as enabling inmates to acquire pro-social values to face their reinstating into society



## **Description of the UTE program in the Penitentiary Center of Villabona:**

The UTE is a drug-free residential unit which uses components from the community treatment programs (especially Prison-Based Therapeutic Communities).

From the rehabilitation point of view, the main goal of the UTE is to generate processes of behavioural and cognitive change amongst the inmates, to favour their recovery from drug addictions and to enable their acquiring pro-social values and their reinstatement into society. The UTE, in general, contains elements traditionally belonging to the Therapeutic Communities, that is, stimuli control strategies, group sessions, contingency contracts, positive reinforcement, punishment contingencies and, most importantly, the confrontation of unacceptable behaviour. These seem to be some of its main characteristics.

The program administrators are, for the most part, surveillance officers who work exclusively at this module, although it is common to see that the inmates themselves function as co-therapists. In general, the inmates can move upwards in a function hierarchy, which implies an increase of both their privileges and their responsibilities.

In fact, the use of a closed space, independent from the rest of the prison, as well as the use of the inmate group itself as a stimulus for change, and some of the traditional rehabilitation programs (for instance, workshops, educational groups, study groups, etc.) are the main ingredients of the therapeutic role of the Villabona UTE.

The specific aims of the UTE, as specified in its curriculum, are the cessation from drug use, the acceptance of habits for a healthy life, an education in morals and responsibility, the adequate use of free time, and the favouring of self-control, self-esteem and solidarity. All of this, with the aim of preparing the inmates for their later entrance in an extra-penitentiary treatment program.

To that end, the organisation of the daily routine in the UTE revolves around several groups and meetings. The offenders must wake up at 8:00 am and must be in bed by 11:00 pm; they must attend morning and evening meetings, as well as help with the cleaning, cooking tasks, etc., they also need to attend meeting groups, they have their

own personal free time and, occasionally, they can also attend individual counselling. Since employment is considered a key element for their successful involvement in society, occupational workshops and educational courses are one of the essential components of the UTE. Therapeutic groups are also considered the main axis of the Unit, where each group is headed by one or more members of the staff and there are no more than 15 inmates. The meetings are held, at least, once a week between 10.30 and 13.30. Under exceptional circumstances, these therapeutic groups could meet as often as it is deemed necessary.

The UTE offers several courses and workshops (painting, leather, decorating, tiling, computer skills, horticulture, etc.), as well as sports, recreational activities and education. All those inmates without a primary education must take a literacy course. Spanish courses for immigrants are also available, as well as primary, secondary and long-distance university education.

At the beginning of this evaluation (January 2006) the UTE area was covered by 3 out of the 10 modules that make up Villabona Penitentiary Center. Each of these modules included 50 individual cells, although in those cases in which the prison population exceeded the number of individual places, each cell could host two inmates. The average number of offenders the UTE counted with during this year, ranged between 300-310. Only a small proportion of this group were women (n=25).

Through the analysis of a meaningful sample of this population (147 inmates distributed in different groups according to the duration of their stay in the prison), González Menéndez (2010) noted that the typical profile of the inmate that enters the UTE is that of a Spanish male, with an average age of 35 years, single, unemployed before the entrance in the institution and with a low educational level. The time of the stay in the Unit is highly changeable, between 0.2 and 11 years, with the average time being 2 years approximately. More often, the inmates leave the Unit at some point, to return later on, although for 59% of the Unit users it is the first time they take part in a UTE project. Most of the participants (59.3%) have been prosecuted for crimes against the socioeconomic order, with a 17.8% who have committed crimes against public health (drug-trafficking for the most part) and a smaller group who have been prosecuted for

crimes against the persons (12.9%). As many as 85.7% of the inmates claimed that their crimes were inextricably linked to their drug addiction and the average sentence revolved around 6 years (González-Menéndez, 2010).

Up to this moment, the success of the UTE has been measured through subjective methods framed within a process of rudimentary internal evaluation. These methods include the assessment of the atmosphere within the UTE as opposed to the atmosphere in the institution as a whole, as well as the acknowledgement of the success and effectiveness of the UTE by the General Authorities of the Penitentiary and, in general, the degree of social recognition. In spite of the existence of these subjective appreciations, it must be noted that they have never been contrasted or completed with reports, self-evaluation reports, questionnaires or any other assessment methods.

Neither do we count with reliable data on some other highly important results, such as the number and percentage of Therapeutic Graduations in the extra-penitentiary derivation programs, or the percentages of recidivism amongst the participants. We encounter the same absence of data on the reports of the possible posterior relapses. Furthermore, although analysis for drug-detection are carried out (urine sampling and drug-detection patches), the frequency data, the implementation criteria and the general results of the tests are, more often than not, completely absent from the reports or they are completely devoid of scientific rigour or systematisation.

These limitations that so obviously bar the process of obtaining acceptable conclusions about the work carried out in the Unit, are the same limitations that frame and justify the main purpose of this study, which is, in fact, to provide the Therapeutic and Educational Unit with a more rigorous and complete program evaluation system.

## Objectives

The general aim of this Doctoral Thesis is to evaluate the efficacy of the UTE in the prison of Villabona, as well as the assessment of the treatment of the inmates who present disorders related to the use of psychoactive substances. This is an external evaluation divided into two stages:

1. The first stage is a retrospective evaluation of the results, in which an analysis of the therapeutic performance indicators (retention, evolution within the treatment, recidivism and relapse) in the subjects that took part in the UTE program between 2000 and 2006 has been carried out.
2. This first objective can be, at the same time, subdivided into two minor sections:
3. First an overview of the results obtained from the whole population during the 7 years of the evaluation (N= 1630 inmates), taking into account the time spent in the program, the number of discharges, and the reasons for the discharge of the participant inmates.
4. The second section presents the results of the total number of derivations of inmates to extra-penitentiary treatment units between 2000 and 2005 (N= 289 derivations), the average stay in these programs and the reasons for the discharge of the participants. As it happened in the first case, the relapse of those inmates that achieved the situations of parole or Definite release while they were taking part in the program (N= 151 subjects) are presented in this section, along with the results of posterior drug-abuse relapses.
5. The second stage is a prospective evaluation, with an ex post facto measure-repeated design, in which the effect of certain individual variables upon the retention in the treatment given in the unit is assessed. In this evaluation all the new admissions to the UTE which fulfilled the SUD diagnosis criteria and had never been in the module were included (N=87 subjects). The changes in the psychopathological, addictive and behavioural profile, brought about by the interven-

tions after six and twelve months of the inmate's stay in the drug free unit, were also assessed.

## **METHOD**

### ***Retrospective evaluation***

#### **Participants**

On the one hand, in the lapse between 2000 and 2006, the Therapeutic and Educational Unit of the Penitentiary Center of Villabona, hosted a total number of 1630 inmates. This is the population upon which the retention, evolution within the intra-penitentiary treatment and the derivation percentage was studied. At the same time, and after a preliminary study of the number of derivations in article 182 of the current Penitential Regulations (in Spanish, RP)<sup>7</sup>, the retention and evolution of the extra-penitentiary program, as well as the recidivism and possible relapses after the extra-penitentiary treatment, have been analysed. More specifically, the evaluation of criminal recidivism has been carried out taking into account all the subjects that were discharged from the center after having achieved, during their treatment in an extra-penitentiary institution, the situations of parole or definite Release. The cases of inmates that were discharged from the program without having achieved any of these situations have been excluded from this analysis, since all of those subjects re-entered the Penitentiary Center of Villabona. This analysis of recidivism refers to the lapse between the years 2000 and 2005.

#### **Variables**

- **Retention:** Retention in the treatment has been defined as the number of consecutive treatment days after the entrance in the Drug Free Unit or the extra-penitentiary center.

---

<sup>7</sup> Article 182.1 from the RP: Internment into a cessation centre and into a special educational centre: The Head Centre will be able to authorize assistance in the proper extra-penitentiary facilities, either private or public, of those inmates classified as third grade who are in need of an specific treatment for the cessation of drug-dependence and other addictions, reporting back to the Surveillance Judge.

- Evolution of the treatment: The evolution of the treatment was tagged as good in those cases in which the inmate had remained within the UTE for the last 90 days. According to previous literature on the subject, three months is the minimum time necessary to appreciate the effects in similar treatments (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson and Etheridge, 1997; NIDA, 2007; Simpson, Joe and Rowan-Szal, 1997).
- Recidivism: Recidivism was defined as an imprisonment for a different offence, after the date when the inmate had achieved either parole or Definite Release, having been derived to an external therapeutic program.
- Relapse: Drug-abuse relapse has been defined as the return to either the same, or a new therapeutic extra-penitentiary center, after the date of the derivation, motivated by the return to a problematic abuse of substances.

### **Procedures**

The data for the first section of this phase were extracted from the Record Books of the correctional facility (Libros de Altas/Bajas), which contained handwritten information about the numerous movements of acceptance/discharge that take place daily in the UTE. Unfortunately, these documents only contain information of the dates of admittance/discharge, as well as the origin and destination of the inmates when they enter or leave the Unit. No other relevant data about the inmates, such as socio-demographic information (age, education, marital status, etc.), criminal history (classification of the inmates, length of the sentence, etc.) or those related to addiction (main substance of abuse, history of use, concomitant psychopathological issues, etc.) could be obtained, since this information was never recorded by the UTE staff.

The data on the inmates that benefits from the application of article 182 of the current Penitentiary Regulations, were obtained through the reports of the Social Insertion Center (S.I.C.<sup>8</sup>) of the Penitentiary Center of Villabona. The information present in

---

<sup>8</sup> The social insertion centers, (S.I.C.) are penitentiary establishments where inmates can serve freedom-restrictive sentences in an open regime, as well as weekend arrests. They also serve to monitor those sentences which do not restrict the liberty of the offender, as established in the penal legislation, the execution of which is attributed to the penitential services (MIR, 2007)

these documents was only computerized from 2004 onwards, so all the data from the years between 2000-2004, originally handwritten and in paper, have been added to a computer database only for this study. These reports include the names of the inmates, the date of admittance to the external program and the date of their release from the Penitentiary Center when the situation of parole or Definitive Release was achieved while the inmate was still in the program.

All these data have been later on contrasted with the data in the All these data were then checked against data from the prison reports. Researchers have been in contact with other external programas and therapeutic communities (Fundación ADSIS, Proyecto Hombre, Centro Reto, Asociación de Amigos Contra la Droga...), to collate these data and further inquiry regarding the retention the program and relapse in substance use.

The data for the first section of this phase were extracted from the Record Books of the Drug Free Unit, to confirm that the derivation to these external programs took place when the inmate was treated in the UTE, and not in any other module within the same Penitentiary Center. At the same time, the researchers have contacted the extra-penitentiary Units that took part in this project (Fundación ADSIS, Proyecto Hombre, Centro Reto, Asociación de Amigos Contra la Droga, etc.), to compare and contrast these data and to obtain new information about the retention of the program and any posterior relapse.

To evaluate the possible relapses and counting on the consent and permission of the penitentiary authorities (Art. 6 Penitentiary Regulations), the I.T.P.D. (Information Technology Penitentiary Department) database and the handwritten penitentiary files from Villabona prison have been used.

### **Data Analysis**

Descriptive and bivariate analyses of the following variables were carried out: Recidivism, time elapsed until recidivism took place, average stay in the UTE before release and the retention in extra-penitentiary programs.

Secondly, and to gauge any possible differences between the recidivist group and the non-recidivist group, we carried out a series of non-parametric analyses through the application of the U Mann-Whitney and Chi-Squared statistics between the variable “recidivism” and the variables of retention within the extra-penitentiary program, the degree of retention within the UTE, therapeutic admittances and posterior relapses.

### ***Prospective evaluation***

#### **Participants**

The sample was built by 87 subjects in total, each of whom fulfilled the following criteria: voluntary admittance to the UTE during 2006, presence of a drug abuse/dependence disorder, no previous admittance to the UTE, or if ever admitted into the Unit, the total stay was never longer than a month.

#### **Instruments**

For this second evaluation, the measurement instruments were:

1. European version of the Addiction Severity Index - EuropASI- (Kokkevi and Hartgers, 1995): This is a semi-structured interview that gathers relevant information about the different aspects that can contribute to the abuse or dependence of alcohol and other drugs. The interview explores the following areas: medical situation, employment and support, alcohol consumption, drug use, legal situation, social and family relationships and psychiatric status. For the assessment of this instrument, the Composite Scores have been used, since, according to their authors themselves, not only do they eliminate the high degrees of subjectivity of the interviewer itself, but they also are the most appropriate instrument for research (McLellan et al., 1985).
2. Millon Clinical Multiaxial Inventory - II –MCMI-II- (Millon, 1997): The MCMI-II is a self-administered clinical questionnaire for the evaluation of personality as well as several clinical syndromes. It consists of 175 dichotomous answer items (true/false), providing information on the 10 basic personality scales (schizoid, phobic, dependent, histrionic, narcissistic, antisocial, aggress-



ive-sadistic, compulsive, passive-aggressive and self-destructive), 3 pathological personality scales (schizotypal, borderline and paranoid), 6 clinical syndromes of moderate seriousness (anxiety, hysteriform, hypomania, depressive neurosis, alcohol abuse, drug abuse) and 3 clinical syndromes of severe seriousness (psychotic thinking, major depression, psychotic delusions). It also counts with control scales related to validity, alteration, sincerity and desirability). A TB>74 score, indicates the presence of a disorder and a TB>84, points towards the presence and seriousness of that disorder (Millon, 1997).

3. Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale -SOCRATES- (Miller and Tonigan, 1996). It is a self-administered questionnaire, consisting on 19 items. It evaluates the degree of motivation for change and the desire of the patient to start the treatment. It consists of three factors: Recognition of the problem, Ambivalence towards the control of the use of the substance and Taking Steps (first steps towards the resolution of the problematic use of substances).
4. Measures of drug consumption: MULTIDROG Test: It is a fast and qualitative test that detects, in the urine of the subject, the simultaneous presence of several substances or their metabolites, including: morphine, heroin, opiates, phencyclidines, methamphetamine, benzodiazepines, barbiturates and methadone.

### ***Procedure***

At the moment of the subject's admission to the UTE, measures were taken for different dependent variables, and they were repeated after 1, 6 and 12 months.

The instruments EuropASI and SOCRATES were administered by trained staff during the first week of the inmates' admittance to the unit. To avoid the possibility of intoxication and/or abstinence from substance use affecting the overall results, the MCMI-II was applied after a month. After that time the first monitoring EuropASI (n=67) was administered. Finally, and after six (n= 43) and twelve months (n=36), evaluations with the above-mentioned instruments were carried out. Coinciding with these monitoring (1, 6 and 12 months) urine samples were gathered. The size differences of

the samples in each single measure come from random losses of subjects due to voluntary desertion, dismissals, release, hospitalization and redirection to other institutions.

### **Data analysis**

The descriptive statistics of all the studied variables were analysed in the first place, together with the percentages for the qualitative, quasi-quantitative and variables and the average typical deviation, as well as the analysis of the way quantitative variables are distributed.

Secondly, in order to get to know the possible influence of all the variables (socio-demographic, motivational, personality-wise and those related to the initial levels of addiction) as regards the retention of the program, several comparisons based on the independent variable (Continuance or attrition of the UTE) was carried out using the Student t statistic for independent demographic, historical and drug use pattern variables, as well as quantitative variables, motivational and psychopathological. On the other hand, contingency tables, considering significativity ( $\chi^2$ ) and the magnitude of the relationship (C= Contingency coefficient or Phi), were used for the qualitative variables. Those inmates that abandoned the program, either due to internal or external causes such as liberation or transfer to centres in a different region, were eliminated from the total of the sample obtained from the UTE. We finally count with 50 subjects that present the complete measures for all the monitoring. To analyse the weight of these variables, the Cox Regression analysis was carried out, allowing for the obtention of a lineal function for the described variables and thus estimate, taking into account the length of the stay, the possibility of inmates leaving the UTE program after 6 months or a year.

Lastly, and with the aim of discovering the changes that the program brings about in those variables that are dependent on motivation, personality profile and the addiction severity profile over time, a three-stage evaluation (beginning/baseline, 6 months and 12 months follow-up) was carried out. The random loss of data was observed during the whole 12 months that the research lasted, and thus, the method used was the Linear Mixed Method, since it allows for the analysis of those measures that are repeated more often when there is a data loss (Fernández, Livacic-Rojas and Vallejo, 2007; Kowal-

chuck, Keselman, Algina and Wolfinger, 2004) and it also allows for a modelling of the covariance that underlies the data. For this analysis we have considered the four covariance structures that are more often studied: Symmetry (S), First-order Autoregressive (AR [1]), Heterogeneous First-order Autoregressive (ARH [1]) and Non-Structured (NE).

The analysis of the data has been carried out with the statistic Package PASW 18 and the significance level has been established a priori in 0.05.

## RESULTS

### *Retrospective evaluation:*

Population Treated: Between 2000 and 2006, the Therapeutic and Educational Unit of Villabona hosted a total of 1630 inmates. The average stay for these subjects was  $163.60 \pm 223.98$  days, and the range was located between 1 and 1685 days. Throughout these years, 43.5% of the subjects entered the Unit more than once. The average of intakes into the UTE for these participants was  $3.02 \pm 1.42$  and the range was between 2 and 11 entrances.

Retention: A total of 308 inmates drop-out from the UTE in 2000. The average stay in the program for 187 of the 308 subjects was 55.70 days and the range was located between 1 and 327 days. The reasons for the loss of subjects for analysis of retention in the year 2000 are closely related to, on the one hand, the fact that many of these subjects had already entered the UTE in previous years which are not covered by this research; and, to a lesser degree, because the Record Books used for the analysis (handwritten by different people), sometimes obliterate the date and/or the destination of the subjects that leave the Unit. In general, the average stay in the Unit increases with the year of evaluation. Thus, the average stay in the program for 2001 was 121 days; 160 days in 2002; 166 days in 2003; 206 days in 2004; and 161 and 203 in 2005 and 2006 respectively.

Table 1: Population treated and average stay in the drug free unit –UTE- between 2000 and 2006

YEAR	N° of Beds	POPULATION TREATED	DISCHARGES (N)	AVERAGE STAY (days)	RANGE (days)
2000	276	428	308 (71.96%)	55.70 ± 68.82	1-327
2001	276	421	287 (68.17%)	121.83 ± 130.28	1-646
2002	276	490	322 (65.71%)	160.38 ± 187.40	1-959
2003	276	509	327 (64.24%)	166.05 ± 219.16	1-1313
2004	276	507	319 (62.91%)	206.29 ± 266.92	1-1520
2005	376	719	493 (68.56%)	163.15 ± 241.92	1-1259
2006	376	721	473 (65.60%)	203.42 ± 260.14	1-1685

\* The number of people treated is higher since some of the subjects belong to the UTE since its beginnings.

Evolution of the treatment: Throughout the years, approximately half of the inmates treated in the UTE (46.6%) fulfilled the prerequisite of an appropriate evolution of the treatment, that is, they remained within the Unit for 90 consecutive days or more. The average stay time for these subjects was 320 days. The remaining 53.4% did not fulfil the already mentioned prerequisite, with an average stay in the UTE of 30 days and a range between 1 and 89 days.

Reasons to abandon/drop-out the UTE: The reasons for the abandonment of the UTE program are very varied. One of them is related to the release of the inmates, after obtaining the Definitive Release, Parole or Freedom in Bail. One other reason is related to the voluntary abandonment or expulsion from the Unit, so the destination always is a non-Therapeutic Module within the same prison. In some other occasions the inmates, -more generally those that classify as third grade treatment and who gain access to an open regime lifestyle- are transferred to extra-penitentiary institutions that work to con-

tinue with the cessation of their addictive disorder. Another of these cases concerns those inmates leaving the program (either temporarily or permanently) to start legal proceedings or to attend pending trials (conduction). Lastly, other reasons for the abandonment of the program were considered, such as removal to nursing modules, to hospitals, to social reinstatement, etc. Approximately half of the inmates (54.23%) that left the program did it voluntarily or were expelled from the Drug Free Unit, and they finally had a different module within the Penitentiary Center as their final destination. The second reason which is more often considered, is related to the release of the inmates under parole, on bail or with a definite release order; the data show that in the six years of this research, 19.02% individuals belonging to the total sample were released. Lastly, 14.66% of the inmates that left the UTE, were moved to extra-penitentiary programs, while the group tagged conduction and other reasons, covered the smallest percentage of inmates (8% and 4.05% respectively).

Derivations to extra-penitentiary programs: During the time elapsed between 01.01.00 to 31.12.05, 289 derivations to extra-penitentiary treatment programs took place. The total number of subjects treated during the six years of the research is 254, which implies that 35 subjects (12.1%) were moved from the UTE to external programs more than once. The average of derivations for these inmates was 2.16 and the range was located between 2 and 3 derivations to external treatment programs. The average age of admittance to these programs was  $30.91 \pm 6.37$  years and the range moved between 20 and 47. Ninety-four percent (94.5 %) are males, while just 5.5% are women. Although most of the inmates derived to these programs claimed to be Poly-Drug Abusers, the main substance abused was heroin, accounting for 70% of the cases. Cocaine (24.6%), alcohol (3.5%) and cannabis (1.8%) were the other substances considered.

**Table 2: Stay in the intra-penitentiary program of those inmates derived to extra-penitentiary programs and reasons for the abandonment of the latter.**

Year of derivation	N	PREVIOUS STAY (days)	Reason for the discharge from the external program (n, %)					
			Voluntary dropout	Therapeutic graduation	Expulsion	Evasion	Other (decease, hospital, etc.)	Under process
2000	55 (13 lost)	97.46	28 (66.7)	6 (14.3)	5 (11.9)	1 (2.4)	2 (4.8)	
2001	51 (3 lost)	213.89	23 (47.9)	13 (27.1)	5 (10.4)	6 (12.5)	1 (2.1)	
2002	44	299.14	14 (32.6)	13 (30.2)	8 (18.6)	6 (14.0)	2 (4.7)	
2003	50	441.81	15 (33.3)	16 (35.6)	10 (22.2)	3 (6.7)	1 (2.2)	
2004	39	484.72	9 (34.6)	6 (15.4)	8 (30.8)	2 (7.7)	1 (3.8)	
2005	50	455.38	18 (40.9)	10 (22.7)	11 (25.0)	4 (9.1)	-	1 (2.3)

Retention in the extra-penitentiary program: Between 2000 and 2005 the average time of retention or stay within the Community Programs was 350 days, with a range between 1 and 2338 days. In general terms, the subjects left these treatments voluntarily, since 43.1% of the inmates decided to stop the program, returning to the Penitentiary Center of Villabona to serve the remainder of their sentence there. Twenty-two percent (22.1%) obtained the therapeutic discharge from these programs and 19% were expelled from them. Nine percent (8.9%) of the subjects that abandoned the extra-penitentiary program escaped, that is, they did not return to prison, which resulted in an arrest warrant against them being issued. More than two percent (2.8%) of the inmates abandoned the program for some other reasons (decease, hospitalization, ...) and, at the time the research was being carried out, only one of the inmates (0.4%) that moved to an extra-penitentiary program still remained in the therapeutic process during the observation period.

Re-admittance rate in substance-abuse programs: 45.3% of the 224 evaluated subjects relapsed into drug abuse after taking part in the detoxification program, since they re-applied for a new treatment in the "reference" center. 52% of the "derived" subjects

had not relapsed into substance consumption before this evaluation took place. Five out of the 224 remaining subjects (2.2%) had passed away before the evaluation of relapses had been carried out and one of the subjects derived in 2005 (0.2%), was still undergoing a detoxification process. Out of all these relapsing subjects, only 10% had been granted a therapeutic discharge from the derivation program. The rest of the subjects (90%), had left the program voluntarily or had been expelled from it previously. The average stay within the program of those subjects who did not relapse, was around 441 days. The posterior analyses revealed the presence of statistically significant differences between the variable “relapse” and the variable “time of stay in the extra-penitentiary program”, with an average stay significantly shorter for the group of people that resumed a problematic substance use.

Inmate recidivism for individuals in extra-penitentiary programs: This section describes the results of inmate recidivism for those individuals that had achieved parole or definite release within the program before 2006, while also considering the time elapsed before their re-entry into prison. Recidivism was defined as re-entry in prison after the subjects reached one of the release situations mentioned before.

One hundred fifty-one subjects out of the 289 derivations that took place (52.24%), were, at some point, granted parole or definite release while still enrolled in the extra-penitentiary program. Out of this total number, 69.9% were released on parole and the remaining 30.1% of the subjects were released definitively. The study of global recidivism for these inmates showed that 40 of them (26.49%) re-entered prison after committing new crimes. The remaining 111 subjects (73.50%) had not re-entered any Spanish institution on to the date when this evaluation was made. The time lapsed until recidivism takes place for these 40 inmates, was  $1031.17 \pm 663.06$  days and the range was between 28 and 2240 days.

**Table 3: Recidivism rate for those individuals undergoing intra and extra-penitentiary treatment (evaluated in 2008)**

Year of release	Released inmates	Recidivist inmates	Time lapsed until recidivism	Time spent in extra-penitentiary program
2000	16	5 (31.3%)	1436.25 days	207.80 days
2001	22	9 (40.9%)	1495.89 days	201.13 days
2002	36	10 (27.8%)	1182.80 days	333.50 days
2003	24	6 (25%)	431.00 days	219.25 days
2004	22	5 (22.7%)	623.75 days	77.80 days
2005	28	3 (10.7%)	161.33 days	248.33 days

The Chi-Squared analyses pointed towards the existence of statistically significant differences between the variables “recidivism” and “percentage of Therapeutic graduations” [ $\chi^2 = 15,650$ ;  $p = .000$ ], as well as finding meaningful differences between the “recidivism” and “posterior relapsing into drug abuse” variables [ $\chi^2 = 20,584$ ;  $p = .000$ ]. In both cases, the percentage of subjects who did not get a therapeutic discharge in the extra-penitentiary program or who did not relapse into drug consumption, was higher for the group of those individuals that had committed another offence. All these data are reflected in Table 4. The relationships between the variables “recidivism” and “age of the subjects” or between “recidivism” and “other reasons for discharge in external program”, were not statistically significant.

**Table 4: Comparison between the reasons for the discharge from the extra-penitentiary program between recidivist and non-recidivists.**

Reasons for discharge from program	Recidivists (n=40) (f, %)	Non-recidivists (n=111) (f, %)
Voluntary abandonment	25 (67.6)	35 (37.6)
Therapeutic discharge	4 (10)	45 (48.4)
Others	2 (5.4)	1 (1.1)
Expulsion	3 (8.1)	12 (12.9)
Escape	3 (8.1)	
Total	37(3 lost)	93 (18 lost)



***Prospective Evaluation:***

Profile of the new admittances to the UTE: Eighty-seven subjects diagnosed with current substance dependence or abuse following the DSM-IV-TR criteria, took part in this study. The average age of the sample was 31.75 ( $\pm 8.42$ ), and the range was located between 18 and 35 years. Most of the participants were men (85 males, 2 women), single (52.8%) and Poly-Drug Abusers (37.9%). 30.1% had suffered from one or more drug overdoses and 6.9% had experienced delirium tremens. Ten percent (10.3%) had, at some point, received treatment for alcohol abuse and 55.2% had undergone drug-abuse treatment. As regards the legal situation of the inmates, the average time spent in prison is 33.86 months, with an average of  $5.53 \pm 10.95$  criminal charges resulting in sentence. The 58.6% of the subjects had committed crimes against public health, 51.7% against private property and 52.8% had been charged with violent crimes. Just about half of the new admittances were inmates who had already been sentenced (52.9 %); the rest of the subjects, were preventively admitted to the UTE while awaiting trial.

As regards the history of abuse, 44.8% of the subjects claimed to have been a victim of child abuse, and 87.2% of these inmates considered they had suffered from psychological abuse, 56.4% of them were physically abused and 12.8 % were sexually abused.

Psychopathological situation when entering the UTE: Approximately half of the subjects were prescribed some kind of psychiatric medication on the month leading to this research, and a very similar number of inmates had received this kind of treatment at some point in their lives. Almost 15% (14.9%) had suicidal thoughts in the previous month, 41.4% depression, 49.4% anxiety, 48.3% had memory and understanding problems and 4.6% of the subjects had hallucinations. The prevalent personality disorders, according to the interpretation of MCM-II were: Drug-abuse: 51.3 %, Alcohol abuse: 50 %, Antisocial Personality disorder: 48.8 %, Psychotic Delusions: 40 % and Dependent personality disorder, presented by 40% of the inmates.

Inmate Substance use pattern: As regards alcohol and drug use amongst the subjects, cocaine, cannabis and heroin were the substances that had a higher degree of use,

respectively. Alcohol (in considerable amounts) and cannabis are the two substances that are most heavily used, with an average of 13 years of abuse. As regards the 138 tests carried out in the UTE, 14 positive results for different substances (cannabis, methamphetamines, heroin, methadone and non-prescribed benzodiazepine) have been obtained (10.14%), a result which indicates a high degree of abstinence among the inmates. The self-evaluation test in response to the EuropASI, points out that 72.4% of the subjects claims to have abstained from drug use of any kind during their stay in the unit (alcohol included).

Figure 1: Percentage of substance use during the lifetime of the studied sample.

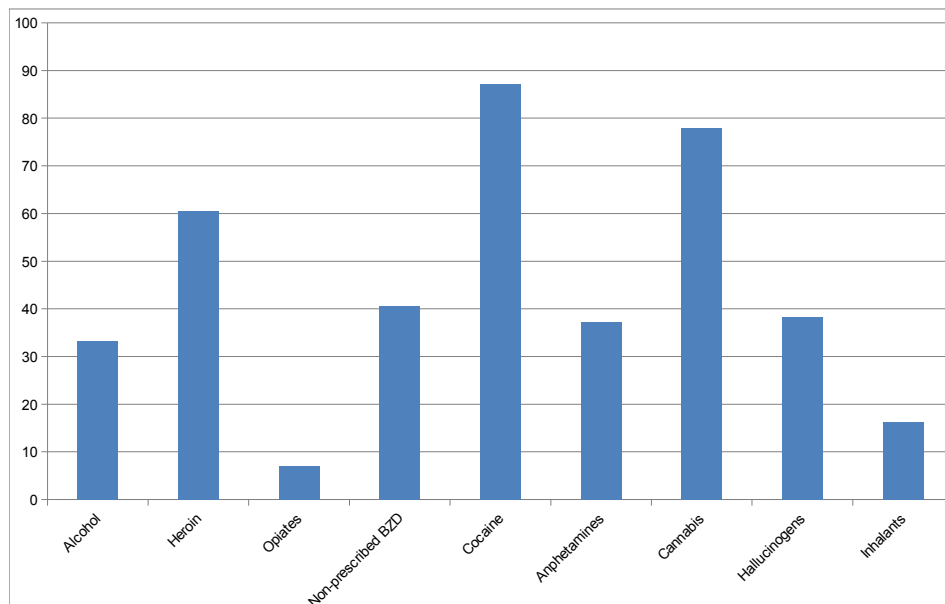


Table 5 shows the main characteristics of the sample in the starting level. It can be observed that the areas of socio-familial and psychiatric seriousness, are showing the highest degree of severity in this starting level.

Motivation shown during admittance to the UTE: The inmates present low levels of motivation on arrival. There is no recognition of the problem, since the scores in this scale are very low; there is a high-medium Ambivalence as regards the existence of an addiction and a high score in the subscale First Steps, which means that the inmate believes he is already acting to solve his problems with substance use.

**Table 5: Descriptive statistics, average and typical deviation [M (DT)] in the starting measure and in three of the monitoring measures /1, 6 and 12 months) in the addiction severity scores, motivation subscale and personality profile.**

	SCALE	Initial Measure	Monitoring Measures		
			1 month	6 months	12 months
EuropASI (N=87)	Medical	.233 (.276)	.241 (.304)	.237 (.300)	.289 (.514)
	Alcohol	.134 (.142)	.047 (.114)	.028 (.091)	.035 (.071)
	Drugs	.153 (.116)	.079 (.072)	.064 (.075)	.099 (.147)
	Familiar-Social	.327 (.229)	.292 (.226)	.212 (.127)	.125 (.152)
	Psychiatric	.320 (.248)	.366 (.266)	.357(.262)	.398 (.268)
SOCRATES (N=87)	Recognition	28.65 (6.77)		29.67 (7.13)	28.93 (5.36)
	Ambivalence	14.46 (3.85)		13.89 (4.78)	13.39 (4.39)
	Taking Steps	34.55 (5.61)		34.17 (10.03)	34.07 (7.07)
<b>CLINICAL PERSONALITY PATTERNS</b> (N=80)	Schizoid	60.78 (23.62)		59.50 (19.25)	55.32 (18.19)
	Phobic	58.36 (26.29)		56.35 (29.25)	55.48 (27.80)
	Dependent	62.49 (27.52)		53.85 (18.91)	63.48 (18.14)
	Histrionic	59.74 (24.39)		57.98 (20.83)	59.81 (15.01)
	Narcissist	53.65 (27.43)		57.13 (22.86)	52.68 (21.64)
	Antisocial	69.30 (31.87)		68.20 (28.01)	62.77 (25.06)
	Aggressive-Sadistic	53.56 (28.58)		57.70 (6.96)	52.84 (22.99)
	Compulsive	53.56 (28.58)		51.83 (24.75)	51.97 (17.04)
	Passive-Aggressive	46.83 (32.31)		56.10 (36.29)	49.23 (33.67)
	Self-destructive	55.45 (28.47)		53.93 (24.52)	52.90 (27.19)
<b>CLINICAL SYNDROMES</b> (N=80)	Anxiety	51.68 (29.28)		39.13 (30.71)	35.23 (32.57)
	Hysteriform	49.99 (27.11)		35.75 (23.46)	31.42 (25.08)
	Hypomania	53.50 (25.07)		48.85 (17.26)	47.94 (15.67)
	Dysthymia	45.04 (31.18)		30.35 (28.02)	21.61 (24.05)
	Alcohol abuse	73.71 (30.02)		67.43 (21.74)	64.74 (20.21)
	Drug abuse	71.58 (27.09)		67.50 (22.89)	66.00 (21.06)
<b>SERIOUS PERSONALITY PATHOLOGY</b> (N=80)	Schizotypal	62.06 (26.28)		51 (26.14)	47.29 (23.83)
	Borderline	57.54 (30.21)		49.80 (24.78)	44.06 (29.25)
	Paranoid	63.69 (25.48)		60.73 (20.94)	58.42 (17.52)
<b>SERIOUS SYNDROMES</b> (N=80)	Psychotic thinking	61.33 (26.19)		54.13 (21.31)	44.35 (29.01)
	Major depression	49.95 (31.82)		36.25 (29.28)	34.19 (28.41)
	Delirious disorder	69.53 (21.90)		64.38 (18.34)	63.19 (13.87)

Retention in the Therapeutic and Educational Unit: Sixteen people (32%) left the UTE program before 6 months had elapsed, and 50% left the program before one year had passed. Out of these 57 subjects that stayed or left the unit voluntarily, that is, they were not moved to a hospital or to another penitential center, the average time of stay was 244.96 days  $\pm$  138.05. 8.8% of these individuals, left the unit before three months had elapsed.

Differences between the subjects that leave the therapeutic program and those who remain in the program for a year: As regards the EuropASI, we can see statistically significant differences between both groups, especially in the Medical and Psychological areas, which seem to be more serious in those individuals that leave the unit. Important differences can also be seen in the area Alcohol consumption, where there is a higher degree of seriousness in those inmates that remain in the program.

As regards motivation, the level of Problem Recognition remains low in both groups, and medium-high in the first stages towards therapeutic change. There are differences in Ambivalence, with a medium level for the group of individuals that remain in the program, and a low level for those who abandon it. Lastly, we can observe some statistically significant differences in the raw scores related to some personality traits, more specifically Narcissism, Schizotypal, Hypomania and Psychotic Thinking, with statistically higher values in those individuals belonging to the abandonment group.

Table 6: Differences between abandonment and permanence after a year has elapsed

Variable	Total N= 50 M, DT	Adherence Group N= 25	Abandonment group N= 25	Intergroup comparison Student's t
EuropASI				
Composite Score medical area	. 265 (.27)	.182 (.237)	.349 (.281)	.028
Composite Score alcohol use area	. 117 (.13)	.163 (.166)	.056 (.051)	.009
Composite Score drug use area	.157 (.11)	.157 (.114)	.157 (.116)	.986
Composite Score family area	. 340 (.24)	.288 (.230)	.391 (.247)	.132
Composite Score psychiatric area	. 303 (.23)	.237 (.233)	.369 (.213)	.042
SOCRATES				
Recognition	29.06 (6.64)	30.28 (4.65)	27.84 (8.08)	.199
Ambivalence	14.34 (3.83)	15.48 (2.96)	13.20 (4.31)	.035
Taking steps	34.54 (5.52)	36 (3.317)	33.08 (6.84)	.063
MCMI-II				
Schizoid	62.06 (22.25)	62.84 (24.20)	61.28 (20.58)	.807
Phobic	57.92 (25.41)	53.60 (29.41)	62.24 (20.36)	.233
Dependent	61.58 (29.78)	63.72 (25.64)	59.44 (33.83)	.617
Histrionic	58.84 (23.43)	53.96 (19.92)	63.72 (25.96)	.143
Narcissistic	54.18 (25.87)	44.76 (22.56)	63.60 (25.94)	.009
Antisocial	72.96 (33.93)	66.84 (39.34)	79.08 (26.93)	.205
Aggressive-Sadistic	55.42 (29.74)	47.44 (30.26)	63.40 (27.53)	.057
Compulsive	61.04 (27.51)	66.48 (25.38)	55.69 (28.96)	.164
Passive-aggressive	47.12 (31.98)	40.08 (30.42)	54.16 (32.54)	.121
Self-destructive	56.40 (27.69)	51.52 (31.35)	61.62 (23.08)	.217
Schizotypal	63.06 (26.17)	55.56 (30.58)	70.56 (18.60)	.041
Borderline	59.90 (30.21)	51.76 (29.85)	68.04 (28.89)	.056
Paranoid	63.68 (26.04)	57.20 (23.87)	70.16 (26.97)	.078
Anxiety	48.62 (30.45)	47.44 (30.87)	49.80 (30.60)	.787
Hysteriform	47.14 (27.45)	46.20 (30.94)	48.08 (24.07)	.812
Hypomania	52.78 (24.36)	43.84 (22.75)	61.72 (22.96)	.008
Depressive Neurosis	44.04 (29.41)	40.36 (28.57)	47.72 (30.36)	.382
Alcohol abuse	76.42 (30.69)	75.56 (37.42)	77.28 (22.84)	.845
Drug abuse	75.46 (26.60)	71.76 (27.89)	79.16 (25.26)	.330
Psychotic Thinking	60.40 (28.21)	52.56 (30.69)	68.24 (23.56)	.049
Major depression	47.42 (32.09)	41.00 (34.50)	53.84 (28.74)	.160
Delirious disorder	70.72 (22.12)	65.84 (22.57)	75.40 (21.03)	.128

Predictor variables of retention within the drug-free intra-penitentiary unit – Cox-Regression analysis: The most influential variable in the retention within the treatment after six months seems to be the scores in the motivational subscale Taking Steps. The higher the scores obtained in this subscale are, the lesser the risk of abandonment of the UTE is. The second variable that seems to be predictor was one of the personality traits, more specifically, the higher the scores in the Aggressive-sadistic trait is, the higher the risk of abandonment. After a year, the motivation scale Taking Steps continues to play an important role. In this case, the personality variable that is related to retention would be the Narcissistic trait; thus, the higher this trait is, the higher the risk of abandonment.

Table 7: Predictor variables for retention according to Cox Regression equation.

		B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95.0% IC for Exp(B)	
								Inferior	Superior
6 months, 183 days									
Stage 2	Taking Steps	-.120	.040	8.819	1	.003	.887	.820	.960
	Personality scale Aggressive - Sadistic	.029	.010	8.649	1	.003	1.029	1.010	1.049
One year, 365 days									
Stage 2	Taking Steps	-.097	.031	9.621	1	.002	.907	.853	.965
	Personality scale Narcissistic	.027	.010	8.091	1	.004	1.028	1.008	1.047

Caption: B: Values for the parameters of the model; ET: typical parameter error; Wald: Wald Statistic; gl: Liberty degree; Sig: Probability under Ho; Exp. (B): Relative Risk.

Response to the intra-penitentiary treatment: To better understand the changes that the stay in the UTE produces in the inmates after a month, 6 months and 12 months, an analysis of the data using the Multivariate Linear Model (MLM) was carried out.

1. Changes in Motivation: None of the three motivation measures (SOCRATES) presented any meaningful changes over time.
2. Changes in the Addiction Severity Index: As regards the profile of the Addiction Severity, measured using the scores obtained from EuropASI, the adjustment index AIC points out that the underlying the data is the matrix NE for composite scores in the Medical Situation and Alcohol Use and matrix ARH(1) for the three remaining variables (Drug Use, Family Situation and Psychiatric Situation). They are all statistically meaningful, except for the variables Medical Situation and Psychiatric Status. The Composite scores for Alcohol Use and Family Situation present a steady and linear improvement, so that after a stay of one year within the program, the subjects show a considerable improvement in these areas. Still, the Composite Scores in the Drug Use Area decreases in the first six months, although it shows a quadratic tendency, meaning that it increases during the period between 6 and 12 months.
3. Changes in the personality Profile: Lastly, as regards the Personality Profile, the adjustment Index AIC points out that the underlying matrix to the data is the NE matrix for two scales, namely Dependent and Schizotypal; the matrix AR(1) would correspond to the Compulsive scale, while the matrix ARH(1) belongs to the Depressive neurosis and the Symmetry matrix corresponds to the Borderline and Hysteriform traits. This implies, on the one hand, that the scores obtained in the Dependent and Borderline personality scales decrease in the first six months of abstinence and permanence in the unit; still, after six more months, they return to their initial values. On the other hand, significant and long-lasting drops of the Hysteriform, Depressive Neurosis, Compulsive and Schizotypal scales were observed.

To sum up, it can be said that the partaking in the therapeutic program in the UTE is translated into a decrease of several of these personality scales, and it also implies an improvement in the severity of the addiction and family relations; still, no sign of improvement could be observed in the motivation for change or in the state of psychological and physical health.

## **DISCUSSION AND CONCLUSIONS**

### ***To the retrospective evaluation***

The UTE of Villabona presents itself as an alternative to the traditional prison model; not only has it hosted more than 1600 inmates during the six years that this research lasted (2000-2006), but it has now been expanded and is now formed by five modules out of the 10 total modules of the Villabona Penitentiary Center. Out of these inmates, almost 20% obtained their release during their treatment and approximately 15% were derived to other extra-penitentiary programs and therapies, generally therapeutic communities, where they received specialised attention for those disorders provoked by substance abuse. Still, it is true that a high proportion of the group (53.4%) left the treatment before three months had passed. Anyway, these percentages are slightly higher than the average recorded in other international studies that work with similar populations (Knight et al., 1997; Wexler et al., 2004), which also estimate the retention within the intra-penitentiary programs around 70-80 %.

In fact, the abandonment of the treatment is a serious problem and it has been systematically found in treatment programs aimed at drug-addicts. The rate of abandonment is especially high in drug-free programs, with data showing up to 74% of the general inmates leaving the program (Menéndez and Rico, 2004). These numbers drop to 50% in users that have judicial constraints and must take part in the program as an alternative to serving time in prison (Knight, Hiller, Broome and Simpson, 2000; Nielsen and Scarpitti, 2002). There is yet another drop in the numbers, reaching 20-40% among incarcerated users that take part in intra-penitentiary treatments following the Therapeutic Community model (Lurigio, 2000). The fact that more than half of the inmates that is admitted into the UTE leaves the program prematurely, points towards the need

---



to promote new strategies to increase retention. One of these strategies could be the restriction of the criteria to be admitted to the therapeutic program (Secades and Fernández-Hermida, 2000). The National Institute of Drug Abuse recommends that, to improve the treatment of patients with a criminal record, the minimum stay in the program should be over three months, to achieve a reduction of substance use as well as achieving an improvement in criminal behaviour (NIDA, 2007).

The results of the prospective evaluation, which shall be later on discussed, show that one of the prominent characteristics of the new admittances to the Unit was the presence of previous psychopathological problems. It is very likely that this is the characteristic that makes these inmates worse suited for this program and it may also explain the high rates of abandonment. In fact, the current tendency promotes the setting-up of intervention integrated programs that conjugate drug-addiction and comorbid psychopathology together. They are set up following the studies that show that interventions thus designed, offer better results than those interventions in which both problems are treated in a sequential or parallel way by different assistance services (Santis and Casas, 1999). It should be noted that, in this respect, even the better renowned intra-penitentiary programs include a plan for the duration of the program, as well as a service provision adapted to the different types of patients and several written intervention protocols that include the treatment of some of these specific problems (Grella et al., 2007).

The report from NIDA, concerning the steps for the effective treatment of inmates presenting addictive disorders (NIDA, 2007), underlines the importance of continuing with rehabilitation in a community post-treatment. In this sense, derivation to extra-penitentiary treatment facilities has been a major line of action for the UTE. One example of this, is that 289 derivations to other external treatment programs have been recorded in these six years, a shocking number, when compared to the data offered in the reports written by the Ministry of Interior, as regards the derivations in other similarly-sized Spanish prisons. The ratio of offenders assistance in article 182 of the P.R. is high, since it involves between 11 and 15% of all the derivations that take place in our country – 1 in 20 offenders- while the Spanish ratio is somewhere around 1/101.2- (García-Zapico, 2006).

The study of global recidivism carried out in this evaluation, did have positive results. Thus, a total 26.45% recidivism has been recorded in 151 subjects, within 8, 7, 6, 5, 4 and 3 years of being released. Certainly, this result is still beneath the best criminal recidivism estimations both in Spain and internationally. It has also been seen that, in general, the percentages of recidivism tend to drop at the same time the time lapse for the evaluation is reduced. For instance, taking into account the information regarding the subjects that achieved liberation from the external programs between 2000 and 2001, we can perceive a 31.3% and 40.9% recidivism rate (2000 and 2001 respectively). Still, if this information is extracted from the group that received their release in 2005, the numbers drop to 10.7%. Unfortunately, the absence of a comparison group in the estimation of this result, does not allow for a precise estimation of the size of the effect obtained by the intervention group.

On the other hand, it is very likely that these data on recidivism may differ if the participation in external treatment programs is considered or not. Unfortunately, in this study, we have been unable to make these comparisons, since it has been virtually impossible to estimate the data of recidivism of those drug-dependent inmates that achieved liberty while under treatment in the UTE, but were not derivated to any external program. From this, we may infer that the effects of the UTE program, when considered in isolation, are less impressive than the effects resulting from the combination of the UTE program with an external therapeutic program. In fact, results from previous research comparing both groups, do confirm that the most effective strategy for those inmates presenting drug-abuse problems, is, in fact, to take part in a treatment continuum (Butzin, Martin and Inciardi, 2005; Knight et al., 1999; Hedden et al., 2011, Inciardi, 1999; Klebe and O'Keefe, 2004; Martin et al., 1999; McCollister et al., 2004; Simpson, Wexler and Inciardi, 1999; Wexler, De Leon, Thomas, Kressel and Peters, 1999; Wexler et al., 2008). Although such treatment must begin within the walls of the prison, it must then be expanded to other programs that take part in a community context. This treatment "expansion", apart from promoting a way of life that allows the inmate to acquire new life experiences and interactions, also increases the chances of rein-

statement, allowing the inmate to learn new healthy-life models and a close contact with society.

It is still very difficult to establish the levels of effectiveness of the UTE as regards the pattern of substance use while the inmate is still in prison, since, for the most part, drug tests were very seldom performed before the beginning of this research. It should also be noted that there was no rigorous registry or systematization, whatsoever, of the few tests that were indeed made. Still, this prospective research allows us to confirm the fulfilment of the aim of reducing the frequency of drug use within the prison; drug-use rates dropped significantly amongst inmates, although the unit never fully achieved a “drug-free” status, since urine tests results informed of a 10% drug use (14 positive results out of 138 tests). Still, continuous monitoring and more frequent tests would have been necessary, since the number of tests administered does not seem to be sufficient to obtain a complete biological verification of abstinence data.

The data on drug use relapse obtained during this research show that, out of 224 studied subjects, 45.3% relapsed into consumption of the same substance at a later point in time. This is, without a doubt, an excessively high proportion of subjects. Even if the comparison data are extracted from other studies using similar treatment methods and subjects to ours, the numbers obtained are outrageously high. One of the last result evaluations in Amity Prison (Prendergast et al., 2004), estimated the percentage of relapses into drug use around 24.9% amongst those inmates that were under intra-penitentiary treatment.

Still, it must be mentioned that, the variable “relapse into drug use” seems to vary depending on the way the inmate abandons the treatment. Several investigations link a higher risk of relapsing into drug use with previous stays in the therapeutic program, claiming that the smaller the retention within the program is, the higher the risk of relapsing into drug use seems to be. This research has allowed us to see that the biggest proportion of relapses seems to be found within the group of inmates that either abandoned or were expelled from the derivation therapeutic program and that this percentage dropped significantly (9.8%) amongst those subjects that were given a therapeutic discharge and were then redirected to a new program.

In summary, it can be said that the results obtained by this research are pioneers in the collection of relapse data for those inmates that have been part of intra-penitentiary drug-free unit in Spanish prisons. In this sense, the data provided seem to be in sync with the best recidivism estimations offered by international studies. As it also happened with these studies, our own results pointed towards an inextricable relationship between treatment within the prison and the need to add an external detox program. Still, and in spite of such hopeful data, these same results bring about a questioning of the meaning of the improvements observed, since they do not allow for the understanding of whether the drop seen in the recidivism data can be attributed to the UTE in Villabona, or whether it is connected to the external derivation program, or the union of both.

Furthermore, criminal recidivism is a behavioural product in which very different variables are connected, including school failure, unemployment, and even the number and type of previous criminal offences or psychopathological profile. As a consequence, many of the previous research projects evaluate the predictable value of these variables as regards the recidivism percentages in those subjects under treatment within the prison. The same is true as regards relapse/abstinence processes. Both indicators seem to be affected by variables and variable combinations such as the ones mentioned before, although they have not been evaluated in this research. Another limitation of this retrospective evaluation is the impossibility of contrasting recidivism data with relapse data for subjects within the UTE and another group of subjects following no treatment whatsoever. Thus, we must be wary of any assumption about the causality of the benefits of the program, at least until the moment when the follow-up programs of the prospective evaluation allow us to establish recidivism comparisons amongst two homogeneous groups.

### ***To the prospective evaluation***

For the duration of the initial process of data gathering of the prospective evaluation (a year), 87 subjects diagnosed with SUD entered the UTE; most of them were young, alcohol, heroin and cannabis male users who had a previous history of substance abuse/dependence treatment. Most of them had been charged with drug-use related crimes, 57% of which were crimes against public health and more than 50% were robberies and muggings committed to support their substance use or to alleviate the debts contracted as a consequence of their addiction. These data serve to highlight the broadly denounced relationship between drug-abuse and criminal behaviour (Newcomb et al, 2001; Prendergast et al., 2004; White and Gorman, 2000). Furthermore, as regards the initial motivation these subjects present as a reason to start the treatment, it should be noted that most of the subjects treated in the UTE gain access to the program conditioned by their legal situation, due to family pressure or due to a personal wish to improve their quality of life while they must remain in prison; in any case, few of them present any insight into their addictive disorder.

Results also showed that, at the moment of their admittance into the program, the need for treatment in the psychiatric area was quite high, since most of the inmates presented anxious and depressive symptoms and cognitive deficits according to Euro-pASI. A high proportion of inmates (85%) fulfilled the criteria for the diagnosis of some kind of Personality disorder, being Antisocial, Dependent and Self-destructive, the most common ones. Although the evaluation of Axis I disorders is not the aim of this research and the medical history of the inmates does not provide such data, it is not too far-fetched to assume that a high proportion of the subjects present a dual diagnosis and that, quite obviously, the presence of such a pathology could very well influence the development of the program as well as the inmate's adaptation to it. In fact, a previous research carried out in this same Penitentiary Center, showed that the dual diagnosis rates moved around 30% (Casares-López et al, in press), and it also pointed towards the close relationship between mental disorders and the exposure to traumatic event during childhood, as well as with other risk factors, such as early introduction into drug use. Thus, a

proper evaluation is critical, not just to merely recognise and understand these pathologies (SUD and other mental disorders), but also to create an integrated treatment plan, which would enable us to increase rehabilitation and reinstatement rates (Buckley, 2006). Apart from the psychiatric area, both the family and medical areas of EuropASI presented high severity scores; in fact, 50.6% of the inmates interviewed presented not only SUD, but also personality disorders and some kind of chronic medical condition (Hepatitis C and/or HIV for the most part).

As regards retention within the program, the abandonment percentages seen in the prospective evaluation showed that around a third of the new admissions abandoned the unit before 6 months had elapsed, and half of them, left the unit before a year of their stay had passed. Amongst the factors related with the abandonment/retention in the program, initial motivation seems to have been the variable that better predicts the permanence in the UTE program. This is true after 6 months as well as after a year of intervention. More specifically, it has been observed that, the higher the scores in the Taking Steps SOCRATES subscale is, the higher the possibility of retention is. High scores in this subscale imply that the person has admitted the problem and that the person has successfully dealt with ambivalence, which leads to a search for new ways to avoid drug use. The results obtained, do coincide with those recorded by Brocato and Wagner (2008), who related retention in the program with motivation for change, recognition of the problem with the therapeutic relation and who also saw the changes in motivation as an answer to the treatment, positively associated to therapeutic alliance. Very similarly, and using samples quite close to ours, the initial motivation levels predicted the continuation in the treatment after the release of a group of inmates (De Leon, Melnick, Thomas, Kressel and Wexler, 2000).

In the present study, we have also noted that the presence of an addictive disorder diagnosis, coupled with the personality disorder symptomatology evaluated by MCMI-II, has a negative influence in retention. More specifically, it seems that the higher the scores in the aggressive-sadistic personality trait, the higher the risk of leaving the program after 6 months is; much in the same way, the higher the score in the Narcissistic scale is, the more probable the abandonment after a year is. This type of comorbidity

---

had already been associated to the abandonment of therapy in some other cases. The study carried out by Fernández-Montalvo et al. (2004), for instance, shows that 72.2% of the subjects with two or more personality disorders leave the treatment, as opposed to a 33.3% of the subjects who, presenting no comorbid disorders or having just one of them, leave the treatment at some point. In this same study, 86.6% of the subjects presenting one or more than one personality disorders who left the treatment, did so prematurely.

The last aim of this prospective evaluation is to analyse the presence of any changes in the seriousness of the addiction, in motivation and in the psychopathological state of the inmates treated in the UTE. Thus, the low levels of motivation to enter the UTE which were recorded in admittance to the unit, do not change over time or during the treatment. It seems possible that both incarceration and some of the program's characteristics are responsible for the stagnation in motivation. In fact, these inmates have an average sentence of 4 years and they are under treatment in a program lacking any phases or temporalization. Thus, it is not surprising that some of these factors or their combination are redundant in the absence of positive changes in motivation.

The same can be said as regards the medical and psychiatric areas evaluated by EuropASI. The severity of these areas does not change with the advancement of the intervention, either because some of the items that evaluate them are not discriminative enough, or rather because the program does not incorporate health education sessions that would favour adherence to pharmacological treatment (when in existence) or certain sleep-hygiene patterns and other patterns for the prevention and treatment of illnesses.

On the contrary, several important decreases in 3 of the 5 areas evaluated by EuropASI have been detected. For example, the Alcohol use area suffered a continuous drop, which was observed again after a year. Furthermore, the significant improvement of family relations seen after six months (family area EuropASI) not only was maintained, but it even improved after a year of treatment. Although the improvement in the family area may seem surprising (since the subjects are within the prison walls), the UTE incorporates a very important cooperation with the inmate's family. Some of the elements

---

of this cooperation (prison visits, community activities) favour adapted interactions between an abstinent individual and his/her family, interactions that, quite logically, play a very important role in the improvement of family relations during the inmate's stay in the Unit. Family intervention has been traditionally seen as one of the most important points in the recovery from SUD (Conner et al., 1998; Santonja-Gómez et al., 2010; Zapata, 2009).

For its part, the Drug Use area of the EuropASI also dropped significantly after six months of treatment. Furthermore, the drop in the severity score of the Drug Use area could be seen during the first month of evaluation, which proves the reduction in the frequency and amount of substances consumed after the entrance into the UTE. Still, the improvements made, could not be preserved after one year of the intervention. Several factors can be used to explain this loss; on the one hand, the program does not include any empirically validated elements that would favour the maintenance of abstinence, such as relapse-prevention groups or social skills training groups (Secades and Fernández-Hermida, 2001); on the other hand, the absence of changes in motivation may also explain this data. Items like: How worried or upset have you been in the last month by problems related to drugs or any other psychological or emotional problems? could offer answers that would simply demand, from the program, the therapeutic help the individual believes to need.

The therapeutic program carried out in the UTE results in a reduction of the base rate of the MCMI-II scales. These changes seem to appear throughout the first year of intervention; more specifically, after six months, results showed significant drops in four personality traits and they were maintained after a year. These four traits were Dependent, Schizotypal, Hysterical and Depressive Neurosis. The personality trait Borderline needed a whole year to show a significant drop. Although there are many studies that consider personality profiles as stable entities that cannot be transformed even after 7 years of intervention (Ravndal and Vaglum, 2010), the results obtained in this study agree with previous works in which it was proved that abstinence and a treatment for SUD are, indeed, responsible for the significant drop of the scores in certain personality scales (Calsyn, Wells, Fleming and Saxon, 2000; De Groot et al, 2003).

---



In conclusion, it can be said that the stay in the UTE favours abstinence from drug use amongst inmates. This achievement heavily influences the reduction of the severity of family and drug use areas, as well as the reduction of certain personality traits. Still, the low levels of motivation inmates present are not modified after the first year of their stay within the Unit, a circumstance that, in our view, can be very influential in the absence of changes in the psychiatric area.

Many are the virtues and limitations of this prospective evaluation. Amongst its limitations, perhaps the most important one would be the impossibility of counting with a comparison group of untreated subjects. Furthermore, the fact that inmates can access the UTE at any point, dramatically increases the number of abandonments and it results in a short stay (Casares et al., in press). All this is translated into a very serious experimental mortality, which seriously endangers the analysis of the evolution of the subjects, as well as the generalization of data.

Amongst the virtues of this study, we can point out that this is a pioneering study, since it evaluates an intra-penitentiary treatment program for the abuse of substances in our country. It is also necessary to highlight that this study is unique in its measurement of highly important individual variables that favour the ultimate aim of the penitentiary: reinstatement into society.

To paraphrase Welsh (2010), it is urgent to incorporate certain proceedings to detect and evaluate the seriousness of the addiction, the motivation and the psychopathological state of the inmates, both at the time of their admission into the program and during the treatment, to check if the expected changes take place. Also, the program of the UTE could benefit from the incorporation of therapeutic components (for example, motivational) (McIntosh and Saville, 2006) and of attention to the dual diagnosis (Martínez and Trujillo, 2003) that improve the therapeutic compromise, retention, and the subsequent participation in extra-penitentiary programs.

## **FUTURE PROSPECTS**

- The main indicator of the effect of the treatment programs inside the prison is the analysis of criminal recidivism. The better designed research projects use this index to make estimations of the size of the effect of the treatment, comparing it, in general, with a control group made out of individuals who were not under treatment (Lowe, Wexler and Peters, 1998; Prendergast et al., 2003; Prendergast, Hall, Wexler, Melnich and Cao, 2004). Thus, one future line of research could be to replicate the design with the new inmates that enter the UTE, taking, as reference group, a similar number of subjects amongst those who enter the ordinary modules of the prison.
- On the other hand, the recidivism data of the UTE may differ or not if the participation in external treatment programs is considered or not. Unfortunately, it has not been possible to make such comparisons in this research, since it has been impossible, to this day, to estimate the recidivism percentages of those subjects who, presenting a drug-dependence, had achieved some kind of Release Situation, but had not accessed any external programs. A more exhaustive control and registry of all these data could greatly improve the results obtained for this kind of studies.
- The literature concerned with retention in drug-use treatments may find some other non-evaluated modular variables in this work. As an example, we can mention certain studies that are concerned with the predictive capacity of certain thinking styles, such as criminal thinking style (Hiller, Knight and Simpson, 1999b; Walters, 2004). Other studies, which analyse the degree of satisfaction with the program or the social conformity of the subject (Hickert, Boyle and Tollefson, 2009; Lang and Belenko, 2000), are particularly interesting. None of these have been considered in this study, and, consequently, one alternative for the future would be to complete the evaluation battery with an interview and several other evaluation instruments related to the already mentioned aspects.

- The results of this evaluation have made us realise that the frequency of Dual Diagnosis in prison is a problem that must be targeted and which needs evaluation and effective treatments to achieve the rehabilitation and reinstatement of inmates into society (Cacciola and Dugosh, 2003; Casares-López et al, 2010). Consequently, further research on the subjects is needed.
- It would also be very interesting to study the differential influence that the different comorbid psychopathological disorders (both in Axis I and Axis II) have on the evolution of the treatment and the subsequent recidivism and relapse rates
- This research would achieve a higher scientific level if an exploration of the rates of recidivism, relapsing and of employability of the subjects that took part in the prospective evaluation and that have been monitored for more than a year, is achieved.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control, AC-19*, 716-723.
- Alvira, F. (2002). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.
- American Correctional Association. (2002, January). *First draft, performance standards for therapeutic communities* (Field Test Version). Lanham, MD.
- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review- with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl (424)*, 5-59.
- Anglin, M. D. y Hser, Y. I. (1990). Treatment of drug abuse. En M. Tonry & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and crime* (pp. 393-460). Chicago: University of Chicago Press.
- Anglin, M. D. y Hser, Y. (1991). Criminal justice and the drug-abusing offender: Policy issues of coerced treatment. *Behavioral Sciences and the Law, 9*, 243-267.
- Arroyo, J. M. y Ortega, E. (2007). Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 9*, 11-20.
- Australian Government (2004). *The National Drug Strategy: Australia's integrated framework 2004-2009*. Retrieved 24 de Noviembre de 2008, from the World Wide Web: <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/>.

- Belenko, S. (2001). *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*. National Center on Addiction and Substance Abuse, Colombia University.
- Belenko, S. y Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281.
- Bennett, T. (1998). *Drugs and Crime: The Results of Research on Drug Testing and Interviewing Arrestees*, Home Office Research Study No. 183, Home Office, London.
- Booth, R.E., Corsi, K.F. y Mikulich-Gilbertson, S.K. (2004). Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 177-185.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Meltzer, H., Singleton, N. y Taylor, C. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97, 1551-1560.
- Breteler, M. H. M., Van Den Hurk, A. A., Schippers, G. M. y Meerkerk, G.J. (1996). Enrollment in a drug-free detention program: The prediction of successful behavior change of drug-using inmates. *Addictive Behaviors*, 21, 665-669.
- Brink, J. H., Doherty, D. y Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356.

- Brocato, J. O. y Wagner, E. F. (2008). Predictors of Retention in an Alternative-To-Prison Substance Abuse Treatment Program. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 99.
- Buckley, P. F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 7, 5-9.
- Burdon, W., Dang, J., Prendergast, M., Messina, N. y Farabee, D. (2007). Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees from prison-based therapeutic community treatment programs. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2, 1-14.
- Butler, T. y Alnutt, S. (2003). *Mental illness among New South Wales prisoners*: NSW Corrections Health Service.
- Butzin, C. A., Martin, S. S. e Inciardi, J. A. (2002). Evaluating component effects of a prison-based treatment continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 63-69.
- Butzin, C. A., Martin, S. S. e Inciardi, J. A. (2005). Treatment during transition from prison to community and subsequent illicit drug use. . *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 351-358.
- Cacciola, J.S. y Dugosh, K. (2003). *Co-occurring substance use and mental disorders: an annotated bibliography*. Recuperado el día 4 de Noviembre de 2010 de: <http://tie.samhsa.gov/Topics/Pdf/annotatedbibliography.pdf>.

- Caixal, G. y Roca, X. (1999). El Tratamiento de la conducta adictiva en comunidad terapéutica intra y extrapenitenciaria: análisis de una muestra. *Trastornos Adictivos*, 1, 246-250.
- Calsyn, D.A., Wells, E.A., Fleming, C. y Saxon, A.J. (2000). Changes in Millon Clinical Multiaxial Inventory scores among opiate addicts as a function of retention in methadone maintenance treatment and recent drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 297-310.
- Casares-López, M.J., González, A., Bobes-Bascarán, M.T., Secades, R., Martínez-Cordero, A. y Bobes, J. (2010). Need for the assessment of dual diagnosis in prisons. *Adicciones*, 23; 37-44.
- Casares-López, M.J., Díaz-Mesa, E.M., García-Portilla, P., Sáiz, P., Bobes-Bascarán, M.T., Fonseca- Pedrero, E., Carreño, E., Marina, P., Bascarán, M.T., Cacciola, J., Alterman, A., and Bobes, J. (2011). Sixth version of the Addiction Severity Index: Assessing sensitivity to therapeutic change and retention predictors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 495-508.
- Casares-López, M.J., González-Menéndez, A., Villagrà, P., Hoffman, S. y Reinhard, I. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16; 135-144.
- Casares-López, M.J., González-Menéndez, A., Fernández, P. y Villagrà, P. (2012). Análisis de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario: un análisis de medidas repetidas. *Psicothema*, 24, 217-223.



- Casares-López, M.J., González-Menéndez, A., Fernández, P., Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (*en prensa*). ¿Qué predice la retención en un tratamiento para abuso de drogas intra-penitenciario?. *Spanish Journal of Psychology*.
- Chanhatasilpa, C., MacKenzie, D. L. y Hickman, L. J. (2000). The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders: a review and assessment of the research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 383-393.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Consejo de Europa (1993): *Recomendación R (93)6 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a los aspectos penitenciarios y criminológicos del control de las enfermedades transmisibles, incluido el sida y los problemas de salud conexos en las cárceles*, Consejo de Europa, Estrasburgo.
- Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, p. 29313-29424.
- Correctional Association of New York (2004). *Mental health in the house of corrections: A study of mental health care in New York State prisons*. New York, NY: Correctional Association of New York, 135 E 15 Street, NY, NY 10003.
- Darrell, K. G. y Allen, J. B. (1996). *Bureau of Justice Statistics Bulletin*.  
<http://www.prisonpolicy.org/scans/bjs/pji95.pdf>.
- D'Aunno, T. y Vaughn, T. E. (1992). Variations in methadone treatment practices. *Journal of the American Medical Association*, 267, 253-258.

- Deitch, D., Carleton, S., Koutsenok, I. y Marsolais, K. (2002). Therapeutic community treatment in prisons. En C. Leukefeld, F. Tims y D. Farabee (Eds.), *Treatment of Drug Offenders: Policies and Issues*. (pp. 127–137). New York: Springer.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1994). *Evaluación terapéutica previa del drogodependiente que ingresa en prisión*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2002*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2006). *Actuar es posible: Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Informe 2007 del Observatorio español sobre drogas: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- De Groot, M. H. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 115-120.

- De Leon, G. (2001). *Treatment process: Enhancing peer mentor performance*. Propuesta de beca inédita. Center for Therapeutic Community Research, National Development and Research Institutes, New York.
- De Leon, G., Holland, S. y Rosenthal, M.S. (1972). Therapeutic community for drug addicts, long-term measurement of emotional changes. *Psychological Reports*, 29, 595-600.
- De Leon, G. y Schwartz, S. (1984). Therapeutic Communities: What are the retention rates. *American Journal of Drug Abuse*, 10, 267-284.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D. y Wexler, H. K. (2000). Motivation for Treatment in a Prison-Based Therapeutic Community. [\*American Journal of Drug and Alcohol Abuse\*](#), 26, 33-46.
- Díaz Mesa, E.M., Casares, M.J., Galván, G. y García-Portilla González, M.P. (2011). Instrumentos de evaluación. En J. Bobes García, M. Casas Brugué y M. Gutiérrez Fraile (Eds.), *Manual de Trastornos Adictivos* (2ª ed.). ADAMED.
- Díaz Mesa, E.M., García-Portilla, P., Saiz, P., Bobes, M.T., Casares, M.J., Fonseca, E., Carreño, E., Flórez, G., Guardia, J., Ochoa, E., Pereiro, C., Rubio, G., Terán, A., Fernández, J.R. y Bobes, J. (2010). Rendimiento psicométrico de la 6ª versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22, 513-519
- DiCataldo, F., Greer, A. y Profit, W.E. (1995). Screening prison inmates for mental disorder: An examination of the relationship between mental disorder and prison adjustment. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law*, 23, 573-585.

- Dietz, E. F., O'Connell, D. J. y Scarpitti, F. R. (2003). Therapeutic communities and prison management: an examination of the effects of operating an in-prison therapeutic community on levels of institutional disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 210-223.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Madrid: Ministerio de Interior.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2007). *Estudio sobre Salud Mental en el Centro Penitenciario*: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2009). *Memoria de 2009 del Ministerio del Interior*. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.
- Early, K. E. (1996). Introduction. In K. E. Early (Ed.), *Drug treatment behind bars: Prison-based strategies for change*. Westport, CT: Praeger.
- Eisenberg, M. y Fabelo, T. (1996). Evaluation of the Texas Correctional Substance Abuse Treatment Initiative: The Impact of Policy Research. *Crime Delinquency*, 42, 296-308.
- Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión. ESDIP (2006). Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- Etheridge, R. M. y Hubbard, R. L. (2000). Conceptualizing and assessing treatment structure and process in community-based drug dependency treatment programs. *Substance Use & Misuse*, 35, 1757-1795.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002a). *Cuadro 14 OL: tratamiento basado en la abstinencia y unidades de tratamiento sin drogas en las prisiones de algunos países de la UE y de Noruega*. Retrieved 31-01-2011, from the World Wide Web: <http://ar2002.emcdda.europa.eu/es/popups/oltab14-es.html>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002b). *Cuadro 15 OL: tratamiento de sustitución en las prisiones de la UE y de Noruega*. Retrieved 31-01-2011, from the World Wide Web: <http://ar2002.emcdda.europa.eu/es/popups/oltab15-es.html>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union: a descriptive review*. Retrieved 26 November 2008 from <http://www.emcdda.org/>

Falkin, G. P., Lipton, D. S. y Wexler, H. K. (1990). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 71-92.

Farabee, D., Prendergast, M., Cartier, J., Wexler, H. K., Knight, K. y Anglin, D. M. (1999). Barriers to implementing effective correctional drug treatment programs. *The Prison Journal*, 79, 150-162.

Fazel, S., Bains, P. y Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101, 181-191.

Fazel, S. y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545-550.

- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. y Horwood, L. J. (1996). The short-term consequences of early onset cannabis use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 499-512.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Valoración de programas. *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Hermida, J. R. y Secades-Villa, R. (1999). *Evaluación de la eficacia del programa educativo - terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias*. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Fernandez-Hermida, J. R. y Secades-Villa, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Fernández, P., Livacic-Rojas, P y Vallejo, G. (2007). Cómo elegir la mejor prueba estadística para analizar un diseño de medidas repetidas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 153-175.
- Fernández Miranda, J. J. (2001). Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Medicina clínica*, 116, 150-154.
- Fernández-Montalvo J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea I. y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 271-283.

- Field, G. (1985). The Cornerstone program: A client outcome study. *Federal Probation*, 49, 50-55
- Fletcher, B. W. y Battjes, R. J. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 81-87.
- Fletcher, B.W., Lehman, W.E.K., Wexler, H.K. y Melnick, G. (2007). Who participates in the Criminal Justice Drug Abuse Treatment Studies (CJ-DATS)? *The Prison Journal*, 87, 1-33.
- Gallizo, M. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. *Salud y Drogas*, 7, 57-53.
- García Zapico (2007). Entrevista realizada al Coordinador de la UTE.
- Gendreau, P., Cullen, F. T. y Bonta, J. (1994). Intensive rehabilitation supervision: The next generation in community corrections. *Federal Probation*, 58, 72-78.
- Gerstein, D. R. y Harwood, H. J. (1992). Treating drug problems. *Washington, DC: National Academy Press*.
- Gottfredson, D. C., Kearley, B. W., Najaka, S. S., y Rocha, C. M. (2005). The Baltimore City Drug Treatment Court: 3-year outcome study. *Evaluation Review*, 29, 42-64.
- Gottfredson, D. C., Najaka, S. S., Kearley, B. W., y Rocha, C. M. (2006). Long-term effects of participation in the Baltimore City drug treatment court: Results from an experimental study. *Journal of Experimental Criminology*, 2, 67-98.

- González-Menéndez, A. (2007). Evaluación de un programa libre de drogas en el Centro Penitenciario de Villabona. *Principado de Asturias: FICYT*.
- González-Pienda, J.A., Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J.C., Bernardo, A., y Álvarez, D. (2008). Estrategia hipertextual computerizada y construcción personal de significados. *Psicothema, 20*, 49-55.
- Graña, J., Muñoz, J. y Navas, E. (2007). *Características psicopatológicas motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga Comunidad de Madrid.
- Green, C. A., Polen, M. R., Dickinson, D. M., Lynch, F. L. y Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*, 285-295.
- Grella, C.E. , Greenwell, L., Prendergast, M., Farabee, D., Hall, E., Cartier, J. Y Burdon, W. (2007). Organizational characteristics of drug abuse treatment programs for offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 291-300.
- Green, C. A., Polen, M. R., Lynch, F. L., Dickinson, D. M. y Bennett, M. D. (2004). Gender differences in outcomes in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Addictive Diseases, 23*, 47-70.
- Greenhouse, S.W., y Geisser, S. (1959). On methods in the analysis of profile data. *Psychometrika, 24*, 95-112.



- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V. y Anglin, M. D. (1999). Patient histories, retention and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 151-166.
- Griffith, J. D., Hiller, M. L., Knight, K. y Simpson, D. D. (1999). A cost-effective analysis of in-prison therapeutic community treatment and risk classification. *The Prison Journal*, 79, 352-368.
- Harrison, P.M. y Beck, A.J. (2005). *Prison and jail inmates at midyear 2004*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Hartmann, D. J., Wolk, J. L., Johnston, J. S. y Colyer, C. J. (1997). Recidivism and substance abuse outcomes in a prison-based therapeutic community. *Federal Probation*, 61, 18-25.
- Hedden, S., Guard, M. y Arndt, S. (2011). *Jail-Based substance abuse treatment program: annual Outcome evaluation report (Iowa Department of Public Health contract #5881JT04)*. Iowa City, IA: Iowa Consortium for Substance Abuse Research and Evaluation.
- Hennebel, L. C., Fowler, V. y Costall, P. (2002). *Supporting families of drug dependent offenders*. Londres: The European Network of Drug Services in Prison (ENDSP) and Cranstoun Drug Services. Retrieved 26-05-2005, from the World Wide Web: [http://endipp.net/index.php?option=com\\_remository&Itemid=39&func=fileinfo&filecatid=32&parent=category](http://endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=39&func=fileinfo&filecatid=32&parent=category).

- Hernández-Fernández, T. y Arroyo, J. M. (2010). Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12, 86-90.
- Heseltine, K., Day, A. y Sarre, R. (2011). *Prison-based correctional offender rehabilitation programs: The 2009 national picture in Australia*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Hickert, A.O., Boyle, S.W. y Tollefson, D.R. (2009). Factors That Predict Drug Court Completion and Dropout: Findings from an Evaluation of Salt Lake County's Adult Felony Drug Court. *Journal of Social Service Research*, 35, 149-162.
- Hiller, M. L., Knight, K. y Simpson, D. D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94, 833-842.
- Hiller, M. L., Knight, K. y Simpson, D. D. (2006). Recidivism following mandated residential substance abuse treatment for felony probationers. *The Prison Journal*, 86, 230-242
- Holst, K. (2010). A Good Score?: Examining Twenty Years of Drug Courts in the United States and Abroad. *Valparaiso University Law Review*, 45, 73-106.
- Hooper, R. M., Lockwood, D. e Inciardi, J. A. (1993). Treatment techniques in corrections-based therapeutic communities. *The Prison Journal*, 73, 290-307.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J. y Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 261-278.

- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R. y Ginzburg, H. M. (1989). *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Huynh, H., y Feldt, L.S. (1976). Estimation of the Box correction for degrees of freedom from sample data randomized block and split-plot designs. *Journal of Educational Statistics, 1*, 69-82.
- Inciardi, J. A. (1996). *A Corrections-Based Continuum of Effective Drug Abuse Treatment. Research Preview*. Washington, D.C.:National Institute of Justice, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Inciardi, J., Martin, S. y Butzin, C. (2004). Five-Year Outcomes of Therapeutic Community Treatment of Drug-Involved Offenders After Release From Prison. *Crime & Delinquency. Special Issue: Drugs and Crime: Health Services and Treatment, 50*, 88-107.
- Inciardi, J. A., Martin, S. S., Butzin, C. F., Hooper, R. M. y Harrison, L. D. (1997). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues, 27*, 261-278.
- Incorvaia, D. y Kirby, N. (1997). A Formative Evaluation of a Drug-Free Unit in a Correctional Services Setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 41*, 231- 249.
- James, D. J. y Glaze, L. E. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. U.S. Department of Justice Document NCJ 213600.

- Jensen, E. y Kane, S. (2010). The effect of therapeutic community on the time to first re-arrest: A survival analysis. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49, 200-209.
- Joe, G. W., Simpson, D. D. y Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 113-125.
- Joe, G. W., Simpson, D. D. y Hubbard, R. L. (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse*, 3, 73–84.
- Jordan, B. K., Federman, E. B., Burns, B. J., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A. y Caddell, J. M. (2002). Lifetime use of mental health and substance abuse treatment services by incarcerated women felons. *Psychiatric Services*, 53, 317-325.
- Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A., Greener, J.M., Simpson, D.D., y Vance, J. (2010). Male methamphetamine-user inmates in prison treatment: During- treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 141-152.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177-1190.
- Jungner, M. (2001). *Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons*. Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and VIH/AIDS Services in Prison, nº 9 y 10, pp. 12-13.
- Klebe, K. J. y O'Keefe, M. (2004). *Outcome Evaluation of the Crossroads to Freedom House and Peer 1 Therapeutic Communities*. Colorado Springs: University of Colorado.

- Kleinman, P. H., Kang, S., Lipton, D. S., Woody, G. E., Kemp, J. y Millman, R. B. (1992). Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18, 29–43.
- Knight, K., Simpson, D., Chatham, L. y Camacho, L. (1997). An assessment of prison-based drug treatment: Texas' in-prison therapeutic community program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 75-100.
- Knight, K., Simpson, D., Chatham, L. y Camacho, L. (2004). An assessment of prison-based treatment: Texas' in-prison therapeutic community program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 75–100.
- Knight, K., Simpson, D. D. y Hiller, M. L. (1999). Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *The Prison Journal*, 79, 337-351.
- Knight, K., Simpson, D.D. y Hiller, M.L. (2002). *Screening and referral for substance-abuse treatment in the criminal justice system*. En: Leukefeld, C., Tims, F. y Farabee, D. (Eds.), *Treatment of Drug Offenders: Policies and Issues*. Springer, New York, pp. 259–272.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-10.

- Kowalchuck, R.K., Keselman, H.J., Algina, J. y Wolfinger, R.D. (2004). The analysis of repeated measures with mixed-model adjusted *F* test. *Educational and Psychological Measurements*, 64, 224-242.
- Krebs, C.P., Brady, T. y Laird, G. (2003). Jail-based substance user treatment: an analysis of retention. *Substance Use and Misuse*, 38, 1227-1258.
- Landry, M., Nadeau, L. y Racine, S. (1996). La prévalence des troubles de la personnalité dans huit centres de réadaptation du Québec. Cahier de recherche. Montreal: Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives.
- Lang, M. y Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative-to-prison program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 145-160.
- Laub, J.H. y Sampson, R.J. (2001). Understanding desistance from crime. En: Tonry, M. (Ed.), *Crime and Justice*. University of Chicago Press, Chicago, pp. 1-69.
- Lightfoot, L.O. (1999). Treating substance abuse and dependence in offenders: A review of methods and outcomes. In E.J. Latessa (Ed.), *Strategic solutions: The International Community Corrections Association examines substance abuse*. Lanham, MD: ACA Press.
- Lipsey, M. W., Wilson, D. B., Cohen, M. A. y Derzon, J. H. (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. En M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism: Volume 13 Alcohol and violence* (Vol. 13, pp. 245-282). New York: Plenum Press.

- Lipton, D. S. (1995). *The effectiveness of treatment for drug abusers under criminal justice supervision*. Washington D.C.: National Institute of Justice.
- Lipton, D. S. (1998). Treatment for drug-abusing offenders during correctional supervision: A nationwide overview. *Journal of Offender Rehabilitation*, 26, 1-45.
- Llorente del Pozo, J.M. y Fernández, C. (1999). La comunidad terapéutica profesional en el abordaje de pacientes en tratamiento con metadona. *Trastornos Adictivos*, 1, 251-258.
- Lo, C. y Stephens, R. (2000). Drugs and prisoners: Treatment needs on entering prison. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 191-204.
- Lowe, L., Wexler, H. K. y Peters, J. (1 998). *The R. J. Donovan in -prison and community sub-stance abuse program: Three-year return to custody data*. Sacramento, CA: Office of Sub-stance Programs, California Department of Corrections.
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M. y Gasquet, I. (2009). Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 33, 160-168.
- Lurigio, A. (2000). Drug treatment availability and effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 495-528.
- Lýsen, L. (2001). *The Swedish system and the experiences at the Gävle prison management of drug problems in prison*. Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and VIH/AIDS Services in Prison, nº 9 y 11, pp. 10-11.

- Marshall, T., Simpson, S. y Stevens, A. (2002). *Health care in prisons: a health care needs assessment*. Birmingham: University of Birmingham.
- Marlowe, D.B., 2003. Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 2, 4–14.
- Marshall, T., Simpson, S. y Stevens, A. (2000). Health care in prisons: a health care needs assessment. *Birmingham: University of Birmingham*.
- Martin, S. S., Butzin, C. A. e Inciardi, J. A. (1995). Assessment of a multistage therapeutic community for drug involved offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 109-116.
- Martin, S. S., Butzin, C. A., Saum, C. A. e Inciardi, J. A. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: from prison to work release aftercare. *The Prison Journal*, 79, 294-320.
- Martínez-González, J.M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32, 166-174.
- Martínez-González, J.M, Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez-González, J.M, Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2010). La calidad de vida en alcohólicos con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y el craving. *Psicothema*, 22, 562-567.



- Martínez-González, J.M. y Trujillo H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Mason, D., Birmingham, L. y Grubin, D. (1997). Substance use in remand prisoners: a consecutive case study. *British Medical Journal*, 315, 18–21.
- McCollister, K., French, M., Prendergast, M., Hall, E. y Sacks, S. (2004). Long-term cost effectiveness of addiction treatment for criminal offenders. *Justice Quarterly*, 21, 659 – 679.
- McIntosh, J. y Saville, E. (2006) The Challenges Associated with Drug Treatment in Prison. *Probation Journal: The Journal of Community and Criminal Justice*. 53, 3, 230-247.
- McKendrick, K., Sullivan, C., Banks, S., y Sacks, S. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with MICA disorders: Antisocial personality disorder and treatment outcomes. *Journal of Offender Rehabilitation.*, 44, 133-159.
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Cacciola, J., Metzger, D. y O'Brien, C. P. (1992). A new measure of substance abuse treatment: initial studies of the treatment services review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 101–110.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., McGahan, P. y O'Brien, C.P. (1985). *Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration, and field testing results*. U.S. Dept Health and Human Services, Rockville, MD.

- Mears, D. P., Winterfield, L., Hunsaker, J., Moore, G. E. y White, R. M. (2003). *Drug treatment in the criminal justice system: The current state of knowledge*. Washington, D.C.: Urban Institute.
- Melnick, G., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D. y Wexler, H. K. (2001). Treatment process in prison therapeutic communities: Motivation, participation and outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 633-650.
- Melnick, G. Hawke, J. y Wexler, H. (2004) Client Perceptions Of Prison-Based Therapeutic Community Drug Treatment Programs, *The Prison Journal*, 84, 121-138.
- Menéndez, J.C. y Rico, A. (2004). *Drogodependencias y Justicia: Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre de Asturias*. Fundación C.E.S.P.A.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. y Prendergast, M. (2004). One year return to custody rates among co-disordered offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, 503-518.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. y Prendergast, M. (2006). Predictors of prison-based treatment outcomes: a comparison of men and women participants. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 7-28.
- Miller, W. R., y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

Millon, T. (1997). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (II): MCMI-II*. Madrid: TEA Ediciones.

Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2005).

*Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias*.

Retrieved 27/05, 2011, from the World Wide Web:

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/c-2005-17.drogas.pdf>.

Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). *Informe general 2006*. Retrieved 22/02, 2011, from the World Wide Web:

<http://www.mir.es/MIR/PublicacionesArchivo/publicaciones/catalogo/InformeGeneral2006DGIP.pdf>

Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2009). *Informe general 2009*. Retrieved 20/04, 2011, from the World Wide Web:

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/publicaciones.html>.

Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. *Módulos de Respeto: Manual*. Retrieved 10/03, 2011, from the World Wide Web:

<http://www.ub.edu/dpenal/Manual%20M%F3dulos%20de%20Respeto.pdf>.

Miranda, M. J. y Barberet, R. (1998). *Análisis de la eficacia y adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas*. Barcelona: Mimeo.

- Mitchell, O., Wilson, D. B. y MacKenzie, D. L. (2006). *The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behavior*: Campbell Collaboration.
- Moreno, R., Vera-Remartínez, E., García-Guerrero, J. y Planelles, M. V. (2008). Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10, 41-48.
- Morgan, D.W., Edwards, A.C., y Faulkner, L.R. (1993). The Adaptation to Prison by Individuals with Schizophrenia. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21, 427–433.
- Mosher, C. y Phillips, D. (2006). The Dynamics of a Prison-Based Therapeutic Community for Women Offenders: Retention, Completion, and Outcomes. *The Prison Journal*, 86, 6-31.
- Mumola, C. J. y Karberg, J. C. (2006). *Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2000). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. *Spectrum: The Journal of State Government*, 73, 16-69.
- National Institute of Justice Office (2003). Annual Report, U.S. Department of Justice. Washington, D.C.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: A research based guide*. Washington, DC.

- National Institute on Drug Abuse (2007). *Drugs, brains, and behavior*. Washington, DC: National Institutes of Health: U.S. Department of Health and Human Services.
- Newcomb, M. D., Galaif, E. R. y Carmona, V. (2001). The drug-crime nexus in a community sample of adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 185-193.
- Nielsen, A. L., Scarpitti, F. R. y Inciardi, J. A. (1996). Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders: The CREST program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 349-358.
- Observatorio español sobre drogas, OESD. (2000). Informe N° 3. *Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OESDT. (2003). Informe Anual 2003. El Problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega.
- O'Brien, M., Mortimer, L., Singleton, N. y Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales. *International Review of Psychiatry*, 15, 153-57.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2000). *Informe N° 3*. Madrid: Ministerio Del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2002). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Lisboa: Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004). Informe Anual, 2004. Disponible en URL: <http://annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.html> (Accedido el 26-05-2005).
- Office of National Drug Control Policy. (1999). Therapeutic communities in correctional settings: The prison based TC standards development project, final report of phase II (Prepared for the White House Office of National Drug Control Policy by the Criminal Justice Committee of Therapeutic Communities of America).
- O'hare, P. A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. C. y Drucker, E. (1992). La reducción de los daños relacionados con las drogas. *Barcelona: Publicaciones de Grup Igia, 1995. Traducción Título original en inglés: The reduction of drug-related harm (1992).*
- Olson, D., Rozhon, J. y Powers, M. (2009). Enhancing prisoner reentry through access to prison-based and post-incarceration aftercare treatment: Experiences from the Illinois Sheridan correctional center therapeutic community. *Journal of Experimental Criminology, 5*, 299-321.
- Parhar, K., Wormith, J. S., Derkzen, D. M. y Beauregard, A. M. (2008). Offender coercion in treatment: A Meta-Analysis of Effectiveness. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 1109-1135.
- Pearson, F. S. y Lipton, D.S. (1999). A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Corrections-Based Treatment for Drug Abuse. *The Prison Journal, 79*, 384-410.

- Pearson, F. S., Lipton, D. S., Cleland, C. M. y Yee, D. S. (2002). Effects of behavioral/cognitive behavioral programs on recidivism. *Crime and Delinquency*, 48, 476–496.
- Pelissier, B., Gaes, G.G., Camp, S.C., Wallace, S.B., O’Neil, J.A., y Saylor, W.G. (1998) *TRIAD Drug Treatment Evaluation Project: Six-Month interim report*. Washington, D.C: Office of Research and Evaluation Federal Bureau of Prisons.
- Pelissier, B., Rhodes, W., Gaes, G., Camps, S. Y O’Neil, J. (1998). *Alternative solutions to the problem of selection bias in an analysis of federal residential drug treatment programs*. Washington, DC: Federal Bureau of Prisons.
- Pelissier, B., Wallace, S., O’Neil, J. A., Gaes, G. G., Camp, S., Rhodes, W. y Saylor, W. G. (2001). Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 315-337.
- Pernanen, K., Cousineau, M. M., Brochu, S., & Sun, F. (2002). *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Perry, A., Darwin, Z., Godfrey, C., McDougall, C., Lunn, J., Glanville, J. y Coulton, S. (2009). The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 44, 374-400.

- Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Edens, J. F., Carter, C. R., & Ortiz, M. M. (1998). Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 24*, 573-587.
- Peters, R. H. y Murrin, M. R. (2000). Effectiveness of treatment-based drug courts in reducing criminal recidivism. *Criminal Justice and Behavior, 27*, 72-96.
- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan, R. y Abram, K. M. (2009). Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*, 101-107.
- Porporino, F. J., Robinson, D., Millson, W. A. y Weekes, J. R. (2002). An outcome evaluation of prison-based treatment programming for substance abusers. *Substance Use and Misuse, 37*, 1047-2077.
- Prendergast, M., Wellisch, J. y Wong, M. (1996). Residential treatment for women parolees following prison drug treatment: Treatment experiences, needs and services, outcomes. *The Prison Journal, 76*, 253-274.
- Prendergast, M. L., Farabee, D., Cartier, J. y Henkin, S. (2002). Involuntary Treatment Within a Prison Setting: Impact on Psychosocial Change During Treatment. *Criminal Justice and Behavior, 29*, 5-26.
- Prendergast, M., Hall, E., Wexler, H., Melnick, G. y Cao, Y. (2004). Amity prison-based therapeutic community: five year outcomes. *The Prison Journal, 84*, 36-60.
- Prendergast, M., Hall, E. y Wexler, H. (2003). Multiple measures of outcome in assessing a prison-based drug treatment program. *Journal of Offender Rehabilitation, 37*, 65-94.



- Prendergast, M. L., Hall, E. A., Roll, J. y Warda, U. (2008). Use of vouchers to reinforce abstinence and positive behaviors among clients in a drug court treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 125-136.
- Prendergast, M. L., Messina, N. P., Hall, E. A. y Warda, U. S. (2011). The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40*, 336-48.
- Prendergast, M. L., Podus, D. y Chang, E. (2000). Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: An examination using meta-analysis. *Substance Use and Misuse, 35*, 1931-1965.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E. y Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 53-72.
- Prendergast, M. L., Wellisch, J., y Wong, M. M. (1996). Residential treatment for women parolees following prison - based drug treatment: treatment experiences, needs, and service outcomes. *The Prison Journal, 76*, 253- 274.
- Ravndal, E., Vaglum, P. (2010). The Millon Clinical Multiaxial Inventory II: Stability over Time? A Seven-Year Follow-Up Study of Substance Abusers in Treatment. *European Addiction Research, 16*, 146-151
- Redondo, S., Funes, J. y Luque, E. (1994). *Justicia Penal y Reincidencia*. Barcelona: Jaume Callís.

- Redondo, S., Sánchez-Meca, J. y Garrido, V. (1999). Tratamiento de los delincuentes y reincidencia: Una evaluación de la efectividad de los programas aplicados en Europa. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11-37.
- Ríos, J. C. y Cabrera, P. (1998). *Mil voces presas*. Comillas: Universidad Pontificia de Comillas.
- Sacks, S., Sacks, J., McKendrick, K., Banks, S. y Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA Offenders: Crime Outcomes. *Behavioral Sciences & the Law. Special Issue: Co-Occurring Disorders and the Criminal Justice System*, 22, 477-501.
- Sacks, S., Banks, S., McKendrick, K. y Sacks, J. Y. (2008). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 112-122.
- Sanabria, M.A. (2000). La localización de sujetos adictos en un estudio de seguimiento. *Revista Española de Drogodependencias* 25, 158-169.
- Santis, R. y Casas, M. (1999). Diagnóstico Dual. *Ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera. España*.
- Santonja-Gómez, F.J., Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Zacarés- Romaguera, M.A., García-Rodríguez, O. y García-Fernández, G. (2010). Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 9, 93-98.

- Scarpitti, F. R., Inciardi, J. A., Pottieger, A.E. (1993). Process evaluation techniques for corrections-based drug treatment programs. *Journal of Offender Rehabilitation, 19*, 71-79.
- Scrivener-Mateyoke, A., Webster, J. M., Staton, M. y Leukefeld, C. (2004). Treatment retention predictors of drug court participants in a rural state. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*, 605-626.
- Secades-Villa, R. y Fernandez-Hermida, J. R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces: Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Secades, R. y Fernández- Hermida, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones, 12*, 353-363.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp.107-139). En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Secades- Villa, R., García, O., Fernández-Hermida, J. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo, 28*, 29-40.
- Secades, R. y Magdalena, Y. (2000). Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones, 12*, 365-371.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2010). *El sistema Penitenciario Español*.  
<http://www.mir.es/file/53/53019/53019.pdf>.
- Siegal, H. A., Wang, J., Carlson, R. G., Falck, R. S., Rahman, A. M. y Fine, R. L. (1999). Ohio's prison-based therapeutic community treatment programs for substance abusers: Preliminary analysis of re-arrest data. *Journal of Offender Rehabilitation*, 28, 33-48.
- Simoneau, H. y Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1219-1241.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. y Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatments outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 538-544.
- Simpson, D., Joe, G. y Brown, B. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294-307.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A. y Greener, J.M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 565-572.
- Simpson, D. D., Wexler, H. K. e Inciardi, J. A. (1999). Drug treatment outcomes for correctional settings, part 1 [Special issue]. *Prison Journal*, 79, 291-371.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99-121.

- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review, 12*, 93-116.
- Staton-Tindall, M., McNeese, E., Leukefeld, C., Walker, R., Thompson, L., Pangburn, K. y Oser, C. (2009). Systematic outcomes research for corrections-based treatment: Implications from the criminal justice Kentucky treatment outcome study. *Journal of offender rehabilitation, 48*, 710 -724.
- Sullivan, C., McKendrick, K., Sacks, S. y Banks, S. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with dual disorders: Substance use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33*, 823-832.
- Sullivan, C., Sacks, S., McKendrick, K., Banks, S., Sacks, J. y Stommel, J. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with co-occurring disorders: Mental health outcomes. *Journal of Offender Rehabilitation, 45*, 227-247.
- Swartz, J. A. y Lurigio, A. J. (2007). Serious mental illness and arrest: The generalized mediating effect of substance use. *Crime & Delinquency, 53*, 581–604.
- Taxman, F. S., Perdoni, M. y Harrison, L. D. (2007). *Drug treatment services for adult offenders: The state of the state*, 239-254.
- Travis, J., Solomon, A.L. y Waul, M. (2001). *From Prison to Home: The Dimensions and Consequences of Prisoner Reentry*. The Urban Institute, Washington, DC.
- Trujols, J. y Marco, A. (1999). Los programas de reducción de daños en el medio penitenciario (I): encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2*, 32-46.

- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E. y Harris, C. V. (1985). Determinants of substance abuse relapse. En M. Galizio y S.A. Maisto (Eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological and environmental factors*. New York: Plenum Press.
- Turley, A., Thornton, T., Johnson, C. y Azzolino, S. (2004). Jail drug and alcohol treatment program reduces recidivism in nonviolent offenders: a longitudinal study of Monroe County, New York's, Jail Treatment Drug and Alcohol Program. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 721-728.
- UTE Villabona (2003). Cuestionario de Solicitud de Ingreso en la Base de Datos del Sistema de de Información Europeo sobre reducción de la Demanda de Drogas (EDDRA). Documento interno no publicado. UTE Villabona (1999). *Intervenciones de Deshabitación con Drogodependientes en la UTE del C.P. de Villabona, Asturias. 1992-1999*. Ponencia presentada a la Primera Reunión sobre Metodologías de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios. Toledo, 1999.
- UTE Villabona (2005). *Unidad terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona. Un modelo de Intervención Penitenciaria*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Vallejo, G., Fernández, P., Herrero, J., y Conejo, N. (2004). Alternative procedures for testing fixed effects in repeated measures designs when assumptions are violated. *Psicothema*, 16, 498-508.
- Vaughn, M., Deng, F. y Lee, L. (2003). Evaluating a prison-based drug treatment program in Taiwan. *Journal of drug issues*, 357-384.

- Villagrà, P.; González Menéndez, A.; Fernández García, P.; Casares, M.J.; Martín Martín, J.L. y Rodríguez Lamelas, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23, 219-226.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N. y Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 304-313.
- Welsh, W., McGrain, P., Salamatin, N. y Zajac, G. (2007). Effects of prison drug treatment on inmate misconduct: A repeated measures analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 600-615.
- Welsh, W. N. (2007). A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1481-1498.
- Welsh, W. N. (2010). Inmate responses to prison-based drug treatment: a repeated measures analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 37-44.
- Wexler, D. (2000). Relapse Prevention Planning Principles for Criminal Law Practice. *Practicing Therapeutic Jurisprudence: Law as a Helping Profession*. (pp.237-243). North Carolina: Carolina Academic.
- Wexler, H. K., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D. y Peters, J. (1999). The Amity Prison TC Evaluation: Reincarceration Outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 147-167.

- Wexler, H., Falkin, G. y Lipton, D. (1990). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 710-792.
- Wexler, H., Falkin, G., Lipton, D. y Rosenblum, A. (1992). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. In C. G. Leukefeld y F. M. Tims (Eds.), *Drug abuse treatment in prisons and jails* (NIDA Research Monograph 118, pp. 156- 174). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Wexler, H.K., Melnick, G. y Cao, Y. (2004). Risk and prison substance abuse treatment outcomes: A replication and challenge. *The Prison Journal*, 84, 106-120.
- Wexler, H. K., Melnick, J., Lowe, L. y Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *The Prison Journal*, 79, 321-336.
- White, H. R. y Gorman, D. M. (2000). Dynamics of the drug-crime relationship. En G. LaFree (Ed.), *The nature of crime: Continuity and change* (pp. 151–218). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- WHO. (2005). *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*. Retrieved 22/02, 2011, from the World Wide Web:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78549/E85877.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf).



- Wilson, D.B., MacKenzie, D.L. y Mitchell, F.N. (2005). Effects of correctional boot camps on offending. *Campbell Systematic Reviews*(<http://campbellcollaboration.org/lib/download/3/>).
- Wilson, D.B. y MacKenzie, D.C. (2006). Boot Camps (Pp. 73-86). En B.C. Whelsh y D.F. Farrington (Eds), *Preventing Crime: What Works for Children, Offenders, Victims and Places*. New York: Springer.
- Wilson, D., Mitchell, O. y Mackenzie, D. (2006). A systematic review of drug court effects on recidivism, *Journal of Experimental Criminology*, 2, 459-487.
- Winick, B. y Wexler, D. (2003). *Judging in a Therapeutic Key: Therapeutic Jurisprudence and the Courts*. The New Judicial Approaches. North Carolina: Carolina Academic.
- Zapata, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la dicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2, 86-94.
- Zhang, S., Roberts, R. y McCollister, K. (2008). Therapeutic Community in a California Prison: Treatment Outcomes After 5 Years. *Crime & Delinquency*., *Special Issue: Drugs and Crime: Health Services and Treatment*, 1-20.

