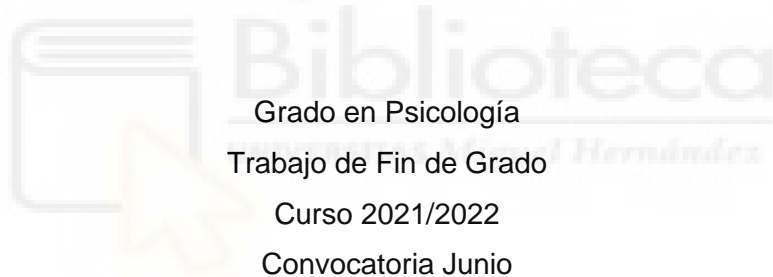




**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021/2022

Convocatoria Junio

Modalidad: Trabajos de carácter profesional - Intervención

Título: Drogas y prisión. Intervención psicológica en reclusos drogodependientes a la heroína en los Centros Penitenciarios de la provincia de Alicante

Autor: Paola Ballester Cases

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Elche a 2 de junio de 2022

## ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODO	5
Participantes	5
Variables e instrumentos	5
Tabla 1	7
Procedimiento	7
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	8
Tabla 2	9
Tabla 3	14
DISCUSIÓN	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO 1	22
ANEXO 2	23
ANEXO 3	24
ANEXO 4	25
ANEXO 5	25



## RESUMEN

La heroína es una de las sustancias psicoactivas más consumidas los 30 días anteriores al ingreso en prisión. A pesar de que 46,2% de internos finalizan el tratamiento de manera efectiva, casi la mitad (44,6%) lo abandonan. La intervención con mayor evidencia empírica para el consumo de heroína es el tratamiento combinado por el programa manejo de contingencias junto con la terapia sustitutiva a base de metadona. Por ello, se empleará la técnica de primera elección al mismo tiempo que la prevención de recaídas. El tratamiento se desarrollará durante nueve sesiones de aproximadamente 60 minutos. Las conductas problema se evaluarán en el pre, durante, post-tratamiento y al finalizar el seguimiento. Este último se llevará a cabo a los tres, seis y doce meses. Se concluirá con una mejoría significativa en la totalidad de internas reduciendo y/o extinguiendo el consumo.

*Palabras clave:* drogodependencia, ámbito penitenciario, intervención psicológica, heroína, manejo de contingencias, prevención de recaídas.

## INTRODUCCIÓN

Los informes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2021) estiman que más de la mitad de penados (inclusive penados con preventivas) forman el 55,80% de personas recluidas por cometer actos delictivos al atentar contra el patrimonio y orden económico, así como también, contra la salud pública. La población reclusa española ha ido reduciendo su tasa de criminalidad y detenciones hasta alcanzar 55.097 ingresos en prisión en el último año. De los cuales, 51.172 son hombres (92,9%) y 3.925 mujeres (7,1%) (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2021; Instituto Nacional de Estadística, 2021).

El ingreso en penitenciaría ocasiona graves secuelas a nivel físico, psicológico y social (Rodríguez-Yagüe, 2016). Por tanto, los internos emplean el fenómeno prisionalización que no es más que adoptar nuevas formas de comportamiento, normas y códigos para tener una mejor adaptación en la prisión (Rodríguez-López, 2019; Ospina-Gómez, y Bedoya-Gallego, 2019). Aun así, el 66,9% de internos tiene una peor percepción de su salud actual, en comparación a cuando se encontraban en libertad (Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias, 2016). Tanto es así, que el suicidio se contempla como uno de los problemas más significativos dentro de prisión, ocasionado por la privación de la libertad, la carencia afectiva, la ausencia de consumo de sustancias psicoactivas, la falta de intimidad, entre otros (Illana y Thomas, 2021). A pesar de que la densidad de la población penitenciaria se reduce con los años, la sobrepoblación en las mismas se mantiene por la ampliación en la duración de las penas y debido a que las personas continúan delinquiendo (Jiménez-Peinado, 2015; Rodríguez-López, 2019). Es por todo esto,

que los internos reconocen que el consumo de sustancias (cannabis, opiáceos, tranquilizantes, etc.) les ayuda en la adaptación (Clua-García, Bañuls-Oncina, Imbernón-Casas y Jiménez-Vinaja, 2019).

La drogadicción dentro del ámbito penitenciario se da de manera habitual, tanto es así, que incluso a veces no es posible determinar si se produce como causa o efecto del ingreso en prisión (Rodríguez-Yagüe, 2016). Sin embargo, se estima que solamente una minoría inicia el consumo en penitenciaría, tratándose del 95% de los reclusos los que inician el consumo de alguna droga ilegal fuera de la misma. De los consumidores, el 49,2% ha consumido alguna droga no institucionalizada (cannabis, opiáceos, cocaína base y polvo, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o inhalables) en el mes anterior a su ingreso siendo la más recurrente el cannabis (37,8%), seguida de la cocaína (24,8%) y la heroína (12,2%) (Plan Nacional sobre Drogas, 2016).

Aunque no existe una relación lineal entre la cárcel y las drogas, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas puede derivar en algunos casos a conductas delictivas. (Esbec y Echeburúa, 2016). Por esta razón se diferencian los tipos de delincuencia en función del consumo de drogas. Por un lado, se entiende como drogadicto-delincuente a aquel individuo que incurre las normas sociales, cometiendo delitos ocasionados por los efectos farmacológicos directos o indirectos de las drogas, por lo que, delinque contra la propiedad para el autoabastecimiento y/o mediante la producción a pequeña escala o tráfico de esta, con el fin de asegurar el consumo (Esbec y Echeburúa, 2016; Mínguez-Baute, 2017). Por otro lado, el delincuente-drogadicto recurre a las drogas de manera secundaria o accesorio y se caracteriza principalmente por padecer algún trastorno de personalidad, concretamente el trastorno de personalidad antisocial o narcisista (Esbec y Echeburúa, 2016).

En cuanto a la frecuencia de consumo en el medio carcelario, el tabaco es la droga institucionalizada que se ubica en el primer puesto de consumo, siendo el cannabis la sustancia psicoactiva ilegal más consumida tanto en el ámbito penitenciario como fuera de él. Si bien es cierto que el porcentaje de sobredosis dentro del ámbito penitenciario se encuentra en descenso, entre las diferentes drogas psicoactivas el 40,6% de reclusos ha sufrido una sobredosis no mortal cumpliendo condena, siendo la sustancia más frecuente los tranquilizantes sin receta (50,7%). Asimismo, los datos indican que se producen más sobredosis no mortales en internos consumidores de metadona estando en prisión (18,4%) que en libertad (3,2%). En cambio, no se observan diferencias significativas en cuanto a la sobredosis no mortal por consumo de heroína en ambos contextos (Plan Nacional sobre Drogas, 2016). Aunque el consumo disminuye especialmente en bebidas alcohólicas, cocaína y cannabis, ya sea por tener una menor accesibilidad y/o por beneficiarse de intervención terapéutica, éste se mantiene (Plan Nacional sobre Drogas, 2016; Rodríguez-Yagüe, 2016). Se estima que aquellos reclusos que no reciben tratamiento (no se les ofrece y/o lo rechazan)

y abandonan el consumo en su estancia en prisión, tienen una tolerancia reducida a los opiáceos. Esto aumenta la probabilidad de volver al consumo habitual una vez se encuentren en libertad y, por ende, a padecer posiblemente una sobredosis al no tolerar la misma dosis que antes del encarcelamiento (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Cabe destacar que el 24,6% de reclusos ha obtenido tratamiento para disminuir y/o abandonar el consumo, siendo las intervenciones más aplicadas los tratamientos de deshabitación sin metadona (58,8%) y sustitución con metadona (41,2%) para el consumo de heroína (38,4%) y cocaína (30,2%). De los cuales, el 46,2% ha finalizado el tratamiento de manera efectiva y el 44,6% de internos lo abandonan (Plan Nacional sobre Drogas, 2016).

Existe evidencia científica que asocia distintas terapias psicológicas con la minimización de los factores biopsicosociales relacionados con las adicciones (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, y Telang, 2011) y, por ende, con la disminución del riesgo de recaída (Borelli y Pinto, 2006). Entre los tratamientos propuestos por el *National Institute on Drug Abuse* (2020) se acentúa también que las terapias psicológicas son de vital importancia para que el tratamiento sea eficaz. Existen diversas técnicas como la entrevista motivacional, que suele aplicarse junto con otros tratamientos más estructurados, como las terapias conductuales y cognitivo conductuales. Estas son las terapias que más apoyo empírico han recibido para el tratamiento de los trastornos adictivos. Engloba técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales y afrontamiento, terapia de exposición a señales, prevención de recaídas, programas de reforzamiento comunitario, manejo de contingencias, entre otras (Becoña-Iglesias et al, 2011).

Entre las intervenciones para la adicción a la heroína, es frecuente seleccionar el tratamiento combinado formado por terapia psicológica junto con tratamiento farmacológico (buprenorfina, naltrexona, metadona, clonidina) (Markez y Iñigo, 2012; National Institute on Drug Abuse, 2020). Dentro de las diversas terapias psicológicas, la técnica con mayor validez empírica para dicho tipo de adicción es el manejo de contingencias (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2010). Asimismo, cuenta con el nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A, cuando se combina con tratamiento farmacológico (agonistas) (Becoña-Iglesias et al, 2011). El *National Institute on Drug Abuse* (2020) estima que la escasez de estudios sobre tratamientos eficaces en los trastornos por uso de sustancias en personas privadas de libertad conlleva la aplicación de tratamientos designados para drogas similares. De manera que la intervención debe ser integral, incluyendo terapias conductuales y cognitivo-conductuales junto con tratamiento farmacológico. Así como, psicoeducación en conceptos tales como la sobredosis y la administración del fármaco una vez cumplan condena, a fin de que el tratamiento inicie en prisión y continúe mediante la participación en programas de tratamiento comunitario, tras la liberación. (National Institute on Drug Abuse, 2020).

El objetivo del presente Trabajo de Fin de Grado es elaborar un programa de intervención en personas en situación de drogodependencia, que consumen heroína en el ámbito penitenciario. La realización de esta memoria surge del interés por conocer la realidad de los reclusos dentro de prisión y, por la necesidad de brindar un tratamiento eficaz, de manera que sea posible una reinserción social adaptativa.

## **MÉTODO**

### *Participantes*

Este programa de intervención se llevará a cabo en los centros penitenciarios de la provincia de Alicante. Tanto en el Centro Penitenciario de Fontcalent en el que se ubican aproximadamente un total de 569 presos, 489 de los cuales son hombres y 80 son mujeres. Así como, en Centro Penitenciario de Villena con un total de 968 reclusos, donde se hallan 914 hombres y 54 mujeres.

El grupo de participantes estará constituido por mujeres drogodependientes de heroína, que se han inscrito de manera voluntaria al programa de intervención psicológica para reducir y/o abandonar el consumo.

Como criterios de inclusión se precisa que sean mujeres en clasificación penitenciaria de régimen ordinario, con una situación penal-procesal determinada como “penadas” en un tiempo superior a 14 meses desde el inicio del tratamiento, cumpliendo el régimen de segundo grado.

Se excluirá a aquellas mujeres que se encuentren en primer y/o tercer grado antes del inicio del tratamiento, que no cumplen con el criterio de privación de libertad por mínimo de un año y dos meses, así como a reclusas con preventivas y con medidas de seguridad.

### *Variables e instrumentos*

*Consumo.* Acción de consumir una sustancia química que, tras su ingestión produce efectos en el organismo provocados por la sustancia en sí, por la persona consumidora y por el entorno de consumo (Garbi, 2021). La medición del consumo en las internas se llevará a cabo, por un lado, mediante un cuestionario *ad-hoc* (ver anexo 1) con 10 preguntas abiertas y, por otro lado, con pruebas bioquímicas (orina y sangre) dado que ofrecen objetividad a la hora de detectar e identificar el consumo de drogas, en este caso de heroína. La detección de drogas en orina tiene una durabilidad de días, en cambio en sangre es detectable hasta horas después del consumo (Huarte-Arregui y García, 2018). Teniendo en cuenta de que se trata de un tratamiento combinado, la prueba mediante analítica de sangre permitirá diferenciar los consumos, es decir, si son de uso recreativo o como parte del tratamiento farmacológico.

*Autoeficacia percibida:* Es la apreciación de las capacidades que uno tiene a la hora de ejecutar una tarea/actividad (Merino-Tejedor, 2010). Para evaluar la percepción del grado

de confianza relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas se empleará el *Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ)*; Breslin, 2000). Consta de 8 situaciones de riesgo que miden emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando mi control sobre el consumo de alcohol y/u otras drogas, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Se trata de una medida análoga visual en forma de regla, en el que las puntuaciones oscilan entre 0% (inseguro) a 100% (seguro). De manera que, una mayor puntuación corresponde a mayor seguridad y confianza en conductas relacionadas con alcohol u otras drogas. La prueba presenta una consistencia interna entre 0,56 - 0,80 (Breslin, Sobell, Sobell y Agrawal, 2000).

*Craving*. Deseo o necesidad psicológica de consumir una sustancia, la cual se percibe a partir de pensamientos intrusivos, sensaciones físicas, impulsos, entre otros (Pérez-Romero, y Vite-Sierra, 2020). El instrumento para medir dicha variable será una adaptación del *Cocaine Craving Questionnaire-Now (CCQ-N-10)*; Tiffany et al, 1993; adaptación española de Tejero, Trujols y Siñol, 2003). Versión abreviada del CCQ-N45, consta de 10 ítems cuya escala de respuesta es tipo Likert. Las puntuaciones oscilan entre un mínimo de 0 y un máximo de 6 puntos por ítem (Iraurgi Castillo y Corcuera-Bilbao, 2008). Es por esto por lo que, a mayor puntuación, mayor *craving* o deseo por consumir. El test presenta una consistencia interna elevada con un *alpha* de 0,95 (Iraurgi-Castillo, Trujols-Albet, Jiménez-Lerma y Landabaso, 2009).

*Motivación*. Medición del nivel de motivación al cambio en el contexto de las adicciones mediante el *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*; Miller y Tonigan, 1996; adaptación española de Chavez, Lopez, Arroyo y Gallegos, 1997). Dicho instrumento indica la escala de deseo de una persona para iniciar el tratamiento. Consta de 19 ítems agrupados en tres escalas, siendo estas la ambivalencia, el reconocimiento y emprendimiento de cambios o adopción de medidas. Incluye cinco opciones de respuesta de tipo Likert que oscilan entre 1 y 5 puntos, siendo, de este modo, 1 (muy en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 (de acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo) (Díaz-Mesa, 2016). La puntuación total se obtiene a partir de la suma de los ítems (teniendo en cuenta los ítems inversos del estadio de precontemplación), siendo la mínima 8 y la máxima 40. Por ende, una mayor puntuación refleja un mayor predominio sobre el estadio en concreto, ya que no se establece ningún punto de corte. La prueba presenta una consistencia interna media/alta, los datos del *alpha* obtenidos se encuentran entre 0,60 - 0,96 (Federación Española de Alcohólicos Rehabilitados de España, 2009).

*Adherencia al tratamiento*. Cumplir con el repertorio de conductas prescritas que forman un programa de intervención (Hernández-Serrano y Londoño, 2012). La adherencia al tratamiento se evaluará mediante un autorregistro *ad-hoc* (ver anexo 2) en el que se recogerá la existencia de consumo (sí/no), la cantidad consumida (miligramos), el tipo de administración

(inyectada, esnifada o fumada), la situación en la que se consumió y los pensamientos y los sentimientos relacionados con el consumo de heroína. Así como a través de un registro de asistencia (ver anexo 3).

En la tabla 1, se puede observar el marco temporal de los instrumentos de evaluación.

**Tabla 1**  
*Cronograma de Sesiones de Evaluación y Tratamiento*

Instrumentos	Evaluación pre	Evaluación durante	Evaluación post
Cuestionario <i>ad-hoc</i> consumo de heroína	X		
Pruebas bioquímicas	X	X	X
Test autoeficacia percibida - <i>Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ; Breslin, 2000)</i>	X		X
Cuestionario adaptado <i>ad-hoc</i> - <i>Cocaine Craving Questionnaire-Now (CCQ-N-10; Tiffany et al, 1993)</i>	X		X
Cuestionario <i>motivación para el cambio - SOCRATES; Miller y Tonigan, 1996</i>	X		
Adherencia al tratamiento	X	X	X

#### *Procedimiento*

El programa de intervención propuesto tendrá una duración de dos meses, acotado de octubre a diciembre. Para comenzar la intervención, se solicitarán los permisos pertinentes a los miembros del equipo interdisciplinar que trabajan en el módulo terapéutico de los centros



penitenciarios de la provincia de Alicante. Tras recopilar la documentación necesaria, se promocionará el programa mediante carteles repartidos en las zonas comunes del módulo (comedor, recepción, pasillos, etc.). La promoción se realizará un mes antes del inicio de este. Las mujeres interesadas en participar podrán inscribirse a través de un formulario que se dejará a disposición del funcionario de guardia en el módulo. El equipo interdisciplinar que trabaja en el módulo terapéutico será el encargado de administrar el cuestionario SOCRATES, el cual determina la motivación para el cambio y la disposición para iniciar el tratamiento. Para que, en el caso de que hubiese más de diez mujeres interesadas se pudiese seleccionar a las que hayan obtenido una mayor puntuación (teniendo en cuenta que una mayor puntuación refleja mayor motivación hacia el cambio). De entre las voluntarias, se seleccionarán a 10 internas durante el mes de septiembre.

Una vez seleccionadas las participantes, estas recibirán una terapia combinada que consistirá en intervención psicológica y terapia sustitutiva a base de metadona. Esta última, la llevará a cabo el/la psiquiatra de la institución. De manera que, el programa será dirigido mediante un equipo interdisciplinar. Cabe añadir que la intervención psicológica se llevará a cabo mediante terapias individuales junto con talleres grupales. Asimismo, se realizarán seguimientos semanales mediante pruebas bioquímicas de orina y sangre para comprobar y detectar si se ha mantenido el consumo de sustancias psicoactivas, durante la intervención. A partir de estos, el seguimiento se realizará a los 3, 6 y 12 meses desde el fin del tratamiento. Una vez finalizada la intervención, aquellas personas que hayan cumplido con la totalidad de sesiones y se hayan mantenido abstinentes o con las dosis pautadas, se les obsequiará con un diploma (ver anexo 5) para fomentar el refuerzo positivo y agradecer su presencia.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

El objetivo principal de la intervención será reducir y/o eliminar el consumo de heroína en drogodependientes en el ámbito penitenciario, mediante tratamiento combinado. Con dicho objetivo, asimismo se pretenderá mejorar la calidad de vida de las internas y evitará la posibilidad de volver a delinquir. Se trabajará con el apoyo del equipo interdisciplinar de la institución. De manera que, junto con el/la psiquiatra responsable se llevará a cabo la reducción hasta la eliminación del consumo de heroína a través de la terapia sustitutiva con metadona además de, intervención psicológica. Se propondrá abordar dicha problemática mediante la técnica de manejo de contingencias y prevención de recaídas (terapia conductual) (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2010; National Institute on Drug Abuse, 2020). Cabe añadir que, los reforzadores dentro del manejo de contingencias deberán adaptarse a las necesidades y/o particularidades de cada interna.

La intervención terapéutica se distribuirá en nueve sesiones en el transcurso de dos meses y contarán con un tiempo aproximado de una hora. Las cuatro primeras sesiones de evaluación se llevarán a cabo en dos semanas (dos por semana) y las ocho restantes se realizarán de manera semanal. Finalizados los dos meses de tratamiento, se llevará a cabo un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

En la Tabla 2 se puede observar el cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento.

**Tabla 2**  
*Cronograma de Sesiones de Evaluación y Tratamiento*

Sesión	Objetivos	Técnicas aplicadas	Tareas para casa
1-2	Crear el contrato conductual. Recoger información sobre el consumo. Establecer <i>rapport</i> . Promover adherencia al tratamiento.	Aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario <i>ad-hoc</i> sobre el consumo, <i>adaptación CCQ-N-10</i> y <i>BSCQ</i> . Psicoeducación. Contrato conductual.	Registro de autoobservación.
3-4	<i>Feedback</i> sobre cuestionarios. Identificar los pros y contras del consumo.	Balance decisional. Psicoeducación. Análisis funcional y línea base.	Registro de autoobservación.
5-6	Lograr una buena adherencia al tratamiento. Aumentar la motivación para manejar el <i>craving</i> .	Manejo de contingencias.	Registro de autoobservación. Llevar a cabo la técnica manejo de contingencia mediante " <i>vouchers</i> ".
7-8	Prevenir recaídas. Mantener la adherencia y motivación hacia el tratamiento. Desarrollar habilidades	Entrenamiento en habilidades: afrontamiento del <i>craving</i> y lapses, asertividad, control del estrés, habilidades de comunicación, identificación de situaciones de	Registro de autoobservación. Seguir con el manejo de contingencias.

	para afrontar el consumo.	el no riesgo y solución de problemas.	Evaluación post-test: administración de cuestionarios.	Mantenimiento de estrategias y habilidades aprendidas.
9	<i>Feedback</i> sobre cuestionarios. Comprobar la ambivalencia. Reconocer los logros. Evaluar objetivos conseguidos.	Balance decisional. Línea base. Seguimiento.		Seguir con el manejo de contingencias. Mantenimiento de estrategias y habilidades aprendidas.

Antes de iniciar el programa de intervención, se reunirá a las 10 voluntarias seleccionadas para dar a conocer el programa de intervención, su finalidad, la duración, los beneficios de continuar con el tratamiento y la presentación de los/las profesionales implicados.

Sesión 1 y 2. Evaluación inicial.

Objetivos

- Crear el contrato conductual.
- Recoger la información sobre el consumo.
- Establecer *rapport*.
- Promover adherencia al tratamiento.

Técnicas

- Contrato terapéutico.
- Aplicación de cuestionarios: ad-hoc sobre consumo, CCQ-N-10 y BSCQ.
- Psicoeducación.

Tareas para casa

- Autorregistro *ad-hoc*.

Descripción

En primer lugar, se redactará el contrato conductual en condición de pacto terapéutico. Este requerirá la firma de los presentes (terapeuta e interna) donde se especificará el procedimiento de la intervención, incluyendo las conductas y/o comportamientos que las

personas implicadas aceptarán emitir, así como las consecuencias ocasionadas tanto por el cumplimiento como incumplimiento de lo estimado. A continuación, se recogerá información sobre el consumo de heroína a través de un cuestionario *ad-hoc* (ver anexo 1). Donde se le explicará que la cumplimentación de dicho cuestionario con preguntas abiertas como por ejemplo ¿con qué edad inició el consumo de heroína?, nos permitirá conocer la historia de consumo. Asimismo, se evaluará el *craving* mediante una adaptación del *CCQ-N-10*, en el que la participante tendrá que determinar qué tan en desacuerdo o tan de acuerdo se encuentra con el deseo de consumir heroína. Además, se evaluará la autoeficacia percibida a partir del cuestionario *BSCQ*. En el que la interna, tendrá que limitar cuán segura o insegura se siente del 1 al 100% para resistir la necesidad de consumir drogas en ocho situaciones diversas (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, pruebas de control, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros) (Breslin, Sobell, Sobell y Agrawal, 2000).

Tras la administración de los cuestionarios, se hará psicoeducación para promover la adherencia al tratamiento explicando las diferentes etapas de cambio, para finalmente proporcionar *feedback* sobre el cuestionario *SOCRATES*, en el que se comentará la etapa actual en la que se encuentra.

Para finalizar la sesión, se comentará que en todas y cada una de las sesiones como tareas para casa deberá rellenar un autorregistro *ad-hoc* con una duración semanal que medirá el consumo de heroína, y que, tendrá que traer en las próximas sesiones. Se explicará detalladamente como tendrán que cumplimentar el autorregistro. Por un lado, en el caso de que se haya dado el consumo, tendrán que especificar la fecha del día de consumo, la cantidad consumida (miligramos), cual fue el tipo de administración (inyectada, esnifada o fumada), cual fue la situación en que se consumió y los pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. Y, por otro lado, en el caso de no consumo, únicamente tendrán que rellenar la columna de ¿hubo consumo?, concretando que no y describir en la última columna, los pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. Se pondrá un ejemplo de los dos posibles casos de consumo para lograr un mejor entendimiento (ver anexo 3).

### Sesión 3 y 4. Evaluación inicial.

#### Objetivos

- Devolver información sobre los resultados de los cuestionarios y autorregistro.
- Identificar los pros y contras del consumo.
- Eliminar falsas creencias sobre el consumo.

## Técnicas

- Análisis funcional.
- Línea base.
- Psicoeducación.
- Balance decisional.

## Tareas para casa

- Autorregistro *ad-hoc*.

## Descripción

La tercera y cuarta sesión estarán orientadas a proporcionar *feedback* de los resultados obtenidos en los cuestionarios de la sesión anterior mediante psicoeducación. Además, se explicará el mantenimiento de la conducta a través del análisis funcional.

Desde este momento, todas las sesiones se iniciarán por igual con la revisión del autorregistro, en el que además se realizarán preguntas abiertas como ¿te ha resultado difícil rellenar el autorregistro?, ¿cómo te has sentido al hacerlo?, ¿qué pensamientos y sentimientos tienes sobre el consumo? tanto si ha consumido como si no y, la última pregunta será para determinar el deseo, por ejemplo ¿tuviste deseo o necesidad de consumir?

Tras la revisión, se llevará a cabo la técnica balance decisional, con la que se identificarán las creencias positivas y negativas que las internas tienen sobre el consumo. Se les explicará en qué consiste dicha técnica. Deberán escribir en un papel los pros y contras del consumo dando una puntuación del 1-10. Más tarde, calcularán la suma total para así desvelar que tiene más peso. El objetivo será ayudar a entender la ambivalencia para iniciar el cambio (Zamarripa, Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2019).

Para lograr el entendimiento y reflexión en las internas, tanto el balance decisional como el *feedback* que se proporcionará de los resultados de los cuestionarios cumplimentados durante la sesión anterior, se harán mediante psicoeducación. Se preguntará los pros y contras tanto del no cambio como del cambio de conducta y, se hablará de conceptos tales como la adicción, el uso, el abuso, la dependencia, la abstinencia y el *craving*. Se preguntará si conocía dichos términos y se describirán las diferencias entre el uso, abuso y dependencia de una droga, así como los síntomas más representativos por la abstinencia a la heroína, como la duración del *craving*. Para comprobar que se han instaurado los nuevos aprendizajes se realizará un *kahoot*. Se le explicará que es una herramienta digital que promueve el aprendizaje a partir de cuatro respuestas, donde tendrá que seleccionar la correcta (ver anexo 5). Es un ejercicio que impulsa la motivación, ya que por opción correcta

se obtienen puntos. Además, nos ayudará en el caso de que no se hayan entendido los conceptos para resolver las dudas.

Una vez, la interna tenga los conocimientos asentados se explicará el análisis funcional, es decir, se detallará el porqué del mantenimiento de la conducta problema con los antecedentes (las posibles situaciones de riesgo), consecuentes positivos y negativos del consumo que hacen que se mantenga la conducta y, se mostrará el consumo de heroína actual a través de una línea base, que no es más que una representación visual (p. ej. gráfico). Y, para finalizar la sesión, se proporcionará de nuevo el autorregistro.

Sesión 5 y 6. Tratamiento.

Objetivos

- Lograr una buena adherencia al tratamiento.
- Aumentar la motivación para manejar el *craving*.

Técnicas

- Manejo de contingencias.

Tareas para casa

- Autorregistro *ad-hoc*.
- Llevar a cabo la técnica manejo de contingencia mediante “*vouchers*”.

Descripción

Durante la quinta y sexta sesión, se aplicará el programa manejo de contingencias. En dicha técnica se ofrecerá a las internas *vouchers* o vales (incentivos) con diferentes puntuaciones que irán acumulando para finalmente canjearlos por reforzadores (Secades-Villa et al, 2007). Los *vouchers* y puntuaciones de estos se tendrán que determinar previamente, en función de las necesidades y particularidades de las internas. Los *vouchers* se obtendrán inmediatamente tras llevar a cabo la conducta deseable o adaptativa, es decir, asistir a las sesiones de psicoterapia, tomar la dosis de metadona estimada por el/la psiquiatra y obtener los resultados esperados en las pruebas bioquímicas de orina y sangre. Para que sea posible la obtención de vales, los refuerzos no serán demorados en el tiempo, esto será posible mediante varias pruebas bioquímicas semanales. Las pruebas de orina se realizarán con más frecuencia al tratarse de análisis rápidos y no invasivos. Dichas situaciones en las que se ofrecerá los refuerzos permitirán conocer si existe adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico. Asimismo, se tendrá en cuenta que los resultados de las pruebas bioquímicas serán positivos, debido a la terapia sustitutiva con metadona. Es por esto, que los análisis que se llevarán a cabo serán sensibles a la metadona, para diferenciar si el

consumo forma parte del tratamiento o no. Las pruebas en sí mismas, también permitirán identificar y detectar el consumo de otras sustancias psicoactivas.

Durante las ocho primeras semanas, los *vouchers* contarán con un incremento de puntos por la realización de la conducta adaptativa. En el momento en el que se detecte el consumo de heroína y/u otras sustancias psicoactivas, se partirá con una puntuación de cero. Sin embargo, si en las tres próximas pruebas bioquímicas el resultado es favorable se retomarán los puntos recaudados hasta el momento. El incremento de puntos irá ligado al tratamiento farmacológico, es decir, cuando se baje la dosis de metadona, irá aumentando la puntuación del *voucher* (vales más apetecibles). De manera que, para conseguir mejores reforzadores tendrá que adherirse y continuar con el tratamiento combinado. Es por esto que, durante el seguimiento tras las nueve sesiones se hará una modificación en cuanto al valor del reforzador. La dosis que administrará el/la psiquiatra continuará disminuyendo hasta su cese y, al mismo tiempo, se pasará a un programa de reforzamiento intermitente, en el que no siempre se obtendrá reforzamiento cada vez que se lleve a cabo la conducta adaptativa.

Dicha sesión, tiene como objetivos lograr una buena adherencia al tratamiento. De manera que, con la retirada progresiva de los *vouchers* se logrará llevar a cabo la conducta deseable sin reforzadores externos. Asimismo, se pretenderá aumentar la motivación para manejar el *craving*, a partir de vales no compatibles con el consumo.

En la Tabla 3 se podrá observar una ejemplificación del valor del *voucher* junto con el reforzador.

### **Tabla 3**

#### *Ejemplos incentivos para técnica manejo de contingencias*

<b>Reforzador</b>	<b>Valor del <i>voucher</i></b>
Bebida caliente (café, té)	5 puntos
Bebida fría (zumos, refresco)	5 puntos
Bollería	10 puntos
Fruta/verdura	10 puntos
Embutidos/conservas	10 puntos
Productos de higiene (cepillo de dientes, desodorante, champú, gel, etc.)	15 puntos
Comunicación escrita (coste de 2 cartas)	20 puntos

Recibo de paquetería (libros, ropa, etc) (un recibo mensual más, 3 en total) 30 puntos

Comunicación telefónica (1 llamada semanal (8 minutos) = pasa de 80 minutos en 10 llamadas a 88 minutos con 11 llamadas en total) 35 puntos

Comunicaciones familiares por cristal (10 minutos más = 1 visita semanal de 50 minutos o 2 de 25 minutos) 45 puntos

Vis a Vis íntimo (de uno mensual, a tres cada dos meses) 60 puntos

Comunicación convivencial (con hijos menores dos por trimestre de 3h o una por trimestre de 6h) 70 puntos

## Sesión 7 y 8. Tratamiento.

### Objetivos

- Prevenir recaídas.
- Mantener la adherencia y motivación hacia el tratamiento.
- Desarrollar habilidades para afrontar el no consumo.

### Técnicas

- Entrenamiento en habilidades.
- Evaluación post-test: administración de cuestionarios *BSCQ* y *CCQ-N-10*.

### Tareas para casa

- Autorregistro *ad-hoc*.
- Seguir con el manejo de contingencias.
- Mantener las habilidades aprendidas.

### Descripción

En la séptima y octava sesión, se llevará a cabo la prevención de recaídas mediante talleres grupales. Se trabajarán habilidades para el afrontamiento del *craving* y situaciones de estrés, en el que a través de la lluvia de ideas se comentarán actividades alternativas como leer, hacer ejercicio, técnicas de relajación, asistir a cursillos, entre otros. Este ejercicio proporcionará a las internas métodos de control sobre situaciones estresantes y estrategias para afrontar el *craving*. Asimismo, se realizará un taller de habilidades de comunicación enfatizando la asertividad, para rechazar ofrecimientos relacionados con el consumo. Se les explicará en qué consiste y enseñarán las diferentes técnicas como, el disco rayado que emplea la repetición (p. ej. No me interesa. Sí, pero... prefiero..., Entiendo lo que dices, pero



no me interesa), el banco de niebla que expresa cierto acuerdo sin cambiar nuestra preferencia (p. ej. es posible que tengas razón, pero lo cierto es que...), la aserción negativa utiliza una respuesta breve sin dar demasiadas justificaciones (p. ej. no me apetece, gracias) y la técnica del sándwich que emplea en la misma frase algo positivo, la negación a la petición y termina con algo positivo (p. ej. Te aprecio... pero... igualmente te agradezco...) (Cabra y Sarasibar, 1995). Para comprobar que se han entendido las diferentes técnicas, las internas tendrán que escenificar mediante *role playing* una situación en la que tengan que decir rechazar el consumo de manera asertiva y, al mismo tiempo, el resto deberán identificar la técnica empleada.

Tras finalizar los ejercicios prácticos se realizará la evaluación post-test de la autoeficacia percibida (BSCQ), del *craving* (CCQ-N-10) y los resultados de las pruebas bioquímicas. Y, de nuevo, se entregará el autorregistro como tareas para casa y se reforzará de manera individual con la entrega de los *vouchers* al finalizar la sesión. Esta acción fomentará la conducta adaptativa de acudir a las sesiones y mantener la adhesión al tratamiento farmacológico.

## Sesión 9. Reconocimiento de logros y seguimiento.

### Objetivos

- Feedback sobre cuestionarios.
- Comprobar la ambivalencia.
- Reconocer los logros.
- Evaluar objetivos conseguidos.

### Técnicas

- Balance decisional.
- Línea base.
- Seguimiento.

### Tareas para casa

- Seguir con el manejo de contingencias.
- Mantener las habilidades aprendidas.

### Descripción

Finalmente, la novena sesión (individual) estará destinada a proporcionar un *feedback* general. Se compararán los resultados de los cuestionarios de *craving* y autoeficacia percibida. Además, se llevará a cabo la última prueba bioquímica antes del inicio del

seguimiento y se evaluará la adhesión al tratamiento. De nuevo, se mostrará el consumo de heroína inicial y actual a través de la línea base donde las internas observarán su evolución. Asimismo, se llevará a cabo un segundo balance decisional en el que se comprobará si existe un cambio de creencias sobre las ventajas e inconvenientes en el consumo. De manera que, durante la sesión se reconocerán los logros y se hará una evaluación de los objetivos conseguidos. Además, se determinarán las fechas de seguimiento (3, 6 y 12 meses) durante los próximos meses y se les comentará a las internas que la terapia de incentivos continuará hasta el último seguimiento a los 12 meses. Y, para cerrar el tratamiento, se llevará a cabo la entrega de diplomas tras el último seguimiento a aquellas internas que hayan completado el programa de intervención.

## **DISCUSIÓN**

La finalidad del trabajo consiste en elaborar un programa de intervención en personas drogodependientes a la heroína en el ámbito penitenciario. Dado que, el ingreso en prisión no ha disminuido el consumo de heroína en los internos, como en el resto de las drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2016). Asimismo, el consumo de sustancias psicoactivas es considerado entre los presos una forma de adaptación al nuevo medio (Clua-García, Bañuls-Oncina, Imbernón-Casas y Jiménez-Vinaja, 2019).

El tratamiento combinado por el programa manejo de contingencias junto con la terapia sustitutiva a base de metadona, es el más indicado para este tipo de problemática, ya que es el tratamiento de primera elección para el consumo de heroína (Becoña-Iglesias et al, 2011; National Institute on Drug Abuse, 2020). Añadir que, la aplicación de la técnica prevención de recaídas es valorada como tratamiento bien establecido (grado de evidencia 1) para la intervención en conductas adictivas, la cual posee efectividad tanto a nivel individual como grupal (Becoña-Iglesias et al, 2011).

Se espera que el programa de intervención tenga éxito, ya que se basa en la evidencia. Por esto, se prevé que la totalidad de internas (n=10) finalice de manera satisfactoria el tratamiento. De manera que, se esperará que el número de bajas voluntarias y/o por incumplimiento del contrato terapéutico sean cero o las mínimas. Dado que, el motivo para abandonar la terapia suele estar asociado a la etapa motivacional en la que se encuentren y al nivel de conocimiento que posean (Rubio et al, 2015). Por ello, previamente al tratamiento se seleccionará a aquellas mujeres que posean mayor motivación para el cambio, ya que durante la intervención adquirirán nuevos aprendizajes y conocimientos sobre el consumo, los cuales les permitirán mantener la conducta adaptativa en el tiempo.

Asimismo, se deben tener en cuenta posibles limitaciones como la falta de datos actuales disponibles sobre información de salud y consumo de drogas en las Instituciones

Penitenciarias en España. Y el gran vacío de investigaciones a trabajos bien controlados, así como intervenciones heterogéneas destinadas al tratamiento para el consumo de heroína.

Como se ha comentado, emplear como tratamiento el programa de manejo de contingencias junto con la terapia sustitutiva es la mejor opción dentro de prisión, dada la alta eficacia y, por el coste social asociado que supondría no llevarlo a cabo (repercusiones sociales negativas y costes sanitarios superiores). De manera que, promovería una reinserción social adaptativa.

Por último, aunque el programa en cuestión cuenta con evidencia empírica. Las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver la diversidad de técnicas empleadas para la heroína, las cuales tienen bajos índices de eficacia. Es por esto, se deberían llevar a cabo trabajos bien controlados, para así abordar la problemática a partir de distintas técnicas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Añaños-Bedriñana, F. T. y Yagüe-Olmos, C. (2013). Educación social en prisiones. Planteamientos iniciales y políticas encaminadas hacia la reinserción desde la perspectiva de género. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (22), 7-12.
- Becoña-Iglesias, E. y Cortés-Tomás, M. (Coords.) (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Borelli, A., y Pinto, B. (2006). Modelo Sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogodependencia. *Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 4(1), 19-40.
- Breslin, F. C., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 38(12), 1211–1220. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00152-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00152-7)
- Cabra, J. y Sarasibar, X. (1995). No digas que sí, cuando quieras decir que no. Taller de habilidades sociales. *Aula Material*, 29.
- Clua-García, R., Bañuls-Oncina, E., Imbernón-Casas, M. y Jiménez-Vinaja, R. (2019). Los discursos del riesgo de los usuarios de drogas en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21, 31-40.
- Díaz-Mesa, E. M. (2016). *Adaptación y validación al español de la versión sexta del Addiction Severity Index (ASI-6)*. [Doctorado no publicado]. Universidad de Oviedo.
- Esbec, E y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones* 28,(1), 48-56. <https://doi.org/10.20882/adicciones.790>
- Federación Española de Alcohólicos Rehabilitados de España. (2009). *Guía de buenas prácticas*. Valencia: Martín Impresores, S.L.
- Garbi, S. (2021). Consumo de drogas: la atención desde un modelo de abordaje integral y comunitario. *Revista argentina de medicina*, 9(3), 174-180.
- García-Nicola, Y. (2016). *Propuesta de Tratamiento para un caso de Adicción a la cocaína*. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad Miguel Hernández.
- Hernández-Serrano, M. A. y Londoño, N. H. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el caribe*, 29(1), 47-63.
- Huarte-Arregui, E. y García, M. D.(2018). *Libro electrónico de toxicología clínica*. Servicio Navarro de Salud. Recuperado el día 25 de abril desde <https://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=Toxicologia%5CLaboratorio.pdf>

- Illana, I. y Thomas, H. (2021). Propuesta de un Programa de prevención del suicidio en la cárcel. *Behavior & Law Journal*, 7(1), 23-34. <https://doi.org/10.47442/blj.v7.i1.85>
- Instituto Nacional de Estadística (2021, octubre 8). *Estadística penitenciaria*.
- Iraurgi Castillo, I., Trujols Albet, J., Jiménez-Lerma, J. M. y Landabaso, M. (2009). Fiabilidad y validez de la versión abreviada en español del Cocaine Craving Questionnaire-Now (CCQ-N-10). *Adicciones*, 21(3), 195-202. <https://doi.org/10.20882/adicciones.229>
- Iraurgi Castillo, I. y Corcuera-Bilbao, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de salud mental*, 32, 9-22.
- Jiménez-Peinado, M. (2015). Drogodependencias y prisión: influencia del consumo de drogas y abordaje de su tratamiento en el ámbito penitenciario. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad de Jaén.
- Markez, I. y Iñigo, C. (Coords.) (2012). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- Merino-Tejedor, E. (2010). La expectativa de autoeficacia: su influencia y relevancia en el desarrollo personal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3, 371-377.
- Mínguez-Baute, S. (2017). *El consumo de drogas en las personas privadas de libertad*. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad de la Laguna.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Criminal Justice DrugFacts*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Ospina-Gómez, Y. y Bedoya-Gallego, D. M. (2019). Efectos psicológicos generados tras la ruptura de los lazos con el grupo primario de apoyo debido al fenómeno de prisionalización. *Interdisciplinaria*, 36(1), 171-185.
- Pérez-Romero, L. A. y Vite-Sierra, A. (2020). Midiendo la flexibilidad psicológica: validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 30,(1), 95-104. <https://doi.org/10.25008/psy.v30i1.2621>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2016). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado el día 18 de mayo de 2022 desde <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>
- Rodríguez-López, M. (2019). *Efectos de la estancia en prisión. Revisión de las principales consecuencias que conlleva el paso por prisión en los internos*. [Trabajo de fin de grado no publicado]. Universidad Pontificia Comillas.
- Rodríguez-Yagüe, C. (2016). Droga en prisión: estrategias penitenciarias en materia de ejecución, tratamiento y seguridad. *Revista General de Derecho Penal*, 26.

- Rubio, B., Benito, A., Juan, M., Francés, S., Real, M. y Haro, G. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(3), 61-79.
- Rubio-Hernández, H. E. (2012). La prisión. Reseña Histórica y Conceptual. *Ciencia jurídica. Departamento de Derecho. División de Derecho Política y Gobierno*, (2), 11-28.
- Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (2021). *Estadística Penitenciaria*. Poder Judicial España.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D. y Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(37), 15037-15042.
- Zamarripa, J., Ruiz-Juan, F. y J Ruiz-Risueño, J. R. (2019). El balance decisional, etapas de cambio y nivel de actividad física en estudiantes de bachillerato. *Andamios*, 16, 379-401.

## ANEXO 1

### Cuestionario ad-hoc sobre el consumo de heroína

#### Historia de consumo:

1. ¿Con qué edad inició el consumo de heroína?  
\_\_\_\_\_
2. Antes de la situación de privación de la libertad ¿Cuánto consumía a diario? (cantidad).  
\_\_\_\_\_
3. Teniendo en cuenta su situación actual ¿Cuánto consume actualmente? (cantidad).  
\_\_\_\_\_
4. ¿En qué situaciones suele consumir heroína?  
\_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es la vía de administración del consumo de heroína?  
\_\_\_\_\_
6. ¿Cuánto tiempo ha pasado en abstinencia?  
\_\_\_\_\_
7. ¿Ha padecido alguna intoxicación por consumo de heroína?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Tiene antecedentes familiares en relación con el consumo de heroína u otras drogas?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Es la primera vez que acude a tratamiento farmacológico en relación al consumo de heroína?  
\_\_\_\_\_
10. ¿Es la primera vez que acude a tratamiento psicológico en relación al consumo de heroína?  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Autorregistro del consumo de heroína

Nombre: \_\_\_\_\_

Conducta: consumo de heroína.

Fecha	¿Hubo consumo?	Cantidad consumida	Tipo de administración	Situación en la que se consumió	Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo de heroína
	Sí/No	Miligramos	Inyectada, esnifada o fumada		
1/3/21	p. ej. sí	p. ej. 15 mg	p. ej. esnifada	p. ej. conflicto con interna	p. ej. lo necesitaba para relajarme
2/3/21	p. ej. no	-	-	-	p. ej. aunque está siendo difícil, estoy motivada con el tratamiento y quiero continuar así



**ANEXO 3****Registro de asistencia**

nº p a x.	Nombre y apellidos	Tratamiento psicológico para reducir/abandonar el consumo de heroína							
		Sesiones							
		S.1	S. 2	S. 3	S. 4	S. 5	S. 6	S. 7	S. 8
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

## ANEXO 4



## ANEXO 5

