

Cuaderno formativo para estudiantes,
profesionales y personas voluntarias



ADICCIONES Y PRISIÓN

Financiado por



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Realizado por



fundación **esplai**
ciudadanía comprometida

Mayo 2025

Coordinación del proyecto: Virginia Pareja Vallina

Apoyo a la coordinación: María García-Uceda Juárez y Laura Saiz Monsalve

Diseño de contenidos: Patricia Cuevas Rodríguez, Sara Urech Parra, Virginia Pareja Vallina, María García-Uceda Juárez y Laura Saiz Monsalve

Diseño y maquetación: El Vallenc / elvallenc@tinet.org

Fundación Esplai Ciudadanía Comprometida

C/ Latina, 21, local 10, 28047 Madrid

C/ Riu Anoia, 42-54 08820 El Prat de Llobregat (Barcelona)

Rúa do Areal, 138, oficina 7, 36201 Vigo (Pontevedra)

C/ Paco Miranda, 15, 29013 Málaga

www.fundacionesplai.org

fundacion@fundacionesplai.org



Esta obra está distribuida bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

LAS OPINIONES VERTIDAS EN ESTE DOCUMENTO NO SON NECESARIAMENTE LAS DE LA DELEGACIÓN
DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS O LAS DEL MINISTERIO DE SANIDAD

ÍNDICE

Introducción	5
---------------------	---

Unidades didácticas	9
----------------------------	---

1 Centros penitenciarios y perfiles de las personas privadas de libertad	10
---	----

a. Introducción	10
b. El contexto penitenciario	10
• Las prisiones en España	10
• Naturaleza y características del contexto	13
c. La población reclusa en España	14
• Perfil de la persona presa en España	15
d. Consecuencias de la privación de libertad	16
e. Reflexiones finales	18

2 Realidad de las personas con problemas de adicciones en prisión	21
--	----

a. Introducción	21
b. Perfil de la persona drogodependiente en prisión	22
• Características del consumo de la población penitenciaria	24
c. Problemas asociados a las adicciones en el entorno penitenciario	27
d. Necesidades específicas y características personales que dificultan la intervención	29
e. Relación entre adicciones y delincuencia	31
f. Desencadenantes	33
g. Reflexiones finales	36

3	Programas de tratamiento de adicciones en prisión y su continuidad en libertad	37
a.	Introducción	37
b.	Las Unidades Terapéuticas Educativas (UTE)	37
c.	Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria (CTI)	40
d.	Otros programas de tratamiento de adicciones en prisión	42
e.	Reflexiones finales	45
4	Estrategias adecuadas de intervención con personas con problemas de adicciones en prisión	46
a.	Introducción	46
b.	Principios y modelos básicos de intervención en adicciones	47
c.	Oportunidades y limitaciones del contexto penitenciario en el tratamiento de la adicción ..	48
d.	Actitudes, competencias y estrategias clave para la intervención.....	53
	• La entrevista motivacional como herramienta.....	53
	• Modelo Transteórico del Tratamiento de las Conductas Adictivas (Prochaska y DiClemente).....	54
e.	Do's and Don'ts en la intervención	57
f.	Reflexiones finales	60

Conclusiones.....	63
--------------------------	-----------



Introducción

Este documento surge en el marco del proyecto **“Escuela de Justicia Educativa: Formación a profesionales, voluntariado y estudiantes sobre drogodependencia y prisión”**, financiado por la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**. Se lleva a cabo debido a la relación en un alto número de casos entre adicción y delito y, por tanto, por la importancia del tratamiento en adicciones en la preparación para la vida en libertad de las personas presas para lograr a cabo una reinserción efectiva.

En este libro, se pretende ahondar sobre las peculiaridades y la complejidad del **tratamiento de adicciones con personas privadas de libertad** y los condicionantes del contexto penitenciario a la hora de intervenir de una forma eficaz.

Para ello, partiremos de una aproximación realista al contexto y a la población reclusa, aportando información y datos veraces y contrastados que desmonten los muchos tópicos y mitos que pesan sobre ambos.

A partir de ahí, profundizaremos en las características particulares de la persona reclusa con adicciones y en las posibilidades de su tratamiento en un entorno tan complejo, limitado y limitante como es la cárcel, condicionado por un régimen férreo y omnipresente que todo lo empapa.

Todo ello con el objetivo de **presentar una fotografía realista** de la temática propuesta, que permita a las personas que lo lean ser conscientes de que la complejidad de la misma exige de un conocimiento y de una comprensión profunda del ámbito de intervención y de un conjunto de estrategias inteligentes para poder llevar a cabo un tratamiento mínimamente efectivo de la adicción.

El libro contará con **información basada en la legislación vigente y en fuentes y estudios fiables**. Además, habrá códigos QR (que permitirán ampliar la información ofrecida en el libro) y se incluirán los **testimonios de Karim, Héctor y Luis**. Dichos testimonios contarán, a lo largo de las distintas unidades, la realidad de estos tres hombres en relación al consumo y la prisión.



Unidades didácticas



1 Centros penitenciarios y perfiles de las personas privadas de libertad

a. Introducción

Partimos de la idea de que primero **es necesario entender la complejidad y la idiosincrasia del ámbito de intervención y las particularidades de la privación de libertad y cómo afecta a quien la vive**. Solo a partir de ahí, se podrá ahondar en el tratamiento de las adicciones en prisión.

Conocer algunos conceptos, datos y estadísticas, tanto sobre las cárceles como sobre la población reclusa, ayudará a alcanzar este objetivo, contribuyendo también a reducir o a desmontar algunos de los muchos mitos y tópicos que componen el imaginario colectivo sobre la cárcel y sus habitantes.

b. El contexto penitenciario

● Las prisiones en España

El sistema penitenciario español dependiente de la Administración General del Estado cuenta con 65 Centros Penitenciarios, 2 hospitales psiquiátricos y 13 Centros de Inserción Social para el cumplimiento de penas, medidas de seguridad y para prisión preventiva, conformando un mapa penitenciario moderno y funcional, en el que la prisión constituye un espacio autosuficiente.

A estos hay que sumar los centros localizados en aquellas comunidades autónomas que tienen transferidas competencias penitenciarias, que en la actualidad son dos: 1) Cataluña (con 9 CPs y 4 CIS, y competencias propias desde 1983); **2) País Vasco** (con 3 CPs y 1 CIS, y competencias propias desde 2021). La Comunidad Foral de Navarra está en proceso de transferencia, habiendo ya adquirido las competencias en materia de sanidad penitenciaria.

La Ley Orgánica General Penitenciaria (L.O. 1/1979) dedica su título primero a los establecimientos penitenciarios y medios materiales, si bien es el Reglamento Penitenciario (R.D.190/1996) el que incluye el concepto y algún otro detalle en relación a los establecimientos penitenciarios.

Si quieres ver qué dice el Reglamento Penitenciario al respecto, lee este QR:



Indica la **LOGP** que los establecimientos penitenciarios podrán ser:

- **Establecimientos de preventivos**, destinados principalmente a la retención y custodia de detenidos y presos.
- **Establecimientos de cumplimiento de penas**, destinados a la ejecución de las penas privativas de libertad.
- **Establecimientos especiales**, en los que prevalece el carácter asistencial y serán centros hospitalarios, centros psiquiátricos o centros de rehabilitación social.

La lógica de la LOGP de construir un centro penitenciario para cada necesidad, existiendo casi tantos centros como casuísticas penitenciarias, **es claramente insostenible. Esto provoca que,**

en 1992, se decidea crear la Sociedad de Infraestructuras y Equipamientos Penitenciarios, (ahora SIEPSE), entidad estatal a la que se le encargó gestionar los sucesivos Planes de Amortización y Creación de Centros Penitenciarios para modernizar las instalaciones penitenciarias.

Si quieres conocer
más sobre la SIEPSE,
lee este QR:



Para ello, **se diseñó un prototipo de centro penitenciario concebido bajo la lógica de macrocentro polivalente** que se recoge ya en el Reglamento Penitenciario del 96, y que pretende conseguir la mayor autonomía y eficiencia posible.

La idea es que estos nuevos macrocentros funcionen como pequeñas ciudades autosuficientes incluyendo todos los servicios necesarios para su funcionamiento, formando a la propia población reclusa para que contribuya a esa autosuficiencia al tiempo que se forman y trabajan en áreas como panadería, lavandería, servicios de limpieza, etc. bajo la fórmula de destinos remunerados y/o talleres productivos.

Entre 1992 y 2018 SIEP construyó 30 Centros Penitenciarios, 31 Centros de Inserción Social, 5 Unidades de Madres y 32 Unidades de Custodia Hospitalaria en hospitales públicos. Además, se realizaron cientos de obras de rehabilitación y mejora en centros construidos con anterioridad a su año de fundación.

● Naturaleza y características del contexto

El sociólogo canadiense Erving Goffman acuñó el concepto de **institución total**, que definió como **un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente**. Estas instituciones se sirven de obstáculos intencionados para limitar la interacción de sus miembros con el exterior y evitar su huida, provocando una **ruptura con el mundo habitual de la persona** y con todo lo ordinario. En ellas, todo transcurre en un mismo lugar y bajo **una única autoridad** - la institucional-, a partir de un plan establecido deliberadamente. Psiquiátricos, centros de internamiento de menores, cuarteles, internados, monasterios, conventos y **cárceles** son el **paradigma de las instituciones totales**, compartiendo todas o muchas de las siguientes características:

- Hermetismo y aislamiento
- Ser desconocido para la mayoría social
- Extrema complejidad
- Restrictivo y limitado
- Polarizado y desequilibrado
- Como una subcultura propia

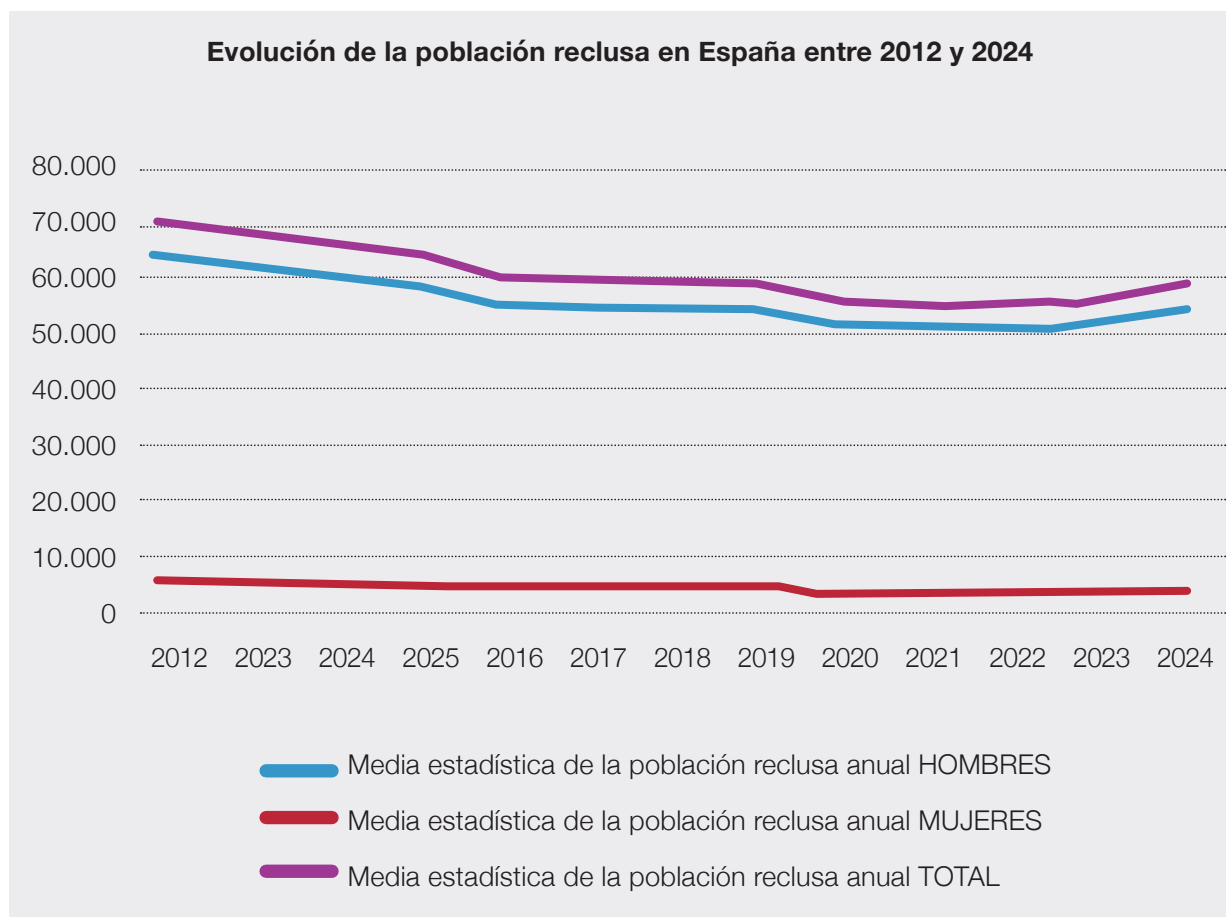
Las **características anteriores no solo afectan y condicionan a la población reclusa**, sino también - aunque, obviamente, en menor medida - al funcionariado y al personal colaborador externo.

Todo ello implica:

- Conocimiento del medio
- Previsión y planificación
- Creatividad y adaptabilidad
- Cohesión de equipo y coordinación con el personal del centro
- Observación y prudencia
- Paciencia y tolerancia a la frustración
- Empatía y asertividad
- Respeto y confidencialidad
- Compromiso y vocación
- Profesionalidad y responsabilidad

c. La población reclusa en España

Según datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), **a finales de 2025, había 59.347 personas en las prisiones españolas**, de las que el **93%** eran **hombres** y solo el **7%** mujeres.



Es interesante señalar en este punto que **España ha tenido durante años una de las tasas de población reclusa más altas del entorno europeo, a pesar de tener una de las tasas de delincuencia más bajas.** Esto obedece fundamentalmente a 3 razones:

1 Que la estancia media en prisión es considerablemente más alta que en la mayoría de los países de nuestro entorno, debido a que España tiene uno de los códigos penales más duros de Europa.

2 Que es más fácil que en otros países entrar en prisión, pues existe una tendencia a criminalizar conductas que en otros países se sancionan por otras vías como la administrativa, que no implican una reclusión.

3 Que es más difícil que en otros países salir de prisión, además de por los dos factores anteriores, porque el acceso a medidas alternativas a la prisión o a regímenes abiertos o semiabiertos es mucho más restrictivo que en la mayoría de países de la UE, en los que se intenta minimizar el cumplimiento en régimen cerrado, promocionando mucho más otras alternativas menos gravosas.

● Perfil de la persona presa en España

- El **93%** de la población reclusa en España es masculina.
- El **82,31% está penada** (es decir, cumpliendo pena privativa de libertad), frente al 17,69% que se encuentra en prisión preventiva a la espera de juicio.
- Aproximadamente el **74% está clasificada en 2º grado**. La población reclusa que cumple condena en 1er grado y a la que se le aplica en consecuencia el régimen más restrictivo (el cerrado) no suele superar el 1,5%, estando el resto en situación de 3er grado o sin clasificar.
- Cerca del **45%** está en el rango de edad que va **de los 41 a los 60 años** (con una predominancia de la mitad baja del rango, es decir, entre 41 y 50, tanto entre hombres como entre mujeres), notándose la tendencia general de envejecimiento de la población, también entre la reclusa.
- Cerca del **70%** son de **nacionalidad española**, frente a un 30% de población extranjera. Este porcentaje se reduce al 25% entre la población reclusa femenina.

- La mayoría de la población reclusa en nuestro país, concretamente el **38%**, cumple condena por delitos contra el patrimonio fundamentalmente, robos y estafas) seguido por los delitos contra la salud pública (fundamentalmente, todos los relacionados con el tráfico de drogas), que afectan aproximadamente al **16%** del total. A destacar que en **los últimos años se ha observado un aumento de condenas por delitos relacionados con la violencia de género y contra la seguridad vial**, siendo actualmente habitual la entrada de personas sin antecedentes penales que son condenadas a pena privativa de libertad de corta duración.
- Respecto a los **problemas de salud mental** entre la población reclusa, se estima que existe una **prevalencia alrededor de 5 veces superior a la población general**, calculándose que **ocho de cada diez personas privadas de libertad han sufrido algún trastorno mental incluyendo el consumo de drogas**, y **cuatro de cada diez presentan un trastorno mental** en el momento actual.
- Y un último dato, en este caso **relacionado exclusivamente con la población reclusa femenina**: se calcula que aproximadamente **2/3 de las mujeres en prisión en España son o han sido víctimas de violencia machista; el 80% son madres y cerca del 60% presenta alguna sintomatología de enfermedad mental**.

d. Consecuencias de la privación de libertad

La privación de libertad y la propia cárcel como institución y espacio tienen graves consecuencias sobre la persona. Estas consecuencias son de **tipología muy diversa, afectando a cada persona de forma diferente** en función de múltiples factores como la propia personalidad, la edad, el momento vital, su estado de salud, el apoyo con el que cuente, su trayectoria vital, la duración de la condena, el tiempo de estancia en prisión y la tipología de módulo en el que esté, la lejanía o cercanía de la libertad definitiva, las expectativas de futuro, etc.

En cualquier caso, **diversos estudios coinciden en una serie de ellas que se dan con una mayor frecuencia entre la población reclusa y que pasamos a esquematizar**, dejando claro que ni son todas las que están, ni están todas las que son.

A NIVEL PSICOLÓGICO

- **Trastornos de personalidad:** Los trastornos más comunes son el trastorno paranoide, el trastorno límite de personalidad (TLP) y el trastorno antisocial. Un estudio de 2016 relacionó el trastorno paranoide con el consumo de sustancias en un 62% de los casos.
- **Trastornos del estado de ánimo:** Altos niveles de ansiedad y depresión, tanto en hombres como en mujeres, aunque los estados depresivos son más comunes en mujeres presas.
- **Abuso de sustancias,** que desarrollaremos en las próximas unidades.
- **Suicidio y conductas autolesivas:** Las conductas autolesivas son más comunes que el suicidio y se definen como una forma de afrontamiento del estrés.

A NIVEL CONDUCTUAL

Toda conducta tiene una finalidad adaptativa. La adaptación al ambiente de la prisión, inherentemente anormalizador, implica adoptar pautas de comportamiento adaptadas a ese contexto específico, muchas de las cuales pueden considerarse desadaptadas cuando se observan desde una perspectiva externa a la institución penitenciaria.

- **Exageración de las situaciones y autocentrismo:** En prisión, toda la vida de la persona reclusa gira en torno a la institución y sus dinámicas, haciendo que situaciones que podrían parecer triviales en otro contexto adquieran una gran relevancia allí dentro. Como consecuencia de lo anterior, la persona privada de libertad tiende al autocentrismo y a una visión egocéntrica del mundo que incrementa la necesidad y el reclamo de atención, el foco exclusivo en sus propias necesidades, la baja tolerancia a la frustración y la falta de empatía.
- **Ausencia de control sobre la propia vida y desresponsabilización:** La persona reclusa queda completamente subordinada al régimen penitenciario, la capacidad de elección y autodeterminación se ve enormemente restringida. Todo ello provoca tendencia hacia la exención de responsabilidad sobre la propia conducta e indefensión aprendida.

- **Autoafirmación agresiva o sumisa:** La prisión es una estructura imponente ante la cual es fácil sentirse débil. Para adaptarse a la situación y poder mantener unos niveles mínimos de autoestima, la persona reclusa se ve obligada a reafirmarse adoptando conductas agresivas hacia la institución penitenciaria y, a menudo, hacia la propia población reclusa o adoptando conductas pasivas hacia ambas.

A NIVEL RELACIONAL

- **Deterioro o pérdida de vínculos:** Las posibilidades relacionales de la persona reclusa con su entorno exterior se ven drásticamente reducidas y condicionadas, lo que conduce a una pérdida gradual de las conexiones previamente establecidas y de los vínculos derivados de ellas.
- **Alteraciones de la afectividad:** Sensación de desamparo y sobredemanda afectiva. Gran dureza emocional como mecanismo de autoprotección y supervivencia. Este caparazón protector se fortalecerá con el tiempo, ocultando cuidadosamente la capacidad afectiva.

e. Reflexiones finales

La cárcel es una estructura de castigo y reparación del daño que la sociedad ha creado para los que saltan los límites de la ley y alteran la paz y cohesión social. Privación de libertad, aislamiento social y comunitario, sometimiento a un régimen disciplinar omnicomprensivo, invisibilidad, condena social..., son algunas de las condiciones más determinantes a las que se ven sometidas las personas que viven en ella.

Pero lo anterior no debe hacernos olvidar que el fin constitucional de la pena de prisión y el mandato legal dirigido a la institución penitenciaria **es la reeducación y la reinserción social de las personas privadas de libertad.**

“

Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados

(artículo 25.2 de la Constitución Española)

”

“

Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados”

(artículo 1 de la LOGP)

para los que saltan los límites de la ley y alteran la paz y cohesión social. **Nuestras cárceles no son hoteles de 5 estrellas, aunque sí están diseñadas con el objetivo de ser espacios habitables** que reúnan unas condiciones mínimas de bienestar – a pesar de ser espacios destinados al encierro – que no solo favorezcan el desarrollo del tratamiento penitenciario dirigido a la consecución del fin resocializador de la pena de prisión, sino que no agraven las consecuencias inherentes al encierro y a la privación de libertad. Después de todo, son personas las que en ellas habitan, seres humanos como nosotras y nosotros, que no por haber infringido la ley y las normas de convivencia social pierden ni su condición de persona o ser humano, ni su condición de ciudadano o ciudadana, ni su condición de sujeto de derechos. Siguen por tanto siendo parte de la sociedad, a la que antes o después terminarán retornando.

La pregunta que por tanto todos y todas deberíamos hacernos es: ¿Cómo nos gustaría que volvieran a la sociedad: igual, peor o mejor de lo que entraron? Y su respuesta tendría que

partir al menos de las siguientes tres consideraciones: 1) Que, aunque no lo pensemos, de ello dependen en gran parte nuestra seguridad y nuestro bienestar individuales y colectivos; 2) Que vivimos en el S.XXI, símbolo de sociedades modernas y evolucionadas que se presupone han aprendido de los errores cometidos a lo largo de la historia, también en el trato hacia nuestros/as iguales; 3) Que España es un país democrático que, por tanto, defiende ante todo los Derechos Humanos y donde la Administración Pública es garante del cumplimiento de la norma y del respeto de los derechos de todas las personas, incluidas las que están en prisión.

“

No se conoce un país realmente hasta que se está en sus cárceles.

No se debe juzgar a una nación por cómo trata a sus ciudadanos más destacados, sino a los más desfavorecidos”

(Nelson Mandela, presidente de Sudáfrica
que pasó 27 años en prisión)



2 Adicciones y prisión: la realidad de las personas con problemas de adicciones en prisión

a. Introducción

El fenómeno de las **adicciones en el entorno penitenciario** continúa siendo **una realidad preocupante y compleja**. Aunque cada vez son más visibles otro tipo de adicciones, como las relacionadas con el juego, el consumo de sustancias sigue siendo el problema más habitual entre la población reclusa. Esta unidad ofrece una **mirada integral al perfil de las personas drogodependientes** en prisión, el impacto del consumo de drogas dentro y fuera del centro penitenciario, así como los múltiples factores personales, sociales y estructurales que dificultan la intervención y la recuperación. A través de datos recientes y un análisis contextualizado, se profundiza en los retos que enfrentan tanto los internos e internas como las personas profesionales que trabajan e intervienen con esta problemática.

b. Perfil de la persona drogodependiente en prisión

Los últimos datos recogidos en la Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Instituciones Penitenciarias (ESDIP), financiada por el Ministerio de Sanidad y que se realiza cada cinco años, son del año 2022. De dicho estudio cabe destacar algunos datos que ayudan a formarse una idea sobre el perfil de las personas privadas de libertad:

- **Perfil sociodemográfico de los internos:** hombre español de 40 años que dejó de estudiar al terminar la educación secundaria o antes. En los 12 meses previos al ingreso en prisión, estaba trabajando y vivía de forma estable con su familia.
- **Perfil sociodemográfico de las internas:** mujer española de 41 años que dejó los estudios al terminar la secundaria o antes. En los 12 meses anteriores al ingreso en prisión, se encontraba en paro y búsqueda de empleo o no activa, y en la mayoría de los casos estaba viviendo de manera estable con sus hijos o hijas. El 15,3% vivía en un alojamiento inestable.
- **Percepción de su estado de salud:** aunque la mayoría considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, el 20,7% considera que es mejor estando en prisión.
- **Salud mental:** el 34,8% de la población penitenciaria refiere haber sido diagnosticada en algún momento de un trastorno mental o emocional, siendo la prevalencia mayor entre las mujeres. El 32,2% refiere haber tenido ideas de suicidio alguna vez en la vida, de nuevo, siendo la prevalencia mayor entre las mujeres, y siendo estos datos más elevados dentro de prisión que en libertad en ambos géneros. En el 19,9% de los casos, ha habido intentos de suicidio.
- **Prevalencia del consumo de drogas:** al comparar los datos de la población general y penitenciaria, cabe destacar lo siguiente:
 - El consumo de drogas ilegales referido en los 12 meses previos al ingreso en prisión es claramente más alto en la población penitenciaria que en la general, siendo las sustancias más consumidas el cannabis y la cocaína. Además, la edad de inicio en el consumo es más temprana en la población penitenciaria.

- El 75,1% de la población penitenciaria ha consumido drogas alguna vez en la vida. El 58,9% lo ha hecho en el último año en libertad, el 53,5% en el último mes anterior al ingreso y el 16,8% lo ha hecho en el último mes dentro de prisión.
- El cannabis es la droga ilegal más consumida tanto dentro como fuera. En cuanto a las drogas legales, el alcohol es la más consumida en libertad. Respecto a todas las drogas, legales e ilegales, la más consumida tanto en prisión como fuera de ella es el tabaco.
- Al ingresar en prisión, según este estudio, disminuye la prevalencia de consumo de todas las drogas, dándose el mayor descenso en el consumo de alcohol y cocaína. El consumo de cannabis se reduce a un tercio y los tranquilizantes no recetados casi a la mitad, pese a ser las drogas más consumidas por la población penitenciaria.
- En cuanto a la prevalencia de consumo desde una perspectiva de género, los hombres presentan mayor consumo de todas las drogas, tanto en prisión como en libertad. Las mujeres muestran una mayor reducción al entrar en prisión en todas las sustancias, excepto en el caso del tabaco que, al igual que los hombres, su consumo aumenta en prisión. Las mayores diferencias por género dentro de prisión se encuentran en el consumo de cannabis y heroína, que es mucho menor en mujeres.
- La prevalencia de consumo de drogas ilegales en la población penitenciaria sigue un patrón de policonsumo, siendo más habitual fuera de prisión.





Echa un vistazo al informe de la Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) realizada en 2022:



● **Características del consumo de la población penitenciaria**

SUSTANCIAS

En la siguiente tabla, se muestran datos relativos a la Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) de 2022, que muestra las sustancias qué más se consumen, tanto en libertad como dentro de prisión, diferenciados por género:

	Libertad		Prisión	
				
Tabaco	73,0	65,3	74,4	67,4
Alcohol	55,9	34,3	2,1	1,0
Tranquilizantes no recetados	12,3	9,4	0	3,6
Cannabis	38,6	24,0	8,0	4,7
Cannabinoides sintéticos	2,3	1,1	11,6	0,1
Heroína	11,1	10,5	0,5	0,5
Cocaína base	18,1	17,7	1,5	0,9
Cocaína polvo	25,6	14,1	1,2	1,1
Anfetaminas	3,9	2,1	1,3	0,0
Metanfetamina	2,3	1,4	0,5	0,0
Ketamina	2,4	0,9	0,2	0,2
Éxtasis	3,9	1,0	0,3	0,1
Alucinógenos	1,8	0,9	0,2	0,0
LSD	1,2	0,5	0,2	0,0
Setas mágicas	0,9	0,1	0,0	0,0
Inhalables volátiles	0,3	0,1	0,0	0,0
GHB/GBL	0,4	0,5	0,0	0,0

SOBREDOSIS

Las **sobredosis no mortales entre la población penitenciaria son más frecuentes estando en libertad que dentro de la prisión**, tanto para hombres como para mujeres y, cuando suceden en libertad, son más frecuentes antes del primer ingreso. Las sustancias psicoactivas a las que atribuyen dichas sobredosis son la cocaína, el alcohol y la heroína estando en libertad, los tranquilizantes y la heroína en prisión.

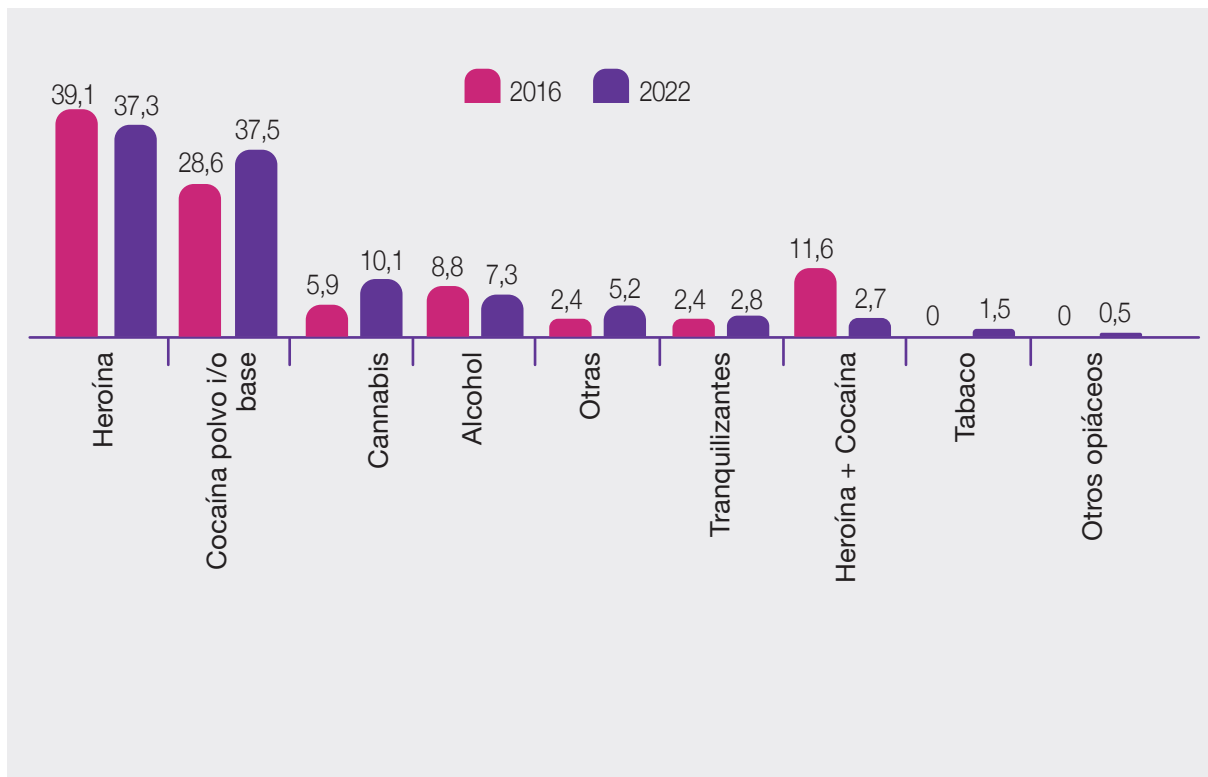
PRÁCTICAS DE RIESGO

- **Consumo inyectado:** un 15,3% de la población penitenciaria se ha inyectado drogas alguna vez en la vida. Es un valor que se ha mantenido relativamente estable en los últimos 10 años.
- **Otras prácticas de riesgo** (no relacionadas directamente con el consumo de drogas) son las relaciones sexuales sin protección o la realización de tatuajes.

TRATAMIENTO

El 31,2% de la población penitenciaria reconoce que ha recibido alguna vez un tratamiento en libertad para dejar o controlar el consumo de drogas (porcentaje más elevado en el caso de los hombres) frente al **24,1% que ha recibido alguna vez tratamiento en prisión** en cualquier ingreso (de nuevo, más elevado en hombres que en mujeres). Asimismo, han aumentado los tratamientos en prisión por cocaína y por cannabis, y han disminuido los de heroína, dado que también ha bajado el número de personas que la consumen.

En el siguiente gráfico, se muestran las sustancias que generaron los últimos tratamientos en la población penitenciaria en prisión, comparativamente en los últimos informes realizados (2016 y 2022).



c. Problemas asociados a las adicciones en el entorno penitenciario

PERSONALES

Mantener el consumo dentro de prisión conlleva, además de un deterioro físico y mental, problemas asociados que tienen que ver con los siguientes aspectos:

- **Problemas de salud:** muchas personas drogodependientes presentan un deterioro físico y psicológico importante, con elevada incidencia de enfermedades y problemas emocionales.
- **Económicos:** la droga es bastante más cara en prisión que en la calle, por lo que se generan deudas y conflictos entre las personas internas.
- **Disponibilidad:** las drogas no siempre están accesibles, por lo que es difícil evitar el síndrome de abstinencia. Los/as reclusos/as no consumen cuando quieren sino cuando pueden.
- **Sanciones disciplinarias:** por tenencia de sustancias, peleas entre internos o internas, faltas de respeto al funcionariado...

AMBIENTALES Y DE RELACIONES (EN LA PROPIA PRISIÓN)

La prisión es un ambiente cargado de tensión en el que los internos y las internas están en permanente estado de alerta (con todo lo que ello conlleva) y de lucha por la supervivencia. A esto hay que añadir la estructura del día a día, rígida y vacía de contenido, y unas directrices claras sobre lo que puede y no puede hacer, más allá de sus necesidades, intereses y deseos. Todo esto, sumado a la falta de espacio y de intimidad, **genera tensiones, que se incrementan cuando no hay posibilidad de conseguir droga**, lo que aumenta los conflictos, las personas que “se refugian” porque tienen deudas, los partes disciplinarios, las peleas...

FAMILIARES

Las familias muchas veces se ven presionadas por la persona interna que tiene deudas, bien para ingresarles dinero (con el esfuerzo económico que esto supone en la mayoría de los casos) o bien para realizar pagos en el exterior. Incluso se arriesgan, en muchas ocasiones, a introducir droga en el interior de la prisión mediante los vis a vis para “ayudar” a su familiar consumidor.

En muchas ocasiones, las personas privadas de libertad engañan a su familia acerca del motivo por el que necesitan más dinero, lo cual acaba generando **desconfianza, discusiones, inseguridades y conflictos en el ámbito familiar.**

HÉCTOR:

“Es difícil decir qué me ha dado la droga, pero los porros me dieron un refugio y evasión de los problemas a la vez que me aportaban confianza en mí mismo y diversión “artificial”. Y la coca me quitaba el cansancio nocturno y me permitía poder “divertirme más horas”. Pero poco a poco me ha ido separando de mi familia y metiéndome en problemas relacionados con el consumo, como delitos.”

d. Necesidades específicas y características personales que dificultan la intervención

PARTICULARIDADES DE LA INTERVENCIÓN EN PRISIÓN:

Existen numerosos aspectos a tener en cuenta en la intervención con personas con problemas de adicciones en prisión. Algunos de ellos tienen que ver con las propias características y necesidades de los internos e internas y otros, sin embargo, son **dificultades derivadas del propio sistema penitenciario y su funcionamiento**. A continuación, exponemos brevemente algunas de las particularidades que encontramos más relevantes:

- **Prisión como dificultad añadida:** si bien es cierto que, en ocasiones, el ingreso en prisión es la única opción para que la persona pare y, en algunos casos, deje de consumir, la cárcel añade numerosas problemáticas que complica el abordaje de la adicción.
- **Internos o internas que ingresan en prisión “enganchadas” y con un consumo activo:** en estos casos, se ofrece tratamiento farmacológico durante los primeros días y/o se ofrece la posibilidad de iniciar tratamiento con metadona. En casos graves de síndrome de abstinencia, se les ingresa en enfermería hasta que se logra una estabilidad, pero, en la mayoría de los casos, después pasan a un módulo ordinario donde el acceso a ciertas sustancias es mayor.
- **Motivación externa:** en muchas ocasiones, se busca participar del tratamiento no por una motivación interna o un deseo real de cambio, sino buscando beneficios a nivel judicial o penitenciario.
- **Las preocupaciones sobre su situación penitenciaria interfieren en la intervención:** las personas que están cumpliendo una pena privativa de libertad, normalmente están más centradas en sus problemas y dificultades del día a día o las frustraciones que se generan a nivel penitenciario. Esto dificulta que se planteen objetivos a medio y largo plazo o centrarse en su trabajo personal.
- **Los momentos personal y regimental no coinciden:** esto hace que haya personas que están en un buen momento personal y en disposición de empezar a salir de permiso o de acceder a un régimen

de vida en semilibertad, pero el tiempo de cumplimiento de su condena dificulta o impide que puedan seguir avanzando.

- **El consumo se penaliza en exceso:** las consecuencias que tiene para la persona consumir dentro de prisión son, en muchos casos, excesivas. Si bien es conveniente que se penalicen este tipo de conductas, se castigan severamente a nivel regimental, cuando lo apropiado en muchas ocasiones sería abordarlo a nivel tratamental.
- **Falta de alternativas:** las actividades, cursos formativos y los talleres para ocupar el tiempo son muy limitados.
- **Comparten grupo y convivencia:** en algunos casos esta circunstancia se convierte en un factor de protección, sin embargo, también se da el caso contrario, y que, buscando un espacio de pertenencia, asuman o retomen el consumo.
- **Falta de profesionales y programas:** los programas específicos de tratamiento son muy reducidos y, en los casos en que existen, tienen largas listas de espera.
- **Tratamiento farmacológico:** muchas veces, se sustituyen las drogas por los psicofármacos, que tienen una percepción menos problemática al ser medicación prescrita.
- **Personas que están en prisión mucho tiempo y al final se van sin haber tenido intervención específica suficiente y eficaz.**
- **Personas con condenas cortas,** que no disponen de tiempo material para abordar la problemática desde un programa de tratamiento específico.
- **Personas que dan positivo en analítica:** salvo que esté realizando un programa específico, no hay ningún abordaje de lo ocurrido a nivel tratamental, aunque sí a nivel regimental (partes, sanciones...).
- **Personas que aumentan su consumo al ingresar en prisión:** verse en prisión supone un importante factor de desestabilización, lo que conlleva un riesgo para la recaída en el consumo.
- **Se exige abstinencia completa,** aunque no sea un objetivo alcanzable ni realista.

- **Se pide el traslado del interno o de la interna** cuando ya se ha iniciado la intervención y se ha establecido el vínculo, sin tener en cuenta su proceso terapéutico.
- **Falta de conocimiento, formación específica y experiencia** en la intervención con drogodependientes por parte de los Equipos Técnicos y otras personas profesionales, lo que se traduce en la penalización y estigmatización del interno o la interna con problemas de adicciones.
- **Personas que mantienen una “falsa abstinencia”:** esto se refiere a personas que asocian el consumo a momentos de ocio, por lo tanto, dentro de prisión no mantienen ese consumo activo y no tienen percepción de problema, pero supone un factor de riesgo en recaídas una vez salen de permiso o en libertad.
- **Personas que sufren sobredosis:** en los centros penitenciarios, existe un programa específico de tratamiento de las sobredosis, de manera que cualquier persona que sufra una sobredosis es incluida en él y se realiza un seguimiento de su evolución. En la práctica, en muchas ocasiones este seguimiento se limita a una serie de entrevistas individuales por parte del equipo médico y/o psicológico del programa, pero no siempre se deriva a la persona a programas de tratamiento para abordar su drogodependencia, ni es llevado a un módulo terapéutico, por lo que la intervención acaba resultando un simple parche.

e. Relación entre adicciones y delincuencia

Durante los últimos años, se han hecho diversos estudios e investigaciones sobre la relación entre el consumo de drogas y la delincuencia. En la mayoría de los casos, la conclusión a la que se ha llegado ha sido la complejidad que existe para explicar en su totalidad estos fenómenos.

Ni todas las personas drogodependientes cometen delitos, ni todas las personas que han cometido un delito se drogan. No se puede afirmar ni que la droga sea la causa del delito, ni que una vida delictiva facilite el consumo de drogas, pero **es evidente que existe una relación directa entre las drogas y la delincuencia, y que ambas circunstancias interactúan.**

Pueden establecerse cuatro tipos de delincuencia relacionada con el consumo de drogas:

- 1 Delincuencia inducida:** la persona delinque estando bajo los efectos de la droga.
- 2 Delincuencia funcional:** se comete el delito para poder costearse el consumo.
- 3 Delincuencia relacional:** la actividad delictiva se convierte en un estilo de vida en contra del sistema, al margen de las normas. En este contexto, es donde se da el primer contacto con las drogas, los primeros consumos y, en ocasiones, el tráfico de drogas que facilita el consumo.
- 4 Tráfico de drogas** por parte de una persona no consumidora, motivado por el ánimo de lucro.

El **principal delito cometido por las personas drogodependientes es el robo con violencia o intimidación (“atracó”)** que, además, es uno de los delitos que genera mayor inseguridad ciudadana. Es común, además, que se cometan otros delitos al mismo tiempo, como pueden ser los delitos de lesiones, tenencia ilícita de armas, detención ilegal...

También es frecuente que la misma persona cometa varios delitos en un breve periodo de tiempo, debido al estado físico y psicológico en el que se encuentra por el consumo de drogas, de manera que acaba acumulando largas condenas por hechos cometidos en poco tiempo.

La drogodependencia, siempre que esté acreditada, puede contemplarse como atenuante o eximente y, dependiendo del caso, se podrán plantear medidas alternativas de cumplimiento a la pena privativa de libertad.

f. Desencadenantes

Los motivos que pueden desencadenar el consumo y los comportamientos disruptivos son complejos y, en muchas de las ocasiones, interrelacionados entre sí, entre los que cabe destacar:

1 Carencias afectivas y traumas infantiles: pérdida de una o ambas figuras parentales en edades tempranas, crecimiento en entornos poco afectivos, la falta de una figura de apego estable y segura, la vivencia de la infancia en entornos disfuncionales, en los que ha presenciado episodios de violencia, negligencia o abandono... todas estas circunstancias pueden generar inseguridad emocional, dificultades para gestionar el estrés o las emociones, o trastornos emocionales como la ansiedad o la depresión, lo que favorece la búsqueda de refugio en las sustancias.

2 Baja tolerancia a la frustración y desregulación emocional: impulsividad y dificultad para gestionar las emociones negativas y la falta de herramientas para resolver problemas de manera adaptativa puede llevar a la persona a buscar alivio en el consumo o en conductas delictivas.

3 Búsqueda de identidad y pertenencia: la falta de una estructura familiar estable y de referentes positivos puede llevar a buscar pertenencia en entornos donde el consumo de drogas y la delincuencia están normalizados o pueden convertirse en una forma de reafirmación o de escape de una realidad que perciben como hostil o sin oportunidades.

4 Vinculación entre trauma y consumo: es común que el consumo de drogas se inicie tras un evento traumático, como la muerte de un ser querido o experiencias de violencia. Las drogas, en ese sentido, pueden funcionar como una forma de anestesia emocional para evitar enfrentarse al dolor o a la tristeza.

5 Ciclo de marginalidad y falta de oportunidades: la falta de oportunidades y el sentimiento de exclusión pueden generar desesperanza, lo que hace a las personas más propensas a refugiarse en el consumo y en la delincuencia como formas de supervivencia.

6 Modelos de conducta negativos: en muchos casos, las personas que consumen drogas han crecido en entornos donde el consumo y la delincuencia eran frecuentes, lo que pudo hacer que se

normalizaran estas conductas desde edades tempranas. La falta de límites en la infancia y adolescencia también pueden contribuir a que se desarrollen patrones de conducta desadaptativos.

7 Traumas no resueltos: los traumas son eventos altamente estresantes o dolorosos que impactan la psique de una persona, especialmente, cuando ocurren en la infancia o en la adolescencia. Los traumas no resueltos pueden generar síntomas como ansiedad, depresión, ira reprimida y baja autoestima. Sin un tratamiento y seguimiento adecuados, muchas personas intentan “anestesiarse” el dolor y el malestar con drogas o conductas de riesgo.

8 Dificultad en la regulación emocional: la regulación emocional es la capacidad de manejar sentimientos de manera adaptativa. El consumo de drogas deriva en muchas ocasiones como una estrategia de regulación emocional.

9 Falta de pertenencia: el sentido de pertenencia es una necesidad humana básica. Cuando una persona no se siente parte de un grupo estable (como lo puede ser la familia, la comunidad, las amistades...), puede buscar identidad en entornos marginales o de riesgo.

10 Modelos negativos: desde la infancia, las personas aprendemos a relacionarnos con el mundo a través de los modelos que observamos en casa y en el entorno. La exposición a figuras adultas con problemas de adicción o de violencia, o la normalización de la delincuencia puede hacer que las personas no desarrollen estrategias sanas para enfrentar sus problemas, repitiendo patrones de conducta destructivos.

11 Falta de herramientas para afrontar la adversidad de forma adaptativa: tener herramientas psicológicas para enfrentar la vida es clave para no caer en el consumo o la delincuencia. La escasez de apoyo emocional o psicológico, o una baja educación y oportunidades laborales aumenta las posibilidades de buscar salidas alternativas disruptivas, como son el consumo de drogas, la violencia o la delincuencia.

HÉCTOR:
“Comencé a consumir con 11 años.
El desencadenante que me hizo
empezar a consumir creo que fue mi
entorno familiar en mi infancia,
y el querer destacar y sentirme
diferente o ‘especial’.”

g. Reflexiones finales

El abordaje de las adicciones en el medio penitenciario requiere una intervención multidisciplinar, adaptada y sensible a las particularidades del contexto. La prisión, lejos de ser solo un espacio punitivo, **puede convertirse en una oportunidad para el cambio** si se ofrecen recursos terapéuticos reales, accesibles y continuados. Sin embargo, aún persisten obstáculos como la escasez de programas específicos, la penalización del consumo sin acompañamiento tratamental, o la falta de formación especializada en los equipos técnicos.

Reconocer la relación compleja entre drogodependencia y delito, así como los múltiples factores que desencadenan y mantienen el consumo, es esencial para desarrollar estrategias eficaces, humanas y sostenibles en la intervención con personas privadas de libertad.

Conoce la historia de Luis...
¿observas que cumpla
el perfil señalado o alguno
de los factores
desencadenantes?





3 Programas de tratamiento de adicciones en prisión y su continuidad en libertad

a. Introducción

La **drogodependencia es uno de los problemas más importantes entre las personas que ingresan en prisión**, por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas al consumo. Para dar respuesta a esta problemática, se desarrollan diversos programas de intervención en torno a tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: prevención, asistencia y reincorporación social.

b. Las Unidades Terapéuticas Educativas (UTE)

El modelo de Unidad Terapéutica y Educativa surge en la antigua prisión de Oviedo, allá por 1992, como un espacio libre de drogas para jóvenes en el M2, evolucionando años después, ya en el CP de Villabona, a lo que hoy conocemos como UTE. Fue el primer referente y base de su metodología, que recoge el Documento Penitenciario 1. La idea consiste en convertir en intervención tratamental cualquier elemento existente en el universo penitenciario - espacios, tiempos, actividades, compañeros, familia,

salidas, permisos, ..., sirviéndose de la potencialidad del funcionariado como cómplice necesario para alcanzar el objetivo y de la capacidad del individuo como sujeto activo de su proceso de transformación personal, a partir de un modelo relacional basado en la cogestión y en la corresponsabilidad.



Se fundamenta en:

- 1 Superación de la subcultura carcelaria**, convirtiéndose en un espacio libre de drogas, sin violencia y sin grupos de presión, a través de un modelo de cogestión y corresponsabilidad entre población reclusa y funcionariado penitenciario.
- 2 Espacio integrador** donde no se hacen discriminaciones por edad, género, condición, estado de salud...
- 3 El grupo terapéutico como eje central**, y la ocupación del tiempo como instrumento de intervención y de desarrollo terapéutico.

4 La concienciación de la persona interna de los déficit y carencias que arrastra y la asunción de responsabilidad sobre sí misma y sobre su proceso de cambio.

5 Estimación de la salud a través de la creación y el mantenimiento de un espacio saludable común, y el desarrollo de talleres de autocuidado y educación para la salud.

6 Aislamiento del resto de la población reclusa y apertura a la sociedad, con la que se relaciona dentro y fuera a través de diferentes instituciones y entidades.

7 Valoración del concepto de reinserción, entendido como proceso de socialización que, si bien se inicia en prisión, ha de continuarse y finalizarse en libertad a través de los diferentes recursos terapéuticos y comunitarios.

8 La prevención, evitando procesos de desocialización consecuencia de la asimilación de cárcel como escuela de delincuencia, especialmente, en casos de jóvenes de primer ingreso.

9 Hacer del tiempo de prisión un tiempo educativo y terapéutico en todas sus dimensiones.

Conoce el Documento Penitenciario 1 sobre la Unidad Terapéutica y Educativa leyendo el siguiente QR:



c. Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria (CTI)

Se creó en 2002 la **Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria de Valencia**, cuya metodología de intervención y normas de funcionamiento se recogen en el Documento Penitenciario 6.

OBJETIVOS TRANSVERSALES DE LA CTI DE VALENCIA:

- 1 La **deshabitación**
- 2 La **normalización de la vida en la prisión**
- 3 La **reducción de la reincidencia en el delito**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 Facilitar el **ambiente idóneo** para la deshabitación y el cambio en el estilo de vida.
- 2 Favorecer el reencuentro con la propia **identidad** y la recuperación de una **autoimagen positiva**.
- 3 **Romper** con estrategias vitales que llevan al **delito** y a la **drogadicción**.
- 4 **Educación en ética, hábitos y relaciones sociales** para una reincorporación a la sociedad normalizada.
- 5 **Dotar de recursos y habilidades** que permitan acceder a una reinserción en condiciones de mayor igualdad.

El eje de la organización de la CTI de Valencia se basa en el Equipo de Intervención, compuesto por personal penitenciario y personal de la entidad privada externa colaboradora – en este caso, Proyecto Hombre –, funcionando como órgano colegiado autoorganizado. Este modelo obliga a sus integrantes a realizar un esfuerzo de **flexibilidad e integración**, que permita el acercamiento de posturas, opiniones o puntos de vista cuando la situación lo requiera.

El programa se divide en 2 fases:

FASE 1: MOTIVACIÓN

Consiste en preparar a los internos/as, tanto en hábitos como en abstinencia de consumo de drogas, para su ingreso en la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria y su posterior derivación a recursos exteriores.

FASE 2: COMUNIDAD TERAPÉUTICA INTRAPENITENCIARIA (CTI)

La persona **firma del contrato terapéutico correspondiente y acepta las normas** establecidas.

Se intervendrá sobre las siguientes áreas:

- Ocupacional y de empleo
- Ocio y tiempo libre
- Formación
- De diagnóstico y terapia
- Socio-familiar

Esto se llevará a cabo en **4 fases**:

1 Inicial: conseguir la abstinencia y facilitar la adhesión al tratamiento, evaluar y definir objetivos individuales y adaptarse a las dinámicas de la CTI

2 Intermedia: mantener la abstinencia, profundizar en el autoconocimiento, asumir la responsabilidad de la propia conducta y sus consecuencias, controlar impulsos y estimular una actitud reflexiva que permita generar respuestas adecuadas y cambio.

3 De profundización: consolidar los cambios de las fases anteriores y promover y apoyar la desvinculación del propio recurso.

4 De derivación: planificar la reinserción por medio de la búsqueda de recursos laborales, formativos y/o terapéuticos.

Cuando el interno/a de la CTI va consiguiendo los objetivos programados, y sus condiciones penales y penitenciarias así lo aconsejan, **el E.T. valorará la posible progresión a tercer grado en alguna de las modalidades previstas por el Reglamento, que generalmente será en la modalidad marcada en el art. 182** (internamiento en centro de deshabituación).

d. Otros programas de tratamiento de adicciones en prisión

PROYECTO HOMBRE



Cuenta desde su origen con un método propio que se ha mantenido invariable a lo largo de su historia y que se basa en un **enfoque biopsicosocial** que persigue la maduración y el crecimiento de la persona, identificando el problema existencial que induce a la persona a la adicción para trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo que persigue la recuperación de la autonomía, el sentido de la responsabilidad y la capacidad para tomar decisiones, y volver a ser un miembro activo de la sociedad.

Considera que **la adicción es el síntoma de un problema que reside en la persona**, planteamiento inspirado en la filosofía humanista que coloca a la persona y no a la adicción en el centro de todo el proceso.

En Proyecto Hombre, es muy importante **la involucración y el apoyo de la familia** en todo el proceso terapéutico-educativo, por lo que también trabajan con ella y con el entorno social cercano.

Si quieres conocer más sobre Proyecto Hombre, lee este QR:



FUNDACIÓN ATENEA



Entienden la **exclusión social como un proceso y no como una situación inamovible**, y por tanto susceptible de ser resuelta desde diferentes parámetros y estrategias sociales.

Dentro de sus ámbitos de actuación, está el de las adicciones, con un largo recorrido y experiencia en la intervención, formación e investigación en él, y con programas específicos en contexto penitenciario que sobre todo se centran en acciones de promoción de la salud a través del tratamiento en drogodependencias, la promoción de hábitos saludables, la preparación para la libertad y la inserción sociolaboral.

Intervienen también con personas que tienen suspensiones de condena supeditadas al tratamiento de adicciones, proviniendo las peticiones para el ingreso en el programa de los juzgados correspondientes.

Si quieres conocer más
sobre Fundación Atenea,
lee este QR:



PUNTO OMEGA



Entidad que desarrolla **acciones dirigidas a reducir la vulnerabilidad social, incrementando las propias capacidades y competencias de los sectores excluidos** o en riesgo de exclusión, con el objetivo de promover entre ellos un desarrollo humano y sostenible. Es conocida y reconocida dentro del Tercer Sector, entre otras cosas, por su trabajo prestando atención social y sanitaria a drogodependientes, colaborando para ello con diferentes Administraciones públicas y entidades de titularidad privada.

Dentro de la línea de acción de prevención y tratamiento sanitario de las adicciones, destacan, entre otros, en contexto penitenciario:

Si quieres conocer más sobre Asociación Punto Omega, lee este QR:



FUNDACIÓN SALUD Y COMUNIDAD



Trabaja en la **investigación, prevención, intervención y sensibilización sobre diversas problemáticas sanitarias y sociales** que afectan, especialmente, a colectivos en riesgo o en situación de exclusión social, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y facilitar su integración social.

Tienen una línea de actuación e intervención específica en ámbito penitenciario, que busca favorecer la inserción social y laboral, tanto de los internos de los centros penitenciarios de Cataluña, como de las personas que se encuentran en régimen de libertad, facilitando así la normalización de su situación profesional y personal a su salida de la prisión. Para ello, ha habilitado una red de relaciones institucionales y de recursos que complementan los servicios desarrollados dentro del ámbito penitenciario.

Si quieres conocer más sobre Fundación Salud y Comunidad, lee este QR:



FUNDACIÓN ADSIS



Acompañamiento a personas en riesgo de exclusión para ayudarles a construir su proyecto de vida a través de la acción social y la cooperación al desarrollo y creyendo en la capacidad de cambio.

Dentro de los programas de acción social, tienen una línea específicamente dirigida al tratamiento de adicciones y otra a personas privadas de libertad que incluye el tratamiento de adicciones, con una atención individualizada para que sea la propia persona quién, de forma libre, activa y consciente, cree su propio plan de acción.

Si quieres conocer más
sobre Fundación adsis
lee este QR:



e. Reflexiones finales

La droga es uno de los mayores problemas sanitarios y sociales que enfrenta nuestra sociedad, con un importante impacto en la persona y en su entorno familiar, siendo un fenómeno difícil de gestionar y resolver por su origen multifactorial y la necesidad de un enfoque multisectorial y multidisciplinar que no siempre se da. Cuando esa gestión tiene que realizarse en un contexto tan limitante y poco terapéutico como el penitenciario, el reto alcanza una dimensión ciertamente inabarcable, máxime cuando los penados por delitos contra el orden socioeconómico y contra la salud pública conforman más del 75% de la población penitenciaria penada, tratándose en general de delitos asociados con el consumo de droga. El propio Observatorio Europeo de las Drogas destaca en su informe anual que “la cárcel es un ambiente especialmente perjudicial para los consumidores de drogas”, mientras el PNSD por su parte, valora como prioridad el impulso de los cumplimientos alternativos a la pena privativa de libertad.



4

Estrategias adecuadas de intervención con personas con problemas de adicciones en prisión

a. Introducción

La presente unidad aborda los **principios fundamentales y modelos teóricos que guían la intervención en conductas adictivas dentro del contexto penitenciario**. A partir de un enfoque integral y centrado en la persona, se explorarán tanto las oportunidades que ofrece el entorno para el tratamiento de las adicciones, como sus limitaciones estructurales y sociales.

Se analizarán enfoques terapéuticos validados, así como estrategias de reducción de daños, programas de reinserción, y buenas prácticas aplicadas a la realidad penitenciaria. Del mismo modo, se profundizará en la importancia de la perspectiva ética y del trabajo interdisciplinar, así como en los desafíos que plantea la continuidad del tratamiento tras la excarcelación.

Esta unidad pretende ofrecer una **mirada crítica, realista y comprometida con los derechos humanos y la justicia social**, que permita comprender las adicciones no solo como una problemática de salud, sino como un fenómeno íntimamente vinculado al contexto social, económico y emocional de las personas privadas de libertad.

b. Principios y modelos básicos de intervención en adicciones

Según el NIDA (National Institute on Drug Abuse), basándose en evidencias científicas a lo largo de los años, establece una serie de principios básicos que deben guiar la intervención en adicciones para incrementar su efectividad:

- La adicción es una **enfermedad tratable y compleja** que afecta el cerebro y comportamiento
- No hay un único tratamiento adecuado para todas las personas
- El tratamiento debe estar fácilmente disponible
- El tratamiento eficaz aborda **múltiples necesidades de la persona**, no solo su consumo de drogas
- Permanecer en tratamiento el tiempo suficiente es imprescindible
- Las terapias conductuales son las más utilizadas y efectivas: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la Entrevista Motivacional (EM) y la Prevención de Recaídas (PR)
- Los medicamentos pueden ser una parte importante del tratamiento, especialmente, cuando se combinan con terapia conductual
- El tratamiento debe ser continuo y **ajustarse según las necesidades de la persona**
- El tratamiento debe evaluar y abordar los trastornos mentales concurrentes
- La desintoxicación es solo el primer paso del tratamiento
- No es necesario que la persona entre al tratamiento voluntariamente para que sea efectivo
- El consumo de drogas durante el tratamiento debe ser monitoreado continuamente
- Los programas de tratamiento deben incluir pruebas de VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. También deben ofrecer educación y prevención

c. Oportunidades y limitaciones del contexto penitenciario en el tratamiento de la adicción

OPORTUNIDADES QUE OFRECE EL CONTEXTO PENITENCIARIO

Una de las principales ventajas que ofrece el tratamiento en prisión, aplicable tanto al tratamiento de adicciones como a cualquier tipo de intervención, **es que la persona está ahí**. Aunque no solicite ayuda o, como se ha mencionado anteriormente, en algunas ocasiones la motivación para participar en el tratamiento sea externa, facilita el **acercamiento de la persona al programa**.

1 Programas de tratamiento en prisión: enfoques y metodologías

- **Comunidades terapéuticas intrapenitenciarias:** estas unidades ofrecen un entorno estructurado donde las personas internas participan en actividades terapéuticas y educativas orientadas a la deshabituación de sustancias.
- **Programas de reducción de daños:** se implementan iniciativas como el Programa de Intercambio de Jeringuillas en Prisiones (PIJ), destinado a minimizar los riesgos asociados al consumo de drogas inyectables.

2 Terapias grupales e individuales en el tratamiento de adicciones

- **Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC):** esta intervención se centra en modificar patrones de pensamiento y comportamiento relacionados con el consumo de sustancias.
- **Terapias de grupo:** fomentan el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias entre las personas internas.

3 Educación en la rehabilitación de personas con adicciones

- **Programas educativos y de formación profesional:** la educación se considera una herramienta clave para la reinserción social, que buscan, entre otros objetivos, dotar a las personas internas de habilidades laborales, reduciendo así el riesgo de reincidencia.

- **Generar red de apoyo externo:** profesionales que actúan como enlace entre la persona interna y los recursos comunitarios, facilitando el acceso a servicios de salud, vivienda y empleo tras la liberación.

4 Buenas prácticas en programas de rehabilitación dentro del sistema penitenciario

- **Colaboración con ONGs y entidades externas:** la cooperación con organizaciones externas ha demostrado ser efectiva en la implementación de programas de rehabilitación. Estas entidades aportan recursos y personal especializado.
- **Programas de justicia restaurativa:** estos programas buscan responsabilizar a la persona interna de sus acciones y promover la reparación del daño causado.

LIMITACIONES QUE EXISTEN EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO

1 Falta de recursos y acceso limitado a tratamientos especializados

La insuficiencia de recursos en las instituciones penitenciarias españolas es una problemática recurrente que afecta directamente la calidad de los tratamientos para personas con adicciones, ya que la disponibilidad de programas especializados es limitada.

2 Estigmatización de las personas privadas de libertad con adicciones

La estigmatización es otro obstáculo significativo en el tratamiento efectivo de las adicciones dentro del sistema penitenciario, siendo esta, en el caso de las mujeres privadas de libertad, una doble estigmatización: por su condición de privación de libertad y por su adicción. Estas mujeres son frecuentemente invisibilizadas, y sus necesidades específicas, desatendidas.

Esta doble estigmatización dificulta que las personas internas busquen y reciban el apoyo necesario, perpetuando ciclos de adicción y reincidencia.

3 Dificultades para la continuidad del tratamiento al terminar la condena

La transición desde el entorno penitenciario a la comunidad representa un desafío crítico para la continuidad del tratamiento de adicciones. Las prisiones españolas sufren de saturación, albergando a más de 60.000 personas, donde un elevadísimo porcentaje están internadas por problemas derivados de las drogas.

La falta de coordinación entre los servicios penitenciarios y los recursos comunitarios dificulta que, una vez salen de prisión, las personas mantengan el acceso a tratamientos y apoyo necesarios para su rehabilitación, aumentando el riesgo de recaída y reincidencia.

4 Políticas penitenciarias y su impacto en la atención de las adicciones

Las políticas penitenciarias vigentes pueden, en ocasiones, entorpecer la implementación de programas efectivos de tratamiento para las adicciones. El régimen FIES (Fichero de Internos de Especial Seguimiento), por ejemplo, ha sido objeto de críticas por considerar que este régimen puede constituir una forma de tortura y un castigo añadido para las personas presas, afectando negativamente su salud física y mental.

Además, la falta de transparencia de competencias en materia de sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas ha generado desigualdades en la atención médica que reciben las personas internas.

KARIM:

“Creo que la prisión no puede ser un espacio terapéutico y educativo, porque la cárcel es un espacio que te aleja de la civilización y la ciudadanía durante un tiempo determinado, en el que hay mucha droga, muchos trapicheos, muchas peleas y muchas sobredosis. Es difícil alejarte de la droga y dejar de consumir cuando existe tanta variedad y tanta cantidad dentro. Además, no todas las cárceles tienen módulos terapéuticos, y en las que los hay, no es tan fácil acceder. Y cuando lo consigues, tienes que adaptarte a muchas normas y restricciones.

Quando uno entra a la cárcel tiene una fecha de entrada y una fecha de salida, y en la cárcel te medican. Recibes drogas directamente de la cárcel recetadas por el psiquiatra. Cuando cumples tu condena, si sigues tomando la medicación, te dan un sobre de pastillas para una semana, y adiós, no se preocupan de que puedas continuar con el tratamiento.”

HÉCTOR:

“Que la prisión sea un espacio terapéutico y educativo depende de la persona. Pero, por lo general, creo que no lo es porque junta gente adicta y gente que no quiere cambiar y, evidentemente, su situación empeora porque comparten formas de buscarse la vida delinquiendo. Pero, si la persona realmente quiere, puede estudiar o trabajar, e incluso las dos, y puede cambiar el rumbo de su vida. Pero, normalmente, va a necesitar la ayuda de profesionales y un entorno óptimo.”

d. Actitudes, competencias y estrategias clave para la intervención

● La entrevista motivacional como herramienta

La entrevista motivacional (EM) es un enfoque centrado en la persona, diseñado para ayudar a explorar y resolver contradicciones respecto a conductas no saludables.

El objetivo principal de la entrevista motivacional es **aumentar la conciencia sobre los riesgos de su comportamiento y fortalecer su motivación para el cambio**. Es una herramienta terapéutica eficaz y validada científicamente para el tratamiento de las adicciones y otras conductas relacionadas con la salud.

Principios generales de la entrevista motivacional:

1 Expresar empatía: significa comprender y aceptar a la persona sin juzgarla. Se logra a través de la escucha activa, el lenguaje corporal positivo y el reconocimiento de sus emociones.

2 Desarrollar discrepancia: se busca que la persona identifique la diferencia entre su situación actual y la que desearía tener, mediante preguntas que fomenten la reflexión.

3 Evitar la confrontación: no se debe forzar a la persona a cambiar, ya que la resistencia es natural. En lugar de discutir, se debe fomentar la colaboración y permitir que la persona explore sus propios motivos para cambiar.

4 Trabajar la resistencia: enfrentar la negativa de la persona con paciencia y estrategias adaptadas. Reformular sus dudas en oportunidades de exploración y aprendizaje, en lugar de presionarla o desmotivarla.

5 Fomentar la autoeficacia: se refuerza la confianza de la persona en su capacidad para cambiar. Reconocer sus logros pasados, establecer metas realistas y alentarla a visualizar su éxito son claves para mantener su motivación.

● Modelo Transteórico del Tratamiento de las Conductas Adictivas (Prochaska y DiClemente)

El Modelo Transteórico del Cambio es un enfoque tridimensional para comprender y tratar las conductas adictivas. Se basa en la premisa de que el cambio no ocurre de manera lineal, sino en un proceso cíclico y dinámico, en el cual las personas pueden avanzar y retroceder antes de lograr una transformación definitiva. Este modelo identifica tres aspectos fundamentales:

ESTADIOS DEL CAMBIO

Los estadios del cambio representan **las distintas fases por las que pasa una persona desde que comienza a percibir su problema hasta que logra una recuperación estable**. Se identifican seis etapas principales:

1 Precontemplación: en esta fase, la persona no percibe su conducta adictiva como problemática, por lo que no se plantea cambiar. Puede negar la existencia del problema o minimizar sus efectos, atribuyéndolos a factores externos. Normalmente, quienes se encuentran en este estadio buscan tratamiento solo por presión externa (familia, problemas legales, etc.) y su autoeficacia es baja, lo que significa que no creen tener control sobre su conducta.

2 Contemplación: aquí la persona empieza a reconocer los efectos negativos de su adicción, aunque no ha tomado la decisión firme de cambiar. Existe una ambivalencia entre los beneficios percibidos del consumo y sus consecuencias negativas. A medida que avanza en esta fase, aumenta la conciencia del problema y la motivación interna para cambiar.

3 Preparación: en este estadio, la persona ya ha tomado la decisión de cambiar y comienza a realizar pequeñas modificaciones en su comportamiento, como reducir el consumo o evitar ciertas situaciones de riesgo. Es común que en esta etapa se busque apoyo profesional o social.

4 Acción: se implementan estrategias concretas para modificar la conducta adictiva. La persona cambia activamente sus patrones de consumo, desarrolla nuevas habilidades para afrontarlo y se expone a situaciones que refuercen su recuperación. En este punto, el riesgo de recaída es alto debido a la abstinencia y los factores desencadenantes.

5 Mantenimiento: en esta etapa, el objetivo es consolidar los cambios logrados y prevenir recaídas. Se adoptan hábitos de vida saludables, se refuerzan redes de apoyo y se trabaja en la estabilidad emocional y social. Si bien el deseo de consumir puede disminuir, persiste el riesgo de recaída, por lo que se enfatiza la importancia de estrategias preventivas.

6 Recaída: aunque el modelo no considera la recaída como un fracaso, sí la reconoce como una interrupción en el proceso. La mayoría de las personas recaen en algún momento, pero pueden reiniciar el proceso.

PROCESOS DE CAMBIO

Los procesos de cambio son **estrategias utilizadas para avanzar entre los distintos estadios**; permiten entender cómo suceden los cambios.

Se dividen en dos categorías:

Procesos cognitivos o experienciales (orientados al pensamiento y la emoción):

- 1 Aumento de la conciencia:** reflexión sobre los riesgos del consumo y los beneficios del cambio
- 2 Reevaluación ambiental:** reconocimiento del impacto de la adicción en el entorno y en las relaciones interpersonales y cómo cambiaría esto si se abandonara el consumo
- 3 Relieve dramático:** reacciones emocionales intensas ante las consecuencias del consumo
- 4 Auto-reevaluación:** reflexión personal sobre cómo la adicción afecta a la identidad y los valores
- 5 Liberación social:** identificación de cambios sociales que favorecen la abstinencia
- 6 Auto-liberación:** compromiso personal con el cambio y confianza en la propia capacidad de lograrlo

Procesos conductuales (orientados a la acción y el comportamiento):

- 7 **Manejo de contingencias:** uso de refuerzos positivos y negativos para mantener la abstinencia
- 8 **Relaciones de ayuda:** apoyo de personas cercanas o grupos de autoayuda
- 9 **Contra-condicionamiento:** sustitución de la conducta adictiva por comportamientos alternativos saludables
- 10 **Control de estímulos:** evitación de situaciones de riesgo que pueden desencadenar el consumo

Cada proceso de cambio está asociado a uno o más estadios del cambio. Dependiendo de la fase en la que se encuentre una persona, ciertos procesos serán más efectivos que otros.

NIVELES DE CAMBIO

El modelo también propone que **los problemas psicológicos pueden organizarse en distintos niveles**, desde los más superficiales hasta los más profundos.

- 1 **Síntomas/situación:** enfoque en la conducta adictiva como problema principal
- 2 **Cogniciones desadaptativas:** creencias y pensamientos que refuerzan la adicción
- 3 **Conflictos personales actuales:** problemas emocionales y sociales asociados al consumo
- 4 **Conflictos familiares/sistémicos:** influencias del entorno familiar y social
- 5 **Conflictos interpersonales:** factores más profundos relacionados con la historia personal y la personalidad

El modelo enfatiza que una evaluación diagnóstica adecuada debe identificar el estadio de cambio en el que se encuentra la persona, para aplicar una intervención adaptada al momento y las circunstancias.

e. *Do's and Don'ts* en la intervención

DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INTERVENCIÓN

- 1 Respeto y empatía:** tratar a la persona privada de libertad con dignidad y como preceptora de derechos
- 2 No juzgar:** la persona ya ha sido juzgada y sentenciada, no necesita volver a serlo durante la intervención
- 3 Confidencialidad y confianza:** garantizar un espacio seguro donde la persona pueda expresarse sin temor a represalias
- 4 Comprender el contexto personal y social:** antes de intervenir, es fundamental conocer la historia de vida, el entorno familiar y social, los factores de riesgo que han influido en la adicción, etc. Esto permite conocer las circunstancias de la persona y poder comprender mejor su situación
- 5 Enfoque integral:** considerar la adicción como un problema biopsicosocial, abordando factores personales, familiares y ambientales
- 6 Intervención individualizada:** adaptar el tratamiento a cada caso, considerando antecedentes, nivel de motivación y circunstancias personales
- 7 Trabajo con la familia y la comunidad:** incluir a las personas de su entorno más cercano en la rehabilitación y preparar la reintegración social
- 8 Seguimiento y continuidad del tratamiento:** coordinar apoyo profesional con recursos externos a la prisión para evitar recaídas y fomentar una reinserción efectiva
- 9 Intervención multidisciplinar:** coordinarse con psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as y otras profesionales
- 10 Formación continua de las personas profesionales:** mantenerse actualizada sobre nuevas metodologías y enfoques en el tratamiento de adicciones

DECÁLOGO DE MALAS PRÁCTICAS EN LA INTERVENCIÓN

- 1 Criminalización de la adicción:** tratar el consumo como un simple problema legal en lugar de una cuestión de salud, o culpabilizar a la persona ante una recaída
- 2 Falta de escucha activa:** no prestar atención a las necesidades y preocupaciones de la persona
- 3 Uso de lenguaje estigmatizante:** etiquetar a las personas como “drogadictas”, “casos perdidos” ... reforzando el estigma
- 4 No respetar los tiempos de recuperación:** exigir cambios rápidos sin considerar la complejidad del proceso de rehabilitación
- 5 Ignorar el sufrimiento y el malestar psicológico:** no reconocer ni atender el dolor emocional, la ansiedad, la depresión u otros malestares asociados a la adicción y la privación de libertad puede empeorar la situación de la persona y dificultar su proceso de rehabilitación. Es fundamental validar sus emociones y ofrecer apoyo.
- 6 Desconsiderar el contexto personal y social de la persona:** no tener en cuenta factores de riesgo como pobreza, desempleo o falta de apoyo familiar
- 7 No trabajar la reinserción social:** centrarse solo en la abstinencia sin preparar la vida fuera de prisión
- 8 Imposición de tratamientos:** obligar a seguir un tratamiento sin contar con la motivación y voluntad de la persona, creyendo que se sabe qué es lo mejor para ella
- 9 No posibilitar el trabajo en red:** no ofrecer continuidad del tratamiento tras la salida de prisión, aumentando el riesgo de recaída
- 10 Falta de coordinación entre profesionales:** trabajar de manera aislada sin comunicación con otras personas especialistas

KARIM:

“ Bajo mi punto de vista, no todo el personal penitenciario está preparado para intervenir en procesos de tratamiento de deshabitación de adicciones. Primero, hay que entender que una adicción es una enfermedad, que llega un punto en el que no decides libremente si quieres consumir o no, sino que estás enganchado y lo necesitas.

El funcionamiento de vigilancia, no creo que esté preparado para trabajar estos aspectos. Ellos observan y vigilan, pero no intervienen.

Como profesionales (psicólogas, trabajadoras sociales, educadoras...) hacen lo que pueden, pero necesitan más profesionales. Es difícil que se reciba un tratamiento y un seguimiento adecuados si un único psiquiatra tiene que atender a toda la prisión o, en algunos casos, dos prisiones, y eso sucede. ”

f. Reflexiones finales

La intervención en adicciones, especialmente dentro del contexto penitenciario, **nos obliga a repensar continuamente los marcos teóricos y metodológicos que guían nuestra práctica**. Lejos de una visión simplista centrada en la abstinencia o en el cumplimiento de normas, el abordaje eficaz requiere **comprender la adicción como una experiencia compleja, atravesada por determinantes individuales, sociales y estructurales**. En este sentido, es importante intervenir desde un enfoque biopsicosocial, que no solo atienda al consumo de sustancias, sino a las vivencias, carencias y recursos de la persona que consume.

Desde esta mirada integral, se hace evidente que no existe un tratamiento único ni lineal. El trabajo con personas privadas de libertad con problemas de adicciones **exige flexibilidad, escucha activa y una profunda comprensión** del momento vital en que se encuentra cada una de ellas, que permita respetar los tiempos, los ritmos y la autonomía de las personas, evitando imposiciones y paternalismos.

El contexto penitenciario presenta unas claras limitaciones estructurales. La estigmatización y la falta de continuidad tras la excarcelación son barreras que reducen significativamente el impacto de los programas. Especialmente preocupante es la situación de las mujeres con adicciones, quienes, además de sufrir una doble estigmatización, a menudo ven sus necesidades específicas invisibilizadas por un sistema diseñado desde la mirada masculina y androcéntrica.

Por ello, es imprescindible apostar por **intervenciones interdisciplinares, individualizadas y centradas en la persona, que contemplen su historia**, sus vínculos, su entorno y su derecho a una vida digna, dentro y fuera del centro penitenciario. Además de la coordinación efectiva entre instituciones penitenciarias y recursos comunitarios, sin los cuales toda intervención queda truncada al momento de la liberación, siendo este un momento crítico donde más apoyo se necesita.

Finalmente, cabe destacar la dimensión personal del trabajo con personas con problemas de adicciones: **tratamos con personas heridas, muchas veces revictimizadas por el propio sistema, y merecedoras de atención, cuidado y posibilidades reales de transformación**. El tratamiento de adicciones no debe ser un privilegio ocasional, sino un derecho garantizado, ejercido con profesionalidad, sensibilidad y compromiso con la justicia social.



Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos recorrido un **escenario profundamente complejo: la relación entre las adicciones y el encarcelamiento**. Lo que surge con claridad es que **no se trata de dos fenómenos que simplemente coexisten, sino de una relación que se retroalimenta, se tensiona y se profundiza dentro de las paredes del sistema**. Las adicciones no solo preceden muchas veces a los delitos, sino que continúan su curso —o se agravan— en un entorno que, lejos de funcionar como espacio de rehabilitación, actúa muchas veces como dispositivo de castigo y marginación.

El abordaje de los consumos problemáticos dentro de la prisión no puede reducirse a intervenciones médicas o de control. **Se necesita una mirada integral que considere las historias de vida, la exclusión social, la violencia estructural y la falta de oportunidades que atraviesan a las personas privadas de libertad**. En este sentido, surgen interrogantes que incomodan, pero que resultan imprescindibles: ¿Puede una sociedad que encierra como única respuesta al conflicto esperar verdaderos procesos de recuperación?

Invitamos a reflexionar sobre el tipo de justicia que estamos construyendo. **¿Se trata de una justicia que repara y transforma, o una que perpetúa desigualdades y castiga la pobreza? ¿Qué sentido le damos a la rehabilitación cuando los contextos en los que debería suceder están marcados por la violencia, la precariedad y la deshumanización?**

Pensar las adicciones en contexto de encierro exige salir de los estigmas y las respuestas simplistas. Implica reconocer al otro como sujeto de derechos, aún —y sobre todo— cuando ha sido privado de libertad. Implica también revisar críticamente las lógicas punitivas que se disfrazan de cuidado. **¿Estamos preparados para construir alternativas que prioricen la vida, la dignidad y la inclusión sobre el castigo?**

Este documento no ofrece respuestas definitivas, pero sí una invitación a pensar, a incomodarse, a imaginar otras formas de convivir con los conflictos sociales que no pasen exclusivamente por la cárcel. Porque **si el consumo nos habla de un malestar social, su tratamiento no puede quedar encapsulado en una celda**.



ME DUELE L



Realizado por



fundación **esplai**
ciudadanía comprometida

Financiado por

